

**ASL ORISTANO**  
**Piano integrato di attività e organizzazione 2022-2024**

## Sommario

Premessa.....	5
1.Presentazione del Piano integrato di attività e organizzazione .....	7
2. Presentazione dell'Azienda .....	8
2.1 Missione.....	8
2.2 La composizione socio-demografica della popolazione .....	9
2.3 Il contesto epidemiologico .....	13
2.4 Considerazioni conclusive .....	17
2.5 Il territorio e la distribuzione delle strutture.....	18
2.6 L'Organizzazione .....	21
3. I principali dati di attività.....	22
3.1 L'assistenza ospedaliera .....	22
3.2 L'assistenza Territoriale.....	30
3.2.1 L'assistenza alle persone con disabilità e la presa in carico dell'anziano e dei soggetti non autosufficienti.....	32
3.2.2) L'assistenza riabilitativa globale e socio sanitaria.....	35
3.2.3 La presa in carico del paziente fragile e le Cure Domiciliari .....	37
3.2.4 L'assistenza specialistica ambulatoriale.....	38
3.3. Prevenzione collettiva e sanità pubblica.....	44
4. Il Piano della Performance .....	52
4. I Progetti e gli Obiettivi nel triennio 2022-2024.....	53
4.1 I progetti.....	57
4.1.1 La costruzione del nuovo modello organizzativo della nascente ASL di Oristano, nel rispetto degli indirizzi regionali e a seguito dell'adozione dell'atto aziendale, nonché la costruzione di modelli di raccordo con le strutture dell'Azienda regionale della salute (ARES) che svolge, per conto di tutte le aziende sanitarie pubbliche regionali, le funzioni di cui all'art. 3 comma 3 della LR 24/2020 .....	57
4.1.2 Lo sviluppo di progetti per l'utilizzo della telemedicina, l'ammodernamento delle tecnologie e la tenuta di un efficace sistema informativo anche nel rispetto dei progetti contenuti ne PNRR missione 6 salute, quali strumenti a supporto di una medicina in rete .....	58
4.1.3 L'implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) nei contesti più prossimi alla comunità, quale snodo per il coordinamento degli interventi sanitari e socio sanitari e la continuità dell'assistenza, per favorire la vera presa in carico del paziente in relazione al diverso tipo di bisogno .....	60

4.1.4 Il potenziamento di forme di assistenza alternative al ricovero, in particolare delle cure domiciliari integrate e delle cure palliative in stretto raccordo con le programmazioni locali sociali e socio sanitarie dei PLUS.....	61
4.1.5 L'avvio delle nuove Case della Comunità e il potenziamento di quelle esistenti quale luogo di prevenzione e promozione della salute per una risposta immediata ai bisogni di salute e ai bisogni di tipo sociale per la popolazione di riferimento .....	63
4.1.6 La nascita degli Ospedali di Comunità per garantire risposte tempestive, efficaci ed integrate, di fronte a bisogni complessi, sociali e sanitari di continuità assistenziale, principalmente dei soggetti anziani fragili utili anche per arginare i ricoveri ospedalieri inappropriati.....	65
4.1.7 La riqualificazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale anche finalizzata alla riduzione delle liste d'attesa per garantire l'erogazione delle prestazioni in tempi adeguati alle necessità cliniche del paziente .....	66
4.1.8 La riorganizzazione della rete delle strutture territoriali per la salute mentale e le dipendenze per arginare l'elevata incidenza delle patologie legate al disturbo mentale e alle dipendenze da sostanze e non sostanze d'abuso, con l'implementazione di azioni di prevenzione primaria, anche mediante la costruzione di reti interistituzionali.....	71
4.1.9 Lo sviluppo del Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 così come previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 e dalla Delibera di Giunta Regionale n. 50/46 del 28.12.2021 e il rafforzamento dei rapporti di collaborazione con i Distretti Socio Sanitari nei progetti di Prevenzione; .....	72
4.2 Gli obiettivi strategici.....	75
4.3 Il processo seguito nella costruzione del ciclo di gestione della performance: coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio .....	82
5. Il Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.....	83
5.1 Soggetti destinatari del presente piano .....	83
5.2 Il perchè di questo piano .....	83
5.3 Contesto Interno .....	84
5.4 Contesto Esterno (relazione Allegato 1).....	86
5.5 Contenuto e processo di aggiornamento del PTPCT.....	86
5.6. Il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza della ASL di Oristano.....	87
5.7 I referenti aziendali del responsabile della prevenzione della corruzione .....	90
5.8. La strategia per la prevenzione della corruzione e il collegamento con il ciclo delle performance.....	94
5.9 Monitoraggio e riesame delle misure del PTPCT .....	95
5.10 Aree di rischio .....	96
5.11 Il programma per la trasparenza .....	99
5.12 Rotazione del personale .....	101
5.13 Gestione del conflitto di interesse.....	106
5.14 Formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici in caso di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione.....	109
5.15 Incompatibilità/Inconferibilità incarichi .....	109
5.16. Revolving door-Pantouflage .....	111

5.17 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblowing) .....	112
5.18 Formazione .....	113
5.19 Patti di Integrità negli affidamenti .....	114
5.20 Monitoraggio dei tempi di conclusione dei procedimenti.....	114
5.21 Misure Specifiche .....	115
5.22 Misure Trasversali di Prevenzione .....	115
5.23 Flussi informativi .....	115
5.24 Giornate della Trasparenza .....	116
5.25 Violazioni del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e responsabilità.....	116
5.26 Prospettive evolutive.....	116
5.27 Relazione del RPCT .....	117
5.28 Trasparenza e privacy .....	117
5.29 Entrata in vigore.....	117
<b>6. Piano triennale del Fabbisogno del personale .....</b>	<b>118</b>
<b>7. Piano Organizzativo del Lavoro Agile .....</b>	<b>127</b>
7.1 Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile.....	127
7.2 Modalità attuative.....	128
7.3 Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile .....	129
7.4 Programma di sviluppo del lavoro agile.....	131
7.5 Indicatori di Misurazione .....	133
<b>8. Piano della Formazione.....</b>	<b>136</b>

Allegati A, B, C, D del Piano della Formazione

Allegati 1, 2, 3, 4, 5 del Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

## Premessa

L'Azienda Sanitaria Locale n.5 di Oristano venne costituita una prima volta il 01.10.1995 ai sensi della LR n.5 del 26.01.1995. A decorrere dal 01.01.2017 è stata accorpata all'Azienda per la Tutela della Salute ai sensi della LR n. 23 del 17.11.2014 e della LR n. 17 del 27.07.2016 e trasformata in Area Socio Sanitaria Locale.

La Legge Regionale n. 24 del 11.09.2020, di riforma del Sistema Sanitario della Regione Sardegna, prevede che mediante scorporo della Azienda per la Tutela della Salute siano costituite: l'Azienda Regionale della Salute Ares, n. 8 Aziende Socio Sanitarie Locali ASL, tra le altre l'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 5 di Oristano, l'Azienda di rilievo nazionale di alta specializzazione G. Brotzu Arnas, n.2 Aziende Ospedaliere Universitarie AOU di Cagliari e Sassari, l'Azienda Regionale di Emergenza e Urgenza Areus e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna IZS.

L'art. 47 comma 12 della LR n. 24 del 2020 prevedeva la loro costituzione a decorrere dal 01.01.2021, tuttavia sono stati prorogati i termini di dodici mesi per effetto dell'art 6 della LR n. 32 del 23.12.2020.

Con Delibera della G.R. n. 46/28 del 25.11.2021 è stata costituita l'Azienda socio-sanitaria locale (ASL) n.5 di Oristano a far data dal 01.01.2022 e individuata la sua sede legale nella via Carducci 35 di Oristano.

L'art.3 della citata legge regionale n. 24 di riforma del SSR dispone che "è istituita l'Azienda regionale della salute (ARES) per il supporto alla produzione di servizi sanitari e socio-sanitari, dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, di autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, tecnica, gestionale e contabile. L'ARES svolge la propria attività nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità." Con le seguenti funzioni in maniera centralizzata:

a) centrale di committenza per conto delle aziende sanitarie e ospedaliere della Sardegna ai sensi degli articoli 38 e 39 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (Codice dei contratti pubblici) e successive modifiche ed integrazioni, con il coordinamento dell'Assessorato regionale competente in materia di sanità. Nell'esercizio di tale funzione può avvalersi della centrale regionale di committenza di cui all'articolo 9 della legge regionale 29 maggio 2007, n. 2 (legge finanziaria 2007), e successive modifiche ed integrazioni. Resta salva la facoltà di tutte le aziende di procedere direttamente all'acquisizione di beni e servizi nei limiti di quanto previsto dall'articolo 37 del decreto legislativo n. 50 del 2016;

b) gestione delle procedure di selezione e concorso del personale del Servizio sanitario regionale, sulla base delle esigenze rappresentate dalle singole aziende; può delegare alle aziende sanitarie, sole o aggregate, le procedure concorsuali per l'assunzione di personale dotato di elevata specificità;

c) gestione delle competenze economiche e della gestione della situazione contributiva e previdenziale del personale delle aziende sanitarie regionali;

d) gestione degli aspetti legati al governo delle presenze nel servizio del personale;

- e) omogeneizzazione della gestione dei bilanci e della contabilità delle singole aziende ivi compreso il sistema di internal auditing;
- f) omogeneizzazione della gestione del patrimonio;
- g) supporto tecnico all'attività di formazione del personale del servizio sanitario regionale;
- h) procedure di accreditamento ECM;
- i) servizi tecnici per la valutazione delle tecnologie sanitarie (Health technology assessment - HTA), servizi tecnici per la fisica sanitaria e l'ingegneria clinica;
- j) gestione delle infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi dati in un'ottica di omogeneizzazione e sviluppo del sistema ICT;
- k) progressiva razionalizzazione del sistema logistico;
- l) gestione della committenza inerente l'acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da privati sulla base dei piani elaborati dalle aziende sanitarie;
- m) gestione degli aspetti economici e giuridici del personale convenzionato;
- n) tutte le competenze in materia di controlli di appropriatezza e di congruità dei ricoveri ospedalieri di qualunque tipologia, utilizzando metodiche identiche per tutte le strutture pubbliche e private. Il valore dei ricoveri giudicati inappropriati è scontato dalle spettanze alla struttura interessata al pagamento immediatamente successivo alla notifica del giudizio definitivo di appropriatezza.

L'art. 9 della legge regionale n. 24 del 2020 dispone che “Le Aziende socio-sanitarie locali (ASL) assicurano, attraverso servizi direttamente gestiti, l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera”. “Le ASL hanno personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione; la loro organizzazione e il loro funzionamento sono disciplinati dall'atto aziendale”.

## 1. Presentazione del Piano integrato di attività e organizzazione

Il Decreto legge 9 giugno 2021 n° 80, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021 n° 113 “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” (Decreto Reclutamento), all’art. 6 prevede che “per assicurare la qualità e la trasparenza dell’attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all’articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, di seguito denominato Piano, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012 n° 190 (comma 1). Il via del tutto eccezionale la scadenza prevista per il 30 gennaio è stata prorogata al 30 giugno dal DL n. 36 del 2022.

Il Piano integrato di attività e organizzazione ha durata triennale e sostituisce i seguenti documenti:

- il Piano della Performance con la definizione degli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e i risultati della performance organizzative;
- il Piano triennale del Fabbisogno del personale, con gli obiettivi di reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- il Piano Organizzativo del Lavoro Agile e il Piano della Formazione, per la gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo;
- il Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Il Presente Piano è stato predisposto prendendo in considerazione l’attuale assetto organizzativo nelle more dell’adozione dell’atto aziendale.

Con l’introduzione del presente Piano si vuole garantire la massima semplificazione, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi assi di programmazione, garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per cittadini e imprese e la progressiva reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs 150/2009 e della Legge 190/2012.

## 2. Presentazione dell'Azienda

### 2.1 Missione

L'azienda sanitaria di Oristano assume come principi generali della propria missione la protezione, la promozione ed il miglioramento della salute della popolazione residente e presente nella provincia di Oristano, mediante programmi e azioni coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria e socio-assistenziale nazionale e regionale e può incidere sui fattori culturali, sociali ed ambientali che influenzano gli stati di salute.

L'azione gestionale dell'azienda si ispira ai seguenti principi:

- la centralità della persona e delle comunità locali;
- il rispetto della dignità umana, l'equità e l'etica professionale;
- l'appropriatezza delle prestazioni, il coinvolgimento e la qualificazione continua delle risorse umane;
- la sostenibilità economica dei servizi offerti attraverso la programmazione dell'uso delle risorse disponibili secondo priorità dettate dal soddisfacimento dei bisogni fondamentali di salute, dall'evidenza scientifica dell'efficacia degli interventi e dalla garanzia di continuità ed integrazione delle risposte;
- la valorizzazione delle cure di primo livello per assicurare in modo capillare e coordinato la protezione e la promozione della salute;
- la valorizzazione delle attività di prevenzione, di diagnosi e cura delle malattie nonché delle attività di riabilitazione;
- la promozione dell'umanizzazione dell'assistenza alle persone sofferenti nel rispetto della qualità della vita degli ammalati e dei loro familiari.

L'azienda soddisfa i bisogni di salute della popolazione attraverso specifici interventi sanitari nell'ambito del sistema di cure, organizzando direttamente o acquisendo presso altre strutture pubbliche o private accreditate le prestazioni sanitarie ed i servizi indispensabili per soddisfare in modo appropriato la domanda espressa da tali bisogni.

L'azienda promuove e garantisce la partecipazione alla propria attività dei cittadini e delle loro associazioni nel rispetto delle norme vigenti, ricercando il coordinamento con il sistema degli Enti Locali per accentuare l'efficacia degli interventi, particolarmente nel campo dei servizi socio-sanitari.

L'azione dell'azienda si ispira a criteri di efficacia-appropriatezza, di efficienza, di equità, di professionalità, in una logica di miglioramento continuo ed in un quadro di compatibilità con le risorse disponibili. È vincolata al principio della trasparenza ed in tal senso rende visibili e certi gli impegni dell'organizzazione e le relative garanzie mediante l'impiego di strumenti adeguati.



La ASL di Oristano assicura nel proprio territorio i seguenti livelli essenziali di assistenza:

- Prevenzione collettiva e sanità pubblica
- Assistenza distrettuale
- Assistenza ospedaliera

I livelli essenziali di assistenza si articolano nelle attività, servizi e prestazioni di seguito illustrati.

Le Attività di Prevenzione Collettiva della ASL di Oristano sono assicurate dal Dipartimento di Prevenzione, preposto all'organizzazione ed alla promozione, nel territorio, delle attività di prevenzione collettiva e tutela della salute della popolazione mediante la modifica degli stili di vita, il miglioramento dell'ambiente e la prevenzione dei fattori di malattia anche emergenti quali quelli sociali e quelli direttamente legati al concetto di equità.

L'Assistenza Sanitaria Territoriale Distrettuale comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale. In particolare, vengono svolte attività legate alla Medicina di Base, Pediatria e Continuità Assistenziale, Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, Assistenza specialistica ambulatoriale, Servizi per la prevenzione e cura della salute mentale e delle dipendenze, Servizi Consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, l'assistenza sanitaria essenziale agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio, Assistenza Farmaceutica Territoriale.

L'ASL è divisa in tre distretti che fanno riferimento ad ambiti territoriali definiti:

- Distretto socio-sanitario Ghilarza - Bosa;
- Distretto socio-sanitario Oristano;
- Distretto socio-sanitario Ales – Terralba.

L'Assistenza Ospedaliera assicura la diagnosi e la cura di malattie acute e post acute o che necessitano di interventi d'urgenza e che richiedono il supporto dei reparti specialistici e di base. Le diverse strutture operative sono aggregate in una organizzazione di tipo Dipartimentale.

## 2.2 La composizione socio-demografica della popolazione

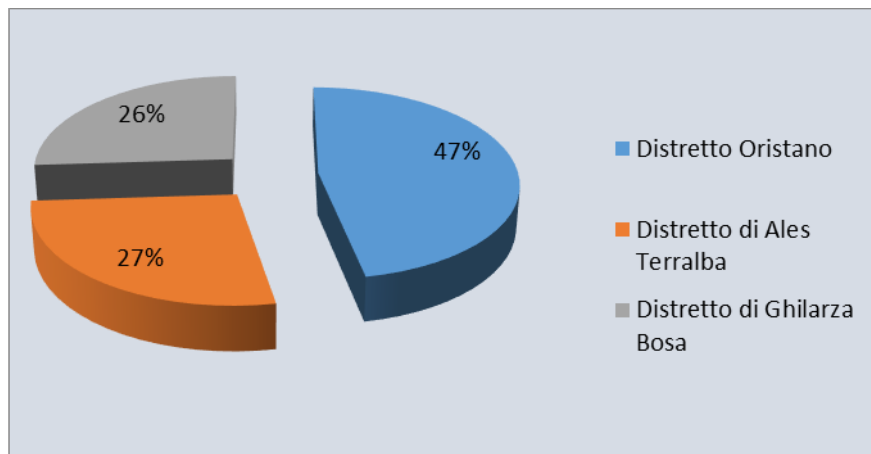
L'ambito territoriale della ASL di Oristano coincide con la attuale Provincia di Oristano e comprende 88 Comuni con una estensione di 3040 Km<sup>2</sup> e una popolazione residente all'01.01.2021 di 153.206 abitanti per una densità abitativa di 50,39 abitanti.

Di seguito l'elenco dei comuni con popolazione al 01.01.2021.

Distretto Oristano		Distretto Ales Terralba		Distretto Ghilarza Bosa	
Comune	Pop.	Comune	Pop.	Comune	Pop.
Allai	353	Albagiara	243	Abbasanta	2.572
Baratili San Pietro	1.219	Ales	1.322	Aidomaggiore	411
Bauladu	654	Arborea	3.769	Ardauli	806
Cabras	8.843	Assolo	355	Bidoni	134
Milis	1.459	Asuni	317	Bonarcado	1.519
Narbolia	1.709	Baradili	80	Boroneddu	159
Nurachi	1.709	Baressa	576	Bosa	7.533
Ollastra	1.139	Curcuris	314	Busachi	1.191
Oristano	30.723	Genoni	788	Cuglieri	2.493
Palmas Arborea	1.487	Gonnoscodina	453	Flussio	437
Riola Sardo	2.036	Gonnosnò	722	Fordongianus	861
Samugheo	2.814	Gonnostramatza	821	Ghilarza	4.285
Santa Giusta	4.673	Laconi	1.691	Magomadas	586
San Vero Milis	2.407	Marrubiu	4.614	Modolo	155
Siamaggiore	892	Masullas	1.014	Montresta	445
Siamanna	779	Mogorella	419	Neoneli	629
Siapiccia	348	Mogoro	3.974	Norbello	1.161
Simaxis	2.126	Morgongiori	669	Nughedu Santa Vittoria	463
Solarussa	2.302	Nureci	329	Paulilatino	2.110
Tramatza	943	Pau	282	Sagama	194
Villanova Truschedu	302	Pompu	228	Santu Lussurgiu	2.247
Villaurbana	1.518	Ruinias	622	Scano di Montiferro	1.434
Zeddiani	1.142	San Nicolò d'Arcidano	2.521	Sedilo	2.018
Zerfaliu	998	Senis	430	Seneghe	1.698
		Simala	296	Sennariolo	159
		Sini	491	Soddì	121
		Siris	226	Sorradile	348
		Terralba	9.830	Suni	1.005
		Uras	2.724	Tadasuni	146
		Usellus	724	Tinnura	239
		Villa Sant'Antonio	334	Tresnuraghes	1.116
		Villa Verde	289	Ulà Tirso	489
<b>TOTALE</b>	<b>72.575</b>	<b>TOTALE</b>	<b>40.679</b>	<b>TOTALE</b>	<b>39.164</b>

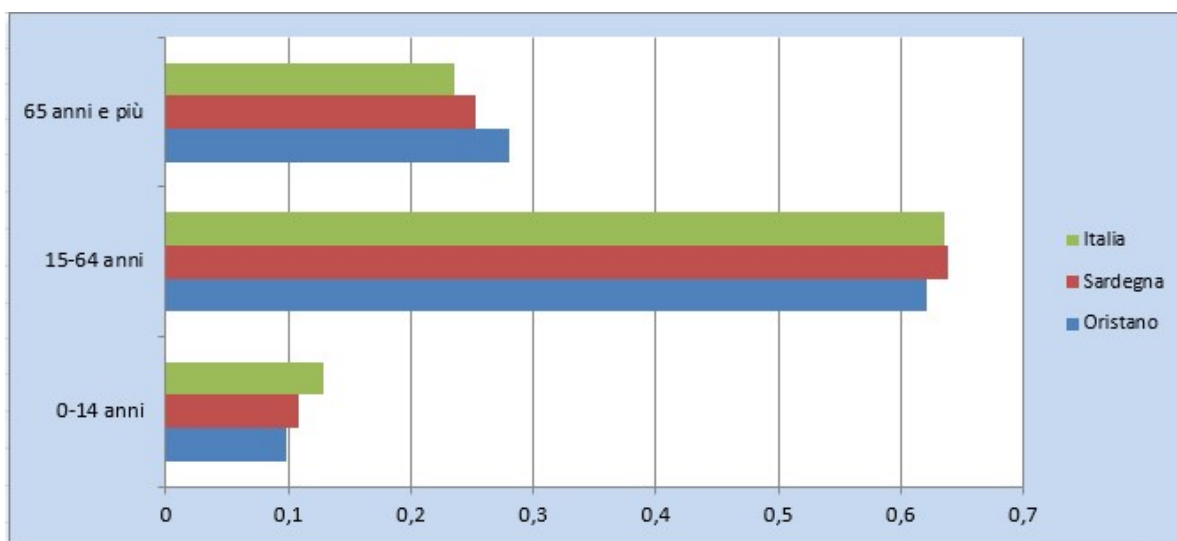
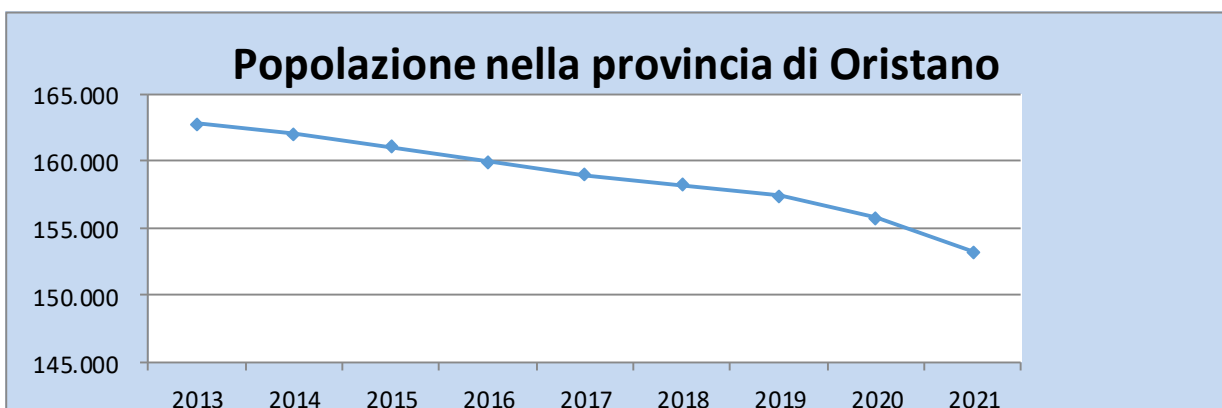
Fonte dati: GeoDemo ISTAT all'01.01.2021 (dati del mese di gennaio 2022)

La distribuzione della popolazione nel territorio provinciale è la seguente:



Distribuzione della Popolazione: composizione % Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2021

La comparazione dei dati demografici degli ultimi due anni (2019-2020) evidenzia una consistente diminuzione della popolazione residente di 1.666 individui.



Struttura della Popolazione: composizione % Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2021

Indicatore	Oristano	Sardegna	Italia
Totale popolazione	153.206	<b>1.590.044</b>	59.236.213
Popolazione 0-14 anni	15.062	<b>173.501</b>	7.636.545
Popolazione 15-64 anni	95.287	<b>1.014.827</b>	37.658.137
Popolazione 65 anni e più	42.857	<b>401.716</b>	13.941.531
Età media	49,2	<b>47,8</b>	45,9
Indice di invecchiamento	27,97%	<b>25,26%</b>	23,53%
Indice di vecchiaia	283,70%	<b>231,5%</b>	182,6%
Indice di dipendenza strutturale	60,70%	<b>56,70%</b>	57,30%
Indice di dipendenza strutturale degli anziani	44,90%	<b>39,60%</b>	37%

Elaborazioni su Indicatori strutturali Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2021

Tra i tanti fenomeni collegati al processo di trasformazione demografica, si distingue il costante invecchiamento della popolazione, indicatore non solo del crescente fenomeno dell'allungamento della vita e quindi della riduzione della mortalità in età avanzata, ma anche dello scarso rinnovamento generazionale. Tale fenomeno è evidenziato dalla lettura congiunta dei seguenti indicatori.

L'indice di invecchiamento<sup>1</sup> risulta al di sopra del valore regionale e nazionale, denotando una maggiore incidenza degli ultra-sessantacinquenni rispetto alla popolazione residente. La popolazione anziana totale risulta pari a 42.857 unità (27,97% sul totale).

L'indice di vecchiaia<sup>2</sup> risulta molto alto sia rispetto al dato regionale ma soprattutto rispetto al dato nazionale, si registrano 284 anziani ogni 100 giovani.

L'indice di dipendenza strutturale<sup>3</sup> e l'indice di dipendenza strutturale degli anziani, rappresentano rispettivamente il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni e oltre) su quella attiva (15-64 anni). Anch'essi per il territorio della Provincia di Oristano (60,70%) risultano essere superiori rispetto ai dati regionali e nazionali. Un indice di dipendenza strutturale superiore al 50% denota la presenza di uno squilibrio generazionale.

Lo Studio di Sorveglianza Passi, (dati nazionali anni 2017-2020), sul tema delle patologie croniche ha rilevato che la condizione di cronicità è più frequente al crescere dell'età (interessa il 30% delle persone fra 50 e 69 anni) e tra le persone con status socioeconomico più svantaggiato, per difficoltà economiche (27%) o bassa istruzione (38% tra chi ha nessun titolo o la licenza elementare).

Nell'osservare gli altri determinanti di salute sulla popolazione della provincia, oltre agli indici strutturali, si può constatare che gli andamenti sul versante dell'occupazione e dell'istruzione non sono migliori.

Il tasso di occupazione della popolazione tra i 20 e i 64 anni registrano nella provincia di Oristano, nell'anno 2019, valori più bassi rispetto alla media regionale e nazionale.

<sup>1</sup> (Rapporto percentuale tra la popolazione anziana ( $\geq 65$  anni) e il totale della popolazione, moltiplicato per 100)

<sup>2</sup> (Rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100)

<sup>3</sup> (Rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e  $\geq 65$  anni) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100 - Rapporto tra la popolazione  $\geq 65$  anni e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100)

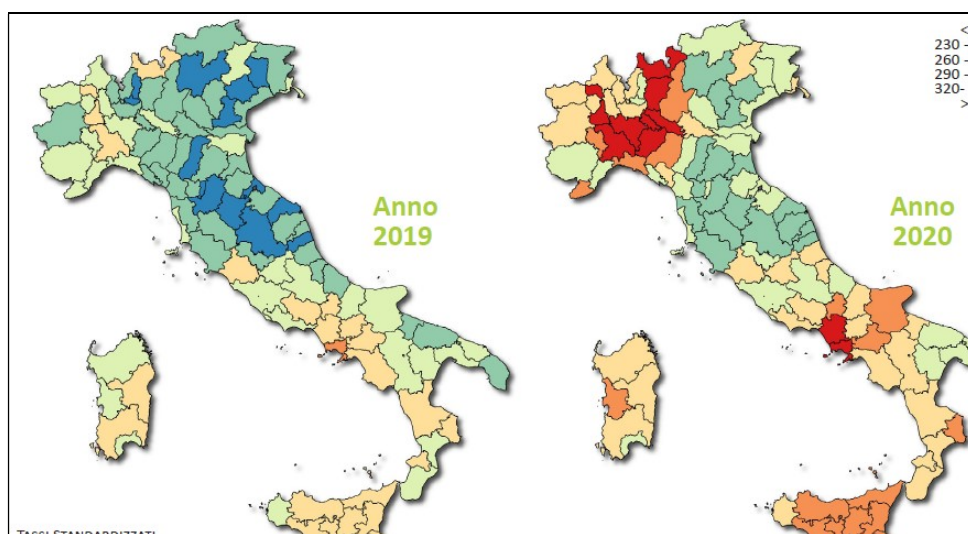
Una popolazione con indicatori di struttura particolarmente elevati per la parte anziana e la presenza di un quadro socio-economico non favorevole porta a diversi fenomeni di natura sia sociale sia sanitaria, in particolare:

- una diminuzione della natalità;
- un aumento della disabilità;
- un aumento dell'isolamento sociale degli anziani;
- un aumento della prevalenza delle patologie cronic-degenerative.

in conseguenza di ciò un aumento della domanda e della spesa sanitaria.

### 2.3 Il contesto epidemiologico

I dati di mortalità generale 0-74 anni, di seguito rappresentati mettendo a confronto gli anni 2019-2020, rivelano un diffuso peggioramento del tasso di mortalità in tutto il territorio nazionale nell'anno 2020, (+13% rispetto all'anno 2019).



Rapporto Mev(i) ed. 2020 2021

Una volta disponibili i dati sui decessi distinti per causa, relativi agli anni 2019/2020, si potranno valutare le ricadute dell'epidemia da Covid 19 sulle mortalità per causa.

Gli ultimi dati disponibili sui decessi per causa si riferiscono all'anno 2018 e sono di seguito rappresentati in termini di valori percentuali (peso percentuale), di ogni singolo gruppo di cause di morte rispetto alla mortalità totale dell'anno di riferimento.

Le statistiche di mortalità, pur se in maniera indiretta, rappresentano la distribuzione delle patologie più frequenti nella popolazione e permettono di focalizzare l'attenzione sulla domanda delle prestazioni.

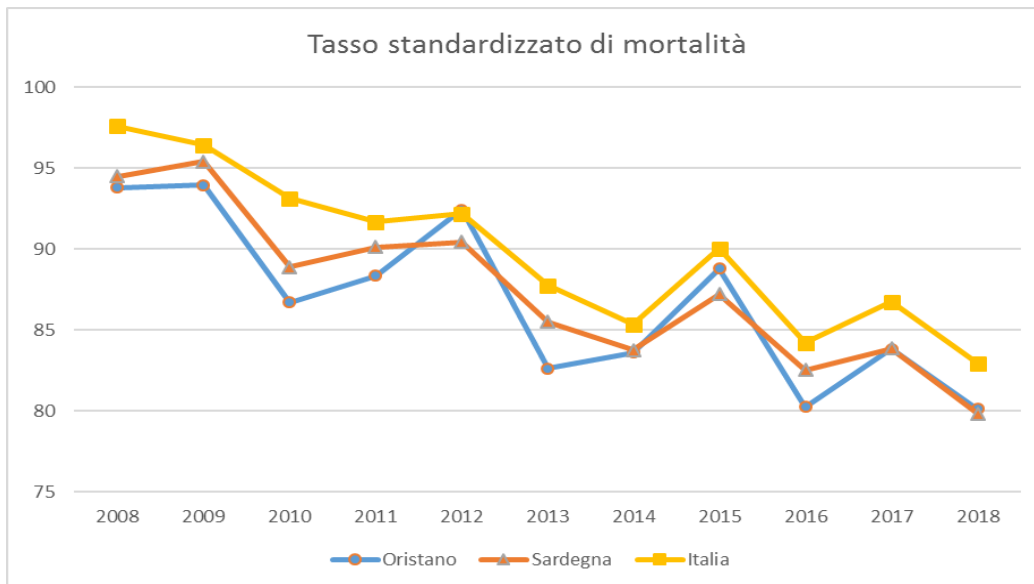
Nella provincia i dati non si discostano in maniera sostanziale da quelli nazionali e regionali, con i due gruppi di patologie che maggiormente incidono nella salute delle persone, le malattie del sistema circolatorio con il 32.52% dei casi rispetto al totale delle cause di morte ed i tumori con il 28.6%. Insieme i due gruppi di patologie sono responsabili del 60% di tutti i decessi.

La terza causa di morte riguarda le malattie del sistema respiratorio (6.53 in provincia di Oristano rispetto al dato più alto a livello nazionale 8.19).

Valore Percentuale rispetto al totale Descrizione	2017			2018		
	Oristano	Sardegna	Italia	Oristano	Sardegna	Italia
Malattie del sistema circolatorio	32,92	30,60	35,83	32,52	29,92	34,83
Tumori	27,13	30,04	27,73	28,60	30,61	28,53
Malattie del sistema respiratorio	6,86	7,33	8,22	6,53	7,34	8,19
Disturbi psichici e comportamentali	6,33	5,36	3,76	5,31	5,33	3,91
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	4,88	5,56	4,73	4,54	5,38	4,69
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	4,72	4,12	4,54	4,31	4,34	4,45
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	4,13	4,67	3,82	4,70	4,47	3,81
Malattie dell'apparato digerente	3,75	3,95	3,57	4,15	4,24	3,64
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	3,22	2,56	2,17	3,60	2,56	2,28
Malattie infettive e parassitarie	2,04	2,34	2,16	1,49	2,12	2,18
Malattie dell'apparato genitourinario	1,93	1,68	1,85	2,16	1,74	1,86
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	0,80	0,69	0,56	0,72	0,73	0,55
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	0,70	0,57	0,50	0,55	0,70	0,51
Malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	0,32	0,30	0,21	0,50	0,28	0,20
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	0,27	0,15	0,22	0,17	0,19	0,23
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	0,00	0,09	0,12	0,17	0,07	0,12

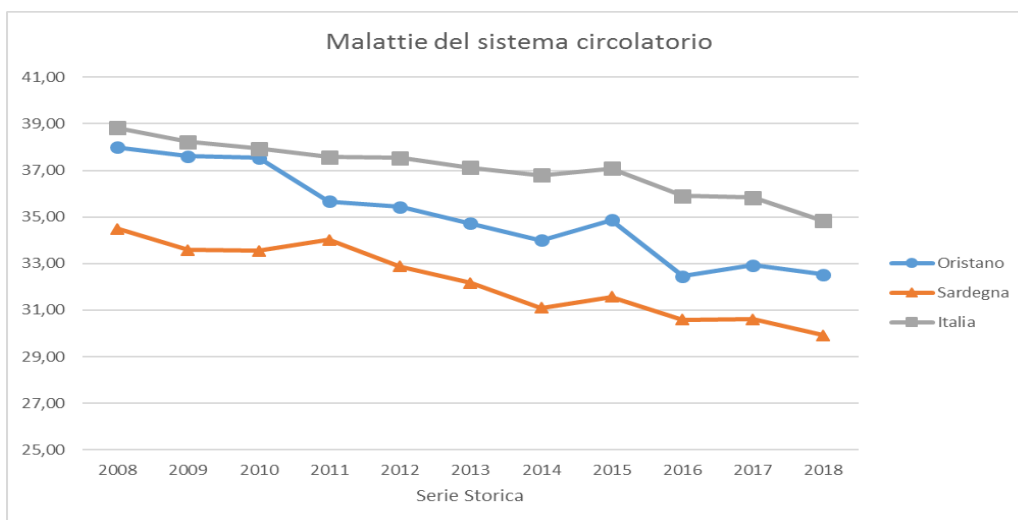
Cause di morte: Istat 2017-2018

Il dato sulla mortalità totale (di seguito rappresentato dal tasso standardizzato), nella provincia di Oristano nell'ultimo decennio mostra una tendenza in diminuzione e sempre inferiore al dato nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità consente di confrontare i livelli di mortalità rispetto a realtà geografiche diverse neutralizzandone le differenze.



Elaborazioni su Cause di morte: Istat 2008-2018

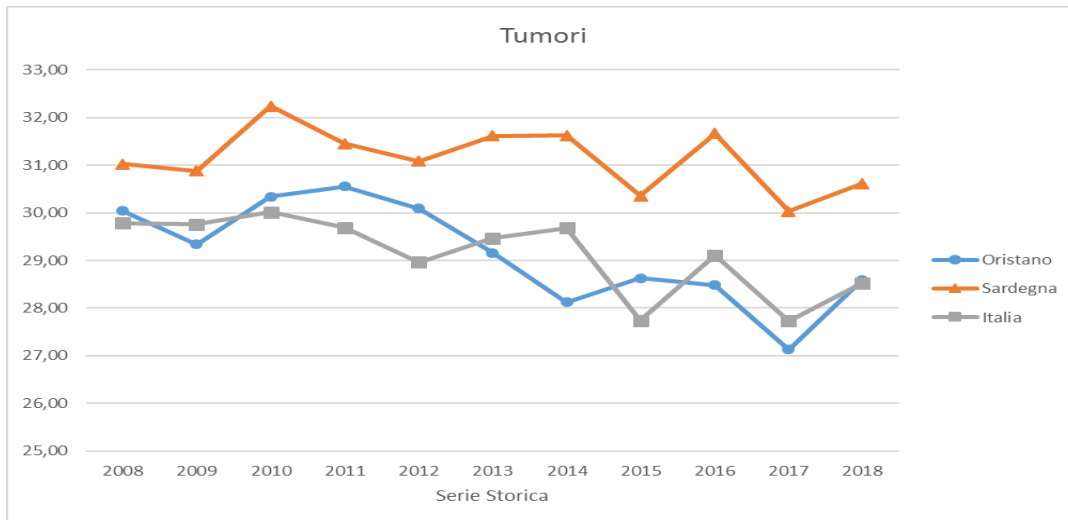
La mortalità in provincia per le malattie del sistema circolatorio si attestano su valori sempre inferiori al dato nazionale ma superiori a quello regionale mediamente dell'8,8%.



Elaborazioni su Cause di morte: Istat 2008-2018

Oltre il 70% delle cause di morte appartenenti al macro gruppo delle malattie del sistema circolatorio sono da attribuire alle malattie cerebrovascolari (29% nel 2018), ad altre malattie del cuore (25% nel 2018) e ad altre malattie del sistema circolatorio (23% nel 2018); nel 2018 il 10% delle cause di morte di tale gruppo di malattie sono da attribuire all'infarto del miocardio acuto.

La mortalità per tumori nella provincia di Oristano si attestano su valori sempre molto vicini al dato nazionale ma inferiori al dato regionale, con una costante riduzione dal 2011 al 2017.



Elaborazioni su Cause di morte: Istat 2017-2018

Quasi il 60% delle cause di morte appartenenti al macro gruppo dei tumori sono da attribuire ai tumori maligni di trachea, dei bronchi e dei polmoni (15% nel 2018), ai tumori maligni del colon, del retto e dell'ano (14% nel 2018), agli altri tumori maligni (13% nel 2018), ai tumori maligni del seno (9% nel 2018), ai tumori maligni del pancreas (8% nel 2018).

Per quanto riguarda le patologie prevalenti il quadro epidemiologico è caratterizzato dall'alta incidenza di patologie autoimmuni, in modo particolare dal diabete tipo 1, sclerosi multipla, artrite reumatoide; primato che è condiviso anche dalle altre province della regione Sardegna.

Le patologie per cui abbiamo questi tristi primati, sono malattie croniche, invalidanti, che durano tutta la vita con, alcune, alterne fasi di riacutizzazione e remissione e che hanno una notevole incidenza sulla qualità della vita dei pazienti. Per questi motivi richiedono un follow-up attento, continuo e di buon livello specialistico. Le fasi di riacutizzazione richiedono sovente l'ospedalizzazione per praticare le terapie idonee o monitorare l'andamento della malattia almeno in day hospital.

L'aumento di incidenza del diabete mellito che si configura oramai come una vera e propria epidemia, l'alta prevalenza delle malattie cardiovascolari, l'invecchiamento della popolazione stanno determinando inoltre un forte aumento dell'incidenza dell'uremia cronica terminale con la necessità di trattamento dialitico.

Lo studio di sorveglianza PASSI tra il 2017 e il 2020 ha rilevato che il Italia il 18% delle persone fra 18 e 69 anni intervistate ha riferito che, nel corso della vita, un medico ha diagnosticato loro una o più tra le seguenti patologie: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato o cirrosi.

Le patologie croniche più frequentemente riferite, fra i 18 e i 69 anni, sono le malattie respiratorie croniche (circa 7%), le malattie cardiovascolari e il diabete (5%), e i tumori (4%); al contrario, le malattie croniche del fegato, l'insufficienza renale e l'ictus (1%) sono le meno frequenti.



## 2.4 Considerazioni conclusive

I dati epidemiologici, unitamente a quelli demografici, fanno prevedere per il prossimo futuro un aumento della domanda sanitaria dovuto sia all'invecchiamento della popolazione sia all'alta prevalenza di alcune patologie come quelle cardiovascolari, tumorali o della malattia diabetica con le relative complicanze.

La transizione demografica, la transizione epidemiologica, l'uso di moderne tecnologie ad alto costo, sono i determinanti principali dell'aumento della spesa sanitaria.

Gli interventi per la gestione dei servizi sanitari nei confronti della popolazione dovrebbero pertanto prevedere azioni finalizzate alla prevenzione primaria delle malattie, al governo ed al riorientamento della domanda e alla razionalizzazione dell'offerta di servizi in termini di appropriatezza.

Più in particolare le azioni prioritarie da impostare si ritiene debbano orientarsi sui seguenti obiettivi.

Sul fronte della prevenzione:

- Proseguire con le attività di screening oncologici sul carcinoma della cervice uterina, sul carcinoma della mammella e sul cancro del colon-retto per i quali sono presenti ormai sicure prove di efficacia degli interventi.
- L'utilizzo delle carte di rischio cardiovascolare, la prevenzione delle complicanze del diabete, la prevenzione dell'obesità e gli interventi di educazione sanitaria su una sana alimentazione interverranno per limitare l'alta incidenza di patologie dell'apparato cardiovascolare.
- La sorveglianza degli incidenti stradali, domestici e sul lavoro daranno informazioni utili per campagne di prevenzione in questo campo, che rappresenta una delle maggiori cause di disabilità a breve ed a lungo termine.

Sul fronte della domanda:

- qualificare la domanda in rapporto a bisogni reali e documentati da evidenza di efficacia e di sostenibilità sul piano economico. In particolare s'intende proseguire le attività rivolte soprattutto ai medici prescrittori di sensibilizzazione e promozione dell'appropriatezza prescrittiva, non solo per ciò che concerne l'uso dei farmaci, ma anche per limitare il ricorso, quando non opportunamente giustificato, alle prestazioni diagnostico-strumentali. A tal proposito risulta utile la corretta adozione dei PDTA per la presa in carico dei pazienti cronici per Scompenso Cardiaco, BPCO e Diabete della nostra ASL.

Sul fronte dell'offerta:

- potenziare/migliorare l'offerta dei servizi in materia di prevenzione, diagnosi e cura e riabilitazione delle patologie a maggiore prevalenza e costo per il sistema.

## 2.5 Il territorio e la distribuzione delle strutture

La ASL di Oristano si articola in 3 Distretti fortemente differenziati quanto a tipologia dell'offerta di servizi sanitari e a presenza di strutture sanitarie pubbliche a diretta gestione aziendale o private accreditate.

Le caratteristiche della struttura orografica e viaria rappresentano elemento di forte limitazione nella possibilità di fruizione da parte della popolazione residente dei servizi offerti; le strade principali sono infatti posizionate in senso longitudinale rispetto all'estensione della Provincia, su un asse che collega i due centri sanitari principali di Cagliari e Sassari che costituiscono, in modo rilevante, poli di attrazione anche per prestazioni a non elevato tasso di specializzazione. I percorsi viari trasversali sono poco sviluppati e spesso tortuosi, non funzionali alle esigenze di rapido e comodo collegamento anche in rapporto alla relativa inadeguatezza dei servizi di trasporto pubblico.

Tale situazione comporta una forte migrazione dei cittadini verso le ASL limitrofe soprattutto per i residenti nei territori di confine provinciale.

Le strutture sanitarie, pubbliche e private, attraverso le quali si provvede all'offerta dei servizi sul territorio aziendale sono distribuite, presso i tre distretti, nella maniera seguente.

	COMUNE	STRUTTURE PUBBLICHE	STRUTTURE PRIVATE	
<b>Distretto di Oristano</b>		9 punti di guardia medica (+2 nel periodo estivo)		
		47 Medici di Medicina Generale		
		5 Pediatri di Libera Scelta		
	<b>Oristano</b>		1 Presidio Ospedaliero PO San Martino	1 Casa di Cura Madonna del Rimedio (attività di degenza e specialistica ambulatoriale)
			1 Centro di Salute Mentale	1 Centro polispecialistico
			1 Poliambulatorio	3 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78
			1 Ambulatorio Igiene Pubblica	2 Laboratori analisi
			1 Ufficio del Servizio Veterinario	3 Studi di Radiologia
			1 Punto di soccorso avanzato 118	1 Studio di cardiologia
			1 SER.D	
			1 Servizio di Psicologia	
			1 Pres. Pneumotisiologico	
			1 Consultorio	
			1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)	
			1 Centro FKT	
			1 Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78	
			1 Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 per l'infanzia e l'adolescenza	
			1 Hospice Residenziale e Ambulatoriale	
			1 Servizio di Farmacia territoriale	
		1 Centro Dialisi		
	1 SISP-Vaccini Covid-Oristano			

	<b>Samugheo</b>	1 Poliambulatorio		
		1 Ambulatorio Igiene Pubblica		
		1 Ufficio del Servizio Veterinario		
	<b>Cabras</b>	1 Ambulatorio Igiene Pubblica		
	<b>Simaxis</b>	1 Ambulatorio Igiene Pubblica		
	<b>Nurachi</b>	1 Ambulatorio Igiene Pubblica		
<b>Plamas Arborea</b>	1 Ufficio del Servizio Veterinario			
<b>Milis</b>	1 Ufficio del Servizio Veterinario			
<b>Siamanna</b>	1 Ufficio del Servizio Veterinario			

	COMUNE	STRUTTURE PUBBLICHE	STRUTTURE PRIVATE	
<b>Distretto di Ales Terralba</b>		10 Punti di Guardia Medica		
		30 Medici di Medicina Generale		
		4 Pediatri di Libera Scelta		
	<b>Ales</b>		1 Poliambulatorio	1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78
			1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
			1 Ufficio del Servizio Veterinario	
			1 Punto di soccorso avanzato 118	
			1 Centro di Salute Mentale	
			1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)	
			1 Consultorio	
			1 Servizio di Farmacia territoriale	
			1 Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 per l'infanzia e l'adolescenza	
	<b>Terralba</b>		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	1 Centro FKT
			1 Poliambulatorio	1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78
			1 Centro di Salute Mentale	1 Laboratori analisi
			1 Centro FKT	
		1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)		
		1 Consultorio		
		1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78		

	<b>Mogoro</b>	1 Poliambulatorio	
		1 Consultorio	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	<b>Villa Sant'Antonio</b>	1 Poliambulatorio	
		1 Consultorio	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	<b>Laconi</b>	Casa della Salute	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	<b>Arborea</b>	1 Ufficio del Servizio Veterinario	

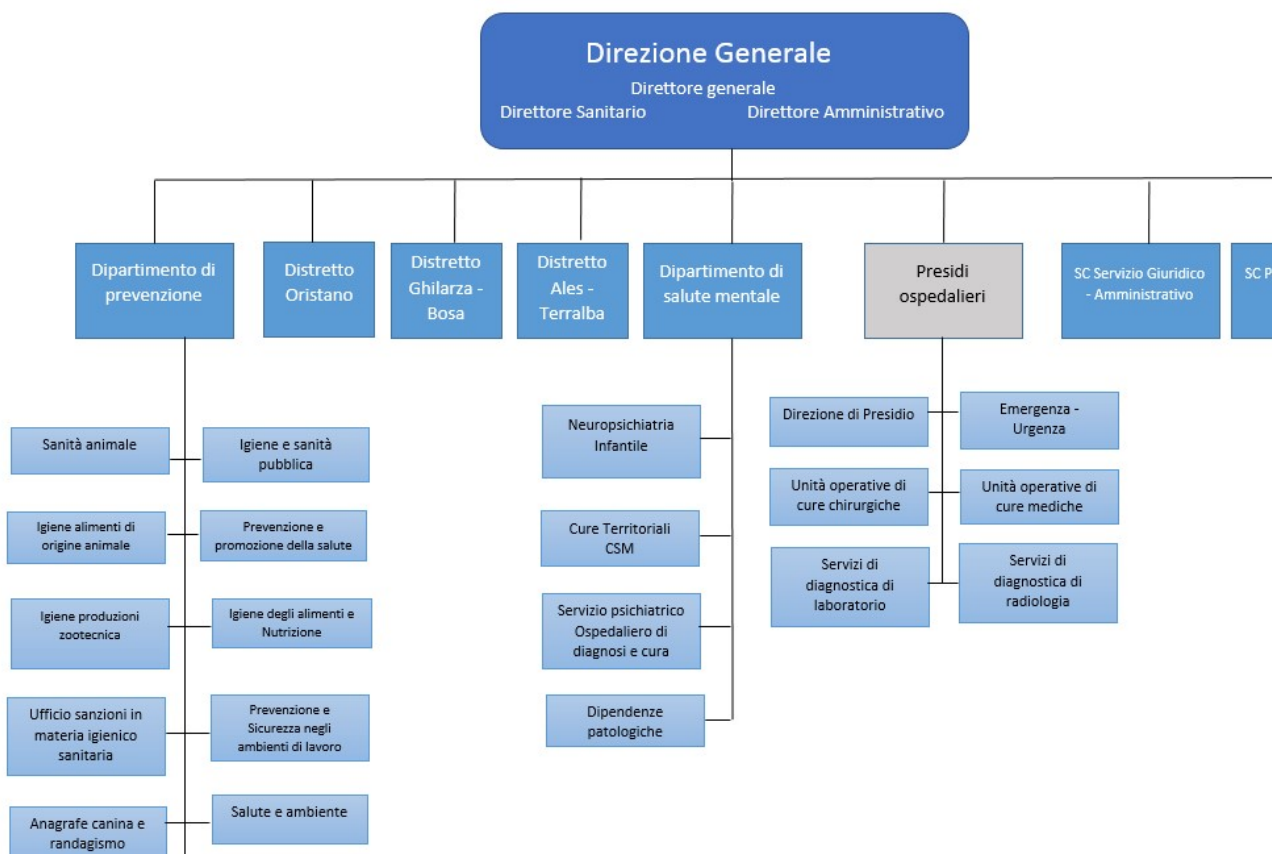
	COMUNE	STRUTTURE PUBBLICHE	STRUTTURE PRIVATE
<b>Distretto di Ghilarza-Bosa</b>		8 Punti di Guardia Medica (+1 nel periodo estivo)	
		28 Medici di Medicina Generale	
		5 Pediatri di Libera Scelta	
	<b>Ghilarza</b>	1 Presidio Ospedaliero PO Delogu	1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica
		1 Poliambulatorio	
		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
		1 Centro FKT	
		1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78	
		1 Centro di Salute Mentale	
		1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)	
		1 Consultorio	
		1 Servizio di Farmacia territoriale	
		1 Centro Dialisi ad attività limitata	
	<b>Cuglieri</b>	1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
		1 Poliambulatorio	
		1 Centro FKT	
		1 Consultorio	
	<b>Santu Lussurgiu</b>	1 Poliambulatorio	
		1 Consultorio	
	<b>Busachi</b>	1 Ufficio del Servizio Veterinario	1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica
		1 Consultorio	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	

	<b>Abbasanta</b>		1 Laboratori analisi	
			1 Struttura Semiresidenziale - Assistenza Psichiatrica	
	<b>Fordongianus</b>		1 Centro Termale	
	<b>Bonarcado</b>	1 Ufficio del Servizio Veterinario		
	<b>Suni</b>		1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78	
	<b>Bosa</b>		1 Presidio Ospedaliero PO Mastino	
			1 Poliambulatorio	
			1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
			1 Ufficio del Servizio Veterinario	
			1 Consultorio	
			1 Centro FKT	
			1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78	
		1 Centro di Salute Mentale		
		1 Servizio di Farmacia territoriale		
	1 Centro Dialisi ad attività limitata			

## 2.6 L'Organizzazione

La nuova ASL di Oristano, costituita l'1.01.2022 in ragione della legge regionale n. 24 di riforma del SSR, dovrà dotarsi di un atto aziendale non appena saranno definite dalla Giunta Regionale le linee guida per la sua adozione. Nel frattempo restano vigenti le articolazioni organizzative presenti al 31/12/2021 al fine di garantire la continuità assistenziale ed amministrativa.

L'attuale organizzazione, che sarà modificata a seguito dell'adozione dell'atto aziendale, prevede oltre alla Direzione Generale, la presenza di tre Direzioni di Distretto (Oristano, Ales Terralba, Ghilarza Bosa), un Dipartimento di Prevenzione, un Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, la Direzione di Presidio e le Unità Operative Ospedaliere dei tre presidi ospedalieri di Oristano, Bosa e Ghilarza. Le strutture amministrative attualmente presenti sono rappresentate dalla SC Servizio Giuridico Amministrativo e dalla SC Programmazione e Controllo.



### 3. I principali dati di attività

#### 3.1 L'assistenza ospedaliera

L'anno 2020 è stato segnato profondamente dall'emergenza SARS-CoV-2, che ha sottoposto il sistema sanitario a episodi di grande stress nell'affrontare momenti di emergenza spesso diversi. Durante la prima ondata epidemica sono state adottate forti azioni restrittive per contenere la diffusione del virus che hanno comportato una inevitabile contrazione dell'attività; con l'allentamento della diffusione del virus nella seconda metà dell'anno 2020, si è approntato il progressivo ripristino dei livelli essenziali di assistenza seguendo le disposizioni contenute nelle linee guida nazionali e regionali. La ripartenza è avvenuta facendo riferimento alle indicazioni sulla prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 e nel rispetto delle indicazioni per una corretta gestione degli eventuali casi sospetti, probabili o confermati Covid-19.

Negli stabilimenti del presidio ospedaliero sono state adottate le misure logistiche e organizzative tali da garantire, all'interno delle Unità Operative, il distanziamento sociale dei pazienti nelle aree di degenza, prevedendo un approccio progressivo nella riapertura delle attività programmate. E' stata assicurata una attenta valutazione del rapporto rischio-beneficio in relazione allo stato clinico del singolo paziente prima del ricovero programmato, ed è stata garantita la presenza di screening sistematici dei pazienti nei giorni immediatamente precedenti al ricovero (esecuzione del tampone diagnostico). Queste indispensabili misure

di sicurezza, soprattutto nei primi mesi dell'anno, hanno comportato una riduzione e un rallentamento delle attività di ricovero per garantire un accesso in sicurezza ai pazienti per cui si programmava il ricovero e la sicurezza dei pazienti già ricoverati nel reparto.

Sul fronte della gestione dell'epidemia e della gestione dei pazienti positivi al Covid-19 sono stati creati i reparti nei tre presidi ospedalieri di Oristano, Bosa e Ghilarza che hanno operato nei momenti di necessità di forte carico assistenziale, ospitando i casi positivi al virus quando erano saturi i posti disponibili nelle altre strutture ospedaliere dell'isola e ospitando nel primo periodo della pandemia i casi sospetti di Coronavirus in attesa di diagnosi, andando a liberare l'area Obi del Pronto Soccorso.

Nel mese di aprile 2020 anche il Laboratorio analisi del San Martino è divenuto operativo per la ricerca del virus SARS-CoV2 sui tamponi nasofaringei e per l'indagine sierologica dei soggetti potenzialmente portatori, ciò ha permesso di accelerare i tempi che intercorrevano tra il prelievo del campione e l'esito dell'analisi e di intervenire in maniera più rapida e mirata sui pazienti.

Dal mese di novembre 2020 inoltre è operativo il Covid Hotel a Oristano capace di ospitare con 40 camere a disposizione, persone positive al Coronavirus impossibilitate a isolarsi nella propria abitazione e pazienti in via di guarigione che non necessitano più di cure ospedaliere. Nel corso del 2020 sono state attivate tre Usca (Unità speciali di continuità assistenziale), nei territori dei Distretti di Oristano, Ales-Terralba e Ghilarza-Bosa, che in tutto il territorio provinciale hanno avuto il compito di garantire la presa in carico e il monitoraggio dei parametri vitali dei pazienti affetti da Covid-19 in isolamento domiciliare, sia tramite assistenza a distanza, attraverso una costante sorveglianza sanitaria telefonica o direttamente a casa del soggetto positivo.

Nel corso dell'anno 2021 un notevole impulso positivo ha avuto la campagna vaccinale che ha raggiunto nella regione Sardegna un elevato numero di persone e che ha permesso di affrontare la quarta ondata della pandemia senza elevati numeri di ricoveri e di decessi.

In tutte le attività sopra descritte gli operatori coinvolti tra medici, infermieri e operatori socio sanitari sono stati necessariamente distolti dalle ordinarie attività dei reparti e servizi ospedalieri e dai servizi territoriali di provenienza, determinando una riduzione diffusa delle prestazioni erogate agli assistiti.

Dalle tabelle che seguono si può notare la notevole riduzione dell'attività di ricovero dell'anno 2020 rispetto all'anno precedente, dovuto appunto all'interruzione dell'attività programmata e alla riorganizzazione delle attività secondo standard adeguati di sicurezza. La produzione in valore assoluto dei ricoveri pubblici diminuisce nell'anno 2020 del 29% ma la riduzione maggiore ha riguardato i presidi periferici di Bosa e Ghilarza (-48% e -45%). Si registra inoltre una riduzione dei ricoveri della Casa di Cura privata accreditata Madonna del Rimedio di Oristano (-12%). La produzione diminuisce poi lievemente nell'anno 2021 rispetto all'anno 2020 (-7%), dovuta sostanzialmente alla marcata riduzione dell'attività dei presidi di Bosa e Ghilarza dove i reparti di medicina sono stati trasformati per alcuni mesi in reparti covid.

## Dati di attività Assistenza Ospedaliera

Fonte: ABACO –file A

Presidio	2019			2020			2021			Diff % (2021-2020)
	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari	
San Martino Oristano	10.507	2.286	8.221	7.978	1.577	6.401	8.264	1.487	6.777	4%
Mastino Bosa	1.465	344	1.121	767	75	692	382	0	382	-50%
Delogu Ghilarza	1.380	405	975	753	147	606	189	20	169	-75%
<b>Presidi Pubblici ASL Oristano</b>	<b>13.352</b>	<b>3.035</b>	<b>10.317</b>	<b>9.498</b>	<b>1.799</b>	<b>7.699</b>	<b>8.835</b>	<b>1.507</b>	<b>7.328</b>	<b>-7%</b>
Casa di Cura Oristano	3.819	2.281	1.538	<b>3.361</b>	<b>1.743</b>	<b>1.618</b>	<b>3.311</b>	<b>1.173</b>	<b>2.138</b>	<b>-1%</b>
<b>TOTALE ASL Oristano</b>	<b>17.171</b>	<b>5.316</b>	<b>11.855</b>	<b>12.859</b>	<b>3.542</b>	<b>9.317</b>	<b>12.146</b>	<b>2.680</b>	<b>9.466</b>	<b>-6%</b>

La riduzione dell'attività si registra soprattutto nel biennio 2019-2020 e soprattutto nelle discipline chirurgiche dove l'attività programmata rappresenta una buona parte dell'attività di ricovero ordinario. Le nuove misure organizzative legate alla logistica, che prevedono misure di isolamento dei casi dubbi o di ricoverati in urgenza in attesa di tampone, e i tempi di attesa dell'esito dei tamponi per permettere il ricovero in elezione dei pazienti, hanno comportato una contrazione dell'attività. A dimostrazione di ciò si evidenziano le riduzioni nei tassi di occupazione rispetto al periodo pre-pandemia.

Anche altri indicatori dimostrano che i ricoveri ospedalieri sono stati influenzati da una attenta valutazione di opportunità che, come già detto bilanciavano le necessità cliniche del paziente rispetto al rischio di diffusione del virus. Gli indicatori mostrano infatti un miglioramento dei parametri di appropriatezza e una drastica riduzione della gran parte dei ricoveri evitabili.

Dalla tabella che segue, che illustra i principali indicatori legati all'attività ospedaliera del San Martino messi a confronto tra l'anno 2019 – 2020 e 2021, si può osservare quanto la pandemia abbia influenzato la modalità di ricorso al ricovero ospedaliero. La riduzione del tasso di occupazione dei posti letto ha riguardato comunque tutti gli stabilimenti del presidio pubblico. Si segnala inoltre una diffusa riduzione dei ricoveri evitabili e dei ricoveri inappropriati, mentre aumenta la degenza media che passa dal 7,15 nel 2019 al 7,71 nel 2021 nel PO San Martino (la media nazionale del 2019 è pari a 7,04 mentre la media regionale nello stesso anno è pari a 7,02). La percentuale dei Drg LEA in ricovero ordinario non appropriati (ARI LEA 2009 – Accordi Stato regioni) nel PO San Martino si riduce nel 2021 (8,2%) rispetto all'anno 2019 (10%). Rimangono alte le percentuali di dimissione da reparti chirurgici con DRG medici pari al 49 e 46,5% nel PO San Martino negli anni 2019 e 2021, rispetto ad una media nazionale pari a 26,6% e regionale di 33,88% nel 2019. La percentuale dei ricoveri medici di tipo diagnostico sono invece inferiori (11,7% nel 2019 e 12,4% nel 2021 nel PO San Martino) rispetto alla media nazionale pari a 35,25% e regionale pari a 24,41% del 2019.

Tendono invece ad un forte peggioramento gli indicatori monitorati dal Piano Nazionale Esiti.



**Indicatori Ricovero Ospedaliero San Martino - Oristano anni 2019-2020-2021 (fonte: ABACO)**

Presidio	Voce	2019	2020	2021	Delta (2021-2020)	Delta %
San Martino - Oristano	Occupazione PL DH	143,02%	146,10%	138,80%	-7,30%	-5,00%
	Occupazione PL RO	79,38%	61,90%	64,30%	2,40%	3,88%
	RO - Turn Over	1,86	4,14	3,77	-0,37	-8,94%
	RO - Indice di rotazione	40,5	33,68	34,49	0,81	2,40%
	RO - Degenza media	7,15	7,73	7,71	-0,02	-0,26%
	RO - Giorni DegMediaPreoperatoria		2,00	2,38	0,38	19,00%
	Peso Medio RO	1,39	1,08	1,17	0,09	8,33%
	Peso Medio DH	1,2	0,89	1,02	0,13	14,61%
	Dimessi vivi 0-2 giorni (RO) ( <i>riduzione ricoveri evitabili</i> )	1.448	1.083	1.084	1,00	0,09%
	% DRG dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	49,30%	48,30%	46,50%	-1,80%	-3,73%
	% ricoveri urgenti brevi ( <i>riduzione ricoveri evitabili</i> )	5,40%	5,90%	5,00%	-0,90%	-15,25%
	% ricoveri DH medici con finalità diagnostica ( <i>riduzione ricoveri evitabili</i> )	11,70%	13,80%	12,40%	-1,40%	-10,14%
	% DRG LEA (all. B.P.S.) non appropriati	10,00%	8,40%	8,20%	-0,20%	-2,38%
	% DRG Chirurgici in DH	42,10%	32,9%	32,5%	0,4%	1,23%

**INDICATORI PIANO NAZIONALE ESITI P.O. SAN MARTINO - ORISTANO**

AREA CLINICA	INDICATORE	2016			2017			2018 fonte: 360-3M	2019 fonte: 360-3M	2020 fonte: 360-3M	2021 fonte: 360-3M
		N	% ADJ	% Italia	tasso grezzo	% ADJ	% Italia				
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	142	90,97	72,71	93,33	87,75	75,61	94,93	93,33	70,91	66,29
GRAVIDANZA E PARTO	% parti con taglio cesareo	621	22,21	24,52	27	23,57	23,36	21,19	27	24	21
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	202	64,51	57,8	73,02	80,67	64,74	79,92	73,02	52,26	29,59
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	217	65,74	44,8	44,90	59,55	46,27	47,83	44,90	31,72	28,77

La gestione dei pazienti Covid da parte del personale ospedaliero soprattutto nel 2020 è stata un'altra determinante nella riduzione del numero dei ricoveri. Infatti gli operatori coinvolti tra medici, infermieri e operatori socio sanitari sono stati necessariamente distolti dalle ordinarie attività dei reparti di provenienza.

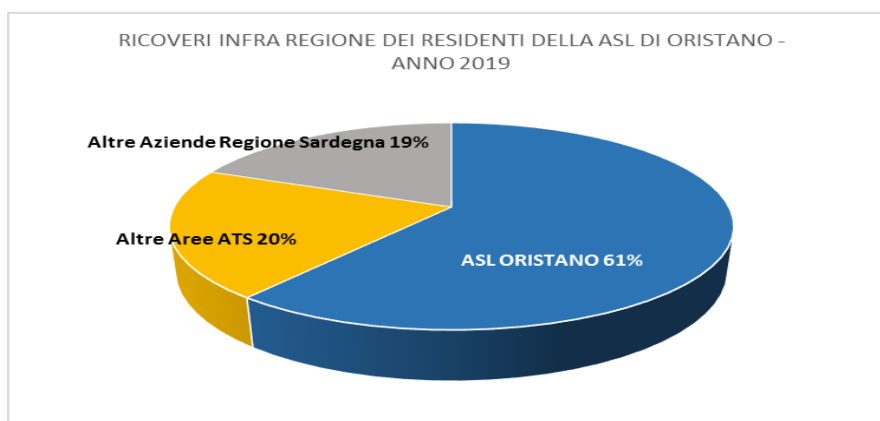
Nei tre plessi ospedalieri del San Martino di Oristano, Delogu di Ghilarza e Mastino di Bosa sono stati allestiti dei reparti Covid che hanno contribuito a sopperire ai problemi di saturazione dei reparti Covid delle altre strutture ospedaliere dell'isola e dell'OBI del Pronto Soccorso del presidio San Martino. Nel mese di aprile 2020 è stato necessario infatti allestire un nuovo spazio nel plesso cittadino ove ricoverare i pazienti sospetti e in attesa di ricovero per supportare l'attività dell'OBI del Pronto Soccorso di Oristano. Il reparto Covid del San Martino di Oristano è divenuto operativo nel mese di ottobre; nel mese di novembre 2020, a seguito della seconda ondata epidemica, è stato necessario coinvolgere anche i presidi di Bosa e Ghilarza.

Di seguito si rappresentano i ricoveri per residenti negli anni 2019, 2020 e 2021 prodotti dai nostri stabilimenti ospedalieri pubblici e dal privato accreditato e dalle altre ASL o Aziende del territorio regionale, quale indicatore della domanda sanitaria ospedaliera del nostro territorio e della capacità del sistema sanitario provinciale di farvi fronte.

### Ricoveri infra regione dei Residenti della ASL 5 anni 2019-2020 e 2021

Fonte: ABACO file A (2019-2020-2021)

Ricoveri Residenti ASL5	Dimessi 2019	Valore 2019	Dimessi 2020	Valore 2020	Dimessi 2021	Valore 2021
ASL Oristano	14.493	40.994.367	10.645	32.723.548	9.927	33.239.787,28
Altre Aree ATS	4.825	14.736.304	4.110	12.872.436	4.983	16.094.966,30
Mobilità Passiva infra Regione	4.508	16.013.601	3.633	14.404.005	4.281	16.188.381,04
<b>Totale Ricoveri Residenti ASL5</b>	<b>23.826</b>	<b>71.774.272</b>	<b>18.388</b>	<b>59.999.989</b>	<b>19.191</b>	<b>65.523.134,62</b>



Prima dell'evento pandemico quasi il 40% dei residenti nella provincia di Oristano si rivolgeva a strutture ospedaliere di altre ASL o Aziende del Sistema Sanitario Regionale. Tale fenomeno è peggiorato nel 2021 (48%) e non potrà migliorare data l'attuale situazione legata alla carenza di personale sanitario. Gli eventi trascorsi hanno rafforzato la convinzione che sia necessario intervenire con azioni di potenziamento sia della dotazione organica di alcune specialità in particolare Pronto soccorso, Anestesia e Rianimazione, Emodinamica, Radiologia, che del sistema più in generale, anche mediante il rafforzamento della rete dell'assistenza territoriale.

Una maggiore considerazione da parte dei cittadini sul proprio stato di salute e la carenza nel mercato del lavoro di personale medico e sanitario più in generale creano nell'utente una percezione della qualità dell'assistenza in costante peggioramento; la domanda di prestazioni aumenta e l'offerta da parte del sistema sanitario non è più adeguata sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Tra le altre criticità che caratterizzano l'assistenza ospedaliera in ambito regionale, si riscontra il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione spesso dovuto ad una scarsa rete assistenziale territoriale povera di strutture o ad una inadeguata presenza di posti letto per la gestione delle post acuzie. Ne consegue che spesso l'attività relativa alla gestione delle acuzie sia inappropriata o inefficiente. Insieme all'attivazione dei posti letto per post acuti, anche l'attivazione degli Ospedali di Comunità saranno un valido strumento per liberare i posti letto per acuti occupati inappropriatamente.

Le informazioni fornite dai tassi di ospedalizzazione delle patologie legate al diabete, all'asma e all'insufficienza cardiaca contribuiscono a dare indicazioni sul ricorso inappropriato all'ospedale per la cura di patologie croniche che dovrebbero essere prese in carico dal territorio. Valori bassi del tasso di ospedalizzazione sono da intendere quali segnali di una corretta presa in carico del paziente a tutti i livelli soprattutto a livello territoriale. Nella tabella che segue sono riportati alcuni i tassi di ospedalizzazione che possono dare l'indicazione sulla accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali. I dati nazionali e regionali relativi all'anno 2019 sono estratti dal Rapporto SDO del 2019, pubblicato dal Ministero della Salute; per lo stesso anno abbiamo calcolato il dato riferito alla provincia di Oristano. I dati regionali per la quasi totalità dei casi presentano valori più elevati rispetto al dato nazionale mentre il dato della provincia di Oristano mostra valori quasi sempre inferiori alla media nazionale e sempre al di sotto della media regionale.

Indicatori proxy di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali

ANNO		Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato (per 100.000 abitanti)	Tasso di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca (per 100.000 abitanti)(età >=18 anni)	Tasso di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca (per 100.000 abitanti)(età >=65 anni)	Tasso di ospedalizzazione per asma nell'adulto (per 100.000 abitanti)	Tasso di ospedalizzazione per malattie polmonari croniche ostruttive (per 100.000 abitanti)	Tasso di ospedalizzazione per influenza nell'anziano (per 100.000 abitanti)	Tasso di ospedalizzazione std per patologie correlate all'alcool (per 100.000 abitanti)
2019	Italia	10,22	301,12	994,67	5,04	48,74	12,4	24,36
<b>2019</b>	<b>Sardegna</b>	<b>17,96</b>	<b>249,26</b>	<b>802,85</b>	<b>5,95</b>	<b>61,48</b>	<b>17,2</b>	<b>35,63</b>

Fonte: Rapporto SDO 2019 Ministero della Salute

<b>2019</b>	<b>Oristano</b>	<b>13,25</b>	<b>187,67</b>	<b>575,64</b>	<b>1,07</b>	<b>32,24</b>	<b>2,38</b>	<b>30,61</b>
-------------	-----------------	--------------	---------------	---------------	-------------	--------------	-------------	--------------

Fonte: elaborazioni su file A

Il confronto negli anni 2019-21 del numero di accessi al Pronto Soccorso non mostra differenze per quanto attiene ai codici rossi e gialli, ma possiamo notare come in epoca pre-pandemia fossero più elevati gli accessi per i codici verdi e bianchi. Anche in questo caso gli accessi inappropriati all'ospedale si riducono.

<b>ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO anno 2019</b>	<b>DEA - PS San Martino</b>	<b>PS Delogu</b>	<b>PS Mastino</b>	<b>PS pediatrico</b>	<b>PS ginecologico</b>	<b>Totale</b>
<b>Codice Nero:</b> decesso - il paziente non è rianimabile	10	0	1	0	0	11
<b>Codice Rosso:</b> molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure	513	1	41	2	1	558
<b>Codice Giallo:</b> mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita	7.969	285	790	332	282	9.658
<b>Codice Verde:</b> poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili	15.721	1.883	3.908	3.384	852	25.748
<b>Codice Bianco:</b> non critico, pazienti non urgenti	2.696	823	481	71	162	4.233
<b>Totale</b>	<b>26.909</b>	<b>2.992</b>	<b>5.221</b>	<b>3.789</b>	<b>1.297</b>	<b>40.208</b>

<b>ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO anno 2020</b>	<b>DEA - PS San Martino</b>	<b>PS Delogu</b>	<b>PS Mastino</b>	<b>PS pediatrico</b>	<b>PS ginecologico</b>	<b>Totale</b>
<b>Codice Nero:</b> decesso - il paziente non è rianimabile	3	0	0	0	0	3
<b>Codice Rosso:</b> molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure	404	0	25	2	1	432
<b>Codice Giallo:</b> mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita	6.160	0	500	184	177	7.021
<b>Codice Verde:</b> poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili	10.318	0	2.531	1.516	740	15.105
<b>Codice Bianco:</b> non critico, pazienti non urgenti	1.208	0	208	28	64	1.508
<b>Totale</b>	<b>18.093</b>	<b>0</b>	<b>3.264</b>	<b>1.730</b>	<b>982</b>	<b>24.069</b>

<b>ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO anno 2021</b>	<b>DEA - PS San Martino</b>	<b>PS Delogu</b>	<b>PS Mastino</b>	<b>PS pediatrico</b>	<b>PS ginecologico</b>	<b>Totale</b>
<b>Codice Nero:</b> decesso - il paziente non è rianimabile	5	0	0	0	0	5
<b>Codice Rosso:</b> molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure	615	3	12	5	1	636
<b>Codice Giallo:</b> mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita	8.453	70	527	214	178	9.442
<b>Codice Verde:</b> poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili	9.737	1.175	2.598	1.541	756	15.807
<b>Codice Bianco:</b> non critico, pazienti non urgenti	968	598	179	40	59	1.844
<b>Totale</b>	<b>19.778</b>	<b>1.846</b>	<b>3.316</b>	<b>1.800</b>	<b>994</b>	<b>27.734</b>

### 3.2 L'assistenza Territoriale

La cura del paziente cronico, in particolare dell'anziano fragile, non può limitarsi unicamente all'aspetto sanitario di prevenzione e trattamento delle patologie, ma deve essere un "prendersi cura" della persona e spesso anche della sua famiglia.

Avvenuto il primo contatto con il paziente fragile, sia attraverso gli sportelli comunali, sia attraverso i presidi ospedalieri nei casi urgenti, che direttamente dal PUA, la valutazione del bisogno assistenziale avviene mediante i "punti unici di accesso" (PUA), presenti a Oristano, Ghilarza, Bosa e Ales.

Il percorso disegnato per la ASL di Oristano, prevede infatti che siano i PUA a provvedere alla presa in carico globale dei bisogni della persona fragile nella rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, che identificato il bisogno dell'utente, indirizzerà il caso alla UVT di pertinenza la quale provvederà a decidere in merito all'inserimento del soggetto fragile nella struttura più appropriata che potrà essere una RSA, le Cure Domiciliari, un centro diurno, un centro riabilitativo ecc.

La L.R. 24/2020 e il Piano regionale dei servizi sanitari 2022-24, prevedono che le Case della comunità garantiscano, tra le altre, la funzione di Sportello unico di accesso e orientamento all'insieme delle prestazioni ad integrazione socio-sanitaria (SUA), con possibilità di accedere alla prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero (CUP). All'interno di ciascuna Casa della comunità, il SUA rappresenta il luogo fisico al quale il cittadino può rivolgersi per trovare risposte ai propri bisogni di salute, in maniera più capillare rispetto al PUA che, sebbene continuerà ad essere un punto di riferimento importante per l'accesso ai servizi socio-sanitari, risulta meno diffuso sul territorio, avendo perlopiù valenza distrettuale. Si lavorerà pertanto alla creazione dei SUA all'interno delle Case della Comunità di prossima realizzazione.

Il Distretto può realizzare una reale e concreta presa in carico del paziente cronico, sviluppare ulteriori strategie per trasferire tutte le informazioni necessarie nel momento della presa in carico globale del paziente, evitando i rischi di semplice custodia passiva o di duplicazione dell'intervento assistenziale svolto nella fase acuta.

E' necessario attivare modelli di integrazione territorio-ospedale, affinché siano assicurate le formule organizzative per la presa in carico del paziente che viene avviato a un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA). In tal senso, il PDTA deve essere inteso come una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale o domiciliare, altre in condizione di degenza finalizzate alla gestione programmata e appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziate a seconda della gravità del singolo caso.

E' necessario quindi realizzare una concreta continuità assistenziale (disease management) basandosi su:

- l'adozione di corretti stili di vita, in particolare l'attività fisica e le corrette abitudini alimentari, visti non solo come strumento di prevenzione primaria, ma anche come indispensabile sussidio nella gestione di specifiche patologie croniche. In questa ottica andrebbe sperimentata l'Attività Fisica Adattata (AFA) come un programma di esercizio fisico, non sanitario, svolto in gruppo, appositamente indicato per cittadini con disabilità causate da sindromi algiche da ipomobilità o da sindromi croniche stabilizzate in esito a diverse patologie, inclusi ictus e ischemia miocardica;

- l'implementazione delle competenze, nel team multiprofessionale, per far acquisire alle persone assistite quelle capacità di attuare un'adeguata autogestione (self care) della propria malattia;
- l'attuazione degli interventi assistenziali presso l'ambulatorio del MMG o al domicilio del malato, ivi inclusi i test diagnostici e le medicazioni, ove necessarie;
- un sistema informativo centrato sul paziente basato sulla gestione di liste dei pazienti stratificate per patologia o rischio da parte dei MMG.

A tal proposito, un'azione che consentirà di dare un impulso al miglioramento della qualità delle prestazioni nel territorio potrà essere quello dell'uso del Fascicolo Sanitario Elettronico, dove vengono raccolti tutti gli eventi sanitari dei cittadini, per impostare le basi di un modello di cura integrato dove le informazioni tra medici sono maggiormente condivise con un sistema a rete che mette in comunicazione non solo i vari attori protagonisti della presa in carico del paziente nel territorio, ma anche l'ospedale. Ad oggi si è arrivati all'attivazione di una grande parte dei fascicoli sanitari ma il suo utilizzo è ancora esiguo.

Altro elemento che potrà contribuire al miglioramento della qualità delle prestazioni offerte, ove l'uso del fascicolo sanitario sarà di fondamentale aiuto, sarà l'applicazione dei sopra citati Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), soprattutto rivolti a determinate categorie di pazienti affetti da patologie croniche. Il PDTA offre un modello di presa in carico globale e multidisciplinare con interventi che possono essere caratterizzati da una elevata complessità. Anche in questo caso il modello in rete per la cura del paziente è determinante.

Tra gli strumenti innovativi che permettono appunto lo sviluppo di modelli di cura in rete si sta sempre più diffondendo la Telemedicina che permette l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria a distanza grazie all'uso di tecnologie ICT. Già nel 2014 il Ministero della Salute emanava le linee guida. Questo strumento contribuirà alla costruzione di ambienti di condivisione tra i diversi attori (ospedalieri e territoriali) con lo scopo di migliorare la qualità delle cure.

Nella gestione integrata della cronicità il medico di medicina generale è sicuramente il principale referente della presa in carico e dell'attivazione del percorso diagnostico-terapeutico più appropriato per il paziente stesso. Dovrà essere favorita la continuità assistenziale anche tramite la realizzazione di una rete dei servizi di cure primarie, creando le condizioni affinché si istituiscano delle interrelazioni gestionali e relazionali tra professionisti che lavorano congiuntamente. Ciò consentirebbe la condivisione di dati e conoscenze per fornire una risposta di rete ai bisogni dei cittadini, soprattutto in un'ottica di continuità assistenziale h 24 e di sicurezza del paziente. La presenza nel territorio di Nuclei di Cure Primarie o di Aggregazioni Funzionali Territoriali, permetterebbe una riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso e una via facilitata ai servizi sociosanitari della zona. Nella sede centrale sita nel Comune geograficamente equidistante dai paesi che ne fanno parte, con apertura al pubblico di 12 ore diurne dal lunedì al venerdì e 6 ore nei restanti giorni, opererebbero a turno, MMG, PLS, infermieri, MCA, personale amministrativo e sociale. Nelle ore notturne l'assistenza sarebbe garantita dai MCA. Ogni medico titolare opererebbe abitualmente nei propri ambulatori periferici, garantendo la propria presenza a turno nella AFT/NCP.

Anche a seguito dei recenti eventi legati alla pandemia si è potuto constatare che è indispensabile e non più procrastinabile, potenziare e qualificare la sanità territoriale e ridurre la frammentazione degli interventi sanitari e assistenziali che producono inefficienze e inefficaci interventi di cura.

Purtroppo anche a livello territoriale l'attività dell'anno 2020 è stata segnata e indebolita dagli eventi legati alla pandemia. La riorganizzazione delle attività in sicurezza ha comportato un rallentamento e una riduzione nell'offerta di prestazioni che ci si è apprestati poi a recuperare.

Su impulso della Direzione di Area, è stato chiesto alle strutture di adottare e diffondere procedure e protocolli per la ripresa dell'attività in sicurezza, in linea con le disposizioni nazionali e regionali. E' stata chiesta inoltre evidenza della promozione e diffusione di attività di formazione sull'osservanza delle misure igieniche e di prevenzione e protezione con particolare riferimento all'uso corretto dei dispositivi di protezione individuale.

Per tutte le attività territoriali si è utilizzato il criterio dell'ammissione del paziente al servizio sanitario in sicurezza, mediante la richiesta di protocolli e procedure per il controllo e la regolamentazione degli accessi. Laddove possibile, si è richiesto di erogare i servizi privilegiando la prenotazione e il pagamento del ticket da remoto (telefoniche, telematiche) e privilegiando modalità di erogazione a distanza (telemedicina, videochiamata, videoconferenza), per particolari tipologie di prestazione (es. alcune tipologie di visite di controllo, aggiornamento di piani terapeutici, ecc.).

### 3.2.1 L'assistenza alle persone con disabilità e la presa in carico dell'anziano e dei soggetti non autosufficienti.

L'assistenza alle persone con disabilità e la presa in carico dell'anziano e dei soggetti non autosufficienti è garantita grazie all'operatività, dislocato nei tre distretti aziendali, del Punto Unico di Accesso (PUA), che assicura la continuità e la tempestività delle cure a tali pazienti cui devono essere fornite risposte multiple di tipo sanitario (prestazioni infermieristiche, mediche, riabilitative ecc.) o sociosanitario (cure domiciliari, residenza diurna o a tempo pieno, ecc.). A ciò si affiancano ulteriori misure assistenziali a carattere sociale a valere sul fondo regionale per le non autosufficienze.

Le problematiche principali per l'assistenza delle persone con disabilità, degli anziani e dei soggetti non autosufficienti, nascono dalle carenze e inadeguatezze delle strutture attualmente esistenti, in quanto mancano strutture intermedie di tipo residenziale e riabilitativo e risultano carenti i posti letto per ricoveri di post acuzie di riabilitazione e lungodegenza. Come già accennato, ciò non solo determina un livello inadeguato dell'assistenza territoriale ma tende a sovraccaricare gli ospedali che devono pertanto ritardare la dimissione del paziente generando inefficienze anche nel sistema ospedaliero.

L'operato continuo e attento delle Unità di Valutazione Territoriale, con il coinvolgimento delle famiglie, eventualmente dei comuni e delle altre risorse del territorio, permette un'appropriata permanenza e/o rientro a domicilio dei pazienti, consentendo una loro minore permanenza nella struttura o il trasferimento in altre strutture socio-assistenziali più appropriate.



I dati relativi agli inserimenti presso le strutture residenziali e semiresidenziali, di seguito rappresentati denotano un bisogno in crescita, soprattutto per l'assistenza di pazienti ventilati o ad alta intensità assistenziale, e la necessità quindi di implementare gli Ospedali di Comunità che offrirebbero risposte territoriali ai bisogni complessi, sociali e sanitari di continuità assistenziale principalmente dei soggetti anziani e/o fragili.

L'Unica RSA presente nel territorio con 63 posti letto è la RSA Villa San Giuseppe di Milis che in linea con il nuovo ruolo assunto dalle Residenze Assistite presta assistenza non solo a persone anziane ma da risposte assistenziali anche a persone portatrici di bisogni complessi a prescindere dall'età. Tale struttura ospita soggetti anziani e/o non autosufficienti con un alto livello di fragilità, soggetti in fase terminale della vita, lungo degenti, ventilati provenienti dalla rianimazione, in coma e in cure palliative, non assistibili a domicilio.

Le giornate di degenza nelle RSA durante il 2021 sono aumentate rispetto al dato del 2019 e questo dato è soprattutto evidente per le attività riferite ai malati terminali e ad alta intensità assistenziale. La scarsità di posti letto nel territorio provinciale per la cura e l'assistenza di tali pazienti (posti letto per post acuzie e Ospedali di Comunità) comporta un ricorso inappropriato su tale livello assistenziale e su altri livelli quali quello della riabilitazione globale e dei ricoveri ospedalieri per acuti.

La programmazione dell'offerta di servizi di assistenza residenziale dovrebbe garantire livelli di fruibilità e disponibilità idonei rispetto ai bisogni reali di assistenza, valorizzando anche un criterio di prossimità dell'offerta.

#### RSA - ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE erogata dai centri privati

Fonte: elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali dei Distretti Socio Sanitari (profili assistenziali di cui alla DGR 22/24 dello 03.05.2017)

	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2021	
	n. giornate	importo	n. giornate	importo	n. giornate	importo
Profili dal 1 al 5	4.187	302.585	4.112	294.724	3.930	280.022
Profili dal 6 al 9	1.675	97.150	1.827	105.966	1.666	96.315
Terminali e altri ad alta intensità ass.le.	8.960	1.356.174	9.695	1.470.539	11.058	1.672.517
Terminali e altri ad alta intensità ass.le. Ventilati	2.648	578.979	1.906	425.475	2.218	496.755
<b>Storno per ricovero</b>	<b>-153</b>	<b>-10.928</b>	<b>-71</b>	<b>-3.853</b>	<b>-60</b>	<b>-1.604</b>
<b>TOT</b>	<b>17.317</b>	<b>2.323.960</b>	<b>17.469</b>	<b>2.292.851</b>	<b>18.812</b>	<b>2.544.005</b>

In grande incremento anche il ricorso all'Hospice per il quale le giornate di ricovero sono aumentate del 36% nel 2021; La presenza dell'Hospice nel Comune di Oristano di recente apertura, costituisce un elemento qualificante per l'offerta assistenziale in tale ambito.

<b>HOSPICE di Oristano</b>						
Fonte: elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali dei Distretti Socio Sanitari						
	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2021	
	prestazioni	importo	prestazioni	importo	prestazioni	importo
<b>Terminali - Giornata di degenza - Cure palliative</b>	96	28.800,00	1.934	538.800	2.626	692.400

Sono altresì aumentate le giornate di ricovero presso le Comunità Integrate (+56%). Si riducono invece, dato il periodo emergenziale, le attività nei Centri diurni nel profilo assistenziale basso.

<b>COMUNITA' INTEGRATE (ex Case Protette)</b>						
Fonte: elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali dei Distretti Socio Sanitari						
	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2021	
	prestazioni	importo	prestazioni	importo	prestazioni	importo
<b>Assistenza socio sanitaria comunità integrate</b>	93.962	1.005.038	108.117	1.124.417	146.146	1.519.919

<b>CENTRI DIURNI INTEGRATI del privato accreditato</b>						
Fonte: elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali dei Distretti Socio Sanitari						
	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2021	
	prestazioni	importo	prestazioni	importo	prestazioni	importo
<b>Profilo assistenziale basso</b>	1.835	53.215	1.098	37.382	1.169	37.450
<b>Profilo assistenziale alto</b>	1.425	51.300	1.373	39.846	1.709	49.561
<b>Storno per ricovero</b>			-7	-126	0	0
<b>TOT</b>	<b>3.260</b>	<b>104.515</b>	<b>2.464</b>	<b>77.102</b>	<b>2.878</b>	<b>87.011</b>

### 3.2.2) L'assistenza riabilitativa globale e socio sanitaria.

Le prestazioni di riabilitazione globale ex art. 26, legge 833 del 23 dicembre 1978, offerte nel territorio provinciale sono erogate da strutture proprie e presso centri privati convenzionati che offrono prestazioni residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari.

Tali strutture si inseriscono nella rete riabilitativa locale che si compone altresì dai posti letto per post acuti, con la presenza di 16 posti letto di Medicina Fisica e Riabilitazione codice 56 presso l'ospedale privato Casa di Cura Madonna del Rimedio e dai 10 posti letto di Neuroriabilitazione codice 75 presso l'ospedale San Martino di Oristano. La presenza nel territorio della ASL di Oristano del Centro di cura e riabilitazione Santa Maria Bambina di rilevanza regionale, contribuisce ad assicurare continuità ai percorsi diagnostico-terapeutici specifici.

Con deliberazioni della Giunta Regionale n. 8/16 del 2006, 53/8 del 2007 e, da ultimo, n. 19/1 del 28.03.2008 avente ad oggetto "Attività sanitarie e socio sanitarie di riabilitazione globale: riorganizzazione della rete territoriale", sono definiti i nuovi regimi assistenziali ai quali sia le strutture pubbliche che quelle private accreditate, convenzionate si sono dovute gradualmente adeguare nell'ambito di un processo di riorganizzazione delle attività sanitarie e socio sanitarie di riabilitazione territoriale.

Le prestazioni erogate dal pubblico nel biennio 2020-21, influenzato dall'evento della pandemia, tendono ad una lenta risalita pur essendo ancora lontane dal livello erogato nell'anno 2019 (-40% circa). Il privato accreditato, sopperendo alla carenza del pubblico, si è riportato su livelli prestazionali erogati in epoca pre-pandemica; sono aumentate le giornate riferibili alle prestazioni di riabilitazione a ciclo continuativo ad elevato livello assistenziale per disabilità fisica, psichica e sensoriale (+43%) mentre sono diminuite le prestazioni a ciclo diurno.

<b>RIABILITAZIONE GLOBALE erogata dal pubblico</b>						
Fonte: elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali dei Distretti Socio Sanitari						
<b>Trattamenti adulti</b>	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2021	
	<b>N.</b>	<b>Valore</b>	<b>N.</b>	<b>Valore</b>	<b>N.</b>	<b>Valore</b>
<b>Assistenza ambulatoriale</b>						
Ambulatoriale estensiva	6.761	311.006	3.016	138.736	4.166	191.636
Ambulatoriale mantenimento	1.798	62.930	512	17.920	812	28.420
<b>TOT</b>	<b>8.559</b>	<b>373.936</b>	<b>3.528</b>	<b>156.656</b>	<b>4.978</b>	<b>220.056</b>
<b>Assistenza domiciliare</b>						
Domiciliare estensiva	2.326	104.670	1.062	47.790	1.269	57.105
Domiciliare di mantenimento	781	29.678	155	5.890	546	20.748
<b>TOT</b>	<b>3.107</b>	<b>134.348</b>	<b>1.217</b>	<b>53.680</b>	<b>1.815</b>	<b>77.853</b>
<b>Trattamenti bambini</b>						
	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2021	
	<b>N.</b>	<b>Valore</b>	<b>N.</b>	<b>Valore</b>	<b>N.</b>	<b>Valore</b>
Assistenza ambulatoriale estensiva	2.378	109.388	1033	47.518	1.172	53.912
Assistenza domiciliare estensiva	412	18.540	258	11.610	243	10.935

**RIABILITAZIONE GLOBALE erogata dal privato accreditato**

Fonte: elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali dei Distretti Socio Sanitari

	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2021	
	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
<b>Assistenza residenziale</b>						
Riabilitazione Globale a ciclo continuativo ad elevato livello assistenziale per disabilità fisica, psichica e sensoriale	2.054	686.987	3.218	1.080.450	2.941	991.759
Riabilitazione Globale a ciclo continuativo per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	2.247	403.100	1.809	402.649	1.822	309.168
Riabilitazione residenziale a valenza socio riabilitativa	4.208	253.861	4.207	254.103	3.700	223.480
<b>TOT</b>	<b>8.509</b>	<b>1.343.948</b>	<b>9.234</b>	<b>1.737.202</b>	<b>8.463</b>	<b>1.524.407</b>
<b>Assistenza semi residenziale</b>						
Riabilitazione globale a ciclo diurno per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	76	11.400	0	0	0	0
Diurno a valenza socio riabilitativa per persone con disabilità in situazioni di gravità	281	20.654	39	2.866	0	0
Diurno a valenza socio riabilitativa per persone con disabilità in situazione di gravità a tempo ridotto	8	800	0	0	0	0
<b>TOT</b>	<b>365</b>	<b>32.854</b>	<b>39</b>	<b>2.866</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Assistenza ambulatoriale</b>						
Ambulatoriale intensiva	732	49.044	185	12.596	1.466	98.042
Ambulatoriale estensiva	13.801	653.292	11.323	520.858	13.784	634.064
Ambulatoriale mantenimento	933	32.655	618	21.630	1.697	59.395
<b>TOT</b>	<b>15.466</b>	<b>734.991</b>	<b>12.126</b>	<b>555.084</b>	<b>16.947</b>	<b>791.501</b>
<b>Assistenza domiciliare</b>						
Domiciliare estensiva	16.774	767.700	13.881	634.545	16.994	764.640
Domiciliare di mantenimento	5.795	220.514	4.369	166.022	6.209	235.942
<b>TOT</b>	<b>22.569</b>	<b>988.214</b>	<b>18.250</b>	<b>800.567</b>	<b>23.203</b>	<b>1.000.582</b>

### 3.2.3 La presa in carico del paziente fragile e le Cure Domiciliari

Particolare importanza riveste l'attività delle Cure Domiciliari in particolare per quanto riguarda il paziente fragile che trova giovamento nel suo percorso di cura in appositi ambiti che non siano l'ospedale.

Il paziente può essere considerato fragile in base ai seguenti indicatori:

- malattia cronica evolutiva e invalidante in qualsiasi età adulta;
- problemi di comorbidità associata a non autosufficienza;
- esistenza di problematiche già accertate dalle commissioni territoriali con progetti di protezioni sanitarie o socio-sanitarie da parte di servizi territoriali, più o meno congiunti a interventi specialistici integrativi della assistenza del MMG;
- diagnosi di grandi Sindromi Geriatriche (Demenza, Malnutrizione, ecc.).

Per quanto attiene le Cure Domiciliari, nei tre Distretti di Oristano, Ales-Terralba e Ghilarza-Bosa sono operative le attività di cura domiciliare integrata di secondo livello (ADI), rivolte a persone di ogni età non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità, tesa essenzialmente, attraverso trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità di vita quotidiana dei pazienti. Si erogano altresì le cure Palliative e le Cure Domiciliari Integrate di 3° livello in stretto collegamento e coordinamento con l'Hospice. Sono inoltre presenti le prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato.

Le patologie prevalenti che sono trattate sui singoli casi si riferiscono per lo più alle patologie neoplastiche, alle demenze di tipo Alzheimer e ad altre patologie croniche.

La sempre crescente necessità di assicurare questo livello di assistenza fa prevedere un aumento della spesa su tale ambito e la necessità di migliorare l'integrazione dei diversi professionisti coinvolti nella cura e assistenza del paziente. Certamente la presenza di reparti di Cure Intermedie o di Lungodegenza permetterà di garantire una assistenza adeguata per quei casi più complessi che non possono essere assistiti al domicilio e non possono essere appropriatamente curati in un reparto per acuti.

Rispetto all'anno 2019 i casi trattati in assistenza domiciliare si sono ridotti nel biennio 2020-21 di circa il 20%. Nel 2021 sono rimaste invece invariate le ore di assistenza degli infermieri (gli accessi si sono ridotti del 13%), mentre si sono ridotti di oltre il 30% gli accessi dei MMG/PLS

<b>CURE DOMICILIARI INTEGRATE</b>	<b>Anno 2019</b>	<b>Anno 2020</b>	<b>Anno 2021</b>	<b>VARIAZIONI 2021-2019</b>	
Numero casi trattati	2.303	1.817	1.819	-484	-21%
Numero di accessi dei MMG/PLS	24.581	17.046	16.793	-7.788	-32%
Numero di ore di Assistenza infermieristica	42.224	39.710	41.580	-644	-2%
Numero di accessi Assistenza infermieristica	15.618	14.036	13.520	-2.098	-13%

Fonte: FLS21 anni 2020-2021

### 3.2.4 L'assistenza specialistica ambulatoriale

Le attività di specialistica ambulatoriale sono state riorganizzate garantendo appuntamenti maggiormente scaglionati per assicurare il distanziamento sociale dell'utenza negli spazi comuni e sono stati adottati specifici protocolli di igienizzazione e sanificazione degli ambienti, con particolare riferimento alla frequente e adeguata aerazione dei locali. Ciò, se da un lato era indispensabile per far ripartire l'attività con rischi limitati, ha però ridotto la frequenza delle attività e quindi il volume, come si può evincere dalle tabelle che seguono.

Il volume di attività nell'anno di esordio (anno 2020) della pandemia si è ridotto del 24% nelle strutture private e del 29% nelle strutture pubbliche, e ha riguardato indistintamente tutte le branche.

Nel 2021 si è assistito ad una flessione in aumento ma rimangono tuttavia critiche alcune branche quali quelle di diagnostica di radiologia, soprattutto TAC (-26%) e Risonanza (-81%) ma anche ecografia (-21%). Sono inoltre sensibilmente diminuite le prestazioni di ecocolordoppler (-33%) e si è interrotto il servizio di elettromiografia per il pensionamento e trasferimento di due neurologi. Le prestazioni di endoscopia sono state oggetto del progetto di recupero finanziato dalla DGR 46/47 e pertanto è riuscita a mantenere inalterato il numero di prestazioni erogate nel 2019, mediante attività coperta da prestazioni aggiuntive; si prevede di proseguire con le prestazioni aggiuntive per confermare tale livello prestazionale fino alla fine del periodo emergenziale o quantomeno fino a che non sarà possibile riorganizzare le agende di prenotazione con intervalli tra pazienti e criteri di triage per l'ingresso uguali a quelli del 2019. Anche le prestazioni di Riabilitazione hanno subito una forte riduzione nel settore pubblico, coperto parzialmente facendo ricorso al privato accreditato. Tra le prestazioni ambulatoriali classificate come terapeutiche una importante riduzione ha riguardato l'odontoiatria (-97%) e la chirurgia ambulatoriale (-56%). Le prime visite hanno subito una flessione del -36% da imputare principalmente alle visite Angiologiche (-41%), di Chirurgia Generale (-55%), Endocrinologia (31%), Ortopedia (49%), Cardiologia (-17%), Pneumologia (-53%), Gastroenterologia (-17%), Psichiatria (-36%) e Oncologia (21%). L'attività di recupero delle prestazioni sarà principalmente concentrata su tali discipline. Le stesse criticità si registrano anche nelle visite di controllo per le quali si registra invece un incremento eccezionale delle visite di immunoematologia (branca di laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologia) nel solo anno 2021 dovuto ad una revisione delle attività di registrazione delle prestazioni, che porta il totale delle prestazioni della branca a valori superiori all'anno 2019.

**Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Produzione Strutture Pubbliche 2019, 2020 e 2021**

Fonte: NSIS STS21

Branca	N° prestazioni					
	2019	2020	2021	2020-2019	2021-2020	Δ% 2021-19
ANESTESIA	2.086	1.122	213	-964	-909	-90%
CARDIOLOGIA	32.625	19.371	23.565	-13.254	4.194	-28%
CHIRURGIA GENERALE	11.387	6.004	5.995	-5.383	-9	-47%
CHIRURGIA PLASTICA	50	77	57	27	-20	14%
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	4.971	3.457	3.722	-1.514	265	-25%
DERMOSIFILOPATIA	7.756	3.443	3.953	-4.313	510	-49%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	53.761	31.565	37.960	-22.196	6.395	-29%
ENDOCRINOLOGIA	11.702	4.037	11.082	-7.665	7.045	-5%
GASTROENTEROLOGIA - CHIR. ED ENDOSCOPIA. DIGEST.	4.838	3.484	5.085	-1.354	1.601	5%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL. ETC.	547.658	465.109	815.416	-82.549	350.307	49%
MED. FISICA E RIABILIT. - RECUPERO E RIAB. ETC.	61.285	25.843	36.747	-35.442	10.904	-40%
NEFROLOGIA	20.951	19.184	17.944	-1.767	-1.240	-14%
NEUROCHIRURGIA	3	58	138	55	80	4500%
NEUROLOGIA	9.101	4.991	6.946	-4.110	1.955	-24%
OCULISTICA	21.006	9.521	12.994	-11.485	3.473	-38%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIR. MAXILLO FACCIALE	9.114	2.449	409	-6.665	-2.040	-96%
ONCOLOGIA	4.524	2.902	3.166	-1.622	264	-30%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	20.297	11.009	11.442	-9.288	433	-44%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	10.334	6.616	8.285	-3.718	1.669	-20%
OTORINOLARINGOIATRIA	11.354	4.057	4.906	-7.297	849	-57%
PNEUMOLOGIA	12.542	4.996	5.902	-7.546	906	-53%
PSICHIATRIA	5.469	1.797	1.408	-3.672	-389	-74%
UROLOGIA	6.297	4.000	6.038	-2.297	2.038	-4%
ALTRO	88.722	46.277	62.388	-42.445	16.111	-30%
<b>TOTALE</b>	<b>957.833</b>	<b>681.369</b>	<b>1.085.761</b>	<b>-276.464</b>	<b>404.392</b>	<b>13%</b>

Analizzando le differenze nel volume prestazioni specialistiche erogate da privato accreditato negli anni 2019, 2020 e 2021 si può notare che nell'anno 2021 permangono differenze nell'offerta di prestazioni rispetto all'attività erogata in epoca pre-pandemia soprattutto nelle branche di chirurgia generale, endocrinologia, gastroenterologia, neurologia, oculistica, otorinolaringoiatria e urologia. Nell'anno 2021, in via del tutto eccezionale e per far fronte a tale situazione contingente si è chiesta la collaborazione del privato accreditato per la produzione di prestazioni su alcune branche, quali ad esempio la cardiologia e la diagnostica per immagini, per le quali il pubblico aveva forti criticità legate all'assenza di personale.

**Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Produzione Strutture Private 2019, 2020 e 2021**

Fonte: NSIS STS21

Branca	N° prestazioni					
	2019	2020	2021	2020-2019	2021-2020	Δ% 2021-2019
CARDIOLOGIA	10.445	8.900	11.477	-1545	2.577	10%
CHIRURGIA GENERALE	4.647	1.566	2.133	-3.081	567	-54%
DERMOSIFILOPATIA	1.255	513	871	-742	358	-31%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	23.332	19.728	28.429	-3604	8.701	22%
ENDOCRINOLOGIA	15.398	3.949	1.096	-11.449	-2.853	-93%
GASTROENTEROLOGIA - CHIR. ED ENDOSCOPIA. DIGEST.	1.271	642	778	-629	136	-39%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL. ETC.	440.983	354.908	423.323	-86.075	68.415	-4%
MED. FISICA E RIABILIT. - RECUPERO E RIAB. ETC.	229.887	166.586	192.835	-63.301	26.249	-16%
NEFROLOGIA	11.036	9.389	9.327	-1647	-62	-15%
NEUROLOGIA	398	1		-397	-1	-100%
OCULISTICA	5.878	3.254	3.857	-2.624	603	-34%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.999	1.524	2.368	-475	844	18%
OTORINOLARINGOIATRIA	638	187	176	-451	-11	-72%
PSICHIATRIA	0	0	75	0	75	
UROLOGIA	4.225	631	1.184	-3.594	553	-72%
ALTRO	9.412	4.105	5.069	-5.307	964	-46%
	<b>760.804</b>	<b>575.883</b>	<b>682.998</b>	<b>-184.921</b>	<b>107.115</b>	<b>-10%</b>

L'offerta di prestazioni per i nostri residenti è garantita per l'81% dai presidi pubblici e privati della ASL di Oristano (il 42% viene erogato dal pubblico e il 40% è erogato dal privato accreditato). Il restante 19% viene erogato per il 12% da altre strutture della ATS, soprattutto dalla ASL di Cagliari e di Nuoro, e per il 6% in mobilità passiva da altre Aziende della regione Sardegna.

Specialistica Ambulatoriale: Produzione su residenti ASL5	Prestazioni 2020	Valore 2020	Prestazioni 2021	Valore 2021	% prestazioni sul totale anno 2020	% prestazioni sul totale anno 2021
Pubblico ASL5	562.924	7.748.004	841.527	9.495.500	42%	47%
Privato ASL 5	537.614	7.338.248	635.790	9.233.268	40%	36%
<b>TOTALE ASL 5</b>	<b>1.100.538</b>	<b>15.086.252</b>	<b>1.477.317</b>	<b>18.728.768</b>	81%	83%
<b>Produzione altre ASL di ATS per residenti ASL 5</b>	163.638	4.650.951	191.103	5.332.102	12%	11%
<b>Produzione Altre Aziende infra regione (mobilità passiva)</b>	87.228	2.687.47	119.521	3598580,63	6%	7%
<b>TOTALE extra ASL</b>	<b>250.866</b>	<b>7.338.427</b>	<b>310.624</b>	<b>8.930.683</b>	19%	17%
<b>TOTALE PRESTAZIONI PER RESIDENTI ASL 5</b>	<b>1.351.404</b>	<b>22.424.679</b>	<b>1.787.941</b>	<b>27.659.451</b>	100%	100%

Fonte: File ABACO ESTRAZIONI DEL 06/04/2022



Di seguito si rappresenta il fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale (produzione all'interno delle strutture della ASL di Oristano e produzione delle altre strutture regionali).

### Specialistica Ambulatoriale ANNO 2021: Produzione per residenti ASL5 (pubblico e privato)

Fonte: File ABACO ESTRAZIONI DEL 07/04/2022

Branca	TOTALE Produzione per residenti ASL5 erogate dalle strutture di ASL5		Produzione per residenti ASL5 erogate da altre ASL/AO		TOTALE produzione per residenti ASL 5	% prestazioni erogate da ASL5
	N.	Valore	N.	Valore	N.	
01 - Anestesia	1.455	7.660	1.628	64.365	3.083	47%
02 - Cardiologia	36.626	939.509	10.813	331.388	47.439	77%
03 - Chirurgia Generale	3.721	147.186	893	21.781	4.614	81%
04 - Chirurgia Plastica	2.411	28.122	418	16.691	2.829	85%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	1.783	58.258	639	21.182	2.422	74%
06 - Dermosifilopatia	949	16.581	1.607	24.963	2.556	37%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	56.518	3.480.201	28.541	1.988.732	85.059	66%
09 - Endocrinologia	2.544	108.916	604	19.017	3.148	81%
10 - Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	4.669	301.459	1.952	124.459	6.621	71%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-	978.551	4.504.580	150.506	1.416.377	1.129.057	87%
12 - Medicina Fisica e Riabil. - Recupero e Riabil. Funzionale	213.341	1.544.004	14.686	122.283	228.027	94%
13 - Nefrologia	23.562	3.077.692	4.631	500.954	28.193	84%
14 - Neurochirurgia	0	0	407	32.161	407	0%
15 - Neurologia	4.411	83.734	5.297	101.752	9.708	45%
16 - Oculistica	13.034	1.686.451	4.421	720.574	17.455	75%
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	190	3.563	2.178	47.556	2.368	8%
18 - Oncologia	642	13.696	1.262	13.403	1.904	34%
19 - Ortopedia E Traumatologia	6.151	128.478	1.290	162.907	7.441	83%
20 - Ostetricia E Ginecologia	4.988	123.580	3.990	120.127	8.978	56%
21 - Otorinolaringoiatria	2.155	24.374	1.776	31.297	3.931	55%
22 - Pneumologia	4.060	93.422	1.156	34.012	5.216	78%
23 - Psichiatria	1.417	36.747	916	23.652	2.333	61%
25 - Urologia	2.273	188.639	565	38.820	2.838	80%
26 - Altre Prestazioni	111.331	2.087.916	37.982	770.836	149.313	75%
<NV>	535	43.999	248	12.615	783	68%
<b>TOTALI</b>	<b>1.477.317</b>	<b>18.728.767</b>	<b>278.406</b>	<b>6.761.904</b>	<b>1.755.723</b>	<b>84%</b>
07 - Diagnostica Per Immagini: Medicina Nucleare	0	0	959	620.649	959	0%
24 - Radioterapia	0	0	31.259	1.548.130	31.259	0%

Sono erogate in buona parte da altre strutture extra ASL le prestazioni della branca di anestesia (53%), dermosifilopatia (63%), neurologia (55%), oncologia (66%).

Sul fronte dell'offerta, a seguito della delibera DGR 19/42 del 17/04/2018 "Linee di indirizzo per la gestione delle Liste di Attesa" e DGR 59/5 del 04/12/2018 "Liste d'attesa. Definizione dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) e degli ambiti territoriali", sono state svolte una serie di azioni finalizzate alla ristrutturazione delle agende a CUP secondo le indicazioni contenute nelle suddette delibere.

Le agende sono state rimodulate con la distinzione tra primo e secondo accesso e con le fasce dedicate alle classi di priorità (esclusivamente per il primo accesso) e si è provveduto alla creazione di Agende per i controlli a gestione esclusiva (dove necessario). La stratificazione delle agende è stata accompagnata da incontri per la pianificazione con i Responsabili di Struttura o di Branca per la condivisione delle attività da svolgere e trovare la giusta soluzione per l'implementazione della nuova struttura che si doveva conciliare con la preesistente.

Nel contempo si è provveduto a formare/affiancare i Dirigenti Medici e il personale dedicato per l'utilizzo corretto delle procedure (CCA/E-prescription) affinché le visite di controllo (come previsto dai RAO e dal PNGLA) venissero prescritte e prenotate dallo stesso Specialista.

Inoltre sia sul fronte dell'offerta che su quello organizzativo ci si è prefissati di migliorare l'attuale sistema aumentando il numero delle prestazioni offerte e prevedendo attività di recall.

Per la quantificazione delle prestazioni da offrire si è partiti dalla stima dei fabbisogni contenuta nella DGR 46/47 e si è conciliata con la disponibilità del personale dipendente e della medicina specialistica convenzionata ad effettuare prestazioni aggiuntive, così come emerso dal confronto con i Direttori dei Distretti Socio Sanitari e con la Direzione di Presidio dell'Area, e alla possibilità di ricorrere a nuovi contratti. Attualmente è in corso il progetto di Abbattimento liste d'attesa per il quale la DGR 46/47 del 2019 ha destinato fondi per il triennio 2019-2021 e che per l'area di Oristano ammontano a:

- Abbattimento liste d'attesa prestazioni extra ospedaliere € 1.391.383,00;
- Abbattimento liste d'attesa prestazioni ospedaliere € 203.487,00.
- Attività segreterie CUP e personale amministrativo € 173.965,00

Purtroppo le recenti vicende legate alla malattia da Coronavirus, con il conseguente arresto delle attività programmate e differite dal mese di marzo al mese di giugno 2020, ha allargato i tempi di attesa già critici per un numero considerevole di prestazioni. Dal mese di giugno infatti sono iniziate le attività di recall per recuperare gli appuntamenti dei mesi da marzo a giugno e a tal proposito ci si è avvalsi delle risorse a disposizione del progetto "Abbattimento liste d'attesa" che ha permesso, per alcune branche, di lavorare al di fuori dell'orario di lavoro ordinario. Inoltre le attività di triage e di sanificazione degli ambienti per l'accesso in sicurezza dei pazienti ha rallentato le attività con la conseguente necessità di ridurre il numero di prestazioni orarie nelle agende di prenotazione degli specialisti ambulatoriali e conseguentemente una riduzione delle prestazioni offerte dal pubblico. Appare chiaro che diventa difficile da parte del pubblico incrementare il numero di prestazioni tali da ridurre i tempi di attesa, il cui divario rispetto allo standard regionale è aumentato per le ultime vicende legate alla comparsa del virus Covid 19. Pertanto lo sforzo di recuperare quella fetta di attività erogata dalle altre ASSL o Aziende del territorio regionale, per riportarle nei territori di prossimità dei nostri residenti, e al contempo ridurre i tempi di attesa per le prestazioni critiche, diventa immane.

Tempi medi di attesa (in giorni) relativi alle prestazioni prenotate con classe di priorità D (Differibile)

PROGR.	PRESTAZIONE	ASL5
1	VISITA CARDIOLOGICA	66
2	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	
3	VISITA ENDOCRINOLOGICA	18
4	VISITA NEUROLOGICA	34
5	ESAME COMPLESSIVO OCCHIO (VISITA OCULISTICA)	59
6	VISITA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA	37
7	VISITA GINECOLOGICA	16
8	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	72
9	VISITA UROLOGICA	51
10	VISITA DERMATOLOGICA	79
11	VISITA FISIATRICA	45
12	VISITA GASTROENTEROLOGICA	86
13	VISITA ONCOLOGICA	
14	VISITA PNEUMOLOGICA	94
15	Mammografia bilaterale - (2 proiezioni)	27
16	Mammografia monolaterale - (2 proiezioni)	
17	Tomografia computerizzata (tc) del torace	14
18	Tomografia computerizzata (tc) del torace, senza e con contrasto	
19	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome superiore	
20	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome superiore, senza e con contrasto	
21	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome inferiore	
22	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome inferiore, senza e con contrasto	
23	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome completo	11
24	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome completo, senza e con contrasto	25
25	Tomografia computerizzata (tc) del capo	22
26	Tomografia computerizzata (tc) del capo, senza e con contrasto	
27	Tomografia computerizzata (tc) del rachide	
30	Tomografia computerizzata (tc) del rachide senza e con contrasto	
33	Tomografia computerizzata (tc) del bacino e articolazioni sacro-iliache	
34	Risonanza magnetica nucleare (rm) del cervello e del tronco encefalico	22
35	Risonanza magnetica nucleare (rm) del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto	
36	Risonanza magnetica nucleare (rm) dell'addome inferiore e scavo pelvico	
37	Risonanza magnetica nucleare (rm) dell'addome inferiore e scavo pelvico, senza e con contrasto	
38	Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna	18
39	Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna, senza e con contrasto	
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	78
41	Ecocolordopplergrafia cardiaca	
42	Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici	
43	Ecografia dell' addome superiore	29
44	Ecografia dell' addome inferiore	29
45	Ecografia addome completo	27
46	Ecografia della mammella - bilaterale	154
47	Ecografia della mammella - monolaterale	
48	Ecografia ostetrica	
49	Ecografia ginecologica	19
50	Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrettuale, arteriosa o venosa	5
51	Colonscopia con endoscopio flessibile	82

52	Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso	
53	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile - endoscopia del colon discendente	
54	Esofagogastroduodenoscopia [egd] - endoscopia dell'intestino tenue	73
55	Esofagogastroduodenoscopia [egd] con biopsia - biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno	54
56	Elettrocardiogramma	65
57	Elettrocardiogramma dinamico - dispositivi analogici (holter)	
58	Test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile	
59	Altri test cardiovascolari da sforzo - test da sforzo al tallio con o senza stimolatore transesofageo	
60	Esame audiometrico tonale	54
61	Spirometria semplice	99
62	Spirometria globale	110
63	Fotografia del fundus - per occhio	
64	Elettromiografia semplice [emg] - analisi qualitativa o quantitativa per muscolo	

I tempi di attesa di TAC e RM risentono della chiusura momentanea delle agende di prenotazione all'esterno per la grave carenza di organico: l'attività si concentra principalmente per le prestazioni per gli interni e per il pronto soccorso.

### 3.3. Prevenzione collettiva e sanità pubblica

Il ruolo del Dipartimento di Prevenzione è quello di intercettare precocemente la domanda di salute della popolazione per fornire risposte adeguate, sviluppare strategie di intervento e promuovere consapevolezza e autodeterminazione della persona.

Il Dipartimento svolge la propria attività di promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro, della sicurezza alimentare e del benessere animale secondo piani pluriennali di intervento nazionali e regionali contenenti obiettivi e target di riferimento già definiti.

Le attività svolte sono sempre più intersettoriali e in raccordo con tutti i nodi della rete sociosanitaria per un utilizzo coordinato delle risorse interne ed esterne al sistema sanitario

#### *Igiene e Sanità Pubblica*

Anche l'attività di tale livello assistenziale è stato influenzato dagli eventi della pandemia. Tutti i servizi hanno risentito degli eventi legati al periodo di emergenza, ma sicuramente più di tutti il servizio di Igiene e Sanità Pubblica è stato coinvolto immediatamente nella gestione di tutte le attività legate al piano emergenziale locale. L'anno 2021 è stato sicuramente caratterizzato dal notevole impegno profuso per la somministrazione dei vaccini; attività portata avanti dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica nell'ambito della campagna vaccinale del quale si riportano di seguito alcuni dati:

## Vaccini somministrati ai residenti della ASSL di Oristano al 24.10.2021

	Valore assoluto	%
Numero Dosi Somministrate	217.141	
Soggetti vaccinabili	142.587	
Soggetti vaccinabili non vaccinati	22.928	16,1%
Soggetti vaccinati con 1 dose	7.281	5,1%
Soggetti vaccinati con 1 dose Janseen	2.908	2,0%
Soggetti vaccinati con 2 dosi	109.470	76,8%
Soggetti vaccinati con almeno 1 dose	119.659	83,9%
Soggetti con ciclo completo di vaccinazione	112.378	78,80%

Fonte: Portale Poste

Oltre al grande impegno dedicato alla gestione del periodo emergenziale il servizio di Igiene e Sanità Pubblica ha svolto i propri compiti istituzionali quali quelli per esempio dello svolgimento delle altre campagne vaccinali che di seguito si rappresentano:

ATTIVITA' VACCINALE	
<b>Numerosità della coorte 2019 (denominatore):</b>	<b>751</b>
<b>Vaccino</b>	<b>Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2021</b>
Polio <sup>(a)</sup>	<b>708</b>
Difterite <sup>(a)</sup>	<b>708</b>
Tetano <sup>(a)</sup>	<b>708</b>
Pertosse <sup>(a)</sup>	<b>708</b>
Epatite B <sup>(a)</sup>	<b>708</b>
Haemophilus influenzae tipo b <sup>(b)</sup>	<b>708</b>
Morbillo <sup>®</sup>	<b>703</b>
Parotite <sup>(c)</sup>	<b>703</b>
Rosolia <sup>(c)</sup>	<b>703</b>
Varicella <sup>(c)</sup>	<b>703</b>
Meningococco C coniugato <sup>(b)</sup>	<b>654</b>
Pneumococco coniugato <sup>(b)</sup>	<b>682</b>
(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi	
(b) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età	
(c) 1 <sup>a</sup> dose entro 24 mesi	

Altri vaccini somministrati, anche se non inseriti nel calendario della Regione/P.A.	
<b>Vaccino</b>	<b>Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2021</b>
Epatite A	1
Rotavirus	540
Meningococco B	538
Meningococco tetravalente ACYW-135 coniugato	654
<b>Vaccino</b>	<b>Numero prime/secondo dosi al 31/12/2021</b>
MPRV: prima dose	700
MPRV: seconda dose <sup>(d)</sup>	0
(d) nei casi in cui la seconda dose venga anticipata, rispetto all'età prevista nel calendario vaccinale	

Cicli vaccinali completati al 31/12/2021														
Vaccinazione anti-HPV Femmine														
Coorte dell'anno	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996
<b>Numerosità della rispettiva coorte (denominatore per HPV=solo Femmine)</b>	534	571	591	529	621	593	601	628	652	645	647	633	662	664
<b>Vaccino</b>														
HPV (prima dose)	338	487	476	410	457	480	481	510	552	540	571	545	594	476
HPV (ciclo completo, come da scheda tecnica)	215	316	385	362	416	437	432	480	534	508	529	514	557	449
Vaccinazione anti-HPV Maschi														
Coorte dell'anno	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996
<b>Numerosità della rispettiva coorte (denominatore per HPV=solo Maschi)</b>	632	644	567	635	631	578	602	632	630	660	685	679	506	703
<b>Vaccino</b>														
HPV (prima dose)	337	424	353	362	86	18	19	7	3	3	3	1	2	0
HPV (ciclo completo, come da scheda tecnica)	227	289	271	298	56	14	13	6	3	3	3	0	1	0

### Gli Screening Oncologici

Altra importante attività che è proseguita con grande difficoltà e che ha subito una flessione in diminuzione è quella legata agli screening oncologici.

Durante l'anno 2021 l'attività dedicata ai 3 screening oncologici (cervice uterina, mammella e colon retto) è continuata sulla scia delle nuove modalità imposte dalla pandemia, che ha causato un importante aumento dei carichi di lavoro per il personale operante nelle attività di segreteria. Tutt'ora è infatti impensabile operare con lettera di invito postale con appuntamento prefissato in overbooking (come succedeva fino a inizio 2020) ma è necessario invece fissare telefonicamente ogni singolo appuntamento disponibile nelle agende degli screening per il tumore della cervice uterina e della mammella, appuntamenti per i quali è anche necessario procedere a un pretriage telefonico.

Anno	Screening Cervice Uterina			Screening Mammografico			Screening Colon Retto		
	Inviti al 1° livello*	Numero di aderenti**	Tasso di adesione	Inviti al 1° livello*	Numero di aderenti**	Tasso di adesione	Inviti al 1° livello*	Numero di aderenti**	Tasso di adesione
Survey 2019	10.587	5.510	52%	5.962	3.711	62%	10.577	4.356	41%
Survey 2020	5.590	1.904	34%	2.669	1.636	61%	4.938	1.651	33%
Survey 2021-dati parziali***	14.948	4.295	29%	5.070	2.100	41%	11.102	3.839	35%

\*invitate tra il 01/01/2019 e il 31/12/2019 per la survey 2019; invitate tra il 01/01/2020 e il 31/12/2020 per la survey 2020.

\*\* aderenti agli inviti del 2019 fino al 30/04/2020 per la survey 2019; aderenti agli inviti del 2020 fino al 30/04/2020 per la survey 2020.

\*\*\*dati al 15/03/2022. (invitati tra l' 01/01/2021 e il 31/12/2021.)

**Fonte dati:** ONS (Osservatorio Nazionale screening):

GISCI (Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma)

GISMa (Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico)

GISCoR (Gruppo Italiano Screening tumori colonrettali)

A causa della diminuzione del tasso di adesione verificatosi a causa del COVID, è stato necessario anche aumentare il numero di inviti per poter riuscire a garantire un buon riempimento delle agende. Tali agende attualmente, causa COVID, vedono una distribuzione degli appuntamenti cadenzata ogni 20/30 minuti, a seconda dell'attività prevista e della logistica delle strutture interessate, al fine di evitare affollamenti nelle sale di aspetto e per consentire le procedure di sanificazione degli ambienti/apparecchiature utilizzate. Ciò ha determinato una riduzione importante degli slot disponibili per gli appuntamenti di primo livello dello screening mammografico e cervicale.

Le adesioni registrate nel 2021 iniziano a riavvicinarsi ai dati del 2019, pur non recuperando appieno, sia per lo screening del tumore della cervice uterina che per lo screening coloretale. Per quanto riguarda invece lo screening per il tumore della mammella, l'attività ha risentito di un lungo periodo di blocco (da luglio 2021), causa lavori di ristrutturazione della Radiologia di Oristano e ha avuto solo un minimo bilanciamento dallo spostamento dell'attività presso la Radiologia del PO di Ghilarza, nel quale sono state programmate due sedute settimanali a partire da settembre 2021 (contro le sei sedute/settimana prima attive nella radiologia di Oristano).

### *L'Assistenza collettiva in ambiente di vita e lavoro*

Il servizio SPRESAL è stato coinvolto, mediante delega dell'autorità giudiziaria, in attività di accertamento su fatti legati all'emergenza epidemica. Per tale motivo su alcuni ambiti l'attività ha subito una riduzione nell'anno 2020.

	2019	2020	2021
Indagini per infortuni sul lavoro	3	7	0
Indagini per malattie professionali	0	4	1.726
Lavoratori controllati	99	41	29
<b>Interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria con piani mirati</b>			
Aziende interessate	1.497	605	755
Aziende con interventi di vigilanza	2.250	2.406	1.438
Indagini epidemiologiche effettuate (in seguito a riscontro di malattie infettive)		2.975	0

Fonte dati: NSIS Mod FLS18 Quadro F

### *Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare*

Con circolare congiunta della Direzione Generale della sanità animale e dei farmaci veterinari e della Direzione Generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione del Ministero della Salute, è stata disposta la sospensione di tutte le attività relative a campionamenti programmati e piani di sorveglianza fino al 30 aprile 2020, tranne le attività non differibili per rischio sanitario, elevato impatto economico o di benessere animale o gestionale; ciò al fine di limitare gli spostamenti del personale durante il periodo dell'emergenza per le sole attività urgenti e indifferibili.

Nel 2021 si assiste ad una generale ripresa dell'attività rispetto all'anno precedente; sono stati garantiti i volumi richiesti dai Piani di risanamento delle malattie animali e sono aumentate le verifiche in regime di emergenza urgenza. Sono inoltre aumentate per riportarsi ai livelli del periodo pre pandemia anche i controlli agli stabilimenti e attività commerciali e alle carni macellate. Anche i controlli sugli alimenti, le acque destinate al consumo umano e i prodotti sanitari sono aumentati rispetto all'anno precedente.



## Ispezioni e Verifiche

	2019	2020	2021	(Delta % 2021-2020)
<b>Alimenti e Nutrizione</b>				
Alimenti	696	433	485	12%
Acque di destinazione al consumo umano	14	6	11	83%
Prodotti fitosanitari	27	29	38	31%
<b>Sanità Animale</b>				
Piani risanamento malattie animali	7.139	9.050	8.936	-1%
Controllo malattie infettive animali	21	14	737	5164%
Anagrafe ed identificazione animale	1.612	224	230	3%
Urgenze ed emergenze	70	85	90	6%
<b>Allev. Prod. Zootecniche</b>				
Latte	173	197		
Farmaci	135	55		
Alimentazione animale	16	13		
Benessere animale	63	115		
Stabilimenti trasf. Latte (caseifici) con non conf.	11	12		
Certificazioni con ispezione per export formaggi	679	470		
<b>Alimenti di Origine Animale</b>				
Stabilimenti e attività commerciali	406	2.384	2.235	-6%
Controllo carni macellate (capi diverse specie)	835.093	862.027	893.405	4%
Agriturismo	110	53	43	-19%

Per quanto riguarda i campionamenti, questi prevedono un volume minimo richiesto su base regionale e ulteriori attività che vengono svolte solo a seguito dell'attivazione di sistemi di allerta o legate a esigenze epidemiologiche e eventi straordinari.

## Campionamenti e Controlli

	2019	2020	2021	(Delta % 2021-2020)
<b>Alimenti e Nutrizione</b>				
Alimenti (farine, frutta, bevande, preparazioni gastronomiche)	230	294	372	27%
Acque destinate al consumo umano***	875	645	528	-18%
<b>Sanità Animale</b>				
Test Tubercolosi	60	15.907	17.153	8%
Campioni sanitari per accertamento malattie animali	50.313	42.868	39.494	-8%
Vaccinazioni per malattie animali	51.418	40.841	47.085	15%
<b>Allev. Prod. Zootecniche</b>				
Latte e formaggi	120	51		
Ricerca residui prodotti lattiero caseari	126	32		
Alimentazione animale	152	62		
<b>Alimenti di Origine Animale</b>				
Controllo malattie al macello	1.768	1.301	1.768	36%
Alimenti di origine animale	114	49	114	133%
Ricerca residui alimenti di origine animale	90	49	90	84%

Fonte dati: \*\*\*Izs (Istituto Zooprofilattico della Sardegna)

### Attività di Medicina Legale e altre attività di Igiene e Sanità Pubblica

Le attività sotto elencate registrano una forte contrazione rispetto al periodo di pre pandemia soprattutto per l'accertamento dello stato di invalidità, Legge104/92 con evidenti impatti a livello sociale. Rispetto all'anno 2019 si è avuta una contrazione del 72% nell'anno 2020 che si è parzialmente recuperata nel 2021 (-48%).

<b>Attività</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Utenti beneficiari vitalizio Legge 210/92	5	5	5
Patenti Co.Me.Lo.	2.380	1.714	1.669
Certificazioni per rilascio patenti	5.984	10	1.044
Certificazioni necroscopiche	680	66	195
Visite collegiali	12	4	2
Visite di idoneità porto d'armi	1.067	18	112
Visite per l'accertamento dello stato di invalidità, Legge104/92 etc.	7.625	2.173	3.978
visite fiscali	-		
Altre certificazioni (certif. Elettorali,adozioni,deambulaz.ridotta)	420		97
Accertamenti Medico Legali richiesti dal giudice di sorveglianza o dal tribunale	-	1	3
ReNCam	1.471		

#### 4. Il Piano della Performance

Dall'anno 2022, ai sensi dell'articolo 6 del DL 80/2021, il Piano della Performance costituirà parte del Piano integrato di attività e organizzazione, il cosiddetto PIAO, che sarà adottato entro il 31 gennaio di ogni anno e avrà durata triennale. Tuttavia il termine di adozione per l'anno in corso è stato prorogato al 30 giugno 2022 ai sensi dell'art.7 del D.L. 36 del 2022.

Il presente Piano della Performance è redatto in attuazione a quanto previsto dal D.lgs. n.150 del 2009 così come modificato dal DLgs 74 del 2017 in materia di trasparenza e integrità della Pubblica Amministrazione. La redazione del Piano rappresenta un'importante occasione di autovalutazione e di miglioramento del proprio modo di agire, costituisce un'opportunità di confronto con i Cittadini e le Istituzioni allo scopo di migliorare le nostre attività e rispondere in modo sempre più adeguato alle attese dei nostri utenti.

Il Piano della Performance costituisce il documento a carattere programmatico attraverso il quale sono definite le performance attese a fronte di obiettivi individuati per le diverse aree strategiche aziendali. Inoltre, attraverso tale Piano si intende esplicitare il legame esistente tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale dell'Azienda e gli obiettivi che la stessa intende perseguire attraverso le proprie articolazioni organizzative.

Il Piano ha lo scopo, quindi anche attraverso l'integrazione con gli altri strumenti di programmazione dell'Azienda, di potenziare il sistema di governo integrato aziendale, favorire la cultura della performance e della valutazione, accrescere il senso di responsabilità e di appartenenza degli operatori dell'Azienda.

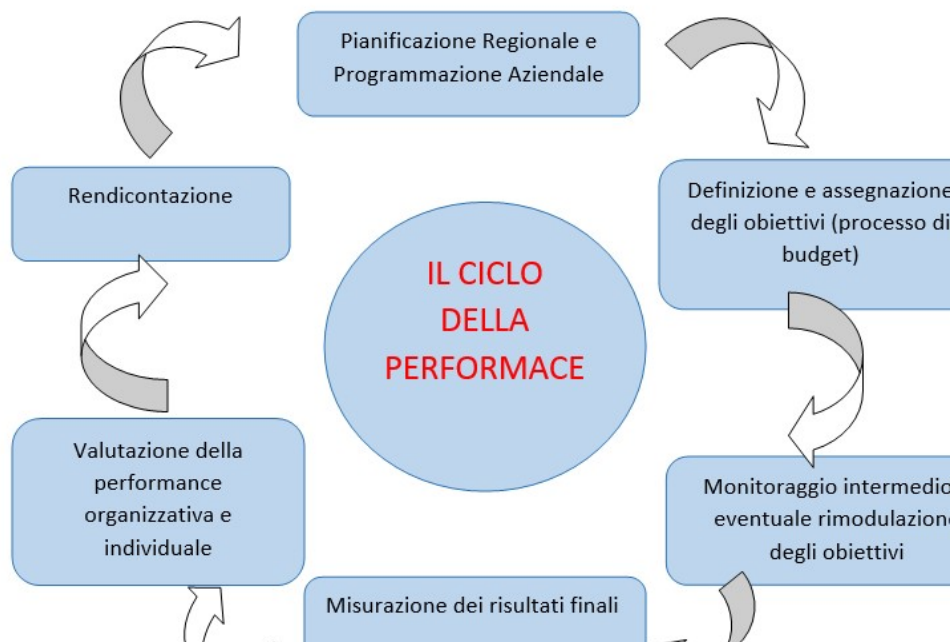
La Direzione Generale proporrà obiettivi di performance organizzativi in linea con il Piano regionale dei servizi sanitari 2022-2024 e con gli obiettivi che la Regione Sardegna ha assegnato ai Direttori Generali delle ASL.

Il documento è composto da una prima parte descrittiva dell'azienda e dell'attività e da una seconda parte in cui sono rappresentati i progetti e gli obiettivi da perseguire.

Il Ciclo della Performance si sviluppa partendo dagli obiettivi strategici nazionali e regionali e dalle esigenze particolari dell'azienda tendenti a migliorare il livello della performance in specifici ambiti. Delineate le direttrici strategiche e le esigenze specifiche da soddisfare, vengono declinati i macro obiettivi aziendali che, unitamente agli obiettivi di risultato e/o processo, verranno assegnati alle articolazioni organizzative mediante un processo di negoziazione (percorso di budget). Il Responsabile della struttura provvede quindi ad assegnare gli obiettivi individuali alla propria équipe. La responsabilizzazione sui risultati si sviluppa quindi su tre livelli: quello aziendale, delle articolazioni organizzative e quello individuale. Periodicamente si provvede alla misurazione dei risultati e alla revisione eventuale degli obiettivi per renderli aderenti alle mutate esigenze e alle eventuali revisioni dei piani o programmi aziendali.

Coerentemente con quanto contenuto nel documento di pianificazione regionale, l'azienda predispone gli atti di programmazione (Programma sanitario annuale e triennale e Bilancio di previsione) avviando il proprio ciclo della performance. Sarà definito quindi il Piano della performance, assegnati gli obiettivi organizzativi e individuali e periodicamente saranno monitorati i risultati intermedi e quindi i risultati finali. Entro il mese di

aprile sarà redatto il Bilancio consuntivo con la Relazione sulla Gestione dell'anno precedente e entro il mese di giugno la Relazione sulla performance.



#### 4. I Progetti e gli Obiettivi nel triennio 2022-2024

Questa Direzione Generale ha deciso di assegnare ad ogni Struttura obiettivi strategici utili al perseguimento di outcome (risultati finali) comuni a tutte le articolazioni organizzative, di riqualificazione dell'offerta assistenziale per garantire la piena assicurazione dei LEA in questo momento di grave crisi emergenziale e di carenza di risorse umane. Gli obiettivi di misurazione dell'attività attraverso indicatori che, seppur inizialmente utili nel raggiungere buoni livelli delle performance individuali e aziendali, sono allo stato attuale non sufficienti. Si è deciso pertanto di investire in progetti di miglioramento continuo della qualità dei servizi e degli standard assistenziali.

Per questo motivo la ASL di Oristano ha deciso di adottare gli strumenti messi a disposizione dalla Giunta Regionale per sopperire momentaneamente alla carenza del personale medico e del comparto sanitario mediante la fruizione di incentivi economici rivolti al personale che vorrà dare il proprio contributo.

Nel mese di marzo infatti è stata adottata la Delibera del direttore generale n. 82 di implementazione di un Piano di recupero delle liste d'attesa con la finalità di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica, conseguente alla diffusione del virus Sars-Cov-2, e di ridurre le liste di attesa, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza dei percorsi di cura mediante lo stanziamento di euro 924.494,62 per la remunerazione di prestazioni aggiuntive del personale che vorrà partecipare a tale obiettivo di recupero.

Allo stesso modo, sempre nel mese di marzo, la Asl di Oristano ha sottoscritto gli accordi integrativi con i dirigenti sindacali di categoria per l'applicazione delle Risorse Aggiuntive Regionali (RAR) previste dalla

legge omnibus e dalla DGR 50/51 del 28.12.2021 per arginare la fuga di medici e infermieri verso gli ospedali di Cagliari e Sassari e per assicurare la copertura di turni di lavoro che rischiano di rimanere scoperti. Tali incentivi economici rivolti al personale sanitario impegnato nei servizi ospedalieri saranno destinati alla realizzazione di specifici progetti a garanzia della continuità dell'assistenza ospedaliera e alla valorizzazione del contributo delle professionalità impegnate nel raggiungimento degli standard organizzativi. Si potrà così trovare una soluzione ai problemi legati alla carenza di personale medico e del comparto, alle conseguenti difficoltà legate a ricoprire i turni notturni e si potrà altresì contare sulla flessibilità del personale a prestare la propria attività lavorativa in caso di assenza di personale non programmata o programmabili

Si ribadisce inoltre che i risultati che questa Azienda vuole perseguire, raggiungibili attraverso gli obiettivi strategici e operativi assegnati, sono riconducibili sia al Progetto di riforma del Servizio Sanitario Regionale dettato dalla LR 24/2022 che al Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-2024 e ai progetti aziendali del Programma Sanitario Aziendale 2022.

Tra gli obiettivi aziendali prioritari vi sono la riorganizzazione delle attività territoriali e il miglioramento dell'efficacia dei servizi che risultano oramai indispensabili.

Per perseguire tali obiettivi, a livello organizzativo si prevede il consolidamento delle funzioni proprie dei Distretti Socio Sanitari riferibili all'individuazione e al governo della domanda della comunità locale e di presa in carico del paziente, garantendo una risposta nel livello più appropriato. Il ruolo che il Direttore del Distretto assumerà, nel governo della domanda e della risposta più appropriata nell'erogazione dei servizi a livello locale, è strategico e contribuirà nel progetto di individuazione e implementazione di forme organizzative più funzionali ai bisogni di cura della comunità. Una corretta presa in carico del paziente, soprattutto "fragile", deve seguire anche logiche di integrazione sociosanitarie e spesso di supporto alla famiglia. Questo nuovo modo di intendere l'assistenza necessita sicuramente di sforzi e cambiamenti culturali e organizzativi da costruire nel tempo.

Una piena comprensione dei fenomeni epidemiologici è alla base di un efficace processo decisionale in quanto strumento per una percezione corretta delle necessità assistenziali. Altrettanto importante risulta essere la capacità di raccogliere, correlare ed elaborare le informazioni in nostro possesso per conoscere e comprendere i fenomeni sanitari. Risulta infine necessario contabilizzare al meglio e monitorare le attività che interessano i diversi livelli assistenziali per comprendere ove le risorse sono consumate e individuare le inefficienze in rapporto alle attività svolte.

Per quanto riguarda l'attuale modello organizzativo ospedaliero, la logica che guida attualmente l'erogazione delle prestazioni ospedaliere e l'organizzazione delle attività è una logica di ospedale di rete ove tutti gli ospedali aziendali si trasformano in strutture flessibili che garantiscono prestazioni sia con l'utilizzo di risorse dedicate stabilmente sia con risorse disponibili nella rete aziendale. Non appena possibile si potranno riprendere le attività a minore complessità erogate nei presidi ospedalieri periferici (medio-bassa intensità di cura e le attività programmate di day hospital, day surgery, day service, week hospital). Le attività di più ampia utilità per la popolazione locale in termini di risposta ai bisogni assistenziali del territorio, quale ad esempio la chirurgia polispecialistica che si potrà riprendere nei due presidi ospedalieri di Bosa e di Ghilarza,

potrebbero tendere alla conduzione di un governo dell'offerta più efficiente ma anche più efficace in termini di qualità delle prestazioni erogate.

Anche in funzione del nuovo ruolo che potrà assumere il Presidio Ospedaliero di Oristano nella nuova rete di Emergenza (DEA di I livello), sarà necessario proseguire nel progetto di qualificazione delle attività esistenti e prevedere l'attivazione di nuove specialità di branca medica e chirurgica, con l'attivazione dei relativi posti letto così come disposto dalla nuova rete ospedaliera e secondo quelli che saranno gli indirizzi regionali.

Si dovrà altresì proseguire ad improntare l'attività in termini di appropriatezza, sia prevedendo uno sviluppo maggiore dei ricoveri diurni, soprattutto di tipo chirurgico, che proponendo una conversione di un numero maggiore di ricoveri in DH verso forme ambulatoriali. Nonostante il buon risultato ottenuto negli anni, sarà difficile aumentare la deospedalizzazione in quanto la nostra provincia è povera di strutture residenziali territoriali ed è scarsa la dotazione di posti letto per post acuti che potrebbero essere incrementati con l'implementazione della nuova rete ospedaliera.

Risulta inoltre indispensabile proseguire e migliorare il lavoro intrapreso in questi ultimi anni per assicurare la continuità assistenziale e la definizione dei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione in un'ottica di integrazione ospedale territorio mediante l'integrazione tra Dipartimenti Aziendali e Distretti Socio Sanitari. A tale scopo, iniziando dai presidi di Bosa e di Ghilarza, sarà utile provvedere a creare una forte integrazione tra attività ospedaliera e attività territoriale anche dislocando logisticamente le Case della Comunità nello stesso plesso in modo tale da garantire la collaborazione tra professionisti, finalizzata al miglioramento qualitativo del servizio, e ridurre al minimo il disagio per l'utente nel suo percorso di cura. Altro intervento necessario riguarderà l'istituzione degli Ospedali di Comunità che offriranno risposte territoriali ai bisogni complessi, sociali e sanitari di continuità assistenziale principalmente dei soggetti anziani e/o fragili.

Per questi motivi, in linea con i dettami della riforma di cui alla LR 24/2020 e del Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-2024, tra i diversi obiettivi il potenziamento dell'assistenza territoriale è da considerarsi prioritario e maggiormente impegnativo per la difficoltà di far decollare i nuovi modelli organizzativi della medicina del territorio in un contesto in cui si tende a privilegiare l'assistenza in ospedale.

Gli obiettivi Aziendali nel suo primo anno di attività saranno incentrati inoltre sull'espletamento degli adempimenti collegati alla nascita della nuova ASL di Oristano, alla riorganizzazione aziendale anche a seguito dell'approvazione del nuovo atto aziendale, e all'implementazione dei progetti legati alla riforma del Servizio sanitario regionale in atto, nonché al Patto per la Salute 2019-2021 e ai progetti indicati nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR missione 6 salute).

Proseguiranno poi le azioni di contrasto allo sviluppo della pandemia da Covid 19 che in maniera dinamica assume scenari sempre diversi e imprevedibili e continua ad assorbire notevoli risorse sia economiche che umane.

Pertanto, nel rispetto della LR 24/2020 e del Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-2024, è intenzione di questa Direzione portare a compimento nel triennio 2022-2024, sentita la Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria, i progetti di seguito illustrati.

- *la costruzione del nuovo modello organizzativo della nascente ASL di Oristano, nel rispetto degli indirizzi regionali e a seguito dell'adozione dell'atto aziendale, nonché la costruzione di modelli di raccordo con le strutture dell'Azienda regionale della salute (ARES) che svolge, per conto di tutte le aziende sanitarie pubbliche regionali, le funzioni di cui all'art. 3 comma 3 della LR 24/2020;*
- *lo sviluppo di progetti per l'utilizzo della telemedicina, l'ammodernamento delle tecnologie e la tenuta di un'efficace sistema informativo anche nel rispetto dei progetti contenuti nel PNRR missione 6 salute, quali strumenti a supporto di una medicina in rete;*
- *l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) nei contesti più prossimi alla comunità, quale snodo per il coordinamento degli interventi sanitari e socio sanitari e la continuità dell'assistenza, per favorire la vera presa in carico del paziente in relazione al diverso tipo di bisogno;*
- *il potenziamento di forme di assistenza alternative al ricovero, in particolare delle cure domiciliari integrate e delle cure palliative in stretto raccordo con le programmazioni locali sociali e socio sanitarie dei PLUS;*
- *l'avvio delle nuove Case della Comunità e il potenziamento di quelle esistenti quale luogo di prevenzione e promozione della salute per una risposta immediata ai bisogni di salute e ai bisogni di tipo sociale per la popolazione di riferimento;*
- *la nascita degli Ospedali di Comunità per garantire risposte tempestive, efficaci ed integrate, di fronte a bisogni complessi, sociali e sanitari di continuità assistenziale, principalmente dei soggetti anziani fragili, utili anche per arginare i ricoveri ospedalieri inappropriati;*
- *la riqualificazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale anche finalizzata alla riduzione delle liste d'attesa per garantire l'erogazione delle prestazioni in tempi adeguati alle necessità cliniche del paziente;*
- *la riorganizzazione della rete delle strutture territoriali per la salute mentale e le dipendenze per arginare l'elevata incidenza delle patologie legate al disturbo mentale e alle dipendenze da sostanze e non sostanze d'abuso, con l'implementazione di azioni di prevenzione primaria, anche mediante la costruzione di reti interistituzionali;*
- *lo sviluppo del Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 così come previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 e dal Piano Regionale di Prevenzione (Delibera di Giunta Regionale n. 50/46 del 28.12.2021) e il rafforzamento dei rapporti di collaborazione con i Distretti Socio Sanitari nei progetti di Prevenzione.*



## 4.1 I progetti

*4.1.1 La costruzione del nuovo modello organizzativo della nascente ASL di Oristano, nel rispetto degli indirizzi regionali e a seguito dell'adozione dell'atto aziendale, nonché la costruzione di modelli di raccordo con le strutture dell'Azienda regionale della salute (ARES) che svolge, per conto di tutte le aziende sanitarie pubbliche regionali, le funzioni di cui all'art. 3 comma 3 della LR 24/2020*

La Legge Regionale n. 24 del 11.09.2020, di riforma del Sistema Sanitario della Regione Sardegna, ha disposto che mediante scorporo della Azienda per la Tutela della Salute siano costituite l'Azienda Regionale della Salute Ares e n. 8 Aziende Socio Sanitarie Locali ASL, tra cui l'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 5 di Oristano. Con Delibera della G.R. n. 46/28 del 25.11.2021 è stata costituita l'Azienda socio-sanitaria locale (ASL) n.5 di Oristano a far data dal 01.01.2022 ed è stata individuata la sua sede legale nella via Carducci 35 di Oristano.

Nel rispetto dell'art.9 della citata LR n. 24 del 2020 la ASL assicurerà, attraverso servizi direttamente gestiti, l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera. Sempre l'art.9 rimanda all'atto aziendale la disciplina dell'organizzazione e il suo funzionamento.

L'atto Aziendale sarà adottato entro sessanta giorni dall'emanazione degli indirizzi approvati dalla Giunta regionale e conterrà l'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda, individuando in particolare le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale e le competenze dei relativi responsabili. Il modello organizzativo sarà dipartimentale con precisi compiti e responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto socio-sanitario.

In attesa degli indirizzi della Giunta Regionale che permettono l'adozione dell'atto aziendale ci si rifarà a quanto contenuto nella Delibera di Giunta Regionale n. 36/47 del 31/08/2021 che delinea un piano preliminare regionale di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari, con compiti e funzione delle costituenti Aziende (ARES, ASL, AREUS, ARNAS, AOU e Istituto Zooprofilattico).

Sarà necessario definire con precisione e disciplinare i giusti raccordi soprattutto con l'Azienda regionale della salute (ARES) che ha un ruolo di supporto alla produzione dei servizi sanitari e socio-sanitari delle ASL, prevedendo la centralizzazione di diverse funzioni quali ad esempio quella di Centrale di Committenza per l'acquisto di beni e servizi sanitari e non sanitari, la gestione della committenza inerente l'acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da privati, la gestione delle procedure di selezione e concorso del personale e la correlata gestione delle competenze economiche e della situazione contributiva e previdenziale, nonché la gestione degli aspetti economici e giuridici del personale convenzionato, così come declinati nell'art.3 comma 3 della LR 24/2020.

La ASL avendo una propria personalità giuridica pubblica e una autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione, dovrà nell'immediato dotarsi di un proprio bilancio, ricostituire il proprio patrimonio e la propria dotazione organica. Successivamente alla nomina del Direttore Generale,

oltre alla nomina dei Direttori Amministrativo e Sanitario, saranno nominati gli altri organi della ASL e cioè il Collegio Sindacale e il Collegio di Direzione e dovranno poi essere costituiti i Dipartimenti con i loro organi.

Per ottenere una piena funzionalità organizzativa e gestionale sarà necessario dedicare l'anno 2022 agli adempimenti appena descritti.

#### *4.1.2 Lo sviluppo di progetti per l'utilizzo della telemedicina, l'ammmodernamento delle tecnologie e la tenuta di un efficace sistema informativo anche nel rispetto dei progetti contenuti ne PNRR missione 6 salute, quali strumenti a supporto di una medicina in rete*

Per la soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione non si può più prescindere dallo sviluppo di modelli in rete dove i diversi soggetti, che in maniera trasversale intervengono sulla cura del paziente, operano appunto in stretta connessione. Alla luce di tali nuovi modelli è necessario rivedere anche gli strumenti che possono supportare tale organizzazione e consentire la collaborazione di diverse figure professionali nel percorso di cura del paziente. A supporto di tali esigenze interviene il progresso tecnologico che ha permesso di sviluppare una sanità digitale sempre più avanzata.

E' oggi possibile superare gli ostacoli della distanza e compresenza dei diversi professionisti nello studio di un caso clinico con la Telemedicina (teleradiologia, teleconsulto, televisita, teleassistenza domiciliare, telecardiologia, telepatologia, telerabilitazione, ecc.) il cui utilizzo è raccomandato dalla Conferenza Stato Regioni del 17.12.2020. Può essere importante il suo impiego per il monitoraggio a distanza di alcuni parametri dei pazienti affetti da patologie croniche e per gestire la continuità delle cure a distanza. Sicuramente sarà necessario intervenire per disciplinare al meglio queste nuove forme di assistenza anche nel caso di pazienti con pluripatologie ove è necessario l'intervento di più professionisti, comportando pertanto una rivisitazione dei protocolli e nelle procedure attualmente adottati. La realizzazione di alcuni progetti pilota, magari supportati da un coordinamento a livello regionale, permetterebbero di ottenere degli standard a cui fare riferimento e da cui partire per lo sviluppo di ulteriori modelli.

Anche il Piano Nazionale della Corricità suggerisce l'impiego delle tecnologie della sanità digitale e lo sviluppo di modelli di assistenza. Inoltre la missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede ingenti investimenti nell'intervento legato a "costruzione di reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria".

L'avviato progetto del fascicolo sanitario elettronico è un altro tassello che, rendendo disponibili le informazioni di salute dell'assistito, può insieme alla cartella clinica elettronica ricostruire la storia clinica del paziente e agevolare il più ampio progetto di sviluppo della sanità digitale.

Il FSE infatti contiene, in formato digitale, gran parte delle informazioni di tipo sanitario e sociosanitario riguardanti l'assistito che permettono e facilitano l'integrazione tra i diversi professionisti sanitari nel dare assistenza al paziente. Avviato il progetto è ora necessario mantenere un buon livello di diffusione e utilizzo ma anche proseguire nella sua continua alimentazione con tutti i dati e documenti digitali che possono riguardare l'assistito.

Il citato Accordo Stato-Regioni, del 17 dicembre 2020, contenente le “Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina”, individua i seguenti elementi e standard necessari per poter erogare prestazioni sanitarie a distanza:

- rete di collegamento sempre disponibile tra medici e pazienti;
- portale web dedicato, a cui i medici accedono con il proprio account per gestire i pazienti assegnati;
- accesso alla pagina web da computer o tablet o smartphone per i sanitari;
- login per i pazienti semplice che devono poter accedere con un loro account con verifica dell'identità;
- compatibilità con il GDPR per il trattamento dei dati personali;
- la persona si connette alla rete internet con gli strumenti digitali che ha a disposizione (computer, tablet, smartphone);
- certificazione dell'hardware e/o del software, come dispositivo medico, idonea alla tipologia di prestazione che si intende effettuare in telemedicina.

E' disposto inoltre che tutti i trasferimenti di voce, video, immagini, files devono essere crittografati e devono rispettare le vigenti normative di privacy e sicurezza.

Nel triennio, la realizzazione di alcuni progetti pilota, magari supportati da una adeguata formazione e coordinamento a livello regionale, permetterebbero di ottenere degli standard a cui fare riferimento e da cui partire per lo sviluppo di ulteriori modelli. Nel frattempo si potrebbe aderire ai progetti avviati da ATS Sardegna nell'ambito dei progetti del piano di sperimentazione «quick-win» sulle tre principali patologie (BPCO, Scemenso Cardiaco, Diabetologia).

Tra i progetti avviati in questo anno 2022 alla Asl di Oristano e che potrà essere esteso e perfezionato nel corso di questo triennio si ricorda quello della telegestione nella diagnosi per immagini in condizioni d'urgenza. Tale procedura permette di effettuare la diagnosi di un esame radiologico a distanza, grazie all'utilizzo di un sistema di telegestione che permette di abbattere la distanza fisica fra il paziente e il medico radiologo e consente di avere un referto sicuro e attendibile in tempo reale. Il modello è quello dell'*hub and spoke*; un ospedale di riferimento, nel quale opera il radiologo, collegato in tempo reale per la teleriferazione d'urgenza con gli altri stabilimenti ospedalieri del territorio che, nel nostro caso, si declina nel rapporto fra gli ospedali di Oristano con Ghilarza e Bosa. Altri ambiti di applicazione della teleradiologia, codificati nella procedura, sono il teleconsulto e la teleconsulenza. Il primo permette a più medici, fisicamente distanti, di comunicare tra loro attraverso un network informatico per definire la diagnosi di un caso e programmare la terapia. La seconda è invece una prestazione professionale richiesta da un medico per avere un parere qualificato su un caso di particolare rilevanza o di difficile diagnosi. Quello della telegestione nella diagnostica per immagini è il primo passo compiuto verso la telemedicina: la procedura recentemente approvata farà da apripista ad altri ambiti, come la cardiologia o la diabetologia, nei quali l'utilizzo delle nuove tecnologie potrà rivelarsi altrettanto prezioso

*4.1.3 L'implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) nei contesti più prossimi alla comunità, quale snodo per il coordinamento degli interventi sanitari e socio sanitari e la continuità dell'assistenza, per favorire la vera presa in carico del paziente in relazione al diverso tipo di bisogno*

Gli ambiti di intervento del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) della missione 6 salute sono i seguenti:

- reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;
- innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario.

Secondo quanto contenuto nel decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 06.08.2021 di assegnazione delle risorse finanziarie per lo sviluppo del PNRR, entro il primo semestre 2022 dovrà essere ridefinito il nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale mediante l'investimento di ingenti risorse riferiti a:

- Case della Comunità e presa in carico della persona;
- Casa come primo luogo di cura e telemedicina;
- Casa come primo luogo di cura e ADI (assistenza domiciliare integrata);
- Implementazione delle COT (Centrali Operative Territoriali);
- Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici;
- Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

Tutti investimenti evidentemente rivolti al potenziamento dell'assistenza territoriale. Dovremo quindi attrezzarci per sviluppare altrettanti progetti locali anche in considerazione delle direttive regionali che saranno presto diramate.

Il PNRR si propone di attivare una Centrale Operativa Territoriale (COT) in ogni distretto o comunque ogni 100.000 residenti, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza per una presa in carico unitaria socio-sanitaria delle segnalazioni non urgenti di assistiti fragili a livello distrettuale mediante una valutazione multidimensionale. Si rafforza così la funzione di coordinamento e integrazione della rete dei servizi locali gestita dai distretti sanitari per garantire i LEA. L'accesso alle COT per l'utente è garantito da una centrale telefonica remota col numero unico europeo 116117, a disposizione della popolazione per chiamate non urgenti per ottenere sia informazioni brevi sui servizi sanitari e sia il trasferimento di chiamata alla guardia medica o se necessario alla centrale operativa del 112. La COT riferisce la segnalazione pervenuta in tempo reale direttamente ai MMG, all'ADI o ai Servizi Sociali Comunali piuttosto che alle Case della Comunità più prossime all'utente per una immediata presa in carico. Anche le strutture territoriali di ricovero (RSA, Hospice, Strutture di Riabilitazione residenziale, Case Protette, Ospedali di Comunità) sono integrate con le

COT che possiedono le informazioni circa la disponibilità di posti letto per facilitare e velocizzare il processo di ricovero in struttura, piuttosto che organizzare la dimissione a domicilio.

Per la Provincia di Oristano il Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-24 prevede l'attivazione di 2 COT, anche grazie alle risorse nazionali e regionali dedicate (investimento 1.2 del PNRR missione 6 componente 1); una nel comune di Oristano e una nel comune di Ghilarza. E' prevista inoltre una ulteriore COT nel comune di Ales (finanziamenti FESR).

Insieme agli operatori coinvolti sarà utile ipotizzare un progetto di sviluppo delle COT per ogni Distretto Socio Sanitario che dovrà essere realizzato in coerenza con le disposizioni per l'attivazione del numero unico europeo per le cure mediche non urgenti 116117 e individuando le principali funzioni e le relazioni con i servizi aziendali e interaziendali coinvolti.

#### *4.1.4 Il potenziamento di forme di assistenza alternative al ricovero, in particolare delle cure domiciliari integrate e delle cure palliative in stretto raccordo con le programmazioni locali sociali e socio sanitarie dei PLUS*

Nei tre Distretti di Oristano, Ales-Terralba e Ghilarza-Bosa sono operative le attività di cura domiciliare integrata (ADI), rivolte a persone di ogni età non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità, tesa essenzialmente, attraverso trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità di vita quotidiana dei pazienti. Si sta cercando inoltre con difficoltà di potenziare le prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato.

Altro ambito di sviluppo negli anni ha riguardato il potenziamento delle cure Palliative e delle Cure Domiciliari Integrate di 3° livello

Negli ultimi anni si è lavorato per potenziare e sviluppare le attività svolte dalla Rete delle Cure Palliative della ASL di Oristano rivolta a particolari pazienti fragili e alle loro famiglie e all'attivazione di un Hospice quale luogo d'accoglienza e ricovero temporaneo extraospedaliero.

Le cure palliative sono l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici. La particolare fragilità dei pazienti e delle loro famiglie nelle varie fasi di tali malattie, richiede un approccio multidimensionale dell'assistenza che riguarda lo stato funzionale, psichico, sociale e in particolare la percezione del proprio stato di salute. Pertanto sono coinvolti in equipe diversi servizi: distrettuali (Assistenza MMG e PLS compresa la Continuità Assistenziale, Assistenza specialistica, Assistenza infermieristica, Assistenza protesica, Assistenza sociale, Assistenza spirituale, Volontariato); ospedalieri (ricoveri ordinari e DH) e residenziali (posti letto di Hospice, RSA).

Nel rispetto delle linee guida nazionali e regionali è stato definito in Azienda un modello di Rete delle Cure Palliative ove per rete aziendale si intende l'insieme delle prestazioni che garantiscono l'accoglienza, la valutazione del bisogno e l'avvio e realizzazione di un percorso di cure palliative.

La Rete è composta da differenti modalità assistenziali

- ✓ cure Domiciliari,
- ✓ ambulatori delle cure palliative,
- ✓ il ricovero in Hospice o in RSA (con posti letto accreditati per pazienti terminali),
- ✓ il ricovero ospedaliero in regime ordinario o diurno.

L'inizio delle attività di Cure Domiciliari Palliative è avvenuto nel giugno 2015 nel Distretto di Oristano con la presa in carico del primo paziente e con la riunione della prima équipe di cure palliative. Si è poi proseguito con le attività anche nei Distretti di Ales-Terralba e Bosa-Ghilarza. L'équipe di Cure Palliative (organizzazione funzionale dei tre Distretti sociosanitari, nell'ambito della Unità Operativa Cure Domiciliari Integrate del Distretto sociosanitario), adeguatamente formata, si ispira al principio della presa in carico globale della persona portatrice di bisogni sociosanitari complessi e presuppone un passaggio dalla visione specialistica alla visione olistica della persona nelle sue diverse dimensioni e funzioni, per passare dal concetto di cura della malattia a quello del "prendersi cura", nel senso di farsi carico dell'assistito nella sua unitarietà e globalità.

L'altro elemento importante della rete è l'Hospice.

L'Hospice è un luogo d'accoglienza e ricovero temporaneo, nel quale il paziente viene accompagnato nelle ultime fasi della sua vita con un appropriato sostegno medico, psicologico e spirituale affinché le viva con dignità nel modo meno traumatico e doloroso possibile. E' inteso come una sorta di prolungamento e integrazione della propria dimora e include anche il sostegno psicologico e sociale delle persone che sono legate al paziente. Si può parlare dell'hospice come di un approccio sanitario che va oltre all'aspetto puramente medico della cura, intesa non tanto come finalizzata alla guarigione fisica ma letteralmente al "prendersi cura".

La struttura è stata realizzata dal Comune di Oristano nella città capoluogo con fondi comunali su un terreno di proprietà della ASL di Oristano. Per il funzionamento della struttura, che può ospitare 8 pazienti, è indispensabile prevedere una dotazione organica minima, nel rispetto degli standard organizzativi per l'accreditamento, composta da 3 medici, 10 infermieri, 6 OSS, oltre alla presenza di altre figure necessarie al funzionamento del servizio che potrebbero essere garantite mediante l'impiego di progetti specifici dedicati.

In questi anni di emergenza legata alla pandemia le attività riferibili alle cure domiciliari e palliative, non si sono mai interrotte anche se hanno subito una drastica riduzione in termini di risorse umane dedicate e quindi di attività, fortunatamente quest'ultima in misura più contenuta.

L'erogazione delle Cure Palliative attraverso gli ambulatori è attiva nei presidi ospedalieri di Oristano, Bosa e Ghilarza e nei comuni di Ales e Terralba. Tuttavia l'attuale situazione di sofferenza nella dotazione organica del personale medico ha interrotto o depotenziato diverse attività della rete.

L'esperienza maturata in questi due anni di pandemia ha evidenziato la necessità di rafforzare i servizi sul territorio, e in questo senso le cure domiciliari rappresentano un tassello importante che può migliorare il servizio offerto anche con l'ausilio della telemedicina. In raccordo con il Punto Unico di Accesso e a seguito della valutazione del caso, la UVT specializzata per le cure domiciliari e palliative, elabora un'offerta di servizi all'assistito, attraverso la redazione del Progetto assistenziale personalizzato (PAI) che, a seconda del bisogno di cura individuato dalla UVT, attiva il servizio di CDI-CPD. L'integrazione funzionale tra l'assistenza domiciliare con gli altri servizi assistenziali distrettuali avverrà, secondo il disegno del nuovo modello assistenziale, grazie al coordinamento e raccordo delle COT.

L'obiettivo entro il 2026, così come indicato anche nelle Raccomandazioni della Commissione Europea del 2019 e ribadito nel PNRR, è quello aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare portandolo al 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

E' intendimento di questa Direzione ristrutturare le attività delle cure domiciliari e della rete più in generale, prevedendo la ricollocazione del personale necessario dedicato alle attività delle cure domiciliari e palliative per assicurare un incremento della presa in carico della popolazione soprattutto anziana.

#### *4.1.5 L'avvio delle nuove Case della Comunità e il potenziamento di quelle esistenti quale luogo di prevenzione e promozione della salute per una risposta immediata ai bisogni di salute e ai bisogni di tipo sociale per la popolazione di riferimento*

Il potenziamento del sistema di offerta territoriale prevede anche la ricollocazione delle risorse nelle Case della Comunità, concepite quale ambito nel quale il paziente sarà accolto e orientato nel giusto percorso assistenziale; al suo interno sarà infatti collocato, tra gli altri, la Centrale Operativa Territoriale (COT) e il punto unico di accesso (PUA). Tale modello organizzativo permetterà di perseguire il coordinamento e l'integrazione delle attività sanitarie e sociali, permetterà inoltre la creazione di un percorso di cura meno complesso per il paziente rispetto al passato, per via della presenza in loco di più specialisti (MMG/PLS, medici di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali di varie branche, servizi di diagnostica, in alcuni casi medici ospedalieri, infermieri, terapisti della riabilitazione ecc.). Questo ambito potrà essere "sfruttato" per perseguire al meglio lo sviluppo dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, quantomeno per le patologie croniche e quelle più frequenti quali quelle cardiovascolari, endocrinologiche, oncologiche e pneumologiche. Sarà inoltre sede dei servizi sociali per rafforzare la loro integrazione con i servizi sanitari assistenziali, e dei servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari.

L'art. 44.2 della LR 24/2020 individua tra gli obiettivi della Casa della Salute/Comunità i seguenti:

- appropriatezza delle prestazioni attraverso percorsi diagnostici-terapeutici e assistenziali, presa in carico globale e orientamento di pazienti e famiglie;

- riconoscibilità e accessibilità dei servizi;
- unitarietà e integrazione dei servizi sanitari e sociali;
- semplificazione nell'accesso ai servizi integrati.

Al comma 3 lett. c) dispone inoltre che, tra le altre, le Case della Comunità svolgono funzioni di promozione del *“lavoro di equipe tra le varie figure professionali: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e dell'emergenza territoriale, specialisti ambulatoriali, personale sanitario e socio-sanitario e tecnico-amministrativo, operatori sociali”*.

Nel PNRR sono stati stanziati 2 miliardi di euro per l'attivazione di 1288 Case della Comunità. Si può ipotizzare di indirizzare gli investimenti per lo più su interventi di tipo strutturale, all'acquisto di infrastrutture tecnologiche e arredi e nell'impiego di maggiori risorse umane; sarà infatti necessaria una rivisitazione del modello organizzativo più funzionale per consentire l'erogazione di tutte le attività previste rispetto al vecchio modello di erogazione dei servizi.

La ASL di Oristano ha già portato avanti negli anni un progetto di sviluppo delle attività tipiche di una Casa della Comunità, nella Casa della Salute attivata a Bosa. Tale progetto prevedeva la creazione di un ambulatorio integrato dove lavorano, fianco a fianco, medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali, medici di continuità assistenziale (guardie mediche). Collocato al piano terra dell'Ospedale Mastino, ha lo scopo di realizzare una sorta di “filiera della salute” a cui il paziente può rivolgersi per le più diverse necessità, dalla visita generica all'esame specialistico. Un duplice vantaggio per il cittadino, che troverà concentrati professionalità e prestazioni in un unico punto e potrà ricevere una risposta alle proprie esigenze non solo negli orari di apertura dell'ambulatorio del proprio medico di famiglia, ma in un arco temporale più esteso. Il progetto prevedeva l'attivazione di un modello di integrazione ospedale-territorio teso a integrare fortemente i servizi sanitari del territorio e quelli ospedalieri, al fine di rispondere, in maniera ottimale e appropriata, alla domanda di salute dei cittadini.

Nella Provincia di Oristano sono attualmente attive due Case della Salute / Comunità, una a Bosa (spoke) e una a Laconi (spoke).

Il Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-24 prevede l'attivazione delle Case della Comunità nei seguenti comuni del territorio provinciale:

- Ales (spoke con fondi SNAI)
- Terralba (hub – finanziamento PAC).

Inoltre mediante i finanziamenti del PNRR (missione 6 componente 1 investimento 1.1) la Regione Sardegna intende attivare nella nostra provincia ulteriori 5 case della Comunità:

- Oristano
- Tramatzza
- Samugheo



- Ghilarza
- Santulussurgiu

E' intenzione di questa Direzione riprendere e sviluppare il progetto in essere a Bosa e implementare nuovi modelli.

Nel progetto di sviluppo delle Case della Comunità della provincia di Oristano saranno individuati i Servizi minimi da garantire all'interno delle singole Case della Comunità in relazione al dimensionamento delle stesse. Sarà delineato altresì il modello organizzativo, all'interno della rete, del sistema integrato dei servizi da offrire, individuando compiti, responsabilità, relazioni cliniche e organizzative e percorsi per l'erogazione di un servizio efficiente e di qualità, nonché le interfacce con gli altri servizi aziendali e quindi con gli altri Dipartimenti.

Appare utile inoltre definire strumenti di monitoraggio in grado di stabilire se e in quale misura gli obiettivi primari possono essere soddisfatti (obiettivi primari di: accoglienza, valutazione del bisogno e orientamento ai servizi; di assicurazione della continuità assistenziale per piccole urgenze ambulatoriali finalizzate alla riduzione degli accessi in pronto soccorso o i ricoveri impropri; garantire la gestione integrata delle patologie croniche a più elevata prevalenza quali diabete, scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, patologie psichiatriche minori).

#### *4.1.6 La nascita degli Ospedali di Comunità per garantire risposte tempestive, efficaci ed integrate, di fronte a bisogni complessi, sociali e sanitari di continuità assistenziale, principalmente dei soggetti anziani fragili utili anche per arginare i ricoveri ospedalieri inappropriati*

Altro importante progetto di qualificazione dell'assistenza territoriale riguarda l'implementazione dell'assistenza intermedia attraverso gli Ospedali di Comunità. L'avvio di tale forma assistenziale presente nel disegno di riforma regionale in atto (art. 45, comma 1 della LR 24/2020), è presente altresì nel PNRR mediante l'investimento di 1 miliardo di euro per la realizzazione di 381 Ospedali di Comunità entro il 2026 e per il quale è previsto un incremento strutturale delle dotazioni organiche.

Tale forma di assistenza territoriale, che rappresenta una struttura intermedia tra le Case della Comunità e gli ospedali, è finalizzata a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera e a favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti. Si riferisce a ricoveri temporanei che offrono risposte tempestive, efficaci ed integrate, di fronte a bisogni complessi, sociali e sanitari di continuità assistenziale, principalmente dei soggetti anziani fragili. L'attivazione di tali strutture residenziali extraospedaliere ad elevata valenza sanitaria a gestione prevalentemente infermieristica, potrà favorire la prevenzione dei ricoveri non necessari e/o impropri e anticipare i tempi di dimissione dagli ospedali per acuti

attraverso percorsi che facilitano la transizione dei pazienti dall'ospedale al domicilio. Notevole importanza per la riuscita del progetto è il ruolo di coordinamento che dovrà assumere la COT.

La consapevolezza della necessità di tali forme di assistenza è rafforzata dal verificarsi di una spesa storica per l'inserimento di pazienti in strutture sanitarie residenziali, oltre il tetto di spesa assegnato per gli inserimenti nelle RSA e nelle strutture residenziali di riabilitazione. Gli inserimenti nelle RSA inoltre da sempre hanno riguardato in misura notevole pazienti ad alta e altissima intensità assistenziale.

La LR 24/2020 sempre all'art. 45 prevede che le istituende Aziende socio-sanitarie locali debbano 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".

Per il territorio provinciale di Oristano il Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-24 prevede l'attivazione di due Ospedali di Comunità a Bosa e a Ghilarza da finanziare con i fondi del PNRR (missione 6 componente 1 investimento 1.3). Tali Ospedali sono previsti anche nella Rete Ospedaliera adottata dalla Giunta Regionale (delibera n. 6/15 del 02.02.2016) e approvata dal Consiglio Regionale in data 25.10.2017. E' prevista inoltre l'attivazione di un ulteriore Ospedale di Comunità nel comune di Ales.

In linea con la programmazione regionale il progetto aziendale prevede la realizzazione degli Ospedali di Comunità a Bosa e a Ghilarza con la possibilità di una copertura del servizio anche nel Distretto di Ales Terralba, pur nella consapevolezza che la previsione di tale servizio anche nel Distretto di Oristano si rivelerebbe altrettanto importante. Logisticamente i plessi di Bosa e Ghilarza si rivelano ottimali sia per la presenza dei servizi di diagnostica, sia per la presenza dei professionisti specialisti ambulatoriali e ospedalieri che potrebbero assicurare attività di consulenza, e infine sarà possibile una ottimizzazione dell'impiego del personale infermieristico che opera nei reparti.

#### *4.1.7 La riqualificazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale anche finalizzata alla riduzione delle liste d'attesa per garantire l'erogazione delle prestazioni in tempi adeguati alle necessità cliniche del paziente*

L'art. 1 della legge di riforma sanitaria n. 24 del 11.09.2020 dispone che venga garantita la progressiva riduzione dei tempi di attesa nell'accesso alle prestazioni sanitarie. A tal proposito, la Regione Sardegna ha definito le principali linee di intervento in materia di gestione dei tempi e delle liste di attesa con il Piano Regionale di Governo delle Liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021, approvato con la deliberazione di Giunta regionale n. 62/24 del 04.12.2020 e redatto secondo quanto previsto dal Piano Nazionale del Governo delle Liste di attesa (PNGLA).

Già in precedenza, prima dell'avvento della pandemia da coronavirus, a seguito della delibera DGR 19/42 del 17/04/2018 "Linee di indirizzo per la gestione delle Liste di Attesa" e DGR 59/5 del 04/12/2018 "Liste d'attesa. Definizione dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) e degli ambiti territoriali", nella nostra

Azienda sono state svolte una serie di azioni finalizzate alla ristrutturazione delle agende a CUP secondo le indicazioni contenute nelle suddette delibere.

Le agende sono state rimodulate con la distinzione tra primo e secondo accesso e con le fasce dedicate alle classi di priorità (esclusivamente per il primo accesso) e si è provveduto alla creazione di Agende per i controlli a gestione esclusiva (dove necessario).

Sulla base delle corrette indicazioni cliniche, le classi di priorità rappresentano un valido strumento per assegnare il corretto tempo di accesso alle prestazioni sanitarie.

Codice di priorità	Tempo massimo di attesa
<b>U (Urgente)</b>	Da eseguire nel più breve tempo possibile e comunque entro 72 ore
<b>B (Breve)</b>	Da eseguire entro 10 giorni
<b>D (Differibile)</b>	Da eseguire entro 30 giorni se prima visita specialistica
	Da eseguire entro 60 giorni se primo esame di diagnostica strumentale
<b>P (Programmata)</b>	Da eseguire entro 120 giorni

Gli accessi successivi, *follow up* e visite di controllo, le prestazioni erogate nell'ambito della prevenzione attiva (*screening*), le prestazioni erogate nei consultori e in contesti assistenziali diversi, sono gestiti separatamente dai primi accessi,

La stratificazione delle agende, è stata accompagnata da incontri per la pianificazione con i Responsabili di Struttura o di Branca per la condivisione delle attività da svolgere e trovare la giusta soluzione per l'implementazione della nuova struttura che si doveva conciliare con la preesistente.

Nel contempo si è provveduto a formare/affiancare i Dirigenti Medici e il personale dedicato per l'utilizzo corretto delle procedure (CCA/E-prescription) affinché le visite di controllo (come previsto dai RAO e dal PNGLA) venissero prescritte e prenotate dallo stesso Specialista.

Si è lavorato pertanto nel presidiare i tre fronti sotto elencati utili ad un governo della domanda:

- utilizzo sistematico delle classi di priorità, sulla base delle corrette indicazioni cliniche;
- presenza del quesito diagnostico;
- corretta indicazione dei primi accessi e degli accessi successivi.

Sia sul fronte dell'offerta che su quello organizzativo ci si era pertanto prefissati l'obiettivo di migliorare l'attuale sistema aumentando il numero delle prestazioni offerte e prevedendo attività di recall.

Per la quantificazione delle prestazioni da offrire si era partiti dalla stima dei fabbisogni contenuta nella DGR 46/47, conciliandola con la disponibilità del personale dipendente e della medicina specialistica convenzionata ad effettuare prestazioni aggiuntive, così come emerso dal confronto con i Direttori dei Distretti Socio Sanitari e con la Direzione di Presidio dell'Area, e alla possibilità di ricorrere a nuovi contratti. Attualmente è in corso il progetto di Abbattimento liste d'attesa per il quale la DGR 46/47 del 2019 ha destinato fondi per il triennio 2019-2021 e che per l'area di Oristano ammontano a:

- Abbattimento liste d'attesa prestazioni extra ospedaliere € 1.391.383,00;
- Abbattimento liste d'attesa prestazioni ospedaliere € 203.487,00.

- Attività segreterie CUP e personale amministrativo € 173.965,00

E' attualmente in corso la spendita dei fondi residui.

Purtroppo le recenti vicende legate alla malattia da Coronavirus, con il conseguente arresto delle attività programmate e differite dal mese di marzo al mese di giugno 2020, ha allargato i tempi di attesa già critici per un numero considerevole di prestazioni. Dal mese di giugno 2020 infatti sono state eseguite le attività di recall per recuperare gli appuntamenti dei mesi da marzo a giugno e a tal proposito ci si è avvalsi delle risorse a disposizione del progetto "Abbattimento liste d'attesa" che ha permesso, per alcune branche, di lavorare al di fuori dell'orario di lavoro ordinario. Inoltre le attività di triage e di sanificazione degli ambienti per l'accesso in sicurezza dei pazienti continua a rallentare le attività con la conseguente necessità di ridurre il numero di prestazioni orarie nelle agende di prenotazione degli specialisti ambulatoriali e conseguentemente una riduzione delle prestazioni offerte dal pubblico. Nell'anno 2021, in via del tutto eccezionale e per far fronte a tale situazione contingente, si è chiesta la collaborazione del privato accreditato per la produzione di prestazioni su alcune branche per le quali il pubblico aveva forti criticità legate all'assenza di personale.

A meno che non si riesca a sopperire a tale situazione con la disponibilità di risorse umane che consentano l'assunzione di ulteriori figure di specialisti ambulatoriali, il pubblico non sarà in grado di sostenere una tale situazione con il perdurare della presenza della malattia da Coronavirus. Pertanto lo sforzo di recuperare quella fetta di attività erogata dalle altre ASL o Aziende del territorio regionale, per riportarle nei territori di prossimità dei nostri residenti, e al contempo ridurre i tempi di attesa per le prestazioni critiche, diventa grande.

Sul fronte della domanda si dovrà agire con azioni mirate all'utilizzo sistematico delle classi di priorità, sulla base delle corrette indicazioni cliniche; della corretta applicazione dei RAO sulla base del quesito diagnostico apposto e sulla corretta individuazione e indicazione dei primi accessi e degli accessi successivi. Si dovranno pertanto riprendere e aggiornare le attività svolte in materia di ristrutturazione delle agende per classi di priorità e di formazione per l'applicazione dei RAO. Il modello RAO parte dall'assunto che i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, oggetto di monitoraggio, debbano essere differenziati e raggruppati in quattro classi di priorità (U, B, D, P), in relazione alle oggettive condizioni cliniche del paziente, già diagnosticate o sospette, in modo da assicurare la prestazione sanitaria in tempi congrui. Oltre al modello RAO relativo alle 43 prestazioni soggette a monitoraggio, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 59/5 del 4.12.2018, si potrebbe fare riferimento anche al Manuale RAO dell'Agenas aggiornato al 2020.

Sul fronte dell'offerta si dovrà investire sull'assunzione di nuovi specialisti che possano, non in maniera estemporanea, dedicarsi all'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e riportare i tempi di attesa all'interno dello standard regionale.

Nel frattempo questa azienda implementerà il Piano approvato con delibera del direttore generale n. 82 del 29.03.2022 di recupero delle liste d'attesa Covid-19 di cui all'art. 29 del decreto legge 14 agosto 2020, n.

104, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 126 del 13.10.2020. Legge 30 dicembre 2021, n. 234, art. 1, comma 276. La disposizione normativa nazionale detta disposizioni urgenti in materia di liste di attesa con la finalità di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus Sars-Cov-2 e di ridurre le liste di attesa, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza dei percorsi di cura. La Regione Sardegna con DGR 3/4 del 27.01.2022 ha aggiornato il proprio Piano operativo regionale di recupero delle liste di attesa Covid-19 distribuendo alle aziende regionali i fondi stanziati dalla legge di bilancio nazionale 2022 (Legge 234/2021), assegnando alla ASL di Oristano la somma di euro 924.494,62.

Quale criterio clinico prioritario per il recupero delle prestazioni ospedaliere si è adottato, in linea con i dettati delle linee guida ministeriali, quello riferito agli interventi legati alle patologie oncologiche e alle patologie maggiori. Per quanto attiene il recupero delle prestazioni specialistiche saranno riprogrammate prioritariamente le prestazioni afferenti alle patologie oncologiche, le visite di controllo delle persone con cronicità, con patologie rare e afferenti alla salute mentale.

Per quanto riguarda il piano di recupero delle prestazioni di ricovero, con le risorse umane a disposizione, è stato deciso di recuperare circa 150 interventi appartenenti prioritariamente alla classi di complessità 1 (Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti) e solo in subordine, qualora soddisfatto il recupero di tali interventi, alla classe 2 (Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo); naturalmente riferiti a quegli interventi per i quali risultano ad oggi liste d'attesa superiori rispetto agli standard dettati dal DM 8/7/2010 n. 135 e ss.mm.ii. Nel solo presidio San Martino di Oristano la differenza nel numero di interventi eseguiti nel 2021 rispetto all'anno 2019 è pari a circa 840. Per tale ambito la cifra stanziata è pari a 293.759 euro

Lo stesso Piano prevede il recupero di prestazioni per i tre programmi di screening oncologici (tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colon retto) mediante prestazioni aggiuntive per recuperare i gap venutosi a creare tra il 2019 e il periodo di pandemia.

I principali indicatori utilizzati per il monitoraggio dei programmi di screening mostrano nel corso del 2020 e del 2021 un peggioramento rispetto al 2019. Il numero degli inviti e delle prestazioni di primo livello mostra differenze importanti tra il 2019 e il 2020, come si può evincere dalla tabella sottostante.

	<b>INVITI (differenziale survey 2019-2020)</b>	<b>PRESTAZIONI 1 livello (differenziale survey 2019-2020)</b>
screening del tumore della cervice uterina	4.997	3.606
screening del tumore della mammella	3.293	2.075
screening del tumore del colon retto	5.639	2.705

Si è registrata inoltre una diminuzione del tasso di adesione agli inviti a seguito della pandemia, descritto anche a livello nazionale, probabilmente legato al timore di esporsi al rischio di contagio nell'accedere alle strutture sanitarie, fattore che ha contribuito ad una ridotta partecipazione nel 2020 e 2021. Per il recupero delle prestazioni di screening oncologico si è stanziata la somma di euro 271.444 che permetterebbe di raggiungere i seguenti obiettivi:

#### Screening del tumore della cervice uterina

Classe di età 25-64	Numero di invitate*	Numero di aderenti**
Obiettivo Survey 2022	9.600	3.900

*\*include adesioni fino al 30/04/2023 su inviti effettuati fino al 31/12/2022*

#### Screening del tumore della mammella

Classe di età 50-69	Numero di invitate	Numero di aderenti
Survey 2022*	5.700	3.150

*\*include adesioni fino al 30/04/2023 su inviti effettuati fino al 31/12/2022*

Screening del tumore del colon retto per il 2022 potrebbe essere il seguente:

Classe di età 50-69	Numero di invitati	Numero di aderenti
Obiettivo survey 2022	10.000*	4.200**

*\*invitati tra il 01/01/2022 e il 31/12/2022.*

*\*\*aderenti agli inviti del 2022 fino al 30/04/2023.*

Sul fronte del recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, delle 72.491 prestazioni da recuperare (differenza nel volume di prestazioni erogate nel 2021 rispetto al 2019) è stato stimato che, con le risorse umane a disposizione, potranno essere recuperate circa 2.788 prestazioni appartenenti prioritariamente alle branche di diagnostica per immagini, cardiologia, pneumologia, endocrinologia, angiologia, pediatria, psichiatria, oncologia. Tale scelta è stata fatta dando priorità alla riduzione delle liste d'attesa delle prestazioni afferenti alle patologie oncologiche e alle visite delle persone con cronicità che nel corso della pandemia non hanno effettuato i controlli programmati. Sono stati previsti 359.292 euro per il recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

L'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e le azioni di sensibilizzazione al suo utilizzo contribuiranno inoltre efficacemente al processo di razionalizzazione della domanda e dell'offerta, incidendo sulla gestione delle liste di attesa e sulla diffusione controllata delle classi di priorità secondo il modello RAO.

*4.1.8 La riorganizzazione della rete delle strutture territoriali per la salute mentale e le dipendenze per arginare l'elevata incidenza delle patologie legate al disturbo mentale e alle dipendenze da sostanze e non sostanze d'abuso, con l'implementazione di azioni di prevenzione primaria, anche mediante la costruzione di reti interistituzionali*

Il Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche deve operare per soddisfare l'esercizio delle funzioni attribuite in materia di prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione e integrazione culturale, familiare, sociale e lavorativa dei pazienti con disagio mentale e affetti da dipendenze patologiche.

A tal fine nel Dipartimento è presente un complesso di servizi e strutture costituito da équipes multidisciplinari formate da psichiatri, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri professionali e tutte quelle altre figure necessarie per affrontare la complessità dei problemi connessi alla malattia mentale e alle dipendenze patologiche.

E' inoltre presente un'integrazione con i servizi sociali comunali e dei rapporti di collaborazione con le associazioni dei familiari, le associazioni di volontariato, le forze culturali e sociali del territorio.

Le azioni del Dipartimento e i progetti terapeutici e riabilitativi messi in campo hanno avuto la finalità di promuovere l'autonomia e la guarigione delle persone, cercando di limitare al minimo il periodo di "dipendenza" dal servizio.

Uno degli snodi importanti è rappresentato dall'intervento del MMG, che collaborando con le strutture dipartimentali favorirà l'intercettazione del bisogno di salute. Una volta favorita l'accessibilità alle cure e la presa in carico, sarà utile lavorare sulla personalizzazione del percorso di cura che sarà differente in rapporto ai bisogni e all'intensità assistenziale.

Oltre al consolidamento e sviluppo della rete di relazioni che ruotano intorno alla presa in carico del paziente con patologie legate al disturbo mentale e alle dipendenze da sostanze e non sostanze d'abuso, l'obiettivo per il prossimo triennio è quello di completare la riclassificazione e ricollocazione degli assistiti nel corretto setting assistenziale e conseguentemente intervenire su una più omogenea distribuzione dei servizi nel territorio. La presenza delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità permetterà di accogliere il paziente su nuovi setting assistenziali con il conseguente risultato di meglio indirizzare pazienti e/o patologie che risultano inappropriatamente trattate in ambito ospedaliero e che potranno essere assistiti adeguatamente in strutture territoriali.

Le Case della Comunità potranno occuparsi pertanto di prendersi cura dei pazienti con sindromi cognitive-deficitarie, demenze in fase iniziale o non conclamate, patologie psichiatriche come l'autismo e le insufficienze mentali, pazienti cronici che necessitano di controlli specialistici complessi, pazienti cronici che necessitano di somministrazione di terapia quotidiana, pazienti con disturbi Alcool correlati che necessitano di essere presi in carico dal Centro Alcolologico polispecialistico. Gli Ospedali di Comunità invece si potranno occupare dei ricoveri ospedalieri "sociali" di pazienti fragili che necessitano di protezione nelle Strutture per carenze familiari relazionali o assistenziali, pazienti oncologici con problematiche psicologiche e/o

psichiatriche, pazienti anziani privi di assistenza domiciliare, intossicazioni etiliche in fase acuta e cronica non associate a patologia psichiatrica ecc.

I pazienti con bisogni imprevisi in ambito di salute mentale non accederanno alle Case della Comunità come primo punto d'accesso ma saranno intercettati dalla rete ospedaliera, quali gli SPDC e i Pronto Soccorso i quali, dopo la messa in sicurezza del paziente, ne effettuano la presa in carico e l'invio alla struttura più appropriata.

Con l'istituzione sperimentale del Dipartimento di psicologia di cure primarie (DPCP), ai sensi della Legge regionale 24/2020 (art. 37, c. 2, lett. b) e successive modifiche e integrazioni, si potrà poi sperimentare un sistema di servizi per la tutela della salute mentale di livello base per la prevenzione e promozione della salute, presa in carico dei casi di lieve gravità, indirizzamento ai servizi specialistici dei casi di media e grave entità. Tale livello di assistenza può trovare allocazione nelle Case della Comunità. Un livello più specializzato sarà erogato dai Dipartimenti della Salute Mentale. Altro nodo della rete di fondamentale importanza è quello costituito dai servizi residenziali e semiresidenziali per la promozione e la tutela della salute mentale.

Le attività di collaborazione con i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e i Medici di continuità assistenziale risultano indispensabili per intercettare i bisogni di salute e indirizzarli nel corretto setting assistenziale. Anche l'ausilio della telemedicina potrà essere utile per una gestione integrata delle attività dei diversi professionisti coinvolti nel percorso di cura.

Risulta poi importante proseguire nel lavoro di integrazione tra servizi per garantire la continuità assistenziale nella transizione del minore verso l'età adulta

#### *4.1.9 Lo sviluppo del Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 così come previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 e dalla Delibera di Giunta Regionale n. 50/46 del 28.12.2021 e il rafforzamento dei rapporti di collaborazione con i Distretti Socio Sanitari nei progetti di Prevenzione;*

Il nuovo Piano nazionale e regionale di prevenzione 2020-2025 prevede interventi di contrasto della cronicità basati su strategie di comunità mediante la creazione di una rete interistituzionale con lo sviluppo di progettualità da realizzarsi unitamente alle istituzioni scolastiche, ai datori di lavoro, agli Enti Locali, alle associazioni di categoria etc., sulla base del tema trattato. Questo approccio sarà accompagnato da una formazione trasversale e intersettoriale. L'obiettivo è quello di promuovere ambienti favorevoli alla salute e contrastare i principali fattori di rischio. Saranno inoltre promossi interventi diretti all'individuo quali quelli di counselling breve per la promozione di comportamenti favorevoli alla salute e di screening organizzato per l'individuazione precoce di condizioni di rischio individuali.

Il Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2020-2025 si pone in continuità rispetto agli interventi delle precedenti annualità di programmazione per il pieno compimento delle azioni avviate e individua quale



priorità per tutti gli obiettivi la riduzione delle diseguaglianze sociali e geografiche in quanto rendono le persone più vulnerabili ai fattori di rischio per la salute e la qualità della vita.

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 si pone 6 Macro obiettivi:

- MO1: Malattie croniche non trasmissibili;
- MO2: Dipendenze e problemi correlati;
- MO3: Incidenti domestici e stradali;
- MO4: Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali;
- MO5 Ambiente, clima e salute;
- MO6: Malattie infettive prioritarie.

All'interno di questi macro obiettivi il PRP 2020-2025 si propone di realizzare i seguenti programmi:

- PP01 Scuole che promuovono salute;
- PP02 Comunità attive;
- PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute;
- PP04 Dipendenze;
- PP05 Sicurezza negli ambienti di vita;
- PP06 Piano mirato di prevenzione;
- PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura;
- PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro;
- PP09 Ambiente, clima e salute;
- PP10 Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza;
- PL11 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza delle malattie infettive, della prevenzione e risposta alle emergenze infettive; -
- PL12 Promozione della salute materno infantile e riproduttiva;
- PL13 Consolidamento dei programmi organizzati di screening oncologico.

Ciascun programma sarà interessato da quattro azioni trasversali, intersettorialità, formazione, comunicazione ed equità.

A seguito della adozione della DGR n. 50/46 del 28.12.2021 di adozione del Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025, a livello locale questa azienda intende dotarsi di una organizzazione capace di sviluppare gli interventi e le attività aziendali funzionali al conseguimento degli obiettivi di Prevenzione e di Promozione della Salute, definiti nel Piano Nazionale e nel Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025

Sarà costituito un Gruppo di Coordinamento con l'individuazione di un referente e per ogni Programma sarà identificato un referente di programma e definita la Scheda Operativa contenente le azioni e le corrispondenti attività da svolgere a livello locale per singola azione, comprensiva di un allegato contenente una tabella degli obiettivi e degli indicatori e corrispondenti valori attesi da perseguire negli anni 2022-2025. Il gruppo di coordinamento avrà il compito di riferire sullo stato di attuazione dei Programmi e delle criticità rinvenute nella loro realizzazione.

Sul fronte della prevenzione rispetto alla diffusione del virus Covid 19, sarà garantita la prosecuzione delle vaccinazioni anche nel corso del prossimo anno 2022. Al 24 ottobre 2021 la percentuale dei soggetti vaccinabili non vaccinati nella nostra provincia ammontava al 16,1% in linea con il dato regionale (16,4%), mentre la percentuale dei soggetti con ciclo vaccinale completo di vaccinazione ammontavano al 78,8% (dato regionale 78%).

In sintesi, i risultati che l'Azienda si prefigge si riferiscono ad una riqualificazione dell'offerta assistenziale unitamente al perseguimento di una migliore efficienza nella gestione delle risorse, senza peraltro pregiudicare la piena assicurazione dei LEA. In un momento di crisi quale quello che sta attraversando la sanità sia a livello nazionale che regionale, non si è ritenuto di dover applicare esclusivamente misure di contenimento dei costi ma si è deciso di investire in progetti di miglioramento continuo della qualità dei servizi e di perseguimento di migliori standard assistenziali.

## 4.2 Gli obiettivi strategici

Oltre agli obiettivi strategici riferiti ai progetti precedentemente descritti saranno declinati obiettivi di risultato e/o di processo da cui discenderanno quindi gli obiettivi operativi; gli obiettivi strategici sono stati individuati avendo come riferimento le seguenti direttrici da presidiare:

- *Miglioramento dei processi interni* con il fine di perseguire una maggiore qualità e appropriatezza nei processi di lavoro;
- *Miglioramento dei servizi per l'utente* con azioni mirate a favorire l'accesso e a fruibilità dei servizi;
- Sviluppo delle attività di formazione, informazione e apprendimento per favorire una *migliore performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio*
- Sviluppo di azioni di *miglioramento sulla qualità del dato, trasparenza, integrità e anticorruzione*
- *Ottimizzazione nell'uso delle risorse* quale condizione indispensabile per dare garanzia di equità ai cittadini nel poter fruire delle prestazioni LEA all'interno del proprio territorio.

AREA DI PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO STRATEGICO	DESCRIZIONE OBIETTIVO OPERATIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE INFORMATIVA E NOTE	TARGET 2022
Miglioramento dei processi interni	Attuazione del Piano Regionale di riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale di cui alla DGR n.57/14 del 18.11.2020	Progettazione e individuazione del modello organizzativo delle Centrali operative territoriali (COT) nonché delle principali funzioni e relazioni con i servizi aziendali e interaziendali coinvolti; implementazione delle Centrali operative territoriali	% di adempimenti adottati nei termini rispetto a quelli previsti nel cronoprogramma del PNRR per l'attivazione delle COT aziendali	Direzioni di Distretto Socio Sanitario	100%
		Progettazione e implementazione le Case di Comunità	% di adempimenti adottati nei termini rispetto a quelli previsti nel cronoprogramma del PNRR per l'attivazione delle Case della Comunità aziendali	Direzioni di Distretto Socio Sanitario	100%
		Progettazione degli Ospedali di Comunità	data entro la quale presentare il modello organizzativo e operativo sperimentale di un Ospedale di Comunità nel Distratto di Ghilarza Bosa	presentazione del progetto al Direttore Generale	entro il mese di luglio 2022
		aumento del volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare alla popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti	numero di assistiti in ADI con età superiore ai 65 anni rispetto alla popolazione appartenente alla fascia di età di riferimento	UUOO di Cure Domiciliari aziendali	target migliorativo rispetto all'anno precedente
	Riqualificazione della Rete assistenziale territoriale per la Salute Mentale	Implementazione del processo di revisione del sistema regionale dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e alla bassa intensità di cura	Adozione di un "Piano aziendale di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti" ai sensi della DGR 13/12 del 09/04/2021.	Delibera del Direttore Generale ASL 5	adozione del piano entro il mese di ottobre
			Adozione di un piano aziendale degli acquisti di servizi residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti da erogatori privati accreditati che valorizzando la riduzione del fabbisogno nel livello di cura SRP1 ed il contestuale aumento del fabbisogno nel livello di cura livello SRP2 e SRP3	Delibera del Direttore Generale ASL 5	adozione del piano entro il mese di ottobre
	Definizione del progetto di realizzazione della ASL di Oristano ai sensi dell'art.9 della legge regionale 11 settembre 2020 n°24 e della DGR n. 46/28 del 25.11.2021	Adozione dell'Atto aziendale nel rispetto delle linee guida regionali	data entro la quale adottare l'atto aziendale	Delibera del Direttore Generale ASL 5	entro 60 giorni dalla approvazione delle linee guida regionali
		Approvazione dei principali regolamenti aziendali	data entro la quale proporre l'adozione al Direttore Generale	Delibera del Direttore Generale ASL 5	entro il mese di dicembre 2022
		Sviluppo dei contenuti del nuovo sito istituzionale aziendale	data entro la quale completare i contenuti delle diverse aree tematiche del sito aziendale istituzionale	sito istituzionale ASL 5	entro il mese di dicembre 2022
	Graduale ripresa delle attività (specialistica ambulatoriale/ricovero ospedaliero/attività chirurgica in elezione) in fase post emergenziale da Covid 19	Garantire la ripresa delle attività di Specialistica Ambulatoriale in fase post emergenziale da COVID-19 (per le prestazioni oggetto di monitoraggio ministeriale)	Volume di attività di Specialistica Ambulatoriale (per le prestazioni oggetto di monitoraggio ministeriale) nel II sem. 2022/Volume di attività di Specialistica Ambulatoriale (per le prestazioni oggetto di monitoraggio ministeriale) nel II sem. 2019*100	file C	>= 70%

	Garantire la ripresa delle attività di ricovero ospedaliero in fase post emergenziale da COVID-19	Volume di attività di ricovero ospedaliero nel II sem. 2022/Volume di attività ricovero ospedaliero nel II sem. 2019*100	file A	>= 70%
	Garantire la ripresa dell'attività chirurgica in elezione in fase post emergenziale da COVID-19	Volume di attività Chirurgica in elezione nel II sem. 2022/Volume di attività chirurgica in elezione nel II sem. 2019*100	file A	>= 70%
Miglioramento degli esiti di salute e dell'appropriatezza dei ricoveri con riduzione dei ricoveri evitabili	Riduzione dei ricoveri medici con finalità diagnostica eseguibili in setting assistenziali diversi dal ricovero	(N. di dimissioni di degenza diurna con DRG medici con finalità diagnostica / totale delle dimissioni di degenza diurna) *100	file A	target migliorativo rispetto all'anno precedente all'interno del target aziendale del 23%
	Riduzione dei ricoveri ordinari medici brevi	(N. dimissioni dei ricoveri ordinari medici brevi (0-2 gg) / totale dei RO medici)*100	file A	target migliorativo rispetto all'anno precedente all'interno del target aziendale 17%
	Riduzione dei ricoveri inappropriati e ricollocazione nel corretto setting assistenziale	(ricoveri ordinari a rischio di inappropriatezza/ricoveri ordinari non a rischio di inappropriatezza)*100	file A	target migliorativo rispetto all'anno precedente all'interno del target aziendale 0,29%
Garantire la ripresa delle attività di Prevenzione in fase post emergenziale da Covid 19	Rispetto dei programmi regionali dei controlli ufficiali	numero di controlli ufficiali eseguiti/numero di controlli ufficiali programmati*100	Applicativi del Dipartimento di Prevenzione	>= 80%
Sviluppare gli interventi e le attività Aziendali funzionali al conseguimento degli obiettivi di Prevenzione e di Promozione della Salute, definiti nel Piano Nazionale e nel Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025	Creare un gruppo di coordinamento per il governo e il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi declinati nel Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 e identificazione del referente del gruppo di coordinamento e dei referenti dei singoli programmi	data entro la quale presentare una proposta di delibera da parte del direttore del Dipartimento di prevenzione con l'individuazione del gruppo di coordinamento e del suo referente e dei referenti di progetto	proposta di delibera del direttore generale	entro il mese di luglio 2022
	Riferire sullo stato di attuazione dei Programmi e delle criticità rinvenute nella loro realizzazione	data entro la quale presentare un report delle azioni svolte e delle criticità	documento del direttore del dipartimento di prevenzione	entro il mese di settembre e di gennaio di ogni anno di vigenza del PRP
	Garantire il raggiungimento degli obiettivi aziendali del Piano Regionale di Prevenzione riferiti all'anno 2022	numero di obiettivi raggiunti / totale degli obiettivi del PRP *100	Documento del Dipartimento di Prevenzione validato dal Gruppo di Coordinamento	>=90%
	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	Centro Screening	screening cervicale: tasso di adesione reale ≥ 30% screening colorettrale: tasso di adesione reale ≥15% screening mammografico:tasso di adesione reale ≥ 25%
	Attivare gli 8 Piani Mirati di Prevenzione (PMP) con l'attuazione, per ciascuno di essi, dei seminari di avvio, della formazione e dell'informazione/comunicazione (come previsto per il 2022 nel PRP 2020-2025) nella SC SpreSAL	Numeratore: numero di PMP attivati da parte dello SPreSAL x 100 Denominatore: numero complessivo di PMP (n. 8) da attivare da parte dello SPreSAL	Informazioni relative all'attivazione dei PMP da inserire nelle Schede di rilevazione dei dati relativi alle attività di vigilanza e prevenzione svolte dagli SPreSAL	100%
	Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO	(N. interviste caricate in piattaforma / N. interviste target definito dall'ISS) *100	piattaforma Passi d'Argento	80% delle interviste previste per il raggiungimento del target stabilito dall'ISS per ciascuna

					sorveglianza
		Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (RENCAM) per almeno tre annualità consecutive, comprese tra il 2017 e il 2020	(N. schede codificate/N. annuale deceduti residenti)*100	Fonte n. deceduti: ISTAT, anagrafe comunale	80%
	Dare attuazione alle norme relative alla sorveglianza, ai programmi di eradicazione e allo status di indenne da malattia per determinate malattie elencate ed emergenti nella popolazione animale	Ottenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da Tubercolosi	Ottenimento della qualifica al 31/12/2022	flussi informativi aziendali	a) almeno il 99,8 % degli stabilimenti, pari ad almeno il 99,9 % della popolazione bovina, è indenne da infezione da MTBC;b) il tasso di incidenza dello stabilimento per cui è stata confermata l'infezione nel corso dell'anno non supera lo 0,1 %
Miglioramento dei servizi per l'utente	Garantire il Governo delle Liste d'Attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio al fine di garantire la tempestiva esecuzione della prestazione, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche mediante la ristrutturazione delle agende ed il potenziamento dell'utilizzo della cartella clinica ambulatoriale e della prescrizione elettronica in modo più ampio	Riprendere le attività di ristrutturazione delle agende per la gestione delle priorità cliniche e l'abbattimento delle liste d'attesa intraprese nell'anno 2019 e parzialmente interrotte con l'avvento della pandemia	Data entro la quale effettuare la ristrutturazione delle agende CUP prevedendo la disponibilità delle fasce orarie distinte per primi accessi e secondi accessi	CUP	consegna al CUP entro il mese di ottobre 2022
			Data entro la quale comunicare al CUP le fasce orarie in cui l'UO/STRUTTURA provvederà alla prenotazione dei controlli dei paziente in carico su propria prescrizione (agenda esclusiva riservata ai pazienti esenti per patologie croniche e invalidanti)	CUP	consegna al CUP entro il mese di ottobre 2022
		Ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche	Numero prestazioni ricadenti del PRGLA gestite in agende informatizzate CUP/totale prestazioni erogate ricadenti nel PRGLA*100	CUP	Erogazione ≥ 90% delle prestazioni di cui al PRGLA gestite in agende informatizzate CUP
			Numero prestazioni ricadenti del PRGLA gestite in agende informatizzate CUP con classe di priorità indicata/prestazioni ricadenti nel PRGLA gestite in agende informatizzate CUP*100	CUP	Erogazione ≥ 90% delle prestazioni di cui al PRGLA gestite in agende informatizzate CUP con classe di priorità indicata
	Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	incrementare il livello di segnalazioni di CAM in Azienda	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	CAM	≥ 15%
Spostare l'offerta della salute mentale dalla gestione delle acuzie alla	Incremento dei pazienti presi in carico presso i CSM	incremento % del numero pazienti presi in carico dal CSM rispetto all'anno 2021	report di attività dei CSM	>=10%	

	prevenzione e riabilitazione	Incremento del numero di prime visite e visite di controllo offerte dal Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze	volume di attività delle prime visite e visite di controllo di psichiatria nell'anno 2022/Volume attività delle prime visite e visite di controllo di psichiatria nell'anno 2019 *100	file C	>=70%
	Migliorare la presa in carico dei pazienti fragili	Assicurare dei tempi di risposta per l'inserimento dei pazienti in strutture residenziali e semiresidenziali rispetto alle richieste	numero di giorni entro i quali procedere alla valutazione all'inserimento in RSA, CDI, Comunità Integrata	report di attività dei PUA aziendali	entro 3 giorni per richieste provenienti dai PPOO e entro 10 gg per quelle provenienti dal territorio
	Garantire l'offerta dei servizi sanitari alla popolazione locale nell'ambito della Provincia	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	flussi informativi aziendali	100% al netto di eventuali chiusure obbligate da specifici provvedimenti di rango regionale o nazionale
	Migliorare la qualità dell'informazione sui servizi offerti all'utente per meglio orientare il paziente	Predisporre e pubblicare la carta dei servizi	data entro la quale pubblicare la carta dei servizi delle strutture aziendali	sito istituzionale ASL 5	entro 60 giorni dall'adozione dell'atto aziendale
Miglioramento della performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Presidio degli eventi legati all'evoluzione epidemiologica della diffusione della positività al virus SARS-CoV-2	Aggiornamento del Piano Vaccinale Aziendale per le attività da svolgere nel 2022	data entro la quale presentare il Piano Vaccinale	sito istituzionale ASL 5	entro il mese di luglio 2022
		Attuare la sorveglianza sanitaria attiva in relazione all'evoluzione epidemiologica della diffusione della positività al virus SARS-CoV-2 nel territorio di competenza e al relativo aumento del numero di casi di Covid-19	n. segnalazioni pervenute / n. inchieste epidemiologiche-provvedimenti effettuati	SISP	100%
	Garantire l'applicazione degli strumenti del rischio clinico e della gestione del rischio	Applicare il percorso sicurezza chirurgica attraverso la completa e corretta compilazione della SISAPAC	n. procedure con check list compilata/totale delle procedure *100	file A - SOWEB	100%
		Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie ospedaliere n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	flussi informativi SIRMES Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES) L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto lo standard riferito ad entrambi gli indicatori.	>= 20 segnalazioni nel II semestre >= 2 audit nel II semestre
		Conseguimento del risparmio di sangue ed emoderