

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2026-2028



INDICE

1	PREMESSA.....	4
1.1.1	Finalità del PIAO	4
2	SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA ASL N°1 DI SASSARI.....	4
2.1	MISSION	4
2.2	FUNZIONI.....	5
3	ANALISI DEL CONTESTO.....	7
3.1	CONTESTO ESTERNO	7
3.1.1	IL TERRITORIO	7
3.1.2	POPOLAZIONE	7
3.1.3	CONTESTO INTERNO	11
4	SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	25
4.1	SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE – VALORE PUBBLICO	25
4.1.1	Strategie di valore pubblico	25
4.1.2	PNRR: aspetti di Valore Pubblico	31
4.1.3	CRITICITA'	33
4.2	SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE – PERFORMANCE.....	34
4.2.1	GLI OBIETTIVI STRATEGICI E ORGANIZZATIVI 2026.....	35
4.2.2	DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE	35
4.2.3	LA PARTECIPAZIONE DI CITTADINI E UTENTI AL PROCESSO DI PERFORMANCE	36
4.3	SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	37
4.3.1	CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE	37
4.3.2	I PROTAGONISTI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	37
4.3.3	VALUTAZIONE DEL DIVERSO LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DI CORRUZIONE DELLE ARTICOLAZIONI AZIENDALI INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITÀ A RISCHIO	40
4.3.4	MISURE PER PREVENIRE IL RISCHIO DI CORRUZIONE	41
4.3.5	ROTAZIONE DEI DIPENDENTI	42
4.3.6	GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI	44
4.3.7	INCOMPATIBILITÀ/INCONFERIBILITÀ DI INCARICHI	44
4.3.8	SVOLGIMENTO DI INCARICHI DI UFFICIO E ATTIVITÀ/INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI	45
4.3.9	CONTROLLI E REGIME SANZIONATORIO	45
4.3.10	REVOLVING DOORS – DIVIETO DI PANTOUFLAGE	45
4.3.11	PATTO D'INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI.....	46
4.3.12	PROCEDURE PER LA FORMAZIONE DEI DIPENDENTI	46
4.3.13	MONITORAGGIO EVENTI FORMATIVI SPONSORIZZATI.....	46
4.3.14	GESTIONE E MONITORAGGIO DEL SISTEMA DI TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (WHISTLEBLOWER)	47
4.3.15	OBBLIGHI DI INFORMAZIONE E COLLABORAZIONE NEI CONFRONTI DEL RPCT	47
4.3.16	MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ DEL PTPCT	47

4.3.17	IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA.....	47
4.3.18	AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTI CON LA SOCIETÀ CIVILE	47
4.3.19	PROSPETTIVE SU IMPIEGHI DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE (IA) ALL'INTERNO DEI SISTEMI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DI TRASPARENZA.	47
4.3.20	ACCESSO AGLI ATTI	48
4.3.21	ALLEGATI	48
5	SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	49
5.1	SOTTOSEZIONE DI CAPITALE UMANO – STRUTTURA ORGANIZZATIVA	49
5.1.1	STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	49
5.1.2	ORGANIZZAZIONE AZIENDALE	50
5.2	SOTTOSEZIONE DI CAPITALE UMANO – ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	50
5.2.1	QUADRO NORMATIVO – NORME DI RIFERIMENTO.....	50
5.2.2	PRINCIPI GENERALI.....	54
5.2.3	STATO DI ATTUAZIONE.....	54
5.2.4	CONDIZIONALITÀ DEL LAVORO AGILE.....	56
5.2.5	MODALITÀ ATTUATIVE.....	57
5.2.6	GLI OBIETTIVI DEL LAVORO AGILE.....	57
5.2.7	FATTORI ABILITANTI.....	58
5.2.8	DOMANDA DI ACCESSO AL LAVORO AGILE.....	60
5.2.9	RISERVATEZZA PRIVACY E SECURITY	61
5.2.10	FORMAZIONE, COMUNICAZIONE E SUPPORTO	61
5.2.11	POTERE DIRETTIVO, DICONTRULLO E DISCIPLINARE	61
5.2.12	SICUREZZA SUL LAVORO	61
5.3	SOTTOSEZIONE DI CAPITALE UMANO – PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	62
5.3.1	STRATEGIA DI COPERTURA DEL FABBISOGNO	65
5.3.2	FORMAZIONE DEL PERSONALE	68
5.3.3	PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2025	69
6	MONITORAGGIO.....	72

1 PREMESSA

Il PIAO¹ rappresenta uno strumento innovativo di programmazione e *governance*, concepito per garantire una gestione efficiente, trasparente e coordinata delle attività amministrative, organizzative e operative delle pubbliche amministrazioni. Tale piano integra in un unico documento i principali strumenti di pianificazione, con l'obiettivo di migliorare la coerenza strategica e l'efficienza operativa.

Le Aziende Sanitarie Locali, quali amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, sono tenute a predisporre e adottare il PIAO nel rispetto della normativa vigente, con particolare riferimento al D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, e alla Legge 6 novembre 2012, n. 190.

1.1.1 Finalità del PIAO

Il PIAO della durata triennale e aggiornato annualmente, costituisce uno strumento cardine per:

- **La pianificazione integrata** delle attività istituzionali, garantendo un allineamento tra gli obiettivi strategici e operativi.
- **Il miglioramento dell'efficienza organizzativa**, attraverso un'adeguata gestione delle risorse umane, finanziarie e strumentali.
- **La promozione della trasparenza e della prevenzione della corruzione**, attraverso il coordinamento con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT).
- **L'attuazione delle linee strategiche del PNRR**, assicurando la realizzazione degli interventi previsti e il raggiungimento degli obiettivi europei e nazionali.

In questo quadro, il PIAO si configura come un documento strategico fondamentale per l'ASL di Sassari, orientando la sua azione amministrativa verso principi di efficienza, sostenibilità e qualità dei servizi, in risposta alle esigenze dei cittadini e del territorio.

Il PIAO 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 D.lgs. 150/2009, 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).

2 SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA ASL N°1 DI SASSARI

2.1 MISSION

L'ASL di Sassari attua il principio costituzionalmente garantito di tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, realizzando le finalità del SSR nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario. Essa assicura l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera all'interno del proprio territorio di riferimento.

Considerando le linee guida regionali approvate con DGR n. 30/73 del 30/09/2022, l'ASL 1 di Sassari ha redatto e approvato in via preliminare il proprio atto aziendale con la Deliberazione del Direttore Generale n. 616 del 01/12/2022. L'assetto definitivo dell'Azienda, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 1055 del 26.10.2023 di adozione delle modifiche all'atto aziendale, ha ottenuto la conformità regionale (DGR n. 4/64 del 16/02/2023), con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 37/18 del 02.11.2023.

¹ L'articolo 6 del Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", ha introdotto l'obbligo per le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, escluse le scuole e le istituzioni educative, di adottare entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

La mission dell'Azienda è riassumibile nei seguenti concetti:

- Assicurare la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione delle patologie per il territorio di propria competenza.
- Garantire le cure primarie e specialistiche.
- Erogare ai cittadini tutti i servizi socio sanitari previsti per le Asl dal Servizio Sanitario Nazionale.
- Garantire l'assistenza socio sanitaria territoriale e ospedaliera di competenza secondo i migliori standard di qualità e nel rispetto degli indirizzi regionali.
- Svolgere il proprio ruolo istituzionale in sinergia, partnership e collaborazione sistematica con le Istituzioni e gli Enti pubblici e privati di riferimento locale, regionale, nazionale e internazionale.

2.2 FUNZIONI

Ai sensi del d.lgs. 502/92 e della legge regionale n. 24/2020 l'ASL di Sassari svolge le funzioni di:

- Programmazione aziendale e gestione complessiva dell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari.
- Omogeneizzazione e armonizzazione dei processi assistenziali nel territorio di competenza in coordinamento con le attività degli altri enti.
- Garanzia del perseguimento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) per la propria popolazione mediante servizi/prestazioni prodotti direttamente e servizi/prestazioni prodotti da altri soggetti pubblici e privati, acquisiti direttamente (funzione di committenza) o indirettamente attraverso la regolazione regionale della mobilità.

L'erogazione dei servizi offerti dall'Azienda avviene nel rispetto dei seguenti valori fondanti:

- EGUAGLIANZA verso ogni persona che ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, ceto, religione ed opinioni politiche.
- CONTINUITÀ ovvero i servizi sono erogati in maniera continuativa e senza interruzioni, nell'ambito delle MODALITÀ di funzionamento definite da norme e regolamenti nazionali, regionali ed aziendali.
- PARTECIPAZIONE del cittadino all'analisi della qualità delle prestazioni offerte ed erogate, riconoscendo la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi stessi e garantendo la partecipazione come utente singolo o tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini.
- IMPARZIALITÀ nelle scelte e nelle DECISIONI aziendali che devono garantire al cittadino equità di trattamento e di accesso.
- LIBERTÀ DI SCELTA dell'erogatore del servizio nell'ambito delle leggi regionali e nazionali.
- EFFICIENZA ED EFFICACIA degli interventi sanitari perseguita attraverso l'adozione nella pratica clinica delle metodologie dell'Evidence Based Medicine (EBM) e dell'Evidence Based Nursing (EBN) al fine di produrre outcome di salute positivi. Il raggiungimento di tale obiettivo deve essere unito alla salvaguardia delle risorse disponibili che devono essere utilizzate nel miglior modo possibile evitando sprechi e costi inutili.
- VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE, che costituiscono l'elemento fondamentale e distintivo dell'Azienda, offrendo opportunità di crescita professionale e di carriera a quanti sappiano distinguersi per capacità ed impegno e contribuiscano in modo leale e responsabile al raggiungimento delle mission e degli obiettivi Aziendali.
- INTEGRAZIONE E COLLABORAZIONE CON GLI ENTI LOCALI NELL'AMBITO della programmazione sanitaria e socio sanitaria a livello locale.
- COLLABORAZIONE CON LE ALTRE STRUTTURE SANITARIE REGIONALI preposte direttamente o indirettamente, dalla L.R. 24/2020, alla tutela della salute dei cittadini affinché possa essere realizzato un sistema sanitario regionale e territoriale integrato, efficiente ed efficace.

- PROMOZIONE DELL'INNOVAZIONE GESTIONALE E TECNOLOGICA, ivi comprese quelle informatiche, per il miglioramento dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriali.

Il presente documento, oltre a definire le linee di indirizzo e programmazione, si pone anche l'obiettivo di evidenziare alcune delle criticità che persistono in aspetti strutturali e organizzativi, anche determinati da fattori esogeni all'azienda, in modo da programmare la loro risoluzione attraverso l'attivazione delle procedure e delle azioni che consentano di superare tali fattori, che possono costituire ostacolo rispetto alla concretizzazione delle strategie.

3 ANALISI DEL CONTESTO

3.1 CONTESTO ESTERNO

3.1.1 IL TERRITORIO

L'ASL n.1 di Sassari opera in un territorio che comprende 66 comuni, suddivisi nei tre distretti sociosanitari di Sassari, Alghero e Ozieri. Ogni distretto presenta specificità territoriali e demografiche che influenzano l'organizzazione dei servizi sanitari. In particolare, il Distretto di Sassari accoglie il 67% della popolazione residente.

Di seguito la composizione dei Distretti in termini di Comuni di afferenza:

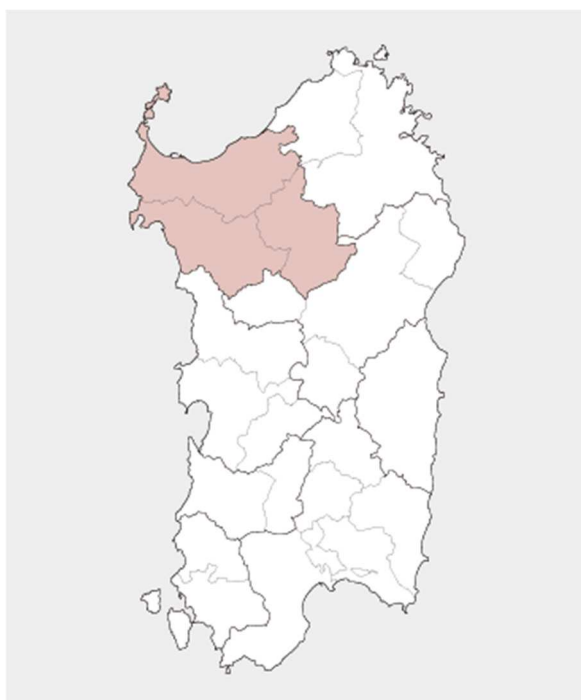
- Distretto di Sassari: Bulzi, Cargeghe, Castelsardo, Chiaramonti, Codrongianos, Erula, Florinas, Laerru, Martis, Muros, Nulvi, Osilo, Ossi, Perfugas, Ploaghe, Porto Torres, Santa Maria Coghinas, Sassari, Sedinì, Sennori, Sorso, Stintino, Tergu, Tissi, Usini, Villedoria, Viddalba.
- Distretto di Alghero: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

3.1.2 POPOLAZIONE

La popolazione totale, al 1° gennaio 2024, è di 314.320 abitanti, di cui 153.856 maschi e 160.464 femmine. Tuttavia, si registra un calo demografico costante dal 2020, con un aumento dell'indice di vecchiaia, attualmente al 293,75%, ben oltre la media nazionale del 182%. Questi dati evidenziano una crescente necessità di servizi sanitari mirati per una popolazione sempre più anziana.

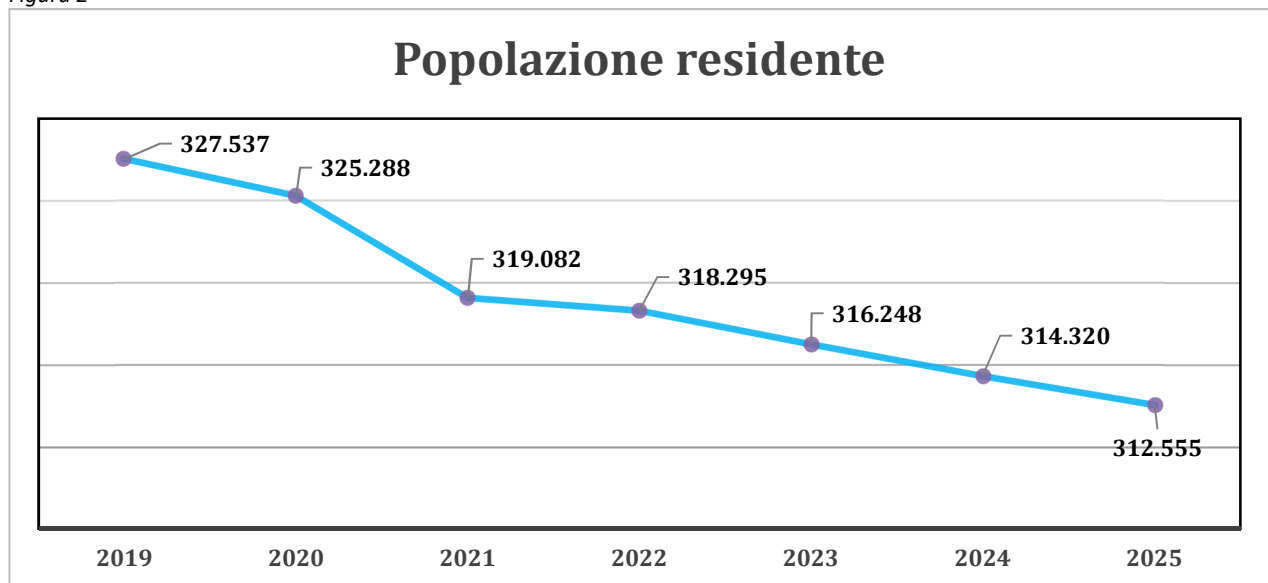
L'ambito territoriale di responsabilità dell'ASL n.1 è quello della provincia di Sassari (Fig. 1), comprendente 66 Comuni raggruppati in tre distretti sociosanitari:

Figura 1 - Territorio ASL di Sassari



La Asl di Sassari ha funzione di garantire la tutela della salute e la presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini, espressi in forma individuale e/o collettiva. Garantisce i livelli essenziali di assistenza ed opera come parte di un sistema complessivamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Figura 2



Aggiornato al 01/01/2025 popolazione 2024

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

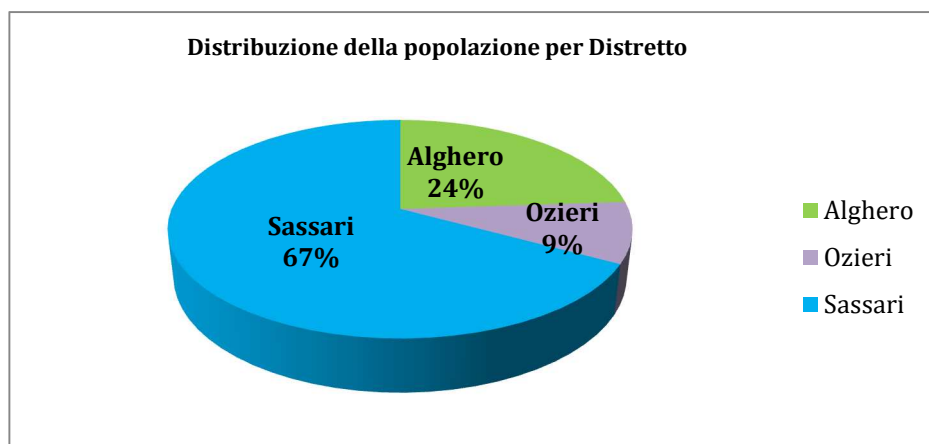


Figura 3

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari - Demo Istat

La fascia d'età più popolosa è quella dei 15-64 anni; si riporta la tabella della popolazione suddivisa per fasce d'età.

Tabella 1: popolazione per distretto

Fasce d'età	Alghero		Ozieri		Sassari		Totale
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
0-14	3.568	3.410	1.429	1.340	10.823	10.097	30.667
15-64	23.285	22.925	8.773	8.136	67.516	66.142	196.777
65 e più	9.668	11.760	3.569	4.333	24.628	31.153	85.111
Totale	36.521	38.095	13.771	13.809	102.967	107.392	312.555

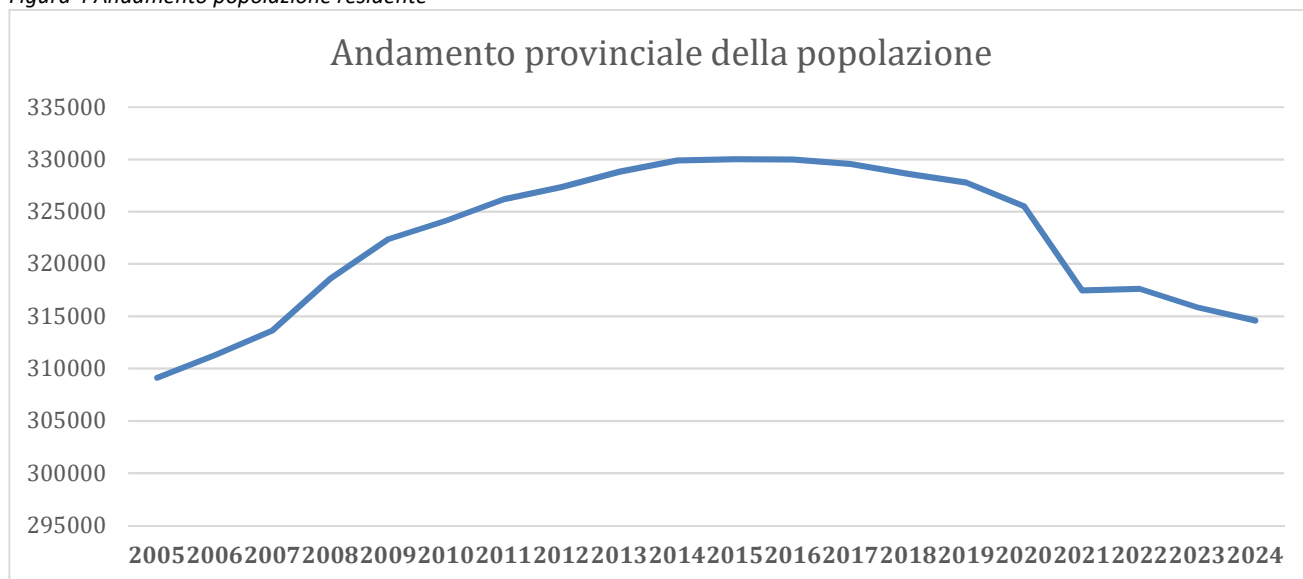
Tabella 2 Composizione e demografia per distretto

Distretto	N° comuni	Maschi	Femmine	Totale
Alghero	23	36.521	38.095	74.616
Ozieri	16	13.771	13.809	27.580
Sassari	27	102.967	107.392	210.359
Totale	66	153.259	159.296	312.555

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati Demo Istat

Effettuando una ricostruzione storica della popolazione si può osservare come le previsioni sul futuro demografico nel territorio restituiscano un potenziale quadro di crisi: la popolazione residente è in decrescita con un'evidente accentuazione della tendenza dall'anno pandemico 2020 in poi.

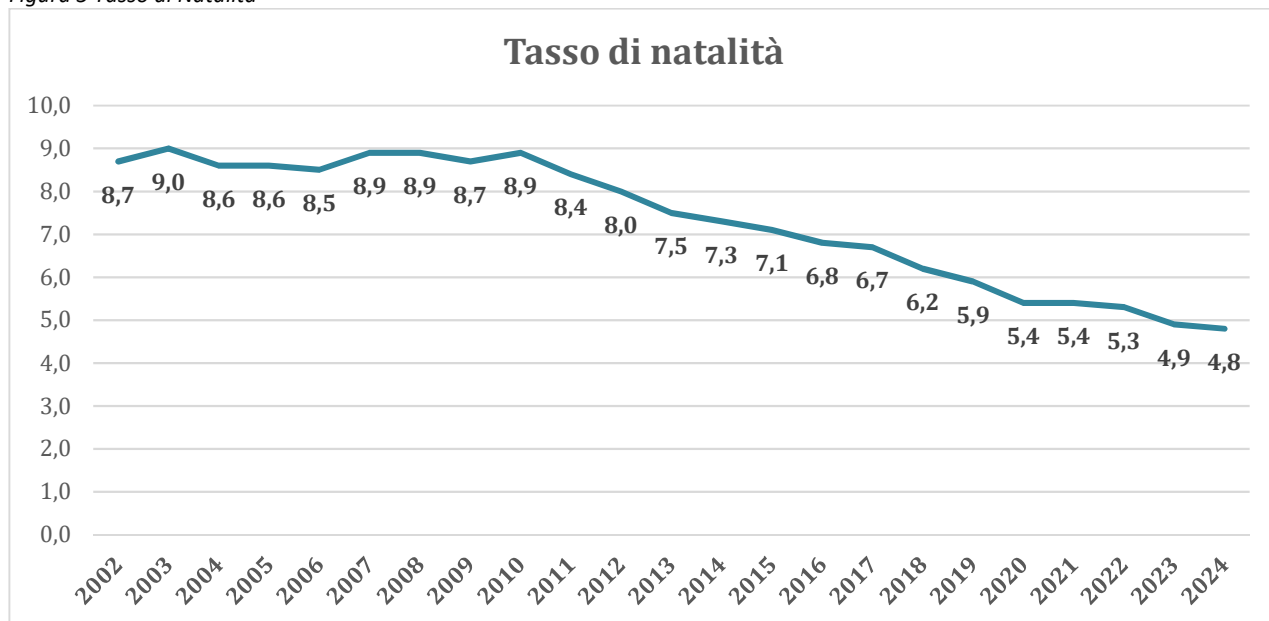
Figura 4 Andamento popolazione residente



Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati Demo Istat- calcolo effettuato al netto di una quota costante per la provincia di Olbia

Il tasso di natalità rappresenta il numero medio di nascite, in un anno, ogni 1.000 abitanti. Concorre a verificare lo stato di sviluppo di una popolazione, ed è diverso da territorio a territorio in quanto su di esso incidono diversi fattori: lo sviluppo economico, il grado di modernizzazione del territorio, fattori politici, sociali, strutturali nonché culturali. Per gli anni di osservazione, in generale, si rileva nel tempo una riduzione di questo indicatore.

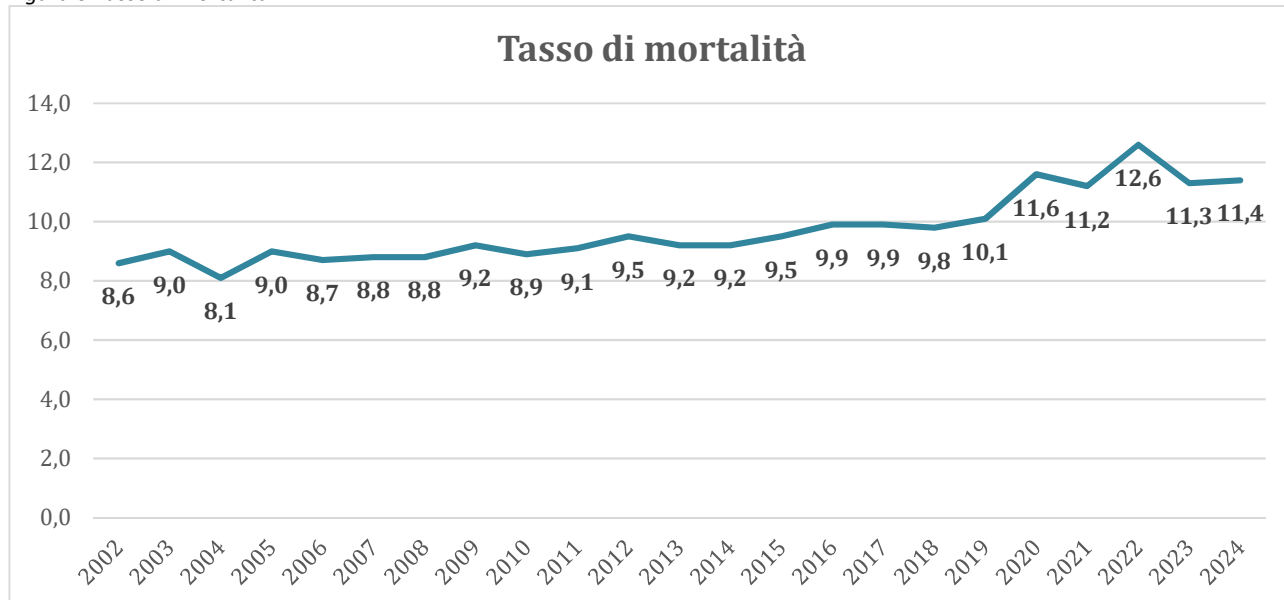
Figura 5 Tasso di Natalità



Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati Demo Istat

Il tasso di mortalità è il rapporto del numero di deceduti sul totale della popolazione residente (*1000) nel periodo di riferimento. Secondo i dati preliminari dell'ISTAT per il 2024, la provincia di Sassari ha registrato un tasso di mortalità di 11,3 decessi per 1.000 abitanti. Per un confronto con gli anni precedenti, nel 2023 il tasso di mortalità era di 11,3 per 1.000 abitanti, mentre nel 2022 era di 12,6 per 1.000 abitanti. Questi dati indicano una leggera diminuzione del tasso di mortalità nella provincia di Sassari.

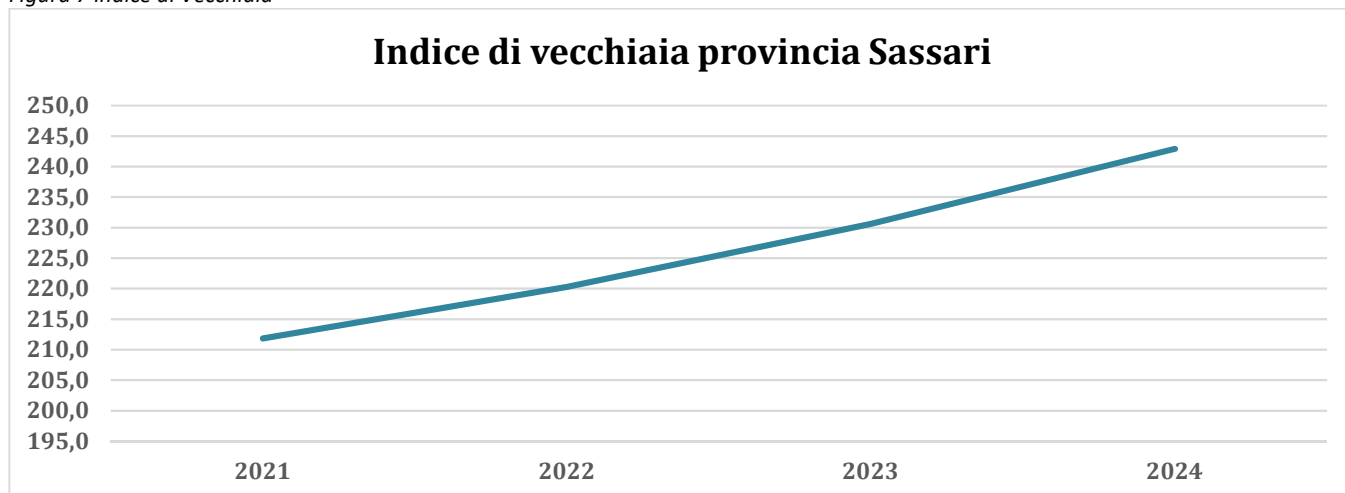
Figura 6 Tasso di Mortalità



Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati Demo Istat

L'indice di vecchiaia è il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100. Nella provincia di Sassari tale indice è in costante aumento.

Figura 7 Indice di Vecchiaia



Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati Demo Istat

Il territorio presenta una distribuzione della popolazione disomogenea, con una concentrazione maggiore nei centri urbani principali. La fascia d'età prevalente è quella compresa tra i 14 e i 64 anni, ma l'invecchiamento progressivo richiede interventi specifici per la gestione delle patologie croniche e dei bisogni sanitari degli anziani.

I principali indicatori demografici, come il tasso di natalità e di mortalità, mostrano tendenze critiche: una natalità in calo e una mortalità ancora elevata, anche se in diminuzione rispetto agli anni della pandemia. L'indice di vecchiaia, variabile tra i distretti, rappresenta una sfida per l'organizzazione sanitaria, richiedendo strategie mirate per garantire equità di accesso e qualità delle cure.

3.1.3 CONTESTO INTERNO

L'analisi del contesto interno si focalizza sull'erogazione dei servizi sanitari, che avviene attraverso strutture pubbliche e private accreditate. Dal 2019 al 2024 si è osservata una graduale ripresa delle prestazioni ambulatoriali, pur non avendo ancora raggiunto i livelli pre-pandemia.

Le strutture ospedaliere e territoriali, inclusi i pronto soccorso e i servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI), sono impegnate nel garantire un'offerta sanitaria adeguata ai bisogni crescenti di una popolazione sempre più anziana e fragile. Tuttavia, permangono criticità legate alla carenza di risorse umane e tecnologiche, che rappresentano un ostacolo per il pieno raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

3.1.3.1 ASSISTENZA TERRITORIALE

Con riferimento all'attività clinica ambulatoriale erogata presso l'ASL di Sassari, i dati stimati e riferiti al 2024 mostrano una tendenza in miglioramento rispetto al 2023.

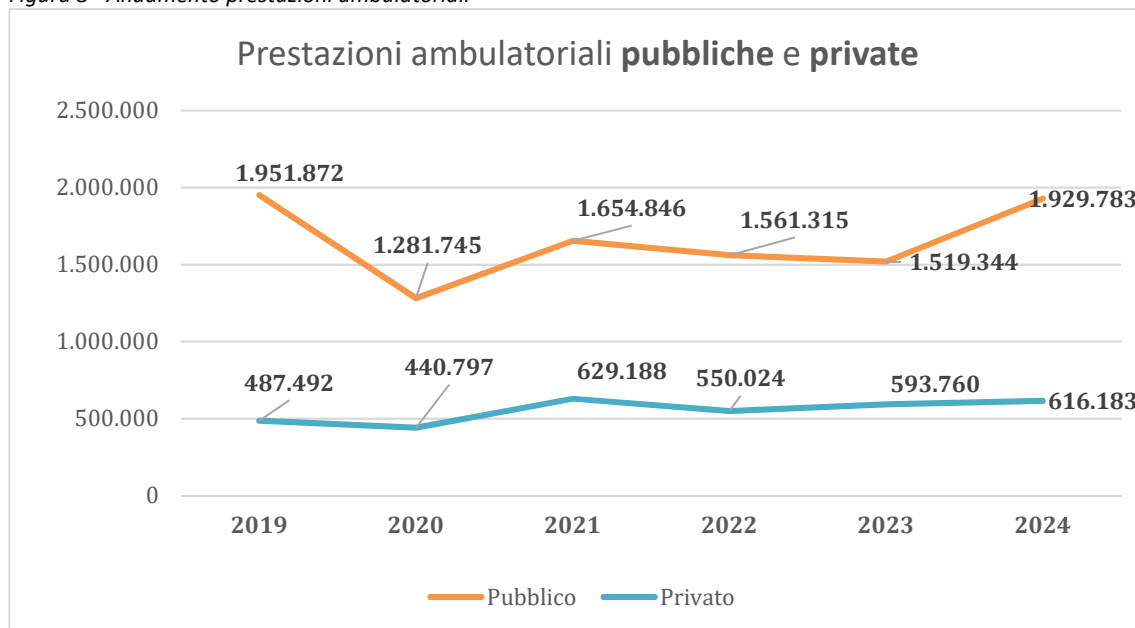
Tabella 3- Totale prestazioni ambulatoriali per erogatore

Tipo di Struttura	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Pubblico	1.951.872	1.281.745	1.654.846	1.561.315	1.519.344	1.929.783
Privato	487.492	440.797	629.188	550.024	593.760	616.183
Totale	2.439.364	1.722.542	2.284.034	2.111.339	2.113.104	2.545.966

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale ABACO non sono stati inseriti i dati 2025 in quanto non ancora consolidati

In particolare, il calo del 27% delle prestazioni ambulatoriali totali erogate tra il 2019 e il 2020 è stato recuperato.

Figura 8 - Andamento prestazioni ambulatoriali



Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale ABACO per l'anno 2024

Tabella 4 - Prestazioni ambulatoriali suddivise per branca specialistica

Anno	2021		2022		2023		2024	
Branca	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore
01 - Anestesia	4.739	364.358	2.678	203.237	4.350	184.421	5.740	282.477
02 - Cardiologia	61.191	1.487.931	53.977	1.268.387	58.082	1.402.793	57.875	1.395.047
03 - Chirurgia Generale	3.844	70.268	3.149	56.234	1.585	31.808	1.725	36.680
04 - Chirurgia Plastica	327	8.569	374	10.290	327	9.155	238	7.513
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	976	41.500	909	39.360	445	18.006	752	21.724
06 - Dermosifilopatia	5.378	97.194	5.052	87.573	1.523	27.293	1.243	20.576
07 - Diagnostica Per Immagini: Medicina Nucleare	13	1.925	46	26.104	18	2.137	3	155
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	134.321	6.472.609	130.659	6.367.107	150.577	6.925.918	147.406	7.007.726
09 - Endocrinologia	23.817	323.052	21.571	284.679	4.614	97.273	3.404	96.799
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	5.014	125.020	3.705	108.287	8.527	446.491	10.065	572.495
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche- Microbiologia- Virologia-Anatomia E Istologia Patologica- Genetica- Immunoematologia E S. Trsf.	1.721.997	8.415.603	1.596.790	7.546.273	1.509.475	7.325.706	1.909.312	9.114.993

Anno	2021		2022		2023		2024	
Branca	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	113.520	1.027.124	82.713	760.413	94.802	771.304	106.372	872.111
13 - Nefrologia	28.752	3.847.143	30.829	4.063.192	23.448	3.598.211	30.571	4.467.048
14 - Neurochirurgia	21	414	2	23	205	4325,76	1	103
15 - Neurologia	14.346	224.470	9.075	164.858	6.589	144.371	5.182	134.497
16 - Oculistica	27.853	5.591.362	27.241	4.420.456	26.269	3.189.334	27.364	5.791.387
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	11.773	263.952	11.672	250.336	9.977	214.510	10.403	231.106
18 - Oncologia	12.402	162.688	9.994	131.859	5.669	72.599	3.507	43.567
19 - Ortopedia E Traumatologia	16.393	419.939	14.343	346.554	8.729	307.165	9.738	275.798
20 - Ostetricia E Ginecologia	9.134	194.656	6.805	146.195	6.749	183.819	7.160	236.702
21 - Otorinolaringoiatria	12.120	186.196	16.703	247.935	10.055	125.099	10.182	123.598
22 - Pneumologia	7.724	129.656	7.326	128.642	7.127	132.366	8.441	184.312
23 - Psichiatria	37.612	658.386	11.380	146.792	5.462	95.231	3.968	84.033
24 - Radioterapia	9	279	0	0	1373	73015,72	0	0
25 - Urologia	5.291	130.906	3.558	84.495	166.728	2.810.345	1.246	95.078
26 - Altre Prestazioni*	25.467	478.453	60.788	1.172.619	399	37.501	183.962	3.278.203
non classificato	0	0	0	0	0	0	106	34.667
Totale complessivo	2.284.034	30.723.652	2.111.339	28.061.899	2.113.104	28.230.197	2.545.966	34.408.394

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale ABACO, le prestazioni non sono riferibili alle UO ma sono solo suddivise per branca

Di seguito l'elenco delle strutture convenzionate con l'ASL 1 di Sassari.

Tabella 5 - Strutture Private

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)
Medicina Sportiva E Riabilitazione Fisioterapica Medical Center Srl - Thiesi (090071 - Thiesi)
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 Società 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: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale ABACO

3.1.3.2 **ASSISTENZA OSPEDALIERA**

L'assistenza ospedaliera è erogata dalle strutture di Alghero e Ozieri che, insieme all'Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari, coprono tutto il fabbisogno assistenziale del territorio dell'ASL di Sassari. La media dei posti letto effettivi è di 235 al 31 dicembre 2024.

Tabella 6 - Posti letto assistenza ospedaliera

	POSTI LETTO/ANNO	2024			2023			2022		
	DISCIPLINA	ORDINARI	DAY HOSPITAL	TOTALE	ORDINARI	DAY HOSPITAL	TOTALE	ORDINARI	DAY HOSPITAL	TOTALE
Alghero	0901 - CHIRURGIA GENERALE	19	1	20	19	1	20	19	1	20
	0902 - CHIRURGIA GENERALE	4	1	5	4	1	5	0	0	0
	2601 - MEDICINA GENERALE	42	1	43	42	1	43	42	1	43
	3101 - NIDO	10	0	10	9	0	9	10	0	10
	3401 - OCULISTICA	0	2	2	0	2	2	0	2	2
	3701 - OSTETRICIA-GINECOL.	9	1	10	13	1	14	13	1	14
	3801 - OTORINOLARINGOIATRIA	10	0	10	10	0	10	10	0	10
	3901 - PEDIATRIA	8	2	10	7	2	9	8	2	10
	4001 - PSICHIATRIA	16	2	18	16	2	18	16	2	18
	4301 - UROLOGIA	6	2	8	6	2	8	6	2	8
	4901 - TER.INT. - RIANIMAZIONE	6	0	6	0	0	0	6	0	6
	6002 - LUNGODEGENTI	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6003 - LUNGODEGENTI	18	0	18	17	0	0	17	0	17
	6401 - ONCOLOGIA	0	5	5	0	5	0	0	5	5
OZIERI	0901 - CHIRURGIA GENERALE	9	1	10	9	1	10	9	1	10
	2601 - MEDICINA GENERALE	31	2	33	31	2	33	31	2	33
	2901 - NEFROLOGIA	4	1	5	4	1	5	4	1	5
	3201 - NEUROLOGIA	0	4	4	0	0	0	0	0	0
	3203 - NEUROLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3401 - OCULISTICA	0	1	1	0	1	1	0	1	1
	3601 - ORTOPEDIA-TRAUMAT.	15	1	16	15	1	16	15	1	16
	3701 - OSTETRICIA-GINECOL.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3901 - PEDIATRIA	0	1	1	0	1	1	0	1	1
	6901 - RADIODIAGNOSTICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6969 - RADIODIAGNOSTICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	4901 - TER.INT. - RIANIMAZIONE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Totale	207	28	235	202	24	204	206	23	229

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati dei flussi informativi NSIS

Per un confronto dei dati sull'operatività ospedaliera, sono stati utilizzati gli ultimi tre esercizi al netto delle prestazioni erogate presso l'Ospedale Marino di Alghero che, come dettato dall'art. 8 della LR 24/2020, è stato trasferito all'Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari a decorrere dal 1° gennaio 2022 ma ha generato alcuni flussi anche nel 2022 in seguito compensati. Dall'analisi dei dati emerge una tendenza costante negli anni.

Tabella 7 - Attività ospedaliera

RICOVERI ORDINARI	RICOVERI 2022/2023/2024								
STABILIMENTO	2022	2022	2022	2023	2023	2023	2024	2024	2024
	DIMESSI	GIORNATE	VALORE	DIMESSI	GIORNATE	VALORE	DIMESSI	GIORNATE	VALORE
OSPEDALE CIVILE ALGHERO	4.756	11.021.213	33.792	5.579	39.829	13.029.754	5.158	36.625	12.638.623
OSPEDALE MARINO ALGHERO	442	1.920.362	5.133						
OSPEDALE CIVILE OZIERI	2.399	6.961.447	19.738	3.214	20.523	8.761.634	3.043	22.197	8.539.633

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale ABACO

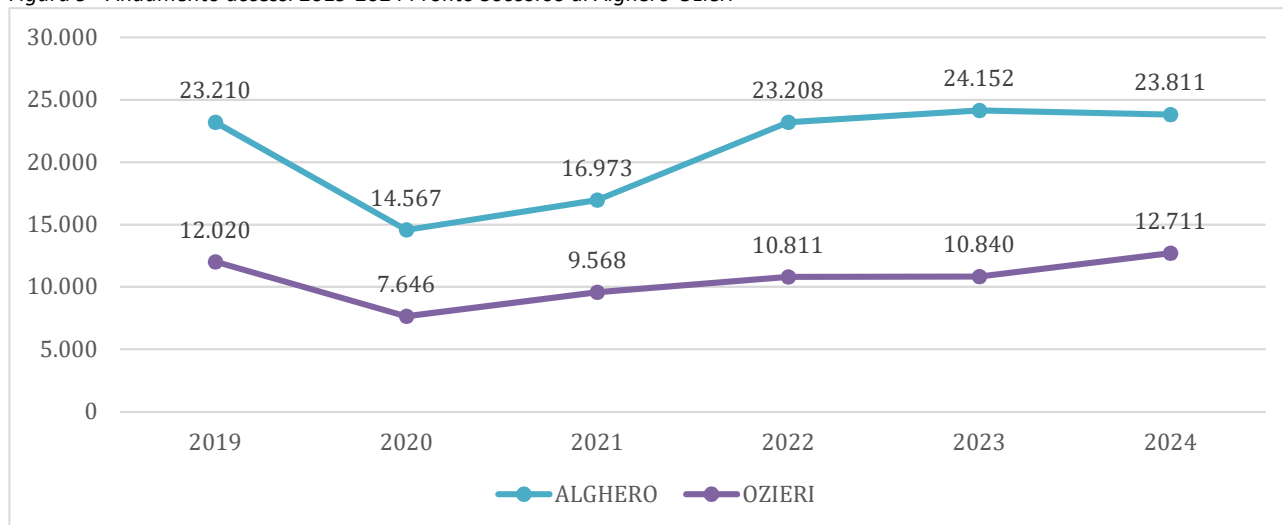
Nella ASL di Sassari sono presenti due strutture di pronto soccorso (PS), ubicate ad Alghero ed Ozieri. La riduzione degli accessi in PS durante la fase pandemica è documentata in tutto il mondo, ed è evidenziata dai dati relativi all'anno 2020 in cui si registra un calo degli accessi. Con la ripresa delle attività ordinarie, vi è stato un fisiologico aumento dei traumi e anche di altre patologie, che ha comportato un aumento degli accessi in PS dove si registrano attività in linea con il 2019. I dati descrivono una risposta positiva dell'organizzazione ospedaliera che è riuscita a rispondere alle necessità degli utenti.

Tabella 8 - Andamento accessi PS

PS	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ALGHERO	23.210	14.567	16.973	23.208	24.152	23.811
OZIERI	12.020	7.646	9.568	10.811	10.840	12.711

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale PS

Figura 9 - Andamento accessi 2019-2024 Pronto Soccorso di Alghero-Ozieri

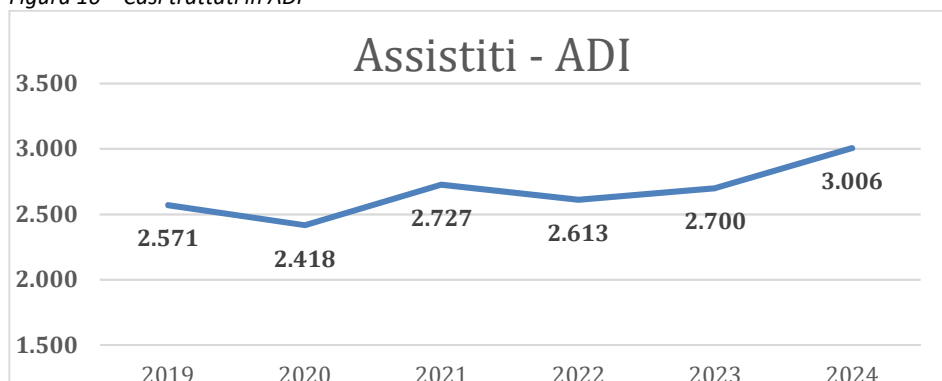


Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo PS

3.1.3.3 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) è un insieme di servizi e interventi sociosanitari erogati al paziente all'interno della sua abitazione al fine di evitare, per quanto possibile, il ricovero in ospedale o la collocazione in una struttura residenziale. Come rilevato nella figura sottostante, al 2024 il numero di pazienti assistiti in ADI è di 3.006, in netto aumento rispetto all'anno precedente.

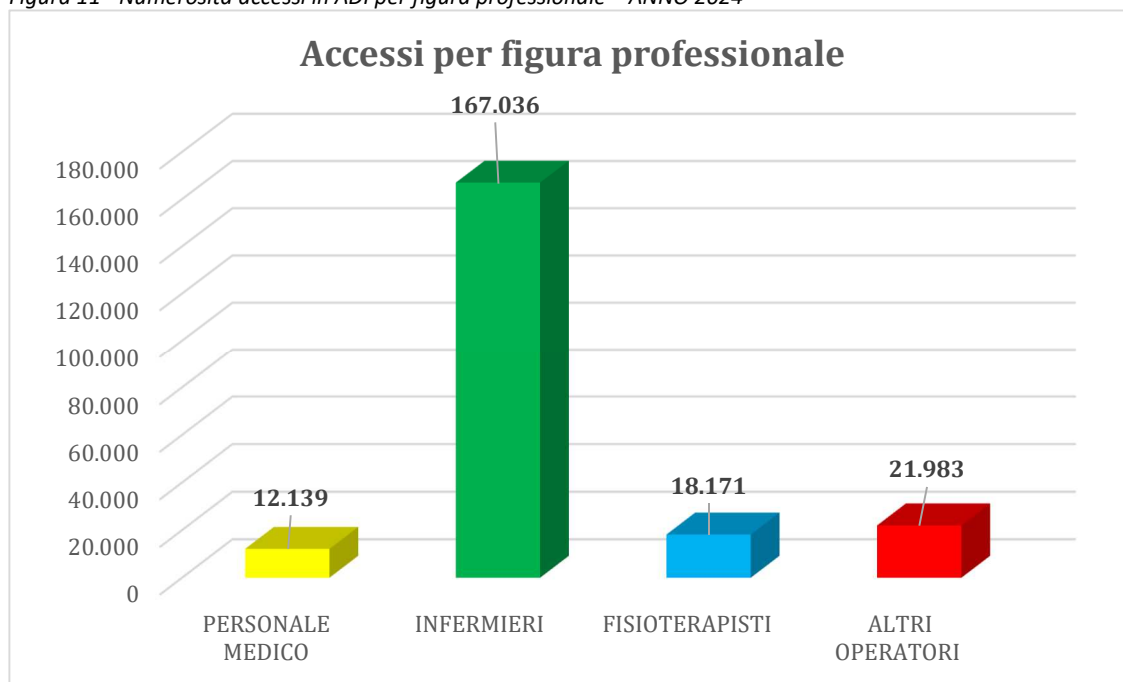
Figura 10 – Casi trattati in ADI



Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale ADI

Nel quadriennio considerato, il numero di accessi in ADI effettuati dalle principali categorie professionali coinvolte è passato da 115.132 nel 2019 a 219.329 nel 2024, con un incremento di oltre il 90%. La componente infermieristica è quella maggiormente coinvolta in quanto integrata con gli altri operatori in attività esclusiva di nursing, come evidenzia la tendenza nazionale.

Figura 11 - Numerosità accessi in ADI per figura professionale – ANNO 2024



Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale ADI

3.1.3.4 **RUGLA (Responsabile Unico di Gestione della Liste d'Attesa)**

Il RUGLA definisce le azioni e le misure operative adottate per la riduzione e l'ottimizzazione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, individuando strumenti e interventi finalizzati a migliorare l'efficienza e l'efficacia dei processi di erogazione dei servizi, al fine di garantire una risposta tempestiva e appropriata ai bisogni dell'utenza.

Svolge una funzione di coordinamento e indirizzo organizzativo, volta a garantire uniformità gestionale a livello aziendale, con particolare riferimento alla programmazione delle agende istituzionali e delle agende

dedicate all'abbattimento delle liste d'attesa, assicurando criteri omogenei di utilizzo delle risorse e delle disponibilità su tutto il territorio dell'ASL di Sassari e garantendo equità di accesso alle prestazioni per tutti i cittadini, indipendentemente dalla collocazione territoriale degli ambulatori.

Cura la produzione di reportistica periodica a supporto della Direzione Sanitaria, relativa ai tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie di primo accesso e ai tempi di presa in carico dei pazienti da ricoverare. Tale reportistica costituisce uno strumento essenziale per la valutazione congiunta delle misure organizzative da adottare, finalizzate al miglioramento dei tempi di attesa nel pieno rispetto dei tempi massimi previsti dalle relative classi di priorità.

Provvede alla definizione e al monitoraggio delle classi di priorità di accesso alle prestazioni, in coerenza con le disposizioni normative e regionali, attraverso un'analisi puntuale dello storico delle prenotazioni e delle erogazioni, con l'obiettivo di allineare progressivamente l'offerta di prestazioni al reale fabbisogno dell'utenza.

Esegue inoltre il monitoraggio delle Attività Libero Professionali Intramoenia (ALPI) e carica periodicamente i dati sul portale AGENAS.

Coordina il gruppo aziendale che valuta le richieste pervenute all'URP, previa verifica di appropriatezza delle richieste stesse. Questo processo avviene con il supporto sanitario del Direttore del Dipartimento dei Presidi di Alghero e Ozieri, del Direttore della SC Diagnostica Territoriale per Immagini e dei Direttori di Distretto. Tramite l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), il gruppo aziendale coordinato dal R.U.G.L.A, si occupa della gestione e presa in carico di tutte le segnalazioni pervenute, riguardanti l'impossibilità di ottenere un appuntamento. L'obiettivo è garantire la prestazione richiesta nel rispetto delle priorità di prescrizione, attraverso un'accurata ottimizzazione delle agende disponibili presso il Centro Unico di Prenotazione (CUP).

Garantisce inoltre l'implementazione, la programmazione e il monitoraggio dei fondi destinati all'abbattimento delle liste d'attesa, assegnati dalla Regione Autonoma della Sardegna – Assessorato alla Sanità, assicurandone l'utilizzo coerente con gli indirizzi regionali e aziendali.

3.1.3.4.1 Programma Attuativo Aziendale per il Recupero delle Liste di Attesa

La ASL n. 1 di Sassari ha avviato il Programma Attuativo Aziendale per il Recupero delle Liste di Attesa (PAGLA), secondo quanto previsto dalla DGR n. 62/24 del 4 dicembre 2020, con la quale è stato approvato a livello regionale il Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA), in conformità con le indicazioni del PNGLA. Questo piano è stato elaborato con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili, promuovendo il principio di appropriatezza nelle sue tre dimensioni: clinica, organizzativa e prescrittiva. Tale approccio intende garantire un accesso equo alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero.

Le principali linee di intervento che la ASL di Sassari si impegna a realizzare attraverso il PAGLA sono le seguenti:

- Rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e i ricoveri ospedalieri, garantendo il rispetto degli standard normativi.
- Erogazione ampliata delle prestazioni ambulatoriali, con l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e nei fine settimana, sia in ambito istituzionale che mediante prestazioni aggiuntive.
- Monitoraggio sui volumi delle prestazioni erogate sia in regime istituzionale sia in regime di Libera Professione Intramuraria (ALPI) con l'obiettivo di valutare, secondo la Deliberazione della Giunta

Regionale n. 59/5 del 04.12.2018, che i volumi delle prestazioni erogate in regime ALPI risultino sempre inferiori a quelli erogati in regime istituzionale;

- Rispetto degli ambiti di garanzia per le prestazioni di primo accesso. Nel caso in cui una prestazione non possa essere erogata nei tempi previsti, si assicura un percorso alternativo per tutelare l'utente e garantire il rispetto dei limiti temporali definiti dalla normativa.
- Ottimizzazione dell'uso delle grandi apparecchiature, massimizzando la loro capacità produttiva per migliorare l'efficienza del sistema.
- Presa in carico dei pazienti cronici, seguendo protocolli specifici che responsabilizzino la struttura sanitaria incaricata. Questa dovrà occuparsi anche della prenotazione delle prestazioni successive alla prima, utilizzando agende di controllo dedicate.
- Gestione del fenomeno delle "mancate presentazioni" da parte degli utenti, attraverso:
 - Sistemi di notifica attiva, come recall, SMS, o applicazioni dedicate.
 - Previsione di richiami o sanzioni per gli utenti che non forniscono un adeguato preavviso di assenza, fatta eccezione per eventi imprevedibili o giustificati.

Queste azioni puntano a garantire una maggiore equità di accesso, migliorare l'efficienza operativa e ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili, con un impatto positivo sull'esperienza dell'utente e sull'efficacia complessiva del sistema sanitario.

3.1.3.4.2 Gruppo Aziendale Gestione delle Liste d'Attesa

Al fine di ottimizzare le attività a livello aziendale è stato istituito il GAGLA (Gruppo Aziendale Gestione delle Liste d'Attesa) il cui obiettivo principale è il monitoraggio, la riduzione dei tempi di attesa e l'ottimizzazione delle risorse finanziarie regionali destinate al recupero delle liste d'attesa, sia ospedaliere che ambulatoriali. Il GAGLA è presieduto dal Direttore Sanitario in collaborazione col RUGLA ed composto da:

- Direttore del Dipartimento dei Presidi di Alghero e Ozieri.
- Direttore della SC Diagnostica Territoriale per Immagini.
- Direttori di Distretto.
- Direttore Professioni Sanitarie
- MMG operanti nel territorio aziendale attraverso un loro rappresentante.

3.1.3.4.3 Piani abbattimento liste d'attesa

La ASL di Sassari ha approvato due progetti finalizzati a ridurre le liste d'attesa, sia per le visite specialistiche ambulatoriali che per le prestazioni dei dirigenti medici con i seguenti provvedimenti:

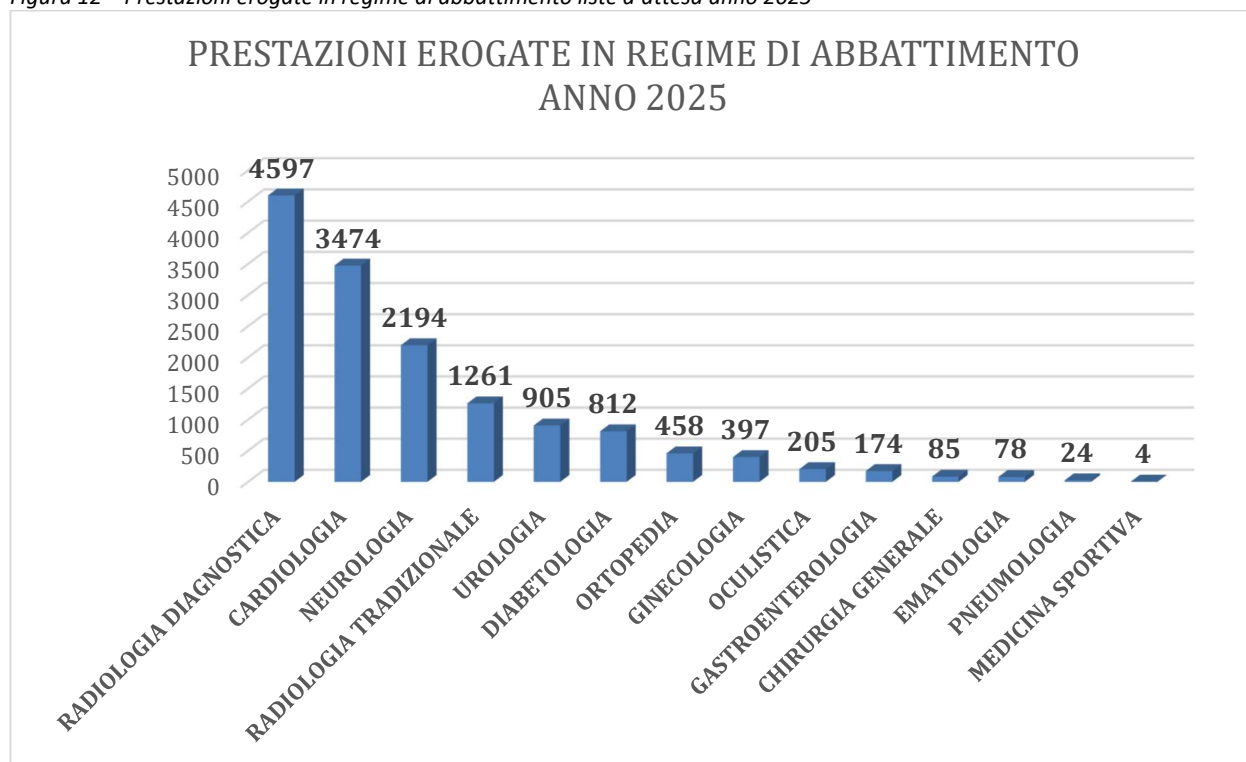
- Delibera Direttore Generale n.542 del 01/06/2023 per la Dirigenza e comparto (DGR 35/54 del 22.11.2022)
- Delibera Direttore Generale n.441 del 26/03/2024 per la Specialistica Ambulatoriale (DGR 33/5 del 13.10.2023)
- DGR RAS n. 4/49 del 15/02/2024 Oggetto: Accordo sindacale per l'attribuzione delle Risorse Aggiuntive Regionali (RAR) destinate al personale del Servizio Sanitario Regionale per lo smaltimento delle liste d'attesa. Tali risorse sono state destinate ad uno specifico progetto di abbattimento delle liste d'attesa ospedaliere riferite agli interventi chirurgici programmati presso le U.O. Chirurgiche aziendali dei PO di Alghero e Ozieri.

L'obiettivo dei progetti è rendere congrui i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, nel pieno rispetto dei tempi previsti dalle classi di priorità indicate dai prescrittori.

Tabella 9 – Elenco prestazioni erogate in regime di abbattimento liste d'attesa anno 2025

BRANCA SPECIALISTICA	PRESTAZIONI EROGATE IN REGIME DI ABBATTIMENTO ANNO 2025
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	4597
CARDIOLOGIA	3474
NEUROLOGIA	2194
RADIOLOGIA TRADIZIONALE	1261
UROLOGIA	905
DIABETOLOGIA	812
ORTOPEDIA	458
GINECOLOGIA	397
OCULISTICA	205
GASTROENTEROLOGIA	174
CHIRURGIA GENERALE	85
EMATOLOGIA	78
PNEUMOLOGIA	24
MEDICINA SPORTIVA	4
Totale complessivo	14668

Figura 12 – Prestazioni erogate in regime di abbattimento liste d'attesa anno 2025



3.1.3.4.4 Percorso di tutela di accesso alternativo alle prestazioni specialistiche a favore del cittadino ai sensi dell'art. 3 comma 13 del D. Lgs. n. 124/1998

Il Percorso di Tutela della ASL di Sassari è stato progettato per garantire che tutti i cittadini possano accedere alle prestazioni sanitarie in modo tempestivo, riducendo al minimo i disagi derivanti dai ritardi nelle prestazioni e garantendo che ogni prestazione venga erogata nel rispetto delle priorità mediche e dei tempi di attesa stabiliti. Il sistema è pensato per essere flessibile, con misure straordinarie che si attivano in caso di necessità, per ridurre i tempi di attesa e migliorare l'efficienza complessiva del servizio sanitario, in modo che i cittadini possano sempre ottenere le cure di cui hanno bisogno. Nello specifico seguirà la seguente procedura:

1. Verifica delle disponibilità nelle agende istituzionali e delle strutture private accreditate: In primo luogo, si controllano le disponibilità nelle agende delle strutture pubbliche e private accreditate che offrono prestazioni in regime pubblico tramite apposite convenzioni.
2. Consultazione delle agende in regime di intramoenia dei dipendenti ASL di Sassari.
3. Autorizzazione per prestazioni presso strutture private: Se, dopo aver esaurito le opzioni precedenti, non è possibile soddisfare la richiesta del paziente entro i tempi di attesa definiti dalle classi di priorità, il Responsabile Unico della Gestione delle Liste d'Attesa (RUGLA), con il supporto del Gruppo Aziendale di Gestione delle Liste d'Attesa, autorizza l'utente a effettuare la prestazione presso strutture private, garantendo che l'appuntamento avvenga entro i tempi stabiliti dalla classe di priorità indicata nell'impegnativa.

Questa procedura assicura che i pazienti ricevano le prestazioni necessarie in tempi congrui, rispettando le priorità cliniche e le normative vigenti.

La ASL di Sassari ha dedicato sul proprio sito aziendale una sezione specifica, denominata Lista d'Attesa raggiungibile al seguente link "<https://www.asl1sassari.it/amministrazione-trasparente/servizi-erogati/liste-di-attesa/>". In questa sezione è possibile consultare la reportistica relativa ai tempi di attesa aziendali per l'erogazione delle prestazioni in tutti gli ambulatori aziendali.

Sono disponibili alla consultazione sia il "PAGLA" che tutta la documentazione relativa all'attivazione del percorso di tutela per l'accesso alternativo alle prestazioni specialistiche a favore del cittadino.

Tutte queste informazioni sono rese disponibili per garantire maggiore trasparenza e vicinanza nella comunicazione con i cittadini.

3.1.3.5 **IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA MEDICA**

Il Dipartimento di Prevenzione – Area medica – ha, in generale, il compito di perseguire le finalità configuranti i livelli essenziali di assistenza di cui al DPCM 12.1.2017 – allegato 1, Prevenzione collettiva e sanità pubblica (al quale integralmente si rimanda). In un elenco sintetico e non esaustivo si indicano i seguenti compiti specifici, in quanto cardini della complessiva azione dipartimentale di Area medica:

- Promuove la salute e la prevenzione delle malattie
- Promuove gli stili di vita sani
- Realizza azioni di prevenzione degli stati morbosi acuti e cronici
- Individua e rimuove le cause di nocività e di malattia di origine ambientale e umana.

Le strutture direttamente afferenti al Dipartimento di Prevenzione Area Medica sono le seguenti: SC Igiene e sanità pubblica (SIP); S.C. Prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro (SPRESAL); S.C. Medicina legale; S.C. Prevenzione e promozione della salute; S.C. Igiene dell'alimentazione e della nutrizione (SIAN); S.S.D. Centro Epidemiologico e Registri di Patologia - CEA del Nord Sardegna e S.S.D. Salute e Ambiente.

Tabella 10 - Attività del servizio di igiene pubblica

Anno	Indagini epidemiologiche	Residenti vaccinati	Pareri richiesti	Pareri espressi
2021	0	267.172	617	615
2022	31	173.483	700	696
2023	272	72.538	418	407
2024	349	88.831	555	532

Fonte: elaborazione SIP

Tabella 9 - Attività di screening oncologici organizzati

ANNO	CAMPAGNE DI SCREENING	ATTIVITA'	Screening Service Uterina	Screening mammografico	Screening Colon Retto
2020	3	Inviti di 1° livello	12.258	9.388	532
		Adesioni	3.785	3.960	80
		Tasso di adesione	12,19%	15,20%	1,03%
2021	3	Inviti di 1° livello	13.818	10.686	11.157
		Adesioni	5.028	6.249	3.658
		Tasso di adesione	16,33%	23,68%	7%
2022	3	Inviti di 1° livello	20.513	17.736	8.189
		Adesioni	7.243	5.446	1.991
		Tasso di adesione	23,78%	20,50%	3,80%
2023	3	Inviti di 1° livello	24.946	10.025	25.160
		Adesioni	8.325	4.814	6.938
		Tasso di adesione	33,37%	48%	27,57%
2024	3	Inviti di 1° livello	34.537	21.796	15.928
		Adesioni	11.282	8.191	3.967
		Tasso di adesione reale	38,43%	30,61%	7,55%

Fonte: programma sanitario 25-27

Tabella 12 - Attività SPRESAL

DESCRIZIONE	2021	2022	2023	2024
N° malattie professionali	142	223	258	352
N° visite ex esposti all'amianto	412	336	285	274
N° visite (ricorsi contro giudizio d'idoneità, altre categorie lavorative)	52	41	43	50
N° infortuni presi in carico	53	58	64	60
N° cantieri ispezionati	312	353	312	312
N° aziende edili ispezionate	376	388	407	400
N° aziende agricole ispezionate	46	50	49	53
N° aziende altri comparti ispezionate	222	193	245	226
N° interventi di assistenza alle imprese (seminari, interventi informativi, corsi abilitanti e altro)	3	15	22	28
N° riscontri attraverso sportello informativo	22	35	41	39

Fonte: elaborazione SPRESAL

3.1.3.6 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA VETERINARIA

La Sanità Pubblica Veterinaria in Sardegna è particolarmente impegnata nel contrasto alle malattie infettive, specie alle zoonosi, e a quelle che determinano allarme sociale e impatto negativo sul comparto agro-zootecnico dell'Isola. Il Dipartimento è dotato di autonomia gestionale, titolare di indirizzo, direzione, organizzazione del personale e coordinamento di ogni attività di tutela la salute umana in relazione a

patologie e problematiche correlate agli animali. Il dipartimento dipende gerarchicamente e funzionalmente dal ASL n. 1 di Sassari e, in via sperimentale per tre anni dall'approvazione dell'atto aziendale, svolge le proprie funzioni con l'ASL n. 2 della Gallura, garantendo i propri servizi per l'ambito territoriale del Nord Sardegna. Atto aziendale 39/3.

Il Dipartimento svolge principalmente le seguenti funzioni:

- Vigila e controlla la sanità degli allevamenti attraverso la lotta contro le malattie infettive e diffuse.
- È responsabile della protezione dei consumatori dalle insidie dei contaminati ambientali e dai presidi chimico-farmacologici i cui residui possono persistere negli alimenti di origine animale.
- Predisporre e attua i piani di risanamento o di eradicazione contro le malattie infettive e diffuse di origine animale.
- Gestisce l'anagrafe zootecnica assicurando l'identificazione degli animali e la rintracciabilità degli alimenti.
- Effettua il controllo delle malattie infettive e diffuse degli animali (da reddito, compagnia, esotici e selvatici) e dei diversi fattori che mettono in pericolo sia la salute dell'uomo sia quella degli animali che dell'ambiente, nell'ottica di un approccio cooperativo, multisettoriale e interdisciplinare denominato One Health.

Le strutture direttamente afferenti al Dipartimento di Prevenzione Area Veterinaria sono le seguenti:

S.C. Sanità animale e anagrafi zootecniche [in ASL Sassari, competenza Sassari]; S.C. Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale [in ASL Sassari, competenza Sassari]; S.C. Randagismo e anagrafe animali da compagnia [in ASL Sassari, competenza Sassari-Gallura]; S.C. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche [in ASL Sassari, competenza Sassari]; S.S.D. Sanzioni igienico sanitarie [in ASL Sassari, competenza Sassari-Gallura] e S.S.D. Gestione e Controllo della qualità e della sicurezza alimentare di origine Animale [in ASL Sassari, competenza Sassari-Gallura].

Tabella 13- Attività Servizio di Sanità Animale

DESCRIZIONE	2020	2021	2022	2023	2024
numero di prestazioni su portale BDN (anagrafe e SANAN)	975.553	828.216	818.189	1.222.976	1.355.567
numero di aziende controllate per Piani di risanamento	903	1.246	1.112	1.058	818
numero di aziende controllate per peste suina africana	877	1.039	466	254	86
numero controlli ufficiali Check list I&R	275	312	333	270	294

Fonte: elaborazione SANITA' ANIMALE

Tabella 14 - Attività Servizio SIAPZ

DESCRIZIONE	2020	2021	2022	2023	2024
DUAP	652	670	717	585	600
Controlli ufficiali (Benessere, Condizionalità, Farmaco, Sicurezza alimentare, SOA)	477	608	717	1.126	1.385
Autorizzazione trasporto animali	49	62	58	93	63
Campioni (PRR, PRAA, PRCUA, MBV, Additivi e Aromi, UVAC, Export)	164	418	333	313	323
Certificati Export	1.106	1.338	1.382	1.208	1.196

Fonte: elaborazione SIAPZ

Tabella 15 - Attività Servizio di SIAOA

DESCRIZIONE	2020	2021	2022	2023	2024
Controlli ufficiali	651	271	923	708	962
Numero di campioni effettuati per ridurre i rischi chimici e batteriologici	252	178	164	196	115

Numero di stabilimenti categorizzati	104	22	136	176	32
Numero di campioni effettuati per ricerca residui	9	65	94	113	70

Fonte: elaborazione SIAOA

3.1.3.7 IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) rappresenta l'articolazione preposta alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio e del disturbo psichico dei cittadini.

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) è responsabile delle funzioni ad esso assegnate dal DPR 1° novembre 1999 ("Approvazione del Progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000") ed in particolare:

- Delle attività di programmazione, promozione, attivazione, coordinamento e verifica delle attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione relativamente alla salute mentale e alle dipendenze patologiche in ogni età della vita
- Nel contrastare lo stigma e l'esclusione sociale che e i disturbi psichici e le condotte di abuso, specie se in comorbidità, possono determinare.

Le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del dipartimento di Salute Mentale sono svolte all'interno dei seguenti servizi:

- Centro di salute mentale (CSM);
- Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC);
- Servizio Dipendenze Patologiche (SERD);
- Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza;
- Psichiatria forense;
- Psichiatria carceraria;
- Riabilitazione residenziale e semiresidenziale psichiatrica;
- Disturbi dello spettro autistico;
- Alcologia;
- Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione (DAN).

Tali servizi garantiscono la presa in carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale. In tale contesto risulta fondamentale promuovere una cultura proattiva verso la Salute mentale che permetta di intercettare precocemente il bisogno, evitare l'acutizzazione del problema e favorire il recupero. Evoluzione culturale necessaria considerando che la salute mentale è una delle aree sanitarie più complesse poiché il suo perseguimento richiede una stretta integrazione del sistema sanitario con i servizi sociali, la rete relazionale dell'individuo e la società, nonché un notevole coordinamento tra la rete dei servizi sanitari stessi afferenti e non alla rete integrata per la salute mentale.

Le strutture direttamente afferenti al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze sono le seguenti:

S.C. Centro di Salute Mentale (CSM) di Sassari e della Romangia; S.C. Centro di Salute Mentale (CSM) di Alghero, Coros, Villanova, Nurra occidentale; S.S.D. Centro di Salute Mentale (CSM) del Montacuto, Goceano, Anglona e Meilogu; S.C. Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC); S.C. Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPI); S.C. Servizio Dipendenze Patologiche (SERD); S.S.D. Psichiatria Forense; S.S.D. Psichiatria carceraria; S.S.D. Riabilitazione Residenziale e Semiresidenziale Psichiatrica (SSRSP); S.S.D. Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) di Alghero; S.S.D. Disturbi dello spettro autistico; S.S.D. Alcologia e S.S.D. Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione (DAN).

Tabella 16 - Pazienti in carico dal DSMD e n° prestazioni

PAZIENTI IN CARICO CSM	N° PAZIENTI	PRESTAZIONI
CSM SASSARI	7.248	48.514
CSM ALGHERO	1.859	18.347
CSM OZIERI	836	9.001
TOTALE	9.943	75.862

Fonte: elaborazione PeC ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale DSMD

Tabella 17 -Pazienti in carico del Servizio Dipendenze e Alcolologia

PAZIENTI IN CARICO	N° PAZIENTI ALCOLOGIA	N° PAZIENTI SERD	PRESTAZIONI
SERD/ALCOLOGIA	674	3.264	59.722

Fonte: elaborazione PeC ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale DSMD

Tabella 18-Pazienti presi in carico e Prestazioni erogate dai Servizi NPI e Autismo

PAZIENTI IN CARICO	N° PAZIENTI NEURO PSICHIATRIA INFANTILE/AUTISMO	PRESTAZIONI
NPI	7.445	28.596
AUTISMO	1.058	3.855

4 SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

4.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE – VALORE PUBBLICO

Per valore pubblico si intende l'impatto dei servizi degli enti pubblici sul livello complessivo di benessere economico, sociale, ambientale e sanitario dei cittadini, delle imprese e degli altri *stakeholders*, così come specificato nelle Linee Guida per il Piano della performance di giugno 2017, pubblicato dall'Ufficio per la valutazione delle performance del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Il valore pubblico ha, inoltre, una valenza bidimensionale in quanto, per la sua quantificazione, occorre fare riferimento non solo agli impatti esterni prodotti su cittadini, utenti e stakeholders, ma anche alla dimensione interna all'Azienda, presso cui il miglioramento viene prodotto.

Nella configurazione dell'assetto aziendale e, in genere, nella propria attività, l'ASL di Sassari tiene in debita considerazione non solo la dimensione istituzionale e amministrativa ma anche il sistema politico, culturale e comportamentale di riferimento, e ciò al fine di rafforzare le condizioni sottostanti alla ricerca dell'economicità e della funzionalità dei propri servizi sanitari e socio-sanitari².

4.1.1 Strategie di valore pubblico

1) Governo liste attesa

Il governo delle liste di attesa rappresenta uno dei principali ambiti attraverso cui l'Azienda può generare valore pubblico, garantendo ai cittadini tempi di accesso equi, trasparenti e coerenti con il bisogno clinico.

L'obiettivo può essere perseguito attraverso tre direttrici operative principali, di forte impatto distrettuale e specialistico:

- Presa in carico congiunta della cronicità attraverso i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)

I PDTA rappresentano lo strumento elettivo per assicurare continuità assistenziale, razionalizzazione degli accessi e gestione proattiva del paziente cronico. La loro piena implementazione consente di ridurre gli accessi impropri, migliorare l'aderenza terapeutica e programmare in maniera appropriata visite ed esami, contribuendo a una riduzione della pressione sulle liste di attesa.

- Appropriata prescrizione

Implementazione delle azioni per favorire l'appropriatezza prescrittiva saranno rivolte a tutti i prescrittori, in modo trasversale e integrato: Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e specialisti ambulatoriali/ospedalieri.

Le misure previste devono contenere audit periodici, monitoraggio dei volumi prescrittivi, formazione mirata. L'obiettivo è ridurre le prestazioni non necessarie, liberando capacità produttiva per i pazienti con maggiore priorità clinica.

- Presa in carico specialistica

L'incremento della capacità di presa in carico da parte degli specialisti consente una gestione più efficace dei pazienti complessi e dei follow-up programmati. Attraverso l'ottimizzazione dell'agenda dei follow up strutturata con il Distretto, si punta a una maggiore fluidità dei percorsi di accesso e a una significativa riduzione dei tempi di attesa percepiti e reali.

2) Formazione

La capacità dell'Azienda di generare valore pubblico dipende in modo diretto dalla qualità, dalla professionalità e dalla motivazione delle persone che vi operano.

² Borgonovi E. (1996). Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, Egea, Milano.

A seguito delle disposizioni in materia di misurazione e valutazione della performance individuale del 28/11/2023, l'Azienda ritiene strategico inserire nella sezione Valore Pubblico un obiettivo specifico dedicato alla valorizzazione del capitale umano.

La formazione rappresenta un fattore determinante per assicurare qualità, innovazione e continuità nei servizi sanitari e amministrativi, oltre che un elemento essenziale per sostenere la crescita professionale del personale e dei dirigenti.

L'obiettivo può essere perseguito attraverso:

a) Sviluppo delle competenze dei dirigenti (competenze trasversali / soft skills)

Le attività formative rivolte alla dirigenza saranno mirate al potenziamento delle capacità di leadership, gestione dei processi, comunicazione efficace, gestione dei team e *problem solving*, al fine di sostenere la modernizzazione del management pubblico e migliorare la qualità dei processi decisionali.

b) Formazione continua del personale dipendente

I dipendenti saranno coinvolti in percorsi di aggiornamento e sviluppo professionale, anche attraverso l'utilizzo delle piattaforme nazionali Formez PA e Syllabus, coerentemente con quanto previsto dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

I contenuti formativi riguarderanno competenze digitali, amministrative, gestionali e trasversali, con l'obiettivo di rafforzare la capacità operativa dell'Azienda e migliorare l'efficienza dei servizi al cittadino.

c) Standard formativo annuale

In coerenza con le indicazioni nazionali, e per coloro che non rientrano nella previsione dell'art. 16 quater del D.Lgs 502/92, che stabilisce l'obbligatorietà della formazione continua per lo svolgimento dell'attività professionale, il fabbisogno formativo prevede un target di 24 ore di formazione annue per ciascun dipendente. Tale standard potrà essere modulato in considerazione delle peculiarità operative dell'Azienda sanitaria, al fine di non compromettere l'erogazione dei servizi essenziali e l'assistenza ai cittadini, garantendo al contempo un adeguato livello di aggiornamento per tutto il personale.

3) Agenda 2030

La generazione di valore pubblico non può prescindere dall'allineamento dell'Azienda Sanitaria agli obiettivi globali di salute definiti dall'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile.

In tale prospettiva, l'Obiettivo 3 del PIAO si orienta a sostenere il raggiungimento dell'SDG 3 – Buona Salute e Benessere, integrando nella programmazione locale le priorità strategiche individuate a livello internazionale, europeo e nazionale.

L'impegno dell'Azienda concorre alla creazione di valore pubblico attraverso azioni finalizzate a migliorare gli esiti di salute della popolazione, ridurre le disuguaglianze sanitarie, aumentare la prevenzione e garantire accesso equo e universale ai servizi sanitari essenziali.

In coerenza con l'Agenda 2030, l'obiettivo si declina nelle seguenti priorità:

1. Ridurre la mortalità materna e infantile

Tramite la presa in carico multidisciplinare (ostetrica, ginecologica, psicologica, sociale) dei consultori.

2. Contrastare le malattie trasmissibili (AIDS, tubercolosi, malaria, epatiti e altre infezioni)
 Promuovendo programmi di prevenzione, screening, vaccinazione, sorveglianza epidemiologica e tempestiva gestione dei casi, in coordinamento con i Dipartimenti di Prevenzione e le autorità regionali.
3. Ridurre la mortalità prematura per malattie non trasmissibili (NCD)
 Attraverso interventi di prevenzione primaria e secondaria su stili di vita, screening oncologici, gestione della cronicità, percorsi PDTA e promozione del benessere psicologico e della salute mentale.
4. Rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze
 Contrastando l'abuso di stupefacenti, alcol e sostanze psicoattive tramite servizi dedicati, presa in carico multidisciplinare, programmi educativi e progetti intersettoriali.
5. Ridurre lesioni, morti e disabilità da incidenti stradali tramite i servizi di prevenzione raccolti alle persone
6. Garantire accesso universale ai servizi di salute sessuale e riproduttiva
 Rafforzando consultori, percorsi di prevenzione, diagnosi e cura delle patologie ginecologiche, tutela della maternità e servizi per adolescenti.
7. Ridurre le malattie e i decessi dovuti a inquinamento ambientale e esposizione a sostanze chimiche
 Tramite il ruolo del Dipartimento di Prevenzione, il controllo ambientale, la sorveglianza sanitaria e la collaborazione con enti locali e ARPA.
8. Raggiungere la copertura sanitaria universale
 Garantendo equità e tempestività nell'accesso alle prestazioni essenziali

Nel triennio la misurazione del contributo dell'Azienda all'Obiettivo 3 "Buona Salute e Benessere" dell'**Agenda 2030** verrà effettuata utilizzando un set di **indicatori BES-Istat** consolidati, afferenti alla dimensione salute. Tali indicatori consentono di monitorare l'evoluzione dello stato di salute della popolazione e gli impatti delle azioni aziendali, con particolare attenzione alla prevenzione, alla presa in carico, ai corretti stili di vita e alla protezione delle fasce fragili.

INDICATORE	2021	2022	2023	2024
Speranza di vita alla nascita	82,6	82,0	82,5	82,8
Speranza di vita in buona salute alla nascita	58,0	58,1	55,6	55,8
Indice di salute mentale (MH)	71,1	71,0	71,4	70,0
Mortalità evitabile (0-74 anni)	19,6	19,6		
Mortalità infantile	2,4	2,5		
Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni)	0,7	0,8	0,8	1,3
Mortalità per tumore (20-64 anni)	9,1	8,8		
Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più)	41,2	44,3		
Multicronicità e limitazioni gravi (75 anni e più)	51,9	47,8	50,8	55,2

INDICATORE	2021	2022	2023	2024
Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni	9,4	8,8	9,8	9,9
Eccesso di peso (tassi standardizzati)	41,3	40,4	38,5	41,5
Fumo (tassi standardizzati)	20,5	17,4	19,5	24,5
Alcol (tassi standardizzati)	16,5	17,7	17,6	20,3
Sedentarietà (tassi standardizzati)	30,0	35,4	34,8	32,2
Adeguata alimentazione (tassi standardizzati)	18,0	19,8	17,5	16,5

Bes istat 2024- Sardegna

4) Digitalizzazione rivolta ai cittadini

L'obiettivo M6C2 1.3.1(b) del PNRR, relativo all'incremento dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte degli operatori sanitari, rappresenta un elemento strategico nella trasformazione digitale dell'ASL. L'aumento effettivo dell'utilizzo del FSE da parte del personale sanitario evidenzia una progressiva integrazione dello strumento nei processi sia clinici che a beneficio del cittadino.

Il maggiore utilizzo del FSE ha un impatto particolarmente rilevante nei contesti a elevata complessità operativa, come il Pronto Soccorso, dove la rapidità e completezza delle informazioni cliniche sono determinanti per la presa in carico. L'accesso immediato ai dati relativi a terapie in corso, allergie, esami recenti e patologie pregresse consente infatti una valutazione più accurata e tempestiva, riducendo il rischio di errori e duplicazioni diagnostiche.

Il risultato raggiunto negli ultimi mesi dell'anno 2024 testimonia anche un cambiamento culturale all'interno dei servizi, con una crescente consapevolezza del valore del dato clinico condiviso e dell'importanza della continuità assistenziale tra ospedale e territorio. L'incremento dell'utilizzo del FSE favorisce l'appropriatezza dei percorsi di cura e rafforza il modello di sanità digitale delineato nel PNRR. Per questo, tutti gli operatori sanitari, sia dipendenti che convenzionati, stanno contribuendo e hanno contribuito all'incremento dell'utilizzo del FSE.

Dal punto di vista del paziente, l'adozione estesa del FSE rappresenta un reale valore pubblico, in quanto migliora la sicurezza, la trasparenza e la qualità dell'assistenza ricevuta. Il cittadino può beneficiare di una presa in carico più tempestiva e personalizzata, con minori rischi di errori terapeutici e una maggiore continuità tra le cure erogate in ospedale e sul territorio. Inoltre, la disponibilità dei propri dati sanitari in forma digitale favorisce una partecipazione più attiva del paziente alla gestione della propria salute, rafforzando il rapporto di fiducia tra cittadini e servizi sanitari.

5) Sviluppo dell'Intelligenza Artificiale

L'ASL si propone di avviare un percorso strutturato per introdurre strumenti di Intelligenza Artificiale a supporto dei processi clinici, prescrittivi e amministrativi, con particolare attenzione a:

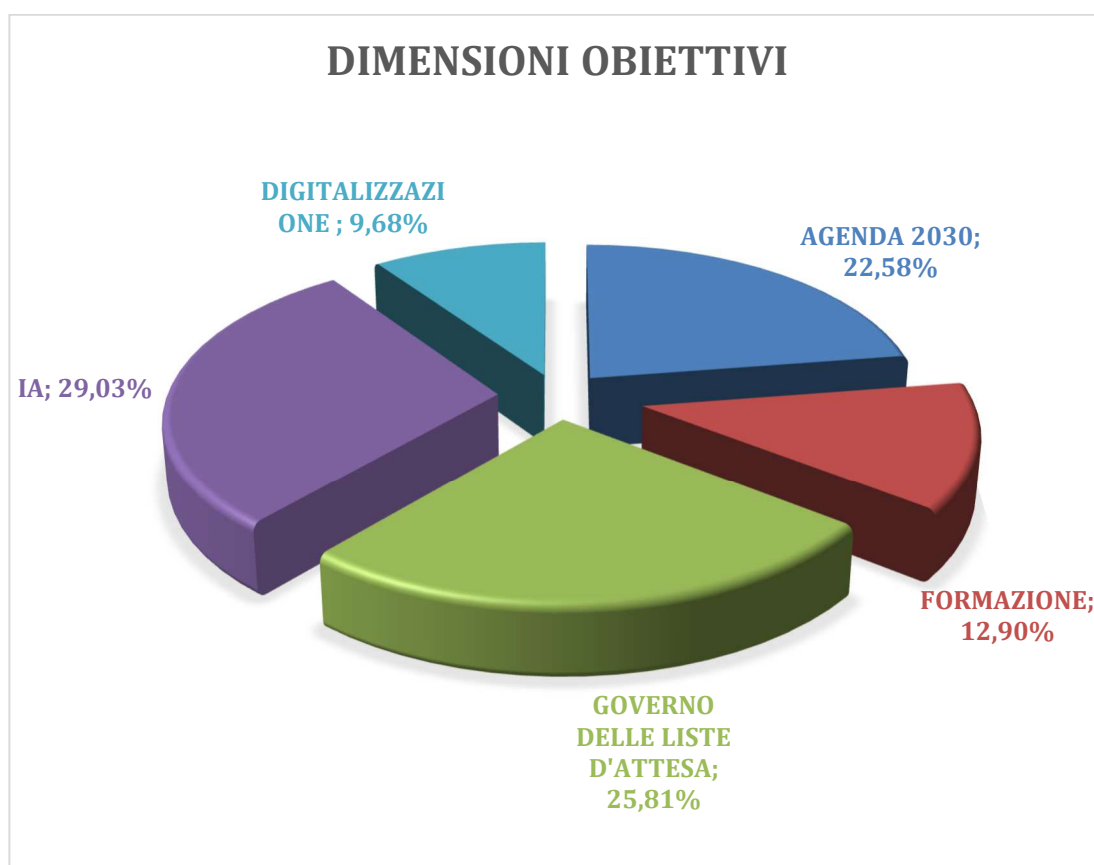
- appropriatezza delle prestazioni,
- sicurezza del paziente,
- efficienza interna.

Lo sviluppo degli strumenti di intelligenza artificiale si inserisce nel più ampio processo semplificazione e di reingegnerizzazione delle procedure, come previsto dal DL 80 del 9 giugno 2021, art. 6, lett. e. In particolare in sede di definizione delle schede di Budget, saranno implementati gli obiettivi coerenti con la linea strategica IA, indicata nella tabella seguente che esplicita gli obiettivi di Valore Pubblico.

In questa ottica, si intendono perseguire le seguenti linee di intervento:

- Supporto AI per MMG e PLS nella prescrizione appropriata con lo sviluppo di un sistema di supporto decisionale (Clinical Decision Support System - CDSS) integrato nei gestionali dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta.
- Sviluppo di un sistema di codifica assistita basato su AI nei reparti ospedalieri
Il sistema suggerisce automaticamente diagnosi e procedure coerenti con la documentazione clinica, riduce errori di codifica e incompletezze, velocizza la compilazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera e migliora la qualità dei flussi informativi verso il Ministero della Salute e il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).
- Altre iniziative: ulteriori proposte e sperimentazioni saranno definite successivamente, in linea con le esigenze organizzative e cliniche dell'Azienda.

Obiettivi valore pubblico



DIMENSIONE	DIPARTIMENTO	DESCRIZIONE OBIETTIVO (COSA PREVIAMO DI FARE)	DESCRIZIONE INDICATORE	VALORE ATTESO	BASILI NE	Fonte	NOTE
DIGITALIZZAZIONE	DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE/DIPARTIMENTO DELLA GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE, UMANE E STRUMENTALI/DIPARTIMENTO DELLA GESTIONE DIGITALE, EDILE, IMPIANTISTICA ED ECOLOGICA	PROGETTO AGENDA 2030 - SALUTE E BENESSERE (OBIETTIVO 3)	APPLICAZIONE DI MODELLO SPERIMENTALE PER L'INTRODUZIONE DELLO SMART WORKING IN UN AMBULATORIO INFERMIERISTICO. LA RICADUTA DEL PROGETTO, OLTRE A GARANTIRE LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA, È FINALIZZATA A MIGLIORARE LA GESTIONE DEI TEMPI DI CONCILIAZIONE VITA-LAVORO DEI PROFESSIONISTI E QUINDI DEL MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	1 AMBULATORIO SPERIMENTALE	0	SERVIZIO RISORSE UMANE	
AGENDA 2030	DISTRETTO DI SASSARI	RAFFORZARE LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO ATTRAVERSO IL COORDINAMENTO DELLA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI FRAGILI E ANZIANI, GARANTENDO APPROPRIATEZZA, INTEGRAZIONE DEI SERVIZI E RIDUZIONE DEI RICOVERI IMPROPRI	TASSO DI UTILIZZO DEI POSTI LETTO	≥ 85%	80%	OSPEDALE DI COMUNITÀ	
AGENDA 2030	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA MEDICA	GARANTIRE LE VERIFICHE DI APPROPRIATEZZA E DI EFFICACIA SULL'ATTIVITÀ DI CONTROLLO UFFICIALE	NUMERO DI VERIFICHE DI EFFICACIA ESEGUITE SULL'ATTIVITÀ DI CONTROLLO UFFICIALE/NUMERO TOTALE DI VERIFICHE PROGRAMMATE SULL'ATTIVITÀ DI CONTROLLO UFFICIALE	100%	80%	DIP VET	
DIGITALIZZAZIONE	STRUTTURE AZIENDALI SANITARIE	INCREMENTO DELL'UTILIZZO DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE) DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI	PERCENTUALE DI DOCUMENTI SANITARI INDICIZZATI SUL FSE PARI AL 75%;	75%	70%	PEC	
DIGITALIZZAZIONE	STRUTTURE AZIENDALI SANITARIE	INCREMENTO DELL'UTILIZZO DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE) DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI	PERCENTUALE DEI DOCUMENTI SANITARI IN FORMATO DIGITALE FIRMATI DIGITALMENTE PARI AL 95%.	95%	80%	PEC	
FORMAZIONE	TUTTE LE STRUTTURE	FAVORIRE L'ADESIONE DEI COLLABORATORI AI CONTENUTI FORMATIVI DELLA PIATTAFORMA MEDS.	ALMENO IL 70% DEL PERSONALE DIPENDENTE AMMINISTRATIVO DA FORMARE COMUNICATO DA ARES SARDEGNA FORMATO NELL'ANNO DI RIFERIMENTO	70%	-	MEDS/ARES	
FORMAZIONE ³	TUTTE LE STRUTTURE	FAVORIRE LA FORMAZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE	% DI DIPENDENTI CON PERCORSI DI SVILUPPO PROFESSIONALE PARI A 24H	100%	-		modulato in considerazione delle peculiarità operative dell'Azienda sanitaria, al fine di non compromettere l'erogazione dei servizi essenziali e l'assistenza ai cittadini, garantendo al contempo un adeguato livello di aggiornamento per tutto il personale.
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	DIPARTIMENTO INTERPRESIDIO ALGHERO-OZIERI DI MEDICINA	MIGLIORARE LA TEMPESTIVITÀ, L'APPROPRIATEZZA E L'UNIFORMITÀ DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON ICTUS IN FASE ACUTA, MEDIANTE L'ADOZIONE DEL PDTA AZIENDALE	PRESENTAZIONE DEL PROGETTO ALLA STRUTTURA DI PIANIFICAZIONE STRATEGICA ENTRO IL 30/10/2026	1	0	PIANIFICAZIONE STRATEGICA	
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	DIPARTIMENTO DELLA GESTIONE E DELLA GOVERNANCE AZIENDALE	ELABORAZIONE DI UN PIANO DI COMUNICAZIONE RIVOLTO ALL'UTENZA FINALIZZATO A MIGLIORARE LA FRUIBILITÀ DELLE INFORMAZIONI, ORIENTARE I CITTADINI E SUPPORTARE LE AZIONI AZIENDALI PER LA RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA	PUBBLICAZIONE DEL PIANO NEL SITO INTERNET AZIENDALE	1	0	SITO INTERNET	
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	DISTRETTO DI SASSARI/DISTRETTO DI OZIERI/DISTRETTO DI ALGHERO/DIPARTIMENTO DELLA GESTIONE E DELLA GOVERNANCE AZIENDALE/DIPARTIMENTO INTERPRESIDIO ALGHERO-OZIERI DI MEDICINA	PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE DIABETICO TRAMITE LA COT E LA CASA DELLA COMUNITÀ (CDC)	DELIBERA DI APPROVAZIONE DEL PERCORSO (PDTA).	1	0	PIANIFICAZIONE STRATEGICA	INTEGRATO CON OB GARANTIRE UNA TRANSIZIONE STRUTTURATA, CONTINUA E APPROPRIATA DEL PAZIENTE DIABETICO DALL'ETÀ PEDIATRICA ALL'ETÀ ADULTA
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	DSMD/DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE E DELLA FAMIGLIA	IMPLEMENTAZIONE DI UN SISTEMA DI TRIAGE NELLA NPI PER LA PRESA IN CARICO PIÙ RAPIDA DEI CASI AD ALTA COMPLESSITÀ, RIDUZIONE INAPPROPRIATEZZE E DELLE LISTE DI ATTESA PER PAZIENTI MINORI	DEFINIZIONE DI CRITERI CONDIVISI PER LA PRIORITÀ CLINICA (BASSO/MEDIO/ALTO RISCHIO) CON LA VISIONE DELLE RICHIESTE DEL PLS E DEL MMG PER LA PRIMA VISITA CON PRESA IN CARICO DA PARTE DEGLI SPECIALISTI CHE SI OCCUPANO DEL PDTI DELLE DIVERSE PATOLOGIE	1	0	DSMD	
IA	DISTRETTO DI ALGHERO/OZIERI/SASSARI	MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	PRESENTAZIONE AL SERVIZIO FORMAZIONE DI UN PROGETTO FORMATIVO SULL'UTILIZZO DELL'AI COME SUPPORTO DECISIONALE (CLINICAL DECISION SUPPORT SYSTEM - CDSS) PER MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	1	0	SERVIZIO FORMAZIONE	
IA	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE E DELLA FAMIGLIA/DIPARTIMENTO INTERPRESIDIO ALGHERO-OZIERI DI MEDICINA	SVILUPPO DEL RUOLO DIAGNOSTICO E PROGNOSTICO DELL'ANALISI DELLA VOCE DEI BAMBINI E ADULTI AFFETTI DA MALATTIE ACUTE E CRONICHE DELLE VIE RESPIRATORIE CON SISTEMI DI INTELLIGENZA ARTIFICIALE	PRESENTAZIONE DEL CASO STUDIO	1	0	DIREZIONE AZIENDALE	
IA	DIPARTIMENTO DELLA GESTIONE E DELLA GOVERNANCE AZIENDALE	SVILUPPO DI UN PROGETTO AZIENDALE PER INTEGRARE SOLUZIONI DI IA NEI FLUSSI DI COMUNICAZIONE INTERNA, MIGLIORANDO EFFICIENZA, TRACCIABILITÀ E ACCESSO ALLE INFORMAZIONI	PRESENTAZIONE DEL PROGETTO ALLA DIREZIONE AZIENDALE	1	0	DIREZIONE AZIENDALE	
IA	DSMD	IMPLEMENTAZIONE DI UN SISTEMA DI IA NELLE STRUTTURE CLINICHE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE (DSMD) DELLA ASL DI SASSARI	PRESENTAZIONE DEL PROGETTO AL SERVIZIO RISORSE UMANE E FORMAZIONE	1	0	SERVIZIO FORMAZIONE	
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA MEDICA	GARANTIRE LA CONTINUITÀ E L'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DI SECONDO LIVELLO DEL PROGRAMMA DI SCREENING DEL COLON-RETTO	STIPULA CONVENZIONE CON AOU SASSARI PER GARANTIRE LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DI SECONDO LIVELLO ENTRO IL 30/09/2026.	1	0	PIANIFICAZIONE STRATEGICA	
AGENDA 2030	DIPARTIMENTO INTERPRESIDIO ALGHERO-OZIERI DI CHIRURGIA SPECIALISTICA/DIPARTIMENTO DEI PRESIDI E DEI SERVIZI	RAFFORZARE IL PERCORSO INTEGRATO NEFROLOGIA-CHIRURGIA PER L'ALLESTIMENTO DELLE FISTOLE ARTERIO-VELOSE.	>10% RISPETTO AL 2025	10%	20 casi	PEC	

³ Le ore sono state calcolate tenuto conto della Direttiva del 21/07/2025 "Nuove indicazioni in materia di misurazione e valutazione della performance individuale. Integrazione direttiva del 28/11/2023 per l'area e il comparto sanità"

4.1.2 PNRR: aspetti di Valore Pubblico

Di seguito si forniscono i dettagli su specifici aspetti rilevanti rispetto al Valore Pubblico, ed in particolare sui progetti del PNRR;

CASE DI COMUNITÀ (CdC)

La Casa della salute, declinata in Case della Comunità (CdC) dalla normativa nazionale, quale struttura ausiliaria territoriale del Servizio sanitario regionale, raccoglie l'offerta extraospedaliera e la integra con il servizio sociale. L'art. 44, comma 1 della L.R. 24/2020, sancisce che "La Regione, con l'obiettivo di qualificare l'assistenza territoriale al servizio della persona, di integrare i processi di cura e di garantire la continuità assistenziale, individua nella casa della salute la struttura che raccoglie in un unico spazio l'offerta extra-ospedaliera del servizio sanitario, integrata con il servizio sociale, in grado di rispondere alla domanda di assistenza di persone e famiglie con bisogni complessi".

La CdC si configura come il punto di riferimento per la gestione del processo di integrazione dei servizi sanitari, sociali e di promozione della salute, sia in termini funzionali che strutturali e fisici. In essa operano team multidisciplinari e professionali, composti da MMG, PLS, medici specialistici, infermieri, psicologi, assistenti sociali e altri professionisti della salute (art. 44, comma 3, lett. c).

Con un investimento stanziato di circa 26,5 milioni di euro, l'ASL di Sassari ha avviato i cantieri per realizzare 10 CdC, secondo il modello Hub-Spoke definito nel DM 77/2022.

Tabella 19 - Elenco CdC ASL di Sassari

DISTRETTO	STRUTTURA	TIPOLOGIA	COMUNE	RISORSE
ALGHERO	POLIAMBULATORIO	HUB	ALGHERO	3.345.000 €
ALGHERO	OSPEDALE ALIVESI	SPOKE	ITTIRI	1.869.000 €
OZIERI	OSPEDALE SEGNI (CORPO C)	HUB	OZIERI	2.567.000 €
OZIERI	EX OSPEDALE MANAI	SPOKE	BONORVA	3.915.000 €
OZIERI	POLIAMBULATORIO	SPOKE	BONO	2.301.000 €
SASSARI	POLIAMBULATORIO	HUB	SASSARI	3.591.000 €
SASSARI	PRESIDIO SANITARIO CONTI	SPOKE	SASSARI	3.664.000 €
SASSARI	ANDRIOLU	SPOKE	PORTO TORRES	2.988.000 €
SASSARI	POLIAMBULATORIO	SPOKE	PERFUGAS	1.159.000 €
SASSARI	POLIAMBULATORIO	SPOKE	CASTERLSARDO	1.159.000 €
TOTALE RISORSE				26.558.000 €

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)

La COT svolge una funzione di raccordo tra i diversi servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale, appartenenti talvolta a setting assistenziali diversi, supportandoli nella gestione dei processi di transizione da un luogo di cura e/o da un livello clinico/assistenziale all'altro.

La COT costituisce pertanto uno strumento organizzativo innovativo e agisce in forte interconnessione con la UVT, in quanto svolge funzioni di coordinamento degli interventi per la presa in carico dell'assistito e di raccordo tra le attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza urgenza (per il tramite del NEA 116117).

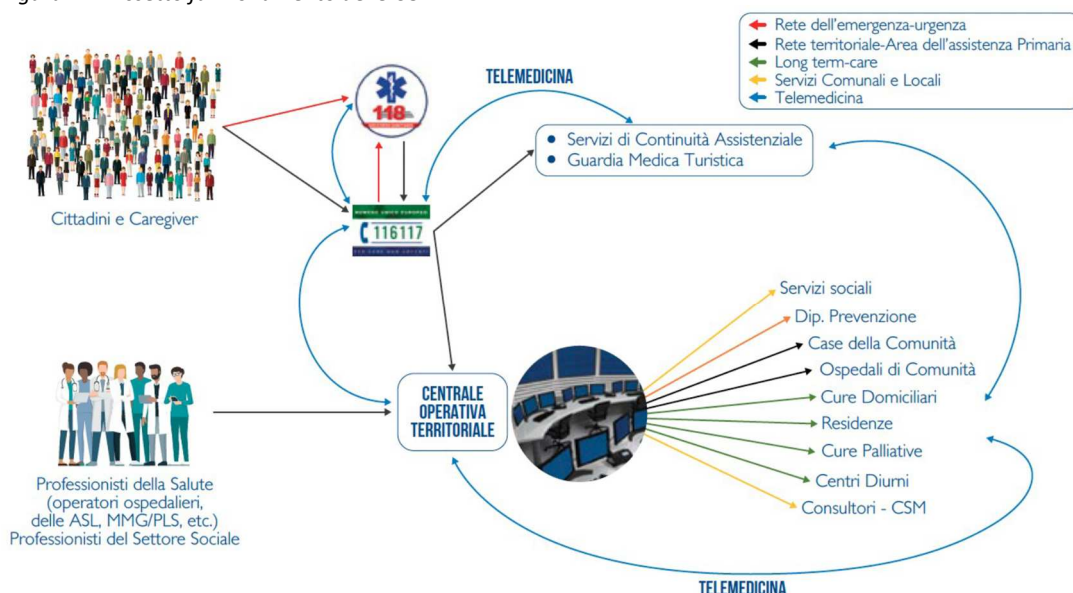
La COT offre supporto nella gestione e nell'assistenza delle persone che presentano bisogni sanitari e sociosanitari complessi, garantendo sostegno informativo e logistico e razionalizzando gli interventi grazie ad un più efficace coordinamento e all'implementazione della telemedicina e di tutti gli strumenti informatici e tecnologici necessari. Le COT, infatti, avendo come target specifico soprattutto le persone con cronicità complesse, fragili, non autosufficienti, persone con disabilità, con problemi afferenti alla salute mentale, malattie rare etc., agiscono come supporto alle azioni governate dai MMG e dai PLS per garantire una vera

presa in carico e forniscono anche monitoraggio avanzato dei bisogni sanitari, utilizzando informazioni e dati per programmare azioni proattive.

All'interno del territorio dell'ASL di Sassari, secondo quanto stabilito con DGR 12/16 del 7 aprile 2022 e dalla successiva DGR 37/24 del 14 dicembre 2022, sono state realizzate due COT⁴ nei distretti di:

1. Sassari (ex archivio pal. H dell'ex ospedale psichiatrico Rizzeddu, Sassari);
2. Alghero (Presidio Alivesi a Ittiri, sede della CdC).

Figura 12 - Assetto funzionamento delle COT



Fonte: Piano Sanitario Aziendale 2023-25

OSPEDALI DI COMUNITÀ (OdC)

L'Ospedale di comunità (OdC), come previsto dalla normativa vigente, svolge una funzione intermedia tra il domicilio, le Case di comunità e gli ospedali, con la fondamentale finalità di evitare i ricoveri impropri e di favorire le dimissioni protette in luoghi più idonei ai bisogni sociosanitari del paziente e più prossimi al domicilio. Esso è destinato ai pazienti che necessitano di interventi sanitari a media e bassa intensità clinica e per degenze di breve durata, massimo 15-30 giorni, che richiedono un'assistenza infermieristica anche notturna. L'Ospedale di comunità opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari ed è necessario prevedere procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale, valorizzando soprattutto la funzione di coordinamento e raccordo delle COT. A livello regionale, la legge di riforma sanitaria n. 24/2020, ai sensi dell'art. 45, comma 1, ha istituito 22 l'Ospedale di comunità (OsCo), prevedendo l'onere in capo alle ASL di organizzare "nell'ambito della programmazione e delle specifiche linee-guida regionali, uno o più ospedali di comunità, anche mediante la ristrutturazione della rete ospedaliera e la riconversione di posti letto per la degenza in strutture già esistenti oppure attraverso l'utilizzo di idonee strutture extra-ospedaliere".

Di seguito il dettaglio delle strutture che l'ASL n.1 intende attivare:

⁴ La realizzazione delle COT rientra all'interno di quanto già disposto dall'Accordo Stato-Regioni del 2016, nonché degli ulteriori impegni europei per l'attivazione del Numero unico europeo per le cure mediche non urgenti 116117.

Tabella 20 - Interventi di realizzazione degli Ospedali di Comunità

DISTRETTO	STRUTTURA	COMUNE	RISORSE
SASSARI	SAN GIOVANNI BATTISTA	PLOAGHE	2.302.000 €
SASSARI	PRESIDIO SANITARIO TERRITORIALE CONTI" (PAD. D)	SASSARI	3.675.002 €
SASSARI	COMPLESSO EX VILLAGGIO SAN CAMILLO	SASSARI	2.458.700 €
OZIERI	OSPEDALE SEGNI (CORPO B)	OZIERI	2.922.000 €
TOTALE RISORSE PNRR			11.357.702 €

Fonte: Piano Triennale Opere Pubbliche 2023-25 ASL di Sassari

4.1.3 CRITICITA'

Attraverso una costante analisi svolta direttamente presso le Strutture e le articolazioni organizzative dell'Azienda si vuole far emergere i fattori di criticità esistenti, al fine di porre in essere le azioni correttive e promuovere le migliori condizioni per lo svolgimento delle attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione.

Le criticità principali individuate nel raggiungimento degli obiettivi del PIAO riguardano la gestione degli ospedali *spoke* e della rete territoriale, con la necessità di garantire la continuità operativa delle funzioni essenziali anche in presenza di guasti o carenze. Il concetto di "ridondanza" sottolinea l'importanza di predisporre componenti alternativi e indipendenti in grado di sopperire a eventuali malfunzionamenti. Da questo punto di vista è necessario che in particolare per grandi apparecchiature e sistemi e impianti strategici per la garanzia del funzionamento dei servizi (come ad esempio impianti idrici, elettrici, ascensori, sistemi informativi) vengano predisposti sistemi di backup, per il superamento di problematiche e criticità legate che potrebbero compromettere il funzionamento delle strutture ospedaliere, distrettuali o di prevenzione. Ulteriori criticità emergono rispetto alle carenze di personale: a tal riguardo va evidenziato come le procedure reclutamento del personale, che spesso non consentono di rispondere alle esigenze manifestate dalle strutture, con ricadute significative su reparti cruciali quali nefrologia, cardiologia, medicina interna, chirurgia generale e pronto soccorso. Per affrontare tali criticità, ogni dipartimento ha fornito le principali problematiche riassunte in tabella, insieme alle azioni necessarie, di cui solo alcune in capo alla ASL di Sassari secondo quanto disposto dalla LR 24/2020.

Ambito	Criticità	Azione
Attrezzature sanitarie		
Rischio obsolescenza di diverse apparecchiature e attrezzature	Rischio di mancata erogazione di prestazioni	Necessità di programmazione chiara dei tempi di sostituzione
Attrezzature con necessità di manutenzione	Rischio di mancata erogazione di prestazioni a causa dei tempi di attesa lunghi per effettuare le manutenzioni necessarie	Piano di manutenzioni ordinarie e straordinarie
Mancanza di apparecchiature portatili per attività territoriali	Difficoltà nella risposta ai bisogni gestibili nel territorio/domicilio	Approvvigionamento strumenti e attrezzature portatili
Protesica: difficoltà nella disponibilità di ausili	Tempi delle gare regionali	
Impianti		
Impianti elettrici spesso non adeguati	Rischi di interruzione di erogazione della corrente elettrica e di esposizione a sovraccarichi o sbalzi di tensione per le apparecchiature	Programma di adeguamento degli impianti
Impianti idrici	Rischio di interruzione di erogazione dell'assistenza (es mancato utilizzo sale operatorie)	Programma di adeguamento degli impianti
Impianti di climatizzazione	Rischio di interruzione di erogazione dell'assistenza	Programma di adeguamento degli impianti
Ascensori e sisetemi di montacarichi	Mancanza di sistemi di backup con rischi di interruzione della erogazione dei servizi sanitari	Programmazione di sistemi di backup in fase di progettazione
Ammodernamento degli edifici		
Attività di ammodernamento, anche collegate alle attività PNRR, con necessità di trasferimento in altri locali, anche temporaneamente	Gestione di trasferimento di reparti, personale e attrezzature e riorganizzazione dei servizi	
Grandi apparecchiature		
Grandi apparecchiature	Manutenzioni dirette o relative alle strutture o impianti di servizio	Programma di manutenzioni
	Mancanza backup per apparecchiature strategiche	Previsione di sistemi di backup in fase di progettazione
Sistemi informatici e informativi		
Software sanitari obsoleti o non disponibili e mancata implementazione della telemedicina	Rischio di diagnosi non sicure o affidabili, con rischio di mancata garanzia dei LEA	
Rete internet sia fisica che wifi (assenza di linea o lentezza di connessione)	Refertazione lenta, con incremento dei tempi di erogazione delle prestazioni. Mancanza dati di attività.	Implementazione delle reti
Digitalizzazione degli archivi cartacei	Rischio perdita documentazione, occupazione spazi	Gara regionale
Mancata implementazione della cartella ambulatoriale/infermieristica	Rallentamento delle procedure di alimentazione del FSE	
Sviluppo di sistemi a supporto dello Screening	Mancato rispetto degli obiettivi di prevenzione nazionali	Revisione e implementazione dei software con miglioramento delle anagrafiche e sviluppo di app specifiche
Risorse umane		
Reclutamento personale rispetto a specifici fabbisogni, sia per sostituzioni (pensionamenti) sia per garantire l'implementazione del PFP	Rischio di chiusura di attività per assenza di specifiche figure professionali	Procedure di reclutamento più veloci e rispetto delle richieste dell'Azienda

4.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE – PERFORMANCE

Ai sensi del D.lgs. 150/2009, così come modificato dal D.lgs. 74/2017, “Ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e a valutare la *performance* con riferimento all’amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti”. Per *performance* si intende il risultato che un’organizzazione raggiunge, nel perseguimento delle proprie finalità e degli obiettivi posti, attraverso le proprie azioni e attività. 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. In termini di processo prevede:

- definizione e attribuzione degli obiettivi da raggiungere, specificando i risultati attesi (*target*) e i rispettivi indicatori, tenendo conto degli andamenti dell'anno precedente;
- allocazione delle risorse associate ai singoli obiettivi;
- monitoraggio in itinere, anche attraverso eventuali colloqui con le strutture, e attivazione di possibili azioni correttive;
- misurazione e valutazione dei risultati, sia organizzativi che individuali;
- attivazione dei sistemi premianti, attraverso criteri di merito;

- f) rendicontazione agli organi di governo e controllo, interni ed esterni, ai cittadini e a tutti i principali portatori di interesse.

Attraverso il proprio sistema delle performance, la ASL di Sassari intende *“misurare e rendere pubblica e trasparente l’efficacia organizzativa rispetto ai propri obiettivi istituzionali (accountability), introducendo fra l’altro, a supporto dei processi decisionali, uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti”* (Agenas, 2022). In particolare, per massimizzare la soddisfazione dei bisogni sociosanitari espressi dalla popolazione, l’azienda persegue il miglioramento della qualità dei servizi offerti e la crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del contributo dei singoli e delle unità organizzative, in un quadro di pari opportunità di diritti/doveri e di sostenibilità delle risorse impiegate. Obiettivi guidati dal concetto di valore pubblico che mira ad aumentare l’impatto dei servizi sulle diverse dimensioni di benessere degli utenti (economico, sociale, sanitario, ambientale). Valore che trova indirizzo anche nella programmazione sanitaria sovraordinata.

Il sistema delle performance dell’ASL di Sassari è stato sviluppato tenendo conto del processo di riforma della L.R. 24/2020 e della DGR 32/32 del 25 ottobre 2022. Nella programmazione del PIAO l’Azienda ha coinvolto Dipartimenti e le Strutture ad essi afferenti per definire un quadro di obiettivi strategici tesi al miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e dei processi amministrativi. Contestualmente, al fine di permettere una massima condivisione degli obiettivi, e per rispondere a quanto previsto dalla Direttiva del Ministro della Pubblica Amministrazione del 28 novembre 2023 (che indica di diffondere gli obiettivi di budget entro la fine del mese di febbraio) la ASL di Sassari ha iniziato il processo di negoziazione con i Dipartimenti Sanitari e le strutture ad essi afferenti. Nel processo di definizione degli obiettivi, si è tenuto conto della dimensione degli obiettivi che la Regione Sardegna assegna al Direttore Generale, ed a tal fine le schede prevedono una quota di 20 punti (Dipartimenti ed SC) e di 15 punti (SSD), da destinarsi agli obiettivi assegnati al Direttore Generale.

4.2.1 GLI OBIETTIVI STRATEGICI E ORGANIZZATIVI 2026

La performance organizzativa annuale, sia dell’azienda nel suo complesso che delle singole strutture interne, è l’elemento principale del presente Piano ed è espressa prevalentemente in termini di efficacia, efficienza ed economicità dei servizi.

A seguito dell’adozione del PIAO, nel quale sono definiti gli obiettivi strategici, ai quali si rimanda nel paragrafo “4.1.1 Strategie di valore pubblico”, viene avviato il processo di Budgeting con i Dipartimenti e le Strutture, al fine della definizione delle schede di Budget contenenti gli obiettivi organizzativi delle singole unità operative. Questa attività viene conclusa con l’adozione formale di una Deliberazione contenente tutti gli obiettivi organizzativi distinti per struttura, con l’indicazione degli indicatori che ne definiscano la misurazione.

Tale processo deve tener conto dell’assegnazione degli obiettivi al Direttore Generale da parte della Regione, e della conseguente declinazione degli stessi nelle schede di Budget⁵.

4.2.2 DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

La performance organizzativa dell’ASL di Sassari è la risultante del grado di raggiungimento degli obiettivi generali rispetto alla missione aziendale e di quelli di budget negoziati tra la Direzione Aziendale ed i Direttori delle diverse articolazioni organizzative. La performance individuale, invece, è l’insieme di:

- risultati, riferiti agli obiettivi annuali definiti;
- comportamenti che l’individuo mette in atto per raggiungere i risultati.

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

⁵ Le Schede di Budget prevedono una quota percentuale destinata agli obiettivi del Direttore Generale declinabili su ciascuna struttura.

- 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.

L'attività di valutazione è articolata in quattro fasi:

1. **CO-VALUTAZIONE:** il co-valutatore nei casi in cui è previsto esprime le valutazioni sugli item della scheda; nei casi in cui non è previsto il co-valutatore, la fase di co-valutazione non verrà effettuata e il processo partirà direttamente con la fase di Valutazione.
2. **VALUTAZIONE:** il valutatore, una volta chiusa la fase di co-valutazione, ove prevista, indica l'eventuale persona di supporto alla valutazione e successivamente esprime la valutazione sugli item di scheda.
3. **COMMENTI DEL VALUTATO:** il valutato prende visione della valutazione espressa nella scheda di valutazione e può esprimere un commento alla valutazione in un'apposita sezione della scheda di valutazione stessa.
4. **COLLOQUIO:** il valutatore, nella fase di colloquio, può variare la valutazione degli item della scheda nel caso in cui dal colloquio con il valutato siano emersi elementi rilevanti e significativi tali da apportare modifiche.

Alla chiusura dell'esercizio si procede alla misurazione della performance organizzativa, a livello complessivo aziendale e di unità operativa, e della performance individuale del personale dirigente e del comparto in base al Regolamento del Sistema di misurazione e valutazione della performance in vigore.

È in fase di approvazione il nuovo Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, che sostituisce il precedente mutuato dalla ex ATS a seguito dell'attuazione del processo di riforma di cui alla L.R. 24/2020, che sarà adottato per la gestione del Ciclo della performance 2024.

4.2.3 LA PARTECIPAZIONE DI CITTADINI E 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. In particolare, con il D.lgs. 74/2017, il Legislatore ha dato maggiore concretezza al principio astratto della partecipazione con riferimento al ciclo della performance, declinandola su tre cardini fondamentali:

- 1) 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;
- 2) 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;
- 3) 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".

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 grado di soddisfazione degli utenti si sviluppa su due livelli:

- Area distrettuale
- Area ospedaliera

Verranno utilizzati strumenti come questionari e codici QR per raccogliere il feedback degli utenti (par. 6 Monitoraggio).

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.

4.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

4.3.1 CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE

La presente sottosezione è stata redatta, perseguendo criteri di chiarezza e massima sinteticità, dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza aziendale, sulla base degli obiettivi strategici definiti dall'organo di indirizzo ai sensi della Legge n. 190 del 2012.

Tali obiettivi sono stati formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati per il perseguimento delle strategie finalizzate alla creazione di Valore Pubblico, in conformità alle indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2022, adottato dall'ANAC con Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023, nonché nei relativi aggiornamenti 2023 e 2024, adottati dall'ANAC con le Delibere n. 605 del 19 dicembre 2023 e n. 31 del 30 gennaio 2025 del Consiglio dell'Autorità.

Per la predisposizione della presente sottosezione è stata indetta una consultazione pubblica finalizzata a sollecitare la società civile e le organizzazioni portatrici di interessi collettivi (*stakeholder*) a formulare proposte, suggerimenti e osservazioni da valutare, anche alla luce delle recenti riforme e delle priorità introdotte dal PNRR/PNC, ai fini della programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e della Trasparenza.

4.3.2 I PROTAGONISTI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

4.3.2.1 La Direzione strategica

La Direzione strategica rappresenta il principale attore nelle attività di prevenzione della corruzione, garantendo il sostegno operativo e strategico all'azione del RPCT. Essa in particolare:

- nomina e supporta il RPCT;
- adotta il PIAO e i suoi aggiornamenti;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale 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, regolamenti sulle sponsorizzazioni, atti di organizzazione dell'attività libero-professionale);
- garantisce il coordinamento degli atti connessi alla prevenzione della corruzione, con particolare riguardo agli atti organizzativi.

4.3.2.2 ***Il RPCT – Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza***

Il RPCT svolge le seguenti attività e funzioni:

- elabora la sezione del PIAO relativa alla prevenzione della corruzione e alla Trasparenza, da adottare dalla Direzione strategica entro il 31 gennaio di ciascun anno;
- pubblica il PIAO approvato nella sezione “*Amministrazione Trasparente*” del sito *web* aziendale;
- definisce procedure idonee a selezionare e formare il personale destinato ad operare in settori particolarmente esposti al rischio di corruzione;
- verifica l’attuazione del PIAO e propone le modifiche necessarie in caso di violazioni significative delle prescrizioni o in seguito a mutamenti organizzativi o operativi dell’Amministrazione;
- verifica, d’intesa con i Dirigenti competenti, l’effettiva rotazione degli incarichi negli uffici a maggior rischio di reati di corruzione;
- individua il personale da inserire nei percorsi formativi sui temi dell’etica e della legalità;
- redige e pubblica la relazione annuale sull’attività svolta, trasmettendola alla Direzione Generale e all’OIV, basandosi anche sui rendiconti ricevuti dai Dirigenti;
- garantisce la presa in carico delle segnalazioni *whistleblowing*, effettuando le verifiche necessarie e adottando eventuali provvedimenti disciplinari e/o denunce alle autorità competenti.

L’ASL n. 1 di Sassari assicura al RPCT un adeguato supporto, mediante l’assegnazione di risorse professionali, strumentali e finanziarie, nei limiti del bilancio disponibile.

4.3.2.3 ***I Dirigenti***

I Dirigenti hanno le seguenti responsabilità:

- fornire tempestivamente informazioni al RPCT, garantendo una visione completa dell’organizzazione e dell’attività dell’Amministrazione e sull’attuazione delle misure del PIAO;
- partecipare al processo di gestione del rischio;
- assicurare l’osservanza dei Codici di comportamento e rilevare eventuali violazioni;
- adottare misure gestionali di competenza, quali avvio di procedimenti disciplinari, sospensione e rotazione del personale;
- osservare le misure indicate nella sottosezione “*Prevenzione della corruzione e Trasparenza*” del PIAO.

Nel corso dell’anno 2025, in esecuzione del “*Regolamento di organizzazione e funzionamento dei Dipartimenti aziendali*”, sono state espletate le procedure elettorali necessarie per l’attivazione dei Comitati di Dipartimento, all’esito delle quali, si è provveduto all’attribuzione dei relativi incarichi di Direttore, tuttavia con durata limitata provvisoriamente al periodo commissariale, sulla base della considerazione della possibilità che l’organizzazione aziendale possa subire cambiamenti a seguito di modifiche dell’Atto Aziendale della ASL n. 1 di Sassari in forza degli effetti derivanti dalla Legge Regionale n. 8/2025.

4.3.2.4 ***L’Organismo Indipendente di Valutazione e il Collegio Sindacale***

L’OIV e il Collegio Sindacale svolgono le seguenti funzioni:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- eseguono compiti connessi all’attività anticorruzione e alla trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 del D. Lgs. n. 33/2013);
- esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento aziendale (art. 54, comma 5, del D. Lgs. n. 165/2001);
- propongono annualmente eventuali modifiche e miglioramenti del PIAO, in particolare della sezione relativa alla prevenzione della corruzione e alla Trasparenza.

4.3.2.5 **L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) e l'UPDC, per il personale convenzionato**

Con Deliberazione n. 359/2023, l'ASL di Sassari ha adottato il Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'UPD.

Successivamente, con Deliberazioni n. 548/2023 e n. 1372/2024, sono stati nominati i componenti e il Presidente dell'Ufficio.

L'UPD esercita le proprie funzioni per il personale dirigente e del Comparto Sanità, nonché (quale UPDC) per il personale convenzionato, svolgendo in particolare:

- l'espletamento dei procedimenti disciplinari di competenza;
- le comunicazioni obbligatorie all'Autorità giudiziaria e contabile;
- la proposta di aggiornamento del Codice di comportamento aziendale.

4.3.2.6 **Il Responsabile della Formazione**

La formazione del personale costituisce un elemento prioritario nel Piano Nazionale Anticorruzione. Nel 2026 si proseguirà con lo sviluppo di procedure operative specifiche in collaborazione con il servizio aziendale della Formazione, curando:

- l'integrazione della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza con il programma annuale della formazione;
- l'individuazione dei soggetti erogatori e dei contingenti di personale da formare;
- la definizione di contenuti, canali e strumenti di erogazione della formazione.

Per la formazione di base, si favorirà la partecipazione del maggior numero possibile di dipendenti alle attività a distanza (FAD), con sessioni che prevedano test finali per il rilascio dell'attestato di partecipazione.

4.3.2.7 **L'Area funzione legale**

Come previsto dall'Atto Aziendale, la ASL n. 1 di Sassari si è dotata nel corso dell'anno 2025, ai sensi del vigente Atto aziendale, dell'Ufficio "Area funzione Legale", che garantisce il patrocinio legale dell'Azienda nelle diverse sedi di giudizio e la consulenza giuridico/legale per le differenti unità organizzative, qualora avessero bisogno di interpretazioni di normative, pareri, etc., in tal modo evitando (o quantomeno contenendo) gli oneri economici finora sostenuti a seguito dell'affidamento di incarichi a legali esterni.

La funzione è allocata in *staff* alla Direzione Generale ed è al momento assicurata da un Dirigente avvocato in comando (già in precedenza nominato membro altresì del CVS - *Comitato Valutazione Sinistri* aziendale), nelle more dell'espletazione di procedura di acquisizione definitiva di una risorsa al personale di ruolo aziendale.

4.3.2.8 **Il DPO – Data Protection Office**

Il DPO ha vari compiti, in particolare informare e consigliare in merito agli obblighi derivanti dal Regolamento europeo e da altre disposizioni nazionali e dell'Unione Europea relative alla protezione dei dati, collaborando con il RPCT in ordine agli adempimenti in materia di Trasparenza.

4.3.2.9 **Il personale dipendente e i collaboratori**

La prevenzione della corruzione è responsabilità collettiva, che richiede l'impegno e la consapevolezza di tutti i dipendenti e collaboratori.

Ciascun soggetto è tenuto a:

- partecipare al processo di gestione del rischio;
- osservare le misure previste dal Piano;
- segnalare condotte illecite, conflitti di interesse o l'avvio di procedimenti penali/contabili, tramite il dirigente, il RPCT, l'UPD o la piattaforma whistleblower;
- mantenere un comportamento eticamente e giuridicamente corretto.

4.3.2.10 *Il RASA, il RA e il RUGLA*

Al sistema di prevenzione partecipano anche:

- il **RASA** – Responsabile dell'Anagrafe delle Stazioni Appaltanti;
- il **RA** – Responsabile antiriciclaggio e antiterrorismo;
- il **RUGLA** – Rappresentante Unico per il Governo delle Liste di Attesa;
- il **RTD** – Responsabile per la Transizione Digitale;
- il **CUG** – Comitato Unico di Garanzia;
- il/la **Consigliere/a di Fiducia**;
- il **Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità**.

Il **RASA** è stato nominato con Delibera n. 12/2022.

La nomina del **RA** è stata effettuata con Deliberazione n. 618/2025 e quale Responsabile della segnalazione delle operazioni sospette è stato individuato nel RPCT. Contestualmente è stato adottato un sistema di prevenzione interno (Regolamento ed allegata modulistica).

Il **RUGLA** è stato nominato con Deliberazione n. 616/2024, in conformità alla normativa vigente, con attribuzione di responsabilità sui controlli interni in un settore ad alto rischio di fenomeni corruttivi.

Il **RTD** è stato nominato con la Deliberazione n. 335/2025. Ad esso competono le attività e i processi organizzativi ad essa collegati necessari alla realizzazione di un'amministrazione digitale e all'erogazione di servizi fruibili, utili e di qualità, ai quali il RPCT dà pubblica conoscibilità attraverso la sezione "Accessibilità e Catalogo di dati, metadati e banche dati" dell'"Amministrazione Trasparente".

Il **CUG** (Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni) è stato costituito con Deliberazione n. 132/2025.

Resta da individuare e nominare il/la **Consigliere/a di Fiducia**, figura professionale indipendente, esterna all'organizzazione, istituita per assistere e supportare i dipendenti in sinergia con il CUG.

Il **Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità** (da obbligatoriamente prevedersi ai sensi dell'art. 39-ter del D.Lgs. n. 165/2001), sarà individuato nel corso del 2026.

4.3.3 **VALUTAZIONE DEL DIVERSO LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DI CORRUZIONE DELLE ARTICOLAZIONI AZIENDALI INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITÀ A RISCHIO**

Si segnala che, alla data odierna e nell'ambito della vigenza dell'attuale PIAO, non si sono verificati eventi corruttivi di rilevanza penale.

Tuttavia, sono intervenuti rilevanti cambiamenti nell'assetto organizzativo a seguito dell'approvazione e dell'implementazione dell'Atto Aziendale. In tale contesto, è stata completata l'istituzione e l'operatività delle Strutture Semplici/Complesse e degli incarichi di direzione dei Dipartimenti.

Con sviluppo delle norme di riferimento (**Allegato 6**) e dei vigenti PNA 2022 e 2023 e successivi aggiornamenti, l'**Allegato 2** illustra i rischi specifici individuati e le relative misure preventive.

Con particolare specificazione rispetto alle attività di appalto e comunque contrattuali finanziate tramite PNRR/PNC, analoghe previsioni sono contenute nell'**Allegato 3**.

Dall'analisi condotta sono stati individuati, conformemente alle aree di rischio generali e specifiche delineate negli aggiornamenti del PNA e alle peculiarità emerse dall'esame del contesto interno ed esterno, alcuni processi a rischio medio e alto di corruzione. Su tali processi è stata concentrata l'attenzione, al fine di definire misure preventive concrete e adeguate.

In particolare, è stato valutato il livello di rischio dei principali processi aziendali, con specifico riferimento alla probabilità che si verifichi un evento corruttivo, classificata come media o alta. La metodologia adottata per la misurazione del rischio è dettagliata nell'**Allegato 1** della presente sezione.

I livelli di rischio sono così definiti:

- **Medio:** attività caratterizzate da normativa di principio, ridotta pubblicità, discrezionalità moderata, controlli limitati e modesta gravità dell'evento corruttivo. Per le attività a rischio medio saranno previsti controlli e verifiche semestrali, definizione di protocolli operativi o regolamenti e implementazione delle misure preventive individuate.
- **Alto:** attività caratterizzate da elevata discrezionalità, rilevante gravità dell'evento corruttivo, concentrazione del potere decisionale in poche persone, rotazione del personale limitata nel tempo, rischio di danni alla salute in caso di abusi e presenza di precedenti storici di eventi corruttivi. Per le attività a rischio alto saranno effettuati controlli e verifiche trimestrali, definiti protocolli operativi e rafforzate le misure preventive specificamente individuate.

Nell'**Allegato 2** della presente sezione sono riportate le schede di dettaglio che contengono:

- i processi a rischio;
- le singole misure di prevenzione e contenimento;
- il grado di rischio;
- i tempi di monitoraggio;
- la struttura o le strutture di riferimento;
- i responsabili delle misure.

Si sottolinea come la complessa fase di riorganizzazione in corso del Sistema Sanitario, sia a livello regionale sia aziendale, richiede di concentrare l'attenzione su un numero limitato di processi di particolare rilevanza, rinviando alla completa stabile definizione dell'Atto Aziendale la definizione e il completamento della mappatura complessiva dei procedimenti.

4.3.4 MISURE PER PREVENIRE IL RISCHIO DI CORRUZIONE

I PNA, con particolare riferimento al Piano 2022 aggiornato nel 2023 e nel 2025, evidenziano, tre principali obiettivi:

- ridurre le opportunità di manifestazione di episodi corruttivi;
- incrementare i controlli e la capacità di individuare eventuali comportamenti corruttivi;
- creare un contesto organizzativo sfavorevole alla corruzione.

In conformità alle indicazioni dei PNA, le misure generali che l'Azienda intende adottare per prevenire il rischio di corruzione, riservandosi di integrare ulteriori strumenti qualora emergano nuove fattispecie corruttive nel prossimo triennio, includono:

- rotazione del personale;
- gestione del conflitto di interessi;
- monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti;
- stipula del patto d'integrità negli affidamenti;
- trasparenza e pubblicazione degli atti;
- azioni di sensibilizzazione e dialogo con la società civile;
- gestione e monitoraggio del sistema di tutela dei dipendenti che effettuano segnalazioni di illeciti tramite la piattaforma whistleblower.

Tali misure saranno applicate in maniera graduale e/o più o meno integrale, in funzione della disponibilità delle risorse umane e organizzative necessarie.

4.3.5 **ROTAZIONE DEI DIPENDENTI**

Nelle more dell'adozione di uno specifico Regolamento aziendale, oggetto di contrattazione con le Organizzazioni Sindacali, si dispone e precisa quanto segue.

Il quadro normativo vigente nel pubblico impiego privatizzato prevede l'istituto della rotazione del personale, la cui disciplina rimane nella piena autonomia delle amministrazioni che, tenuto conto di eventuali vincoli oggettivi o soggettivi, possono modulare la misura in base alla concreta organizzazione dei propri uffici. È opportuno precisare che i criteri generali di rotazione devono essere comunicati alle organizzazioni sindacali, affinché possano formulare osservazioni e proposte, senza che ciò comporti l'apertura di procedure di negoziazione in materia (Deliberazione ANAC n. 13/2015).

La rotazione ordinaria costituisce primariamente uno strumento organizzativo finalizzato allo sviluppo delle conoscenze e delle competenze del personale, favorendo la crescita professionale del lavoratore. In tale prospettiva, la rotazione deve essere considerata uno strumento ordinario di gestione e ottimizzazione delle risorse umane, non utilizzabile con finalità emergenziali o punitive. A supporto della rotazione, devono essere previsti percorsi formativi volti a garantire la riqualificazione professionale e il miglior utilizzo delle competenze disponibili.

Pertanto, la rotazione del personale rappresenta sia una misura di arricchimento del bagaglio professionale dei dipendenti sia uno strumento di efficienza organizzativa, in quanto consente l'acquisizione di competenze trasversali e professionali utili al perseguimento delle finalità istituzionali. Essa è inoltre prevista dalla legge come misura di prevenzione della corruzione. In particolare, la rotazione ordinaria costituisce, oltre che un efficace strumento di contenimento dei rischi corruttivi, una leva organizzativa strategica per lo sviluppo di interessi e competenze del personale.

4.3.5.1 **Criteri per la rotazione ordinaria del personale**

Nelle diverse realtà organizzative, la rotazione può avvenire secondo i seguenti criteri principali:

- **territoriale:** assegnazione del dipendente a un diverso ambito geografico;
- **per competenza:** assegnazione del dipendente a differenti ambiti di competenza;
- **per competenza e territorio:** combinazione dei criteri precedenti, con assegnazione del dipendente a nuove competenze e a diverso ambito territoriale.

La rotazione in un diverso ambito territoriale dovrà, di norma, interessare la sede più vicina a quella di provenienza, al fine di ridurre eventuali disagi per il dipendente. Essa può riguardare, in specifici casi, anche il personale non dirigenziale, in particolare quello coinvolto in attività afferenti a aree a maggior rischio di corruzione, e presuppone un'adeguata formazione e aggiornamento continuo dei soggetti che subentrano nelle attività e di coloro che assumono nuove competenze.

La rotazione si applica a tutto il personale nelle situazioni che ne richiedano l'adozione, come, ad esempio, in caso di conflitto di interessi non altrimenti gestibile se non mediante spostamento a un diverso servizio. Nei limiti delle risorse disponibili, deve essere garantito l'affiancamento del dirigente neo-incaricato o del personale subentrante, affinché acquisiscano le conoscenze necessarie per svolgere le nuove attività.

Quando la rotazione non è applicabile, si definiscono le seguenti linee di indirizzo:

- applicazione della doppia sottoscrizione del provvedimento conclusivo, da parte sia del soggetto istruttore sia del titolare del potere di adozione dell'atto finale;
- audit dipartimentali incrociati sulle attività svolte;
- composizione delle commissioni secondo criteri di rotazione casuale;
- coinvolgimento di soggetti esterni all'ufficio di competenza, anche con funzione di segretario verbalizzante, in aggiunta ai decisori nelle procedure di gara;

- separazione tra funzioni di programmazione e funzioni ispettive;
- sottoscrizione dei verbali relativi ai sopralluoghi da parte dell'utente destinatario;
- supervisione e valutazione degli esiti della vigilanza da parte del responsabile gerarchico.

Devono inoltre essere previsti meccanismi di collaborazione tra diversi ambiti su atti potenzialmente critici o a elevato rischio.

La rotazione non si applica alle **figure infungibili**, ossia a quelle per le quali sono richieste competenze, esperienze specifiche o titoli professionali unici, non presenti in altre unità organizzative.

La rotazione del personale deve essere supportata da una pianificazione pluriennale delle attività formative, orientata a ridurre le tendenze all'esclusività delle competenze e a favorire l'intercambiabilità. In tale prospettiva, l'Azienda potrà anche adottare sistemi di gestione interna che valorizzino la valutazione delle performance e promuovano lo sviluppo del capitale professionale potenziale.

4.3.5.2 Rotazione ordinaria del personale dirigenziale

La rotazione dei Dirigenti, in attuazione dei principi generali sopra delineati, si realizza secondo le aree individuate, a discrezione della Direzione strategica, a seguito di una mappatura degli incarichi e delle funzioni apicali. Tale processo deve tener conto dell'organico disponibile e dell'esigenza di garantire continuità amministrativa e coerenza nell'indirizzo delle strutture.

Per le Strutture Complesse, è consigliabile che la rotazione avvenga a livello intradipartimentale, al fine di evitare criticità derivanti dallo svolgimento di attività troppo distanti o poco affini rispetto a quelle precedentemente svolte, e sarà preceduta da un periodo di affiancamento e tutoraggio.

I Dirigenti interessati dalla rotazione dovranno comunicare tempestivamente alla Direzione strategica e agli uffici competenti eventuali fabbisogni formativi correlati al nuovo incarico. Essi potranno inoltre avvalersi, anche al termine del periodo di affiancamento, della collaborazione e dell'accompagnamento del dirigente con cui si è realizzato l'interscambio, all'interno dello stesso Dipartimento.

4.3.5.3 Rotazione ordinaria del personale non dirigenziale

Il principio della rotazione si applica, con gradualità, anche al personale non dirigenziale, nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali, assicurando la continuità e la regolarità dell'attività amministrativa, evitando interferenze con la rotazione del personale dirigenziale.

La rotazione è realizzata compatibilmente con le esigenze organizzative, le risorse disponibili e le competenze richieste, secondo una programmazione finalizzata a salvaguardare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa, garantendo il raggiungimento degli obiettivi previsti dagli atti di programmazione nazionale, regionale e aziendale.

L'attuazione e il monitoraggio della rotazione del personale non dirigenziale sono di responsabilità del Direttore della Struttura di assegnazione del dipendente.

4.3.5.4 Rotazione straordinaria del personale

L'istituto della **rotazione straordinaria** è previsto dall'art. 16, comma 1, lett. l-quater, del D. Lgs. n. 165/2001, come misura successiva al verificarsi di condotte corruttive, comprese quelle oggetto di procedimenti penali o disciplinari. La rotazione straordinaria ha lo scopo di tutelare l'immagine di imparzialità dell'Azienda.

Nel corso del 2025, non essendosi verificati fatti corruttivi, l'istituto non ha avuto applicazioni.

4.3.5.5 **Tempistica e immediatezza del provvedimento di rotazione straordinaria**

L'art. 16, comma 1, lett. l-quater, del D. Lgs. n. 165/2001 fa riferimento all'“avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva”, senza ulteriori precisazioni, a differenza dell'art. 13 della Legge n. 97/2001, che disciplina il trasferimento del dipendente a seguito di “rinvio a giudizio”.

Nel diritto penale, il termine “procedimento” assume un significato più ampio rispetto a quello di “processo”, comprendendo anche la fase delle indagini preliminari, mentre la fase processuale inizia con l'esercizio dell'azione penale.

Secondo l'ANAC (Delibera n. 215/2019), l'espressione “avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva” deve intendersi riferita al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato ai sensi dell'art. 335 c.p.p., momento in cui formalmente ha inizio il procedimento penale.

L'amministrazione, venendo a conoscenza dello svolgimento del procedimento penale nelle diverse fasi, è tenuta a valutare l'adozione del provvedimento di rotazione straordinaria sia al momento del solo avvio del procedimento, sia in presenza di una richiesta di rinvio a giudizio.

È evidente che un provvedimento adottato in fase di avvio del procedimento potrà avere contenuti e modalità differenti rispetto a quello adottato a seguito di rinvio a giudizio.

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

La **rotazione straordinaria** anticipa, già nella fase di avvio del procedimento penale, la misura consistente nel trasferimento del dipendente ad altro ufficio.

In caso di **rinvio a giudizio** per lo stesso fatto, trova applicazione l'istituto del trasferimento previsto dalla Legge n. 97/2001. Qualora il trasferimento sia già stato disposto in sede di rotazione straordinaria, l'Azienda può, a seconda dei casi, disporre un ulteriore trasferimento (ad esempio presso un ufficio diverso) oppure confermare il trasferimento già attuato, nel rispetto dei limiti temporali previsti dalla normativa vigente.

4.3.6 **GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI**

Il dipendente deve astenersi dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle proprie mansioni qualora ricorrano situazioni di **conflitto di interessi**, anche potenziale, con interessi personali propri, del coniuge, di conviventi, di parenti o affini entro il secondo grado. Tale conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, inclusi quelli derivanti dalla volontà di assecondare pressioni politiche, sindacali o gerarchiche.

Le principali situazioni di conflitto di interessi possono sorgere in presenza di:

- legami di parentela o affinità sino al secondo grado;
- relazioni stabili di amicizia o di abituale frequentazione;
- legami professionali;
- altre relazioni in grado di compromettere l'imparzialità del dipendente.

Qualora sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, il Responsabile assegna l'attività ad altro personale professionalmente idoneo o, in mancanza, se ne avoca personalmente la gestione, vigilando affinché non vengano esercitate pressioni sul sostituto.

Se l'obbligo di astensione riguarda un Dirigente Responsabile, la valutazione compete al superiore gerarchico.

4.3.7 **INCOMPATIBILITÀ/INCONFERIBILITÀ DI INCARICHI**

In ottemperanza alle disposizioni sulla **inconferibilità e incompatibilità di incarichi** introdotte dalla Legge n. 190/2012 e dal D. Lgs. n. 39/2013, e facendo riferimento alle delibere ANAC n. 149/2014 e n. 833/2016, l'Azienda adotta le seguenti misure:

- **Inconferibilità:** preclude, in via permanente o temporanea, il conferimento di incarichi a soggetti condannati per i reati di cui al Capo I del Titolo II del Libro II del codice penale, a coloro che abbiano svolto incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni, o che siano stati membri di organi di indirizzo politico. L'art. 20 stabilisce che l'assenza di inconferibilità è condizione di efficacia per l'acquisizione dell'incarico.
- **Incompatibilità:** obbliga il soggetto cui viene conferito l'incarico a scegliere, entro quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e lo svolgimento di incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, attività professionali o cariche politiche, a pena di decadenza.

Le misure di prevenzione adottate dall'Azienda comprendono:

- a) acquisizione di dichiarazioni sostitutive per inconferibilità e incompatibilità;
- b) aggiornamento annuale delle dichiarazioni di incompatibilità ex art. 20, comma 2, D. Lgs. n. 39/2013;
- c) accertamenti delle inconferibilità e incompatibilità secondo le indicazioni della Delibera ANAC n. 833/2016.

4.3.8 SVOLGIMENTO DI INCARICHI DI UFFICIO E ATTIVITÀ/INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI

In attesa dell'adozione di un regolamento aziendale specifico in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi extraistituzionali, si fa riferimento all'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001.

4.3.8.1 CONTROLLI E REGIME SANZIONATORIO

Nelle more dell'adozione del regolamento aziendale in materia dell'esercizio dei servizi ispettivi interni, il rispetto delle disposizioni relative a incarichi di ufficio e attività extraistituzionali è oggetto di **verifiche anche a campione o mirate**, condotte dalle Direzioni competenti (Sanitaria e Amministrativa).

Gli esiti delle verifiche vengono trasmessi al **Responsabile della Struttura di appartenenza** del dipendente o all'**Ufficio Procedimenti Disciplinari**, affinché siano attivate le procedure disciplinari di competenza. I risultati devono essere comunicati, secondo la periodicità prevista, al **RPCT** per il monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione.

4.3.9 CONTROLLI E REGIME SANZIONATORIO

Nelle more dell'adozione del regolamento aziendale in materia dell'esercizio dei servizi ispettivi interni, il rispetto delle disposizioni relative a incarichi di ufficio e attività extraistituzionali è oggetto di verifiche anche a campione o mirate, condotte dalle Direzioni competenti (Sanitaria e Amministrativa).

Gli esiti delle verifiche vengono trasmessi al Responsabile della Struttura di appartenenza del dipendente o all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, affinché siano attivate le procedure disciplinari di competenza. I risultati devono essere comunicati, secondo la periodicità prevista, al RPCT per il monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione.

4.3.10 REVOLVING DOORS – DIVIETO DI PANTOUFLAGE

Al fine di garantire l'applicazione della misura preventiva relativa all'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 53, comma 16-ter, D. Lgs. n. 165/2001, l'Azienda informa i dipendenti dimissionari del **divieto di pantouflage**:

i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali non possono, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, svolgere attività lavorativa subordinata o autonoma presso soggetti destinatari di provvedimenti adottati o contratti conclusi con il loro apporto decisionale.

Rientrano nei poteri autoritativi e negoziali sia i provvedimenti di conclusione di contratti per beni e servizi sia quelli che incidono unilateralmente sulle situazioni giuridiche dei destinatari, comprese autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e altri vantaggi economici. Il divieto si applica non solo al firmatario dell'atto, ma anche a chi abbia partecipato al procedimento.

Ai dipendenti cessanti è consegnata un'informativa (**Allegato 4 - Informativa pantouflage**), da sottoscrivere in sede di collocamento in quiescenza o comunque di cessazione del rapporto lavorativo con l'Azienda e da inserire nel fascicolo personale, che illustra il divieto e le relative implicazioni.

4.3.11 **PATTO D'INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI**

Ai sensi dell'art. 1, comma 17, della Legge n. 190/2012, tra le misure di prevenzione della corruzione le Amministrazioni possono adottare i cd. **Patti d'integrità**. Tali strumenti, finalizzati al rafforzamento della normativa antimafia, si configurano come forme di controllo volontariamente pattuite tra la Stazione appaltante e gli operatori economici partecipanti alla gara, con l'obiettivo di prevenire fenomeni corruttivi e promuovere comportamenti eticamente corretti.

Tali strumenti debbono essere allegati ad ogni procedura di affidamento di contratti pubblici, sottoscritti da parte del Responsabile della Struttura aziendale di riferimento affidante unitamente al rappresentante legale dell'operatore economico affidatario.

Ai sensi del disposto della Deliberazione della Giunta Regionale della Sardegna n. 2/16 del 15/01/2025, con la Deliberazione del n. 96/2025 si è proceduto all'adozione del nuovo "*Patto di integrità*" dell'Azienda Socio-sanitaria Locale n. 1 di Sassari, la cui mancata accettazione o violazione comporta l'esclusione dalle gare d'appalto o la risoluzione del contratto.

4.3.12 **PROCEDURE PER LA FORMAZIONE DEI DIPENDENTI**

L'ASL n. 1 di Sassari attua un programma formativo in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, articolato su due livelli:

1. **Formazione generale:** rivolta a tutti i dipendenti e collaboratori, sia a livello centrale che decentrato, sui temi dell'etica, della legalità e della normativa di riferimento. Il processo è supportato dai Responsabili delle Strutture.
2. **Formazione specialistica:** destinata al RPCT, ai componenti degli organismi di controllo, ai Dirigenti e ai Funzionari operanti in settori ad alto rischio di corruzione, con approfondimenti su responsabilità nei procedimenti amministrativi, normativa penale in materia di reati contro la Pubblica Amministrazione e normativa anticorruzione.

Il RPCT, in collaborazione con il responsabile aziendale della Formazione, definisce il programma formativo e ne vigila l'attuazione, assicurando la selezione e la preparazione del personale destinato a settori a rischio elevato.

Temi della formazione generale:

- Principi e valori etici nella sanità pubblica, con approfondimenti specifici per ambito professionale;
- Analisi del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici e del Codice disciplinare.

Temi della formazione specialistica:

- Normativa sul conflitto di interessi;
- Obblighi di pubblicità e trasparenza per le stazioni appaltanti (D. Lgs. 33/2013);
- Responsabilità amministrativa;
- Approfondimento della mappatura del rischio aziendale, con analisi di casi pratici e focus group.

Nel 2026 si proseguirà nella formazione di base anche in modalità a distanza (FAD), con particolare attenzione ai neoassunti, e saranno organizzati eventi formativi per il personale dei settori ad alto rischio.

4.3.13 **MONITORAGGIO EVENTI FORMATIVI SPONSORIZZATI**

L'ASL n. 1 di Sassari manterrà nel 2026 il monitoraggio della partecipazione dei dipendenti ad eventi di formazione o aggiornamento professionale sponsorizzati, in particolare per il personale dirigente medico e sanitario invitato a congressi o convegni organizzati o sponsorizzati da aziende farmaceutiche o produttrici di dispositivi medici.

Il rischio specifico riguarda potenziali condizionamenti prescrittivi o la manipolazione di dati sperimentali a favore dell'industria. Pur riconoscendo la libertà dei Dirigenti di autodeterminare i propri percorsi formativi, eventuali limitazioni aziendali devono essere giustificate da esigenze oggettive di servizio, altrimenti potrebbero configurare pregiudizio risarcibile.

L'azienda si impegna a individuare strumenti gestionali volti a conciliare la necessità di monitoraggio con la libertà dei Dirigenti nell'aggiornamento professionale.

4.3.14 GESTIONE E MONITORAGGIO DEL SISTEMA DI TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (WHISTLEBLOWER)

I dipendenti che segnalano illeciti nell'ambito del rapporto di lavoro o collaborazione sono tutelati e garantiti contro comportamenti ritorsivi, discriminatori o persecutori. Le segnalazioni possono essere rivolte anche all'Autorità giudiziaria, alla Corte dei Conti, al superiore gerarchico o al RPCT.

La piattaforma informatica *whistleblower*, attivata con Transparency International Italia, consente l'invio diretto delle segnalazioni al RPCT, unico soggetto abilitato alla gestione. La gestione delle segnalazioni avviene secondo normativa vigente e linee guida ANAC e del Garante della Privacy, supportata da attività di sensibilizzazione e formazione sui diritti e obblighi dei segnalanti.

Nel 2025 sono stati svolti tre eventi formativi, con oltre 90 partecipanti per volta tra incarichi di funzione (IFO e IFP) e referenti Anticorruzione e Trasparenza; è stata inoltre effettuata una sessione formativa specifica per i dipendenti (18 risorse) assegnati alla Struttura Complessa "*Affari Generali, Comunicazione e Legali*".

4.3.15 OBBLIGHI DI INFORMAZIONE E COLLABORAZIONE NEI CONFRONTI DEL RPCT

Tutti i soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza, e in particolare i Dirigenti, hanno l'obbligo di fornire informazioni e collaborare con il RPCT.

La presente sottosezione e gli allegati correlati indicano rilevazioni, indicatori di monitoraggio e frequenze di trasmissione dei dati, con particolare riferimento alle attività ad alto rischio di corruzione.

Il RPCT vigila sull'osservanza e sull'attuazione delle misure previste.

4.3.16 MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ DEL PTPCT

Il RPCT redige annualmente e pubblica una relazione sull'attività svolta e sui risultati conseguiti; per l'anno in corso, la scadenza è stata prorogata dall'ANAC al 31 gennaio 2026.

4.3.17 IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA

L'ASL n. 1 di Sassari ha definito i flussi informativi necessari per l'individuazione, elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati nella sezione "*Amministrazione Trasparente*" del sito web aziendale (**Allegato 5**).

Lo schema indica i soggetti responsabili della trasmissione dei dati e il RPCT mantiene la responsabilità della pubblicazione materiale, includendo termini, frequenze e periodicità degli aggiornamenti.

Il monitoraggio effettuato dall'OIV per l'anno 2025 ha evidenziato un adeguato adempimento degli obblighi di pubblicità e trasparenza.

La pubblicazione dei dati è considerata tempestiva se effettuata entro 60 giorni dalla disponibilità definitiva degli stessi (Delibera ANAC n. 1074/2018).

4.3.18 AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTI CON LA SOCIETÀ CIVILE

L'ASL n. 1 di Sassari promuove canali di ascolto e confronto con portatori di interesse, cittadini e rappresentanti degli utenti, al fine di migliorare la strategia di prevenzione della corruzione.

Saranno attivati strumenti di segnalazione dedicati e sviluppati i canali di relazione con i cittadini, attraverso l'URP Aziendale, e iniziative di comunicazione biunivoca.

4.3.19 PROSPETTIVE SU IMPIEGHI DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE (IA) ALL'INTERNO DEI SISTEMI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DI TRASPARENZA.

Le principali motivazioni che giustificano l'impiego delle tecniche di Intelligenza Artificiale in questi campi sono:

1. migliorare capacità di individuare anomalie e rischi;
2. riduzione della discrezionalità non controllata;
3. aumento della trasparenza e tracciabilità;
4. maggiore efficienza nell'uso delle risorse;
5. capacità di integrazione di fonti eterogenee;

6. allineamento agli standard internazionali;
7. funzione preventiva e non punitiva;
8. compatibilità con i principi di legalità.

L'IA, essendo in grado di analizzare grandi volumi di dati (appalti, spese, incarichi, flussi finanziari), potrebbe individuare schemi ricorrenti sospetti e deviazioni rispetto a comportamenti regolati da norme giuridiche.

I sistemi anticorruzione moderni si basano infatti sulla valutazione del rischio; l'utilizzo di una procedura basata sull'IA potrebbe quindi aggiornare in modo dinamico le mappe dei rischi, individuare aree, uffici o procedure più esposte attivando dei controlli standardizzati riducendo l'intervento umano nelle fasi più sensibili.

L'IA potrebbe poi facilitare la tracciabilità delle decisioni amministrative, il monitoraggio continuo dei processi e la produzione di report e indicatori verificabili: nella pratica, rafforzare l'*accountability* delle amministrazioni.

L'IA può incrociare dati provenienti da diverse amministrazioni, banche dati interne ed esterne e registri pubblici, permettendo una visione sistemica dei fenomeni corruttivi, l'allineamento con gli standard internazionali promossi da organismi internazionali (OCSE, ONU, UE), il rafforzamento del principio di buon andamento e della credibilità istituzionale.

4.3.20 ACCESSO AGLI ATTI

Nel 2026 sarà mantenuto l'impegno relativo alla pubblicazione nella sezione "*Amministrazione Trasparente*" del sito *web* aziendale delle informazioni necessarie per consentire l'accesso documentale, civico e generalizzato, secondo le previsioni del vigente apposito Regolamento aziendale.

Si provvederà inoltre alla pubblicazione, opportunamente anonimizzata, delle richieste pervenute e dei relativi esiti.

4.3.21 ALLEGATI

Si allegano alla presente sottosezione, quale parte integrante e sostanziale, i seguenti documenti:

- 1) Allegato 1 Misurazione del Rischio
- 2) Allegato 2 Tabella rischi e misure
- 3) Allegato 3 Tabella rischi e misure PNRR
- 4) Allegato 4 Informativa pantouflage
- 5) Allegato 5 Obblighi di trasmissione e pubblicazione
- 6) Allegato 6 Normativa di riferimento
- 7) Allegato 7 Obiettivi di anticorruzione e trasparenza

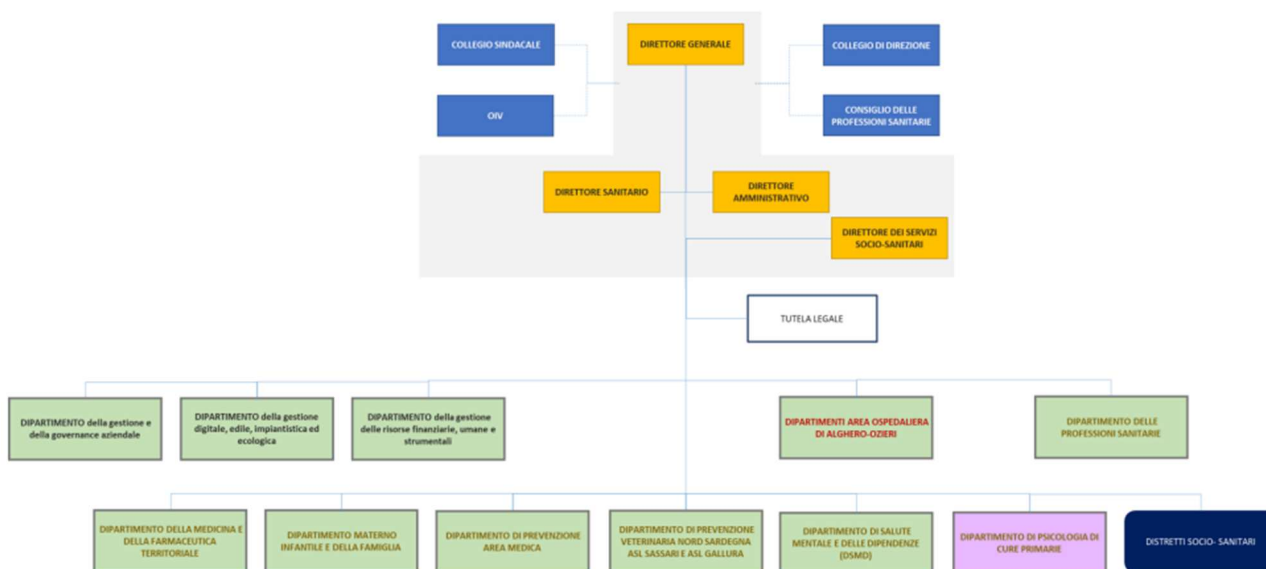
5 SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

5.1 SOTTOSEZIONE DI CAPITALE UMANO – STRUTTURA ORGANIZZATIVA

5.1.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Come definito nel proprio Atto Aziendale, adottato con deliberazione del Direttore Generale n.1055 del 26/10/2023, l'assetto istituzionale dell'ASL di Sassari prevede la triade di direzione, coadiuvata da quella dei servizi sociosanitari, più gli organismi ausiliari e un'articolazione con 11 dipartimenti e 3 distretti sociosanitari.

Figura 13 - Organigramma ASL Sassari



Fonte: Atto Aziendale

L'organigramma aziendale quindi si fonda sulle seguenti tipologie di strutture:

- Dipartimenti strutturali, costituiti dalla aggregazione delle strutture complesse e di quelle semplici dipartimentali, in base all'art. 17-bis, comma 2, del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e all'art. 16, comma 3, lett. f), della L.R. n. 24/2020, sono dotati di autonomia tecnico-professionale nonché di autonomia gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti;
- Strutture Complesse (SC), rappresentano l'articolazione interna dei Dipartimenti strutturali. Ciascuna struttura complessa fa parte di un solo Dipartimento e possiede autonomia tecnico-professionale e gestionale-organizzativa, coerentemente con le risorse e gli obiettivi assegnati in sede di attribuzione del budget;
- Strutture Semplici Dipartimentali (SSD), articolazioni in cui sono presenti competenze professionali e risorse finalizzate allo svolgimento di funzioni di particolare intensità che si caratterizzano per complessità organizzativa, specializzazione e valore economico;
- Strutture Semplici (SS), articolazioni che assicurano attività riconducibili a processi o fasi chiaramente individuabili tra quelli della struttura complessa di riferimento.

Il Direttore Generale, con la deliberazione di approvazione del funzionigramma n. 957 del 28/09/2023 ed integrata e parzialmente modificata con Deliberazione n. 1264 del 11/12/2023, identifica per ogni struttura complessa i seguenti elementi di dettaglio: livello organizzativo (SC, SS, SSD), livello gerarchico superiore, funzioni e competenze.

5.1.2 ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Nella sezione III dell'Atto Aziendale trova specificazione l'organizzazione dell'ASL di Sassari.

L'area tecnico – amministrativa è dedicata al supporto delle attività di programmazione e controllo della direzione e alla definizione degli standard di funzionamento dell'azienda non direttamente coinvolte nella produzione ed erogazione dei servizi sanitari. Nel rispetto delle funzioni stabilite dall'art. 3 della L.R. 24/2020, è articolata secondo la seguente struttura:

- Dipartimento della gestione della governance aziendale;
- Dipartimento della gestione digitale, edile, impiantistica ed ecologica;
- Dipartimento della gestione delle risorse finanziarie, umane e strumentali.

Con riferimento all'organizzazione dei servizi sanitari, essi si basano su:

- Presidi ospedalieri di Alghero e Ozieri, da intendersi quali strutture tecnico-funzionali, mediante la quale l'Azienda eroga prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione, in regime di ricovero in fase acuta e post acuta o in forma ambulatoriale alle persone affette da condizioni patologiche sia mediche che chirurgiche in fase acuta e post-acuta, nei diversi ambiti specialistici. Tali presidi rappresentano una configurazione di macro-struttura organizzativa dipartimentale, diretta dal Dipartimento della Direzione dei Presidi e dei Servizi, in merito all'appropriatezza, il rischio clinico e i relativi costi. Inoltre, si configurano i dipartimenti inter-presidio relativi a emergenza-urgenza, medicina e chirurgia specialista;
- Distretti sociosanitari di Sassari, Alghero e Ozieri, che costituiscono l'articolazione territoriale dell'Azienda e il luogo proprio dell'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale. Essi sono dotati di autonomia tecnico-gestionale, nell'ambito degli obiettivi posti dall'atto aziendale, economico-finanziaria, nell'ambito delle risorse assegnate e di contabilità separata all'interno del bilancio aziendale. I distretti governano la domanda sanitaria e organizzano l'assistenza primaria erogata dai servizi territoriali, promuovendo il coordinamento delle scelte di programmazione e partecipa alla gestione unitaria degli interventi di programmazione sociosanitaria integrata definiti in ambito di PLUS;
- Dipartimenti territoriali composti da professioni sanitarie, prevenzione area medica, prevenzione area veterinaria, salute mentale e dipendenze (DSMD), materno infantile e della famiglia, medicina e farmaceutica territoriale, psicologia di cure primarie.

5.2 SOTTOSEZIONE DI CAPITALE UMANO – ORGANIZZAZIONE 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.

5.2.1 QUADRO NORMATIVO – NORME DI RIFERIMENTO

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

- a) **La legge 7 agosto 2015, n. 124**, recante *“Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”* (c.d. riforma Madia) che ha avviato una progressiva apertura nel pubblico impiego a forme alternative e flessibili del rapporto di lavoro, ispirate all'obiettivo di conciliare i tempi di vita e i tempi di lavoro (art. 14 comma 3). La norma ha altresì previsto sempre all'art. 14 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".

- b) **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;
- c) **Circolare INAIL 48 del 2 novembre 2017** avente ad oggetto: *"Lavoro agile. Legge 81/2017 artt. 18-23. Obbligo assicurativo e classificazione tariffaria, retribuzione imponibile, tutela assicurativa, tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. Istruzioni operative"*;
- d) **Direttiva Presidenza del consiglio dei Ministri del 1° luglio 2017** avente ad oggetto *"Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri recante gli indirizzi per l'attuazione dell'art. 14 della legge 7 agosto 2015 n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti"*;
- e) **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;
- f) **Art. 2 "Lavoro agile" del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 25 febbraio 2020**;
- g) **Direttiva 2/2020 del 12 marzo 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri** avente ad oggetto *"Indicazioni in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 nelle PPAA, di cui all'art.1 D.lgs. 165/2001, all'Art. 3 definisce le "Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa"*;
- h) **Art. 18 co. 5 del D.L. n. 9 del 2 marzo 2020**, che modifica l'articolo 14 della Legge n. 124/2015, prima previsione del superamento del regime sperimentale per il lavoro agile nella pubblica amministrazione;
- i) **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.
- j) **Art. 2 della Circolare esplicativa 2/2020 del 2 aprile 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri** avente ad oggetto *"Misure recate dal decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18, recante "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori ed imprese connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19"*;
- k) **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

- l) **Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione del 19 ottobre 2020** con il quale sono state individuate le misure di organizzazione del lavoro pubblico nel periodo emergenziale;
- m) **Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 9 dicembre 2020** attraverso il quale sono state approvate le Linee Guida per l'adozione del POLA;
- n) **Direttiva n. 3/2020** *“Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa nell'evolversi della situazione epidemiologica da parte delle pubbliche amministrazioni”*;
- o) **Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA)** e indicatori di performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, dicembre 2020 versione 1.0;
- p) **Art. 1 “Disposizioni urgenti in materia di lavoro agile” del D.L. n. 56 del 30/04/2021** *“Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”* - dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, adottato ai sensi dell'art. 87 comma 1 del D.L. 17 marzo 2020, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, attraverso il quale è superato l'impiego del lavoro agile come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle Pubbliche Amministrazioni, a decorrere dal 15 ottobre 2021;
- q) **Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione dell'8 ottobre 2021**, adottato in attuazione dell'art. 1 comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, attraverso il quale si dispone che le Pubbliche Amministrazioni riorganizzino il rientro in presenza del personale dipendente, con contestuale regolamentazione, attraverso accordi individuali, dei rapporti dei dipendenti in lavoro agile, in attesa della contrattazione collettiva nazionale;
- r) **Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche del 30 novembre 2021** nel quale si delineano gli aspetti fondamentali della regolamentazione del lavoro agile e da remoto in attesa della disciplina definitiva derivante dalla contrattazione collettiva.
- s) **Circolare del 5 gennaio 2022**, a firma congiunta del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, il cui scopo è stato di sensibilizzare le Pubbliche Amministrazioni e i datori di lavoro privati ad utilizzare appieno gli strumenti di flessibilità.
- t) **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...”*.
- u) **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”*.
- v) **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.

- w) **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.
- x) **La Legge 29 dicembre 2022 n. 197 (di Bilancio 2023)** ha prorogato sino al 31.03.2023 la possibilità per i "Lavoratori Fragili" di svolgere in via ordinaria la propria prestazione lavorativa.
- y) **La legge del 13/12/2024 n. 203** apporta modifiche al decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e nello specifico all'art.14 introduce termini per le comunicazioni obbligatorie in materia di lavoro agile.
- z) **La legge del 18 luglio 2025, n. 106** ha introdotto ulteriori aggiornamenti normativi in materia di lavoro agile con nuove tutele a partire dal 1° gennaio 2026 in favore dei dipendenti con gravi problemi di salute (affetti da patologie oncologiche, croniche o invalidanti con invalidità superiore al 74%) hanno un diritto di precedenza assoluto nell'accesso allo *smart working*, o che assistono figli minorenni in condizioni critiche. Deve sussistere la condizione che la mansione svolta deve essere compatibile con il lavoro da remoto.

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

- i. 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;
- ii. 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.

5.2.2 **PRINCIPI GENERALI**

Tutte le Pubbliche Amministrazioni in questi anni sono ricorse all'utilizzo del lavoro in modalità agile a causa della situazione emergenziale da Covid-19 ed in virtù del fatto che tale modalità di lavoro fosse in grado di tutelare la salute dei lavoratori e, al tempo stesso, garantire la continuità dell'attività lavorativa grazie ad autonomia, flessibilità ed organizzazione delle attività attraverso obiettivi.

Previsto inizialmente come misura straordinaria dal D.L. n. 6/2020, nell'ambito delle attività considerate a rischio anche in assenza degli accordi individuali previsti dalla L. n. 81 del 22.05.2017, successivamente è stato normato dal D.L. n. 18/2020 convertito nella L. n. 27/2020 il cui art. 87, ha individuato il lavoro agile quale modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa per tutte le Pubbliche Amministrazioni "fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da Covid-2019".

Legge 106/2025 e dal DDL Lavoro 2024.

Con D.P.C.M. del 23.09.2021, poi, è stato stabilito che, con decorrenza 15 ottobre 2021, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa delle Pubbliche Amministrazioni dovesse essere nuovamente quella in presenza, fermo restando l'obbligo di assicurare il rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da Covid-19. Successivamente, il D.P.C.M. dell'8.10.2021 ha disciplinato il rientro in presenza del personale delle Pubbliche Amministrazioni individuando anche le condizionalità ed i requisiti necessari, organizzativi ed individuali per utilizzare il lavoro agile in un quadro di efficienza e di tutela dei diritti dei cittadini al fine di produrre un'adeguata qualità dei servizi.

Di non meno importanza la Circolare del 5 gennaio 2022, a firma congiunta del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, il cui scopo è stato di sensibilizzare le Pubbliche Amministrazioni e i datori di lavoro privati ad utilizzare appieno gli strumenti di flessibilità rapportati, ovviamente, alla situazione organizzativa di ciascuna Azienda e alle contingenze dei dipendenti della stessa. Pertanto, il ricorso al lavoro agile, seppur inizialmente sviluppatosi per questioni di natura emergenziale, può aprire la strada a concetti innovativi nell'ottica di un lavoro sempre più svincolato da una sede fisica di lavoro e da orari definiti ma non per questo meno professionale ed efficiente. Anzi, tale flessibilità, se ben organizzata, potrà essere in grado di migliorare la produttività attraverso l'incremento di autonomia, responsabilità nonché soddisfazione dei dipendenti.

Attualmente a distanza di oltre cinque anni la normativa sul lavoro agile (smart working) in Italia è entrata gradualmente in una fase di stabilizzazione post-emergenziale.

5.2.3 **STATO DI ATTUAZIONE**

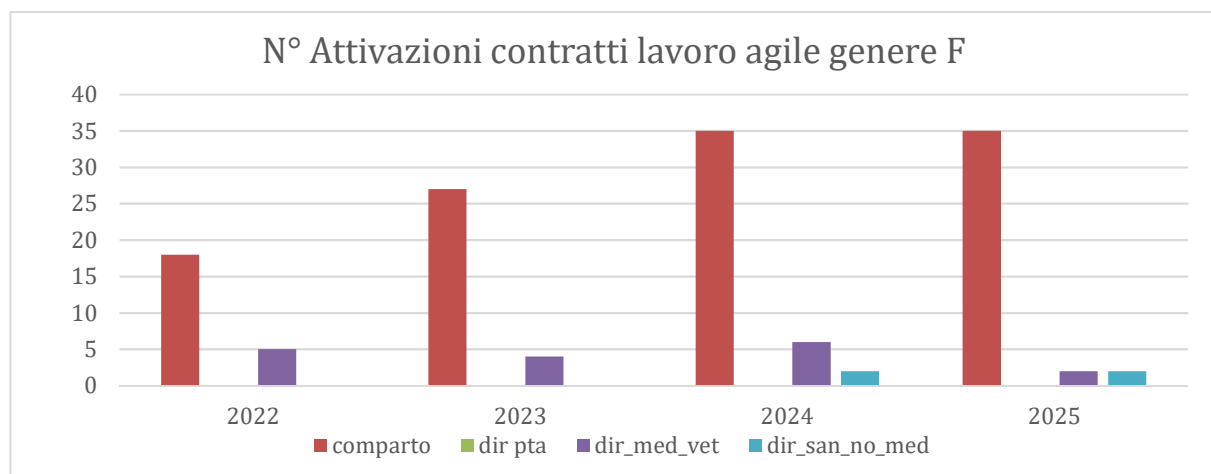
L'emergenza epidemiologica da Covid-19 ha impresso un'accelerazione alla sperimentazione del lavoro agile diventato "modalità ordinaria" di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni, ai sensi dell'art. 87 del Decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18, convertito, con modificazioni,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

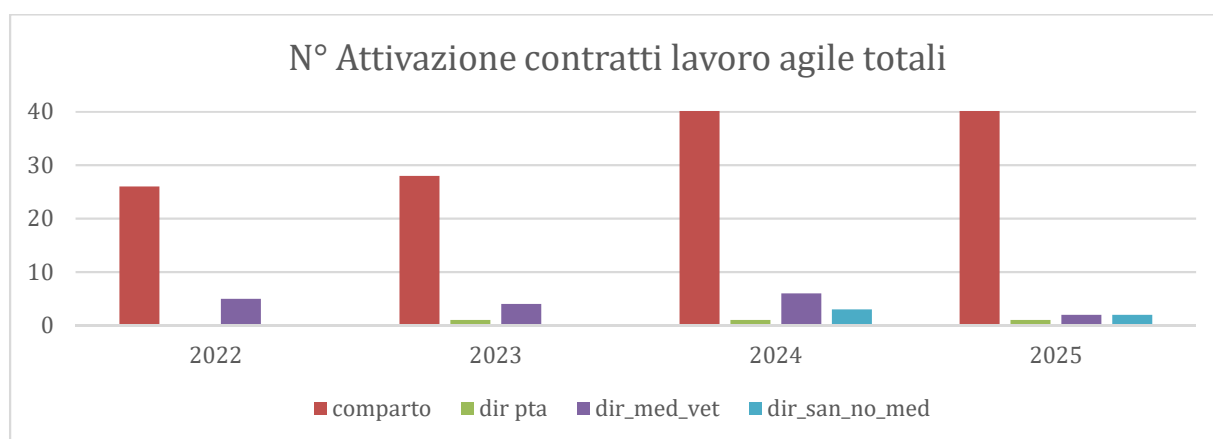
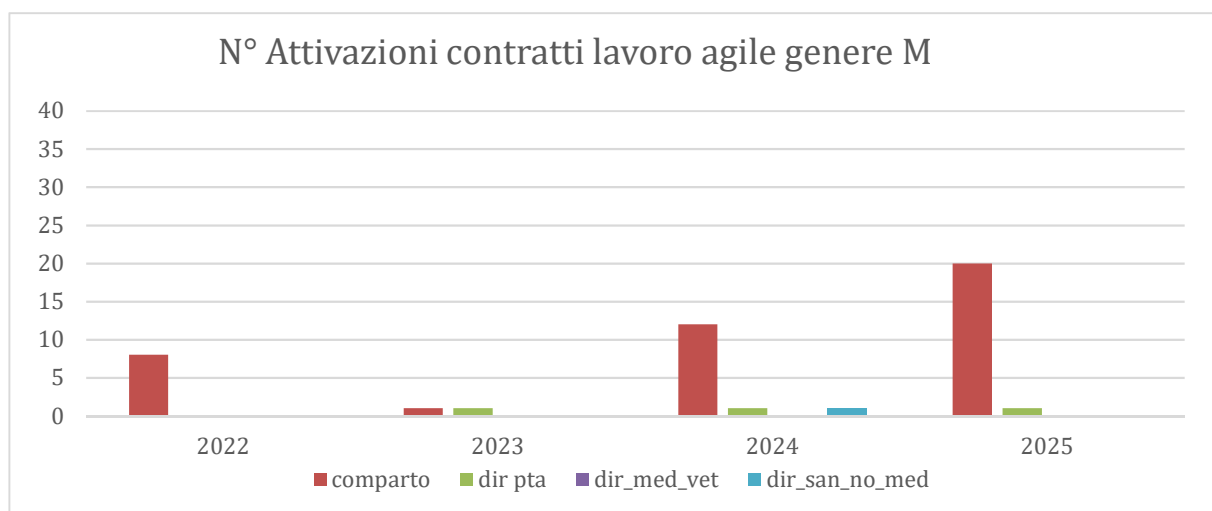
Successivamente, il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 ottobre 2021 ha individuato le modalità organizzative per il rientro in presenza del personale in servizio nelle pubbliche amministrazioni. Infine, in considerazione del rischio sanitario relazionato al protrarsi della diffusione 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.

L'analisi dell'applicazione dell'istituto del lavoro agile è riferita alle Macrostrutture della ASL di Sassari, a decorrere dal 1° gennaio 2022. 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 2022, 2023, 2024 e 2025.

Tabella 21 – N° contratti individuali di lavoro agile attivi nel corso del 2022-2023-2024, diviso per genere

Tipologia dipendente	2022			2023			2024			2025		
	F	M	Totale	F	M	Totale	F	M	Totale	F	M	Totale
Dirig.Medico/Vet	5	0	5	4	0	4	6	0	6	6	5	11
Dirig.Sanitari a non medica	0	0	0	0	0	0	2	1	3	2	0	2
Dirig.PTA	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1
Comparto	18	8	26	27	11	38	35	12	47	35	20	55
Totale complessivo	23	8	31	31	12	43	43	14	57	43	26	69





Dall'analisi emerge un progressivo incremento dell'attivazione e utilizzazione dell'istituto del lavoro agile con netta prevalenza da parte della forza lavoro di sesso femminile.

5.2.4 **CONDIZIONALITÀ DEL LAVORO 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. Così 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;
- 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 di assunzione;
- 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 delle procedure a supporto del contenzioso giudiziale e stragiudiziale.

5.2.5 MODALITÀ ATTUATIVE

Nella redazione del presente documento si è tenuto conto delle Linee guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, secondo cui il POLA 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.

5.2.6 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). È 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

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 2023 che con il presente atto si conferma anche per il 2025.

5.2.7 FATTORI ABILITANTI

5.2.7.1 PROCESSI E STRUMENTI

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 ottobre 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 c. 1, 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:

- gli 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*.

5.2.7.2 **DESTINATARI**

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).

È 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.

5.2.8 **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).

4.2.1.1 **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.

4.2.1.2 **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.

4.2.1.3 **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.

4.2.1.4 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.

5.2.9 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. È chiamato a tenere una condotta particolarmente diligente a tutela dei dati trattati

5.2.10 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.

5.2.11 POTERE DIRETTIVO, DICONTRULLO 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.

5.2.12 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.

5.3 SOTTOSEZIONE DI CAPITALE UMANO – PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

La dotazione di personale rappresenta uno dei principali elementi di criticità dell'intero SSN. In questi ultimi anni si sta registrando ed affrontando una crisi del personale sanitario senza precedenti, a causa multifattoriale, che di fatto sta portando ad una graduale e progressiva demotivazione e disaffezione dei professionisti verso il SSN rendendo l'offerta dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali sempre più inadeguata rispetto ai bisogni di salute delle persone. A tale condizione generale di sistema non si sottrae l'ASL di Sassari, che quotidianamente incontra notevoli difficoltà a reperire le risorse umane necessarie per garantire i LEA alla popolazione di riferimento nel perimetro del proprio Piano triennale di fabbisogno di personale.

Il piano è il documento di programmazione con il quale viene prevista l'assunzione del personale a tempo indeterminato e determinato, forma di reclutamento primaria prevista per la P.A.

Il piano ha un'estensione temporale triennale e deve essere adottato annualmente al fine di adattare costantemente la programmazione del fabbisogno con il rispetto dei relativi oneri a carico del bilancio aziendale.

L'aver assolto agli obblighi della programmazione del fabbisogno di personale è una condizione necessaria per poter dar corso a nuove assunzioni di qualsiasi titolo e di qualsivoglia tipologia contrattuale, in quanto nessuna assunzione può essere effettuata se non nell'ambito e nei limiti del PTFP.

Dai dati presenti nella banca dati Sisar HR, al 31 dicembre 2025 risultano in carico alla ASL n.1 di Sassari complessivamente 2.689 unità di cui 2.069 del comparto e 605 della dirigenza sanitaria nel suo complesso e 15 unità della dirigenza Professionale Tecnica e Amministrativa. Il ruolo sanitario è quello più rappresentato (67,3%), il ruolo socio-sanitario costituisce il 14,1% del personale, il ruolo tecnico il 6,9 %, il ruolo amministrativo l'11,5% e il ruolo professionale il 0,2 come illustrato nella tabella e grafico sottostante.

Descrizione Ruolo	Comparto	Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	Dirigenza Sanitaria	Totale complessivo	% incidenza per ruolo
RUOLO AMMINISTRATIVO	302	8		310	11,50%
RUOLO PROFESSIONALE	1	5		6	0,20%
RUOLO SANITARIO	1.204		605	1.809	67,30%
RUOLO SOCIO SANITARIO	378			378	14,10%
RUOLO TECNICO	184	2		186	6,90%
Totale complessivo	2.069	15	605	2.689	100,00%

Tabella 20 - Personale complessivamente in carico al 31.12.2025

Fonte: elaborazione SC Gestione Risorse Umane ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale Sisar HR

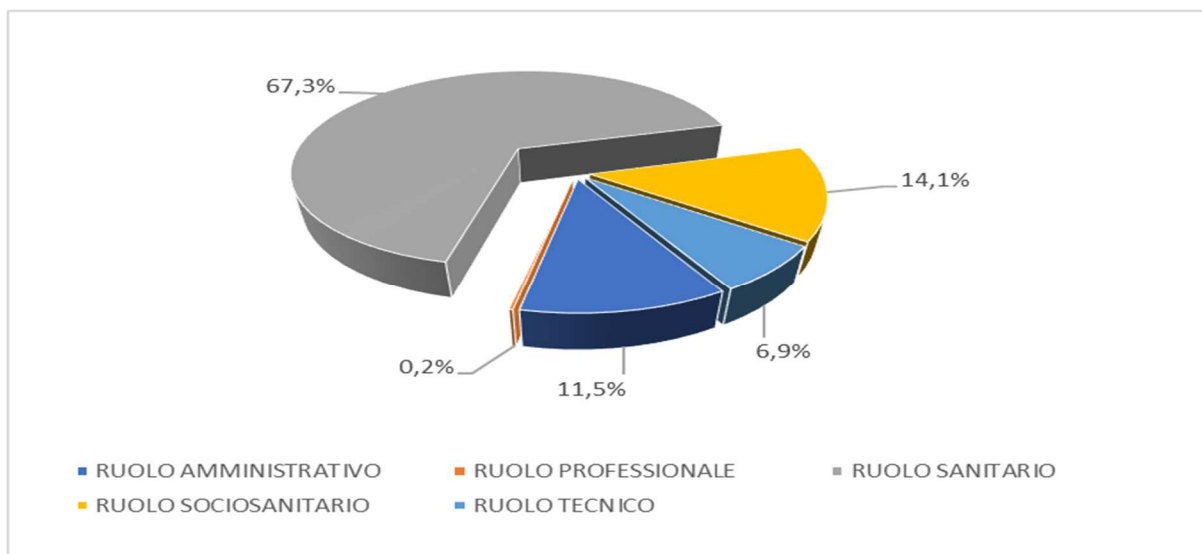


Grafico - Distribuzione del personale per ruolo al 31/12/2025

(Fonte: elaborazione SC Gestione Risorse Umane ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale)

I dati complessivi sopra evidenziati, nel dettaglio hanno la seguente composizione per quanto attiene le unità di personale in assegnazione temporanea (ex art. 42-bis d.lgs. 26 marzo 2001, n. 151) ovvero in posizione di comando in entrata da altre aziende che prestano la propria attività lavorativa in ALS Sassari.

DESCRIZIONE RUOLO	COMPARTO	DIRIG.PROF.LE/AM M.VA/TECNICA	DIRIGENZA SANITARIA	TOTALE COMPLESSIVO
RUOLO AMMINISTRATIVO	9			9
RUOLO PROFESSIONALE		1		1
RUOLO SANITARIO	15		13	28
RUOLO SOCIO SANITARIO	3			3
RUOLO TECNICO	1			1
TOTALE COMPLESSIVO	28	1	13	42

Tabella 21 - Personale in assegnazione temporanea e/o in comando da altre aziende, in carico al 31.12.2025

Fonte: elaborazione SC Gestione Risorse Umane ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale Sisar HR

Dal dato complessivo sopra indicato si evidenziano le seguenti unità di personale in carico alla data del 31/12/2025 reclutato a tempo determinato su progetti finanziati a vario titolo (PNRR, Cantieri occupazionali, PNES, ecc.)

Descrizione Ruolo	Comparto	Totale complessivo
RUOLO AMMINISTRATIVO	7	7
RUOLO SANITARIO	5	5
RUOLO SOCIOSANITARIO	44	44
RUOLO TECNICO	4	4
Totale complessivo	60	60

Tabella 22 - Personale reclutato a tempo determinato su progetti finanziati a vario titolo, in carico al 31.12.2025
 Fonte: elaborazione SC Gestione Risorse Umane ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale Sisar HR

5.3.1 STRATEGIA DI COPERTURA DEL FABBISOGNO

Il documento strategico sulle politiche assunzionali dell'Azienda è rappresentato, nelle more dell'approvazione da parte della RAS del PTFP 2026-2028, dall'ultimo PTFP relativo al triennio 2025 - 2027, approvato con DGR n. 30/61 del 05/06/2025 relativo alla deliberazione del Commissario Straordinario ASL n.1 di Sassari n. 25 del 21/05/2025 (<https://www.asl1sassari.it/ap/deliberazione-del-commissario-straordinario-n-25-del-21-05-2025/>).

Di fatto il documento rappresenta una profonda revisione del precedente PTFP 2025-2027 già precedentemente approvato con deliberazione del Direttore Generale della ASL n.1 di Sassari n. 1367 del 08/11/2024 e allegato al bilancio di previsione triennale 2025/2026/2027. Tale aggiornamento si è reso necessario a seguito di rettifica delle assegnazioni dei budget da parte della RAS di cui alle note:

- n. 5331 del 21/02/2025 avente ad oggetto "Rettifica assegnazione RAS 2025-27 e Budget di spesa per il personale";
- n. 5729 del 25/02/2025 avente ad oggetto "Indicazioni per la compilazione dei Bilanci di previsione 2025-27. Aggiornamento Allegato 1 e indicazioni sui tetti di spesa. Modifica tetto di spesa ASL Sassari",
- n. 8274 del 21/03/2025 avente ad oggetto "Indicazioni per la compilazione dei Bilanci di previsione 2025-27. Aggiornamento Allegato 1 e indicazioni sui tetti di spesa. Modifica tetto di spesa ASL Sassari - sollecito adozione del nuovo Bilancio di previsione 2025-27 unitamente al nuovo PTFP";
- nota n. 13653 del 20/05/2025 dell'Assessorato regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, avente ad oggetto "Indicazioni sui tetti di spesa per la predisposizione del PTFP 2025-27 dell'ASL 1 Sassari. Aggiornamento".

Il suddetto nuovo Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2025-27 è stato predisposto dall'ASL 1 di Sassari secondo le indicazioni operative e agli schemi approvati dalla Giunta Regionale attraverso la deliberazione n. 46/42 del 2/11/2019, in linea con le disposizioni di cui all'art. 6 del D.lgs. n. 165/2001, così come modificato dall'art. 4 del D.lgs. n. 75/2017, e in applicazione delle linee di indirizzo di cui al Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione del 08/05/2018. Il documento è stato elaborato in particolare secondo le indicazioni e le assegnazioni dei tetti di spesa di cui alla nota n. 13653 del 20/05/2025 dell'Assessorato regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.

Si evidenzia che nel corso del 2025 il suddetto PTFP per esigenze tecnico organizzative è stato modificato tre volte ad isorisorse economiche con relativi atti deliberativi e la documentazione completa è rinvenibile ai seguenti link:

1 https://www.asl1sassari.it/wp-content/uploads/2025/07/186_PDELCS_2025_0000231_modifica_PTFP_2025-1-3.pdf

2 https://www.asl1sassari.it/wp-content/uploads/2025/11/480_PDELCS_2025_0000563_modifica_PTFP_2025.pdf

3 <https://www.asl1sassari.it/ap/deliberazione-del-commissario-straordinario-n-605-del-05-12-2025/>

In relazione a tali indicazioni sono stati previsti i fabbisogni stimati per i seguenti progetti a valenza nazionale e regionale finanziati:

- a) Personale reclutato a tempo determinato per attività nell'ambito dei Progetti finanziati PNRR;
- b) Personale da reclutare a tempo determinato per attuazione Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027;

- c) Personale da reclutare a tempo determinato per attuazione Piano Nazionale degli Investimenti complementari Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima;
- d) Personale da reclutare per interventi finalizzati alla realizzazione dei Piani di Riassetto organizzativo e di riqualificazione degli Spresal.

Con deliberazione del Commissario Straordinario dell'ALS n. 1 di Sassari n. 478 del 04/11/2025 è stato adottato ed approvato il nuovo Piano Triennale Fabbisogno del Personale 2026-2028 in coerenza alle indicazioni sui tetti di spesa di cui alla nota n.28863 del 17.10.2025 dell'Assessorato regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.

Il documento costituisce parte integrante del BEP 2026-2028 adottato con deliberazione del Commissario Straordinario dell'ALS n. 1 di Sassari n. 480 del 06/11/2025.

Di seguito si riportano i dati di sintesi per ciascuna annualità

PTFP 2026 (PROVVISORIO)					
area	ruolo	Posti coperti al 01/01/2026	Cessazioni	Assunzioni	Posti coperti al 31/12/2026
comparto	amministrativo	291	8	21	304
	professionale	1	0	0	1
	sanitario	1283	15	54	1322
	sociosanitario	357	3	10	364
	tecnico	182	8	13	187
comparto Totale	2114	34	98	2178	2114
dirigenza	amministrativo	6	2	2	6
	professionale	4	0	2	6
	sanitario	618	18	80	680
	tecnico	2	0	0	2
dirigenza Totale		630	20	84	694
Totale complessivo		2744	54	182	2872

Tabella 23- Piano Triennale Fabbisogno del Personale - Anno 2026
 Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari

Tabella 10 - Piano Triennale Fabbisogno del Personale - Anno 2027

PTFP 2027 (PROVVISORIO)					
area	ruolo	Posti coperti al 01/01/2027	Cessazioni	Assunzioni	Posti coperti al 31/12/2027
comparto	amministrativo	304	8	8	304
	professionale	1	0	0	1
	sanitario	1322	15	15	1322
	sociosanitario	364	3	3	364
	tecnico	187	8	8	187
comparto Totale		2178	34	34	2178
dirigenza	amministrativo	6	2	2	6
	professionale	6	0	0	6
	sanitario	680	18	18	680
	tecnico	2	0	0	2
dirigenza Totale		694	20	20	694
Totale complessivo		2872	54	54	2872

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari

Tabella 11 - Piano Triennale Fabbisogno del Personale - Anno 2028

PTFP 2028 (PROVVISORIO)					
area	ruolo	Posti coperti al 01/01/2028	Cessazioni	Assunzioni	Posti coperti al 31/12/2028
comparto	amministrativo	304	8	8	304
	professionale	1	0	0	1
	sanitario	1322	15	15	1322
	sociosanitario	364	3	3	364
	tecnico	187	8	8	187
comparto Totale		2178	34	34	2178
dirigenza	amministrativo	6	2	2	6
	professionale	6	0	0	6
	sanitario	680	18	18	680
	tecnico	2	0	0	2
dirigenza Totale		694	20	20	694
Totale complessivo		2872	54	54	2872

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari

La relativa documentazione è reperibile integralmente ai seguenti link:

https://www.asl1sassari.it/wp-content/uploads/2025/11/478_PDELCS_2025_0000573_adozione_PTFP_2026_27_28_vf.pdf;

Allegato https://www.asl1sassari.it/wp-content/uploads/2025/11/478_all.zip

Si evidenzia che il suddetto PTFP 2026-2028 è stato redatto altresì in funzione del trasferimento del Presidio “Ospedale Marino – Regina Margherita” di Alghero dall’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari all’ASL n. 1 di Sassari, con decorrenza 1° gennaio 2026 in ottemperanza delle modifiche alla Legge regionale 11 settembre 2020 n. 24, introdotte con Legge Regionale 11 Marzo 2025 n.8.

Ai sensi della L. 24/2020 le procedure concorsuali del personale a tempo determinato e indeterminato sono in capo ad ARES Sardegna che, dietro formale richiesta nel rispetto del PTFP, mette a disposizione della ASL le graduatorie attualmente in essere.

Altra modalità di ingresso di personale è quello delle procedure di mobilità esterna, di assegnazione temporanea di personale per ricongiungimento familiare.

Potrebbero inoltre essere utilizzate forme di reclutamento di personale esterno all'amministrazione quali attivazione di incarichi libero professionali o incarichi ex articolo 15 septies del d.lgs. 165/2001.

È previsto inoltre il reclutamento tramite l'ex collocamento, con procedure gestite da ASPAL Sardegna nell’ambito delle categorie protette e dei disabili.

Compatibilmente con le disponibilità di posti nel PTFP nel corso del 2025 sono state espletare le procedure per le progressioni verticali riguarda il passaggio alla categoria immediatamente superiore di inquadramento del personale da attuarsi attraverso procedure di selezione interna come previsto dal nuovo CCNL del comparto sanità, sottoscritto in data 02/11/2022 e ad oggi in fase di pubblicazione atti finali della procedura.

5.3.2 **FORMAZIONE DEL PERSONALE**

La formazione in sanità svolge una funzione strategica, in quanto strumento di innovazione e diffusione delle conoscenze, volto al miglioramento continuo dell’organizzazione, all’umanizzazione dei servizi, allo sviluppo complessivo delle competenze e relazionali della comunità professionale, alla realizzazione degli obiettivi programmatici del sistema sanitario regionale. Essa contribuisce in modo determinante alla diffusione della cultura della tutela della salute e ad assicurare un'offerta di servizi sanitari efficaci ed appropriati.

La L.R. 24/2020 di riforma sanitaria colloca la formazione in capo ad ARES, la quale è stata individuata quale provider unico per l’accreditamento dei corsi previsti nel PFA del 2025 per tutte le aziende sanitarie della RAS. Tale funzione è svolta dalla Struttura Complessa “Formazione Ricerca e Cambiamento Organizzativo” che per il Piano Formativo 2025 ha previsto specifiche iniziative di formazione relative al nuovo assetto regionale e in particolare approfondimenti sui 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.

L’attività formativa proposta per il 2025 rispetta i criteri previsti dal modello regionale di accreditamento 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.

5.3.3 **PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2025**

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. Il PFA 2026, pubblicato con la deliberazione del Direttore Generale Ares n. 342 del 30 dicembre 2025 (<https://www.aressardegna.it/wp-content/uploads/2025/12/DEL-342-30-12-2025-1.pdf>) è il risultato:

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

Quindi 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.

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.

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

- 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);
- 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); 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).

5.3.3.1 **RILEVAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI**

ARES Sardegna ha definito il fabbisogno formativo 2026 delle aziende sanitarie, tra cui quella di Sassari, attraverso:

- la richiesta ai Direttori Generali delle Aziende del SSR di proporre l'attivazione di progetti 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 licenze per la formazione a distanza sincrona.

La S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane, Formazione, nel corso del 2025 ha effettuato un primo screening relativo ai livelli di formazione nelle aree gestione emergenza e urgenza, nonché sicurezza nei luoghi di lavoro. Tale necessità è scaturita dall'indisponibilità di una banca dati strutturata sulla formazione obbligatoria svolta negli esercizi precedenti alla costituzione della ASL 1 Sassari.

A tal proposito si rileva l'esigenza di dotare l'Azienda di idonei ed appropriati strumenti di monitoraggio (D-BASE) per la corretta gestione e contabilizzazione degli interventi formativi svolti a livello aziendale ed extra-aziendale tramite il coinvolgimento della SC Flussi Informativi e Tecnologie Sanitarie aziendale.

Previo confronto con l'R.S.P.P. aziendale si è riscontrata l'esigenza di procedere alla predisposizione di percorsi formativi in materia di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro ex d.lgs. 81/2008 che coinvolgano un ampio numero di discenti. Per questo motivo nel corso del 2025 è stata effettuata una ricerca di mercato per l'affidamento dei servizi di formazione in materia di sicurezza e igiene nei luoghi di lavoro, la cui erogazione avverrà a partire dal 2026.

Al fine di incrementare i livelli qualitativi e l'impatto formativo degli interventi formativi rivolti al personale sanitario in ambito specialistico e assistenziale, la ASL 1 Sassari ha stipulato una convenzione per l'utilizzazione degli spazi e delle attrezzature ricomprese nel Centro di Simulazione Medica dell'Università degli Studi di Sassari. In tale ambito vengono incardinate attività programmate per la formazione specialistica diagnostica e terapeutica.

Per analoghe finalità è prevista l'iscrizione dell'Ente alla Scuola Nazionale dell'Amministrazione (S.N.A.) e all'Ente Nazionale per l'Intelligenza Artificiale (E.N.I.A.).

Si è rilevata altresì la necessità di riformare ed armonizzare i procedimenti amministrativi in ambito formativo, sul cui iter è stato riscontrato all'interno dell'azienda il permanere di pratiche risalenti a gestioni precedenti, disallineate rispetto all'attuale organizzazione aziendale.

Realizzata nel 2024 una prima attività di stesura regolamentare, nel corso del 2026 verranno valutati gli eventuali correttivi da apportare per la risoluzione delle criticità riscontrate durante l'esercizio 2025 e l'armonizzazione con la normativa contrattuale in vigore, nonché le modalità più idonee per l'informazione del personale e dell'utenza in merito alle procedure adottate.

5.3.3.2 IL PROGRAMMA FORMATIVO DELLA ASL DI SASSARI PER L'ANNO 2025

Il piano formativo per l'ASL 1 di Sassari è raccolto nell'allegato del PIAO 2026-28.

Ai fini del finanziamento del Piano Annuale per la Formazione è stato stimato (art. CCNL 66 Comparto Sanità 2019-2021 e art. 46 del CCNL Comparto Sanità 2022-2024) un budget complessivo di € 1.141.242,26.

A seguito della rilevazione annuale dei fabbisogni operata dal provider ARES Sardegna è stato adottato un budget previsionale, per le attività ricomprese nel Piano di € 737.990,08 destinati alla realizzazione degli interventi formativi considerati strategici, per lo sviluppo di competenze specifiche per le Strutture aziendali nonché per la realizzazione degli interventi formativi in area Emergenza-urgenza e Sicurezza nei luoghi di lavoro.

Ulteriori € 200.000,00 sono stati individuati in budget previsionale. Ammontano ad un previsionale di € 165.172,18 le somme destinate alle risorse si extra piano. € 38.080,00 vengono destinati alla copertura dei costi relativi l'accreditamento ECM degli interventi previsti.

Ad incremento delle voci di spesa verranno devoluti eventuali risparmi di spesa generati in attuazione delle misure previste dal PFA 2026.

In coerenza con le indicazioni previste dall'art.48 del CCNL Comparto Sanità 2022-2024, che non rientrano nella previsione dell'art. 16 quater del D.lgs. 502/92, che stabilisce l'obbligatorietà della formazione continua per lo svolgimento dell'attività professionale, il fabbisogno formativo prevede un target di 24 ore di

formazione annue, erogate sotto forma di formazione obbligatoria, per ciascun dipendente. A tal fine sarà devoluta parte delle risorse rientranti nell'ambito PAF extra piano.

In data 16 gennaio 2025 è stata adottata la direttiva, del Ministro della Funzione Pubblica, che propone obiettivi formativi specifici sulla riqualificazione e potenziamento delle competenze tecniche e trasversali, rafforzamento delle competenze digitali del personale delle pubbliche amministrazioni, transizione digitale, ecologica e amministrativa. In ottemperanza alla direttiva.

Per soddisfare i fabbisogni di cui sopra, vengono individuati diversi potenziali canali:

- finanziamenti del PNRR (ad esempio, progetto PerForma PA) non sovrapponibili con l'offerta formativa di Syllabus, che costituisce canale primario di formazione;
- corsi di formazione erogati dalla SNA e dall'ENIA;
- promozione dell'iscrizione a condizioni agevolate dei master di I e di II livello delle Università aderenti all'iniziativa "PA 110 e lode";
- partecipazione dell'Azienda al protocollo d'intesa INPS Valore PA per il 2026;
- valorizzazione di altre risorse dedicate (fondi disoccupazione involontaria) e risparmi di spesa PAF 2026.

Al raggiungimento del target formativo di 40 ore annuali (circolare Zangrillo soprarichiamata) permettere ai Le attività concorreranno anche gli interventi che si inseriscono nell'insieme dei percorsi formativi individuati dal provider ARES Sardegna in attuazione del PNRR che verranno attuati nel corso del 2026.

Allegati Formazione ai seguenti link

<https://www.aressardegna.it/wp-content/uploads/2025/12/DEL-342-30-12-2025-1.pdf>

<https://www.aressardegna.it/wp-content/uploads/2025/12/DELDG-342-Relazione-PAF-ARES-2026.pdf>

<https://www.aressardegna.it/wp-content/uploads/2025/12/DELDG-342-ALLEGATO-A.pdf>

<https://www.aressardegna.it/wp-content/uploads/2025/12/DELDG-342-ALLEGATO-B.pdf>

<https://www.aressardegna.it/wp-content/uploads/2025/12/DELDG-342-ALLEGATO-C.pdf>

6 MONITORAGGIO

Il monitoraggio del PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) si articola attraverso diverse strutture aziendali che si occupano di specifiche aree di competenza. Vediamo i punti principali del monitoraggio come indicato:

1. Valore Pubblico (SC Programmazione Aziendale e Controllo di Gestione):

Questo punto è centrato sull'analisi e monitoraggio dei risultati attesi relativi alla creazione di valore pubblico per la collettività (Prevenzione, PNRR, Sostenibilità ambientale). Il focus sarà quindi incentrato sulla capacità della ASL di rispondere ai bisogni della comunità.

Altro aspetto riguarda la valutazione della Performance (a cura della SC Programmazione Aziendale e Controllo di Gestione) con riferimento alla gestione e monitoraggio degli obiettivi di performance organizzativa e individuale. Questo include il controllo della realizzazione delle azioni previste dal PIAO e il rispetto degli indicatori di performance.

2. Rischi Corruttivi e Trasparenza – Responsabile RPCT:

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPCT) cura il monitoraggio dei rischi legati alla corruzione e garantisce che le azioni siano in linea con i principi di trasparenza.

3. Lavoro Agile, Formazione e Piano Triennale dei Fabbisogni – SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane, Formazione:

La struttura si occupa di implementare e monitorare le azioni relative al lavoro agile, alla formazione del personale e alla pianificazione delle risorse umane. È fondamentale per garantire l'efficienza organizzativa e la soddisfazione dei dipendenti.

4. Monitoraggio della Soddisfazione degli Utenti:

Si svolge su due livelli:

- Area distrettuale
- Area ospedaliera

Verranno utilizzati strumenti come questionari e codici QR per raccogliere il feedback degli utenti. I dati saranno poi analizzati nella sezione dedicata al "valore pubblico" per comprendere e migliorare i servizi offerti.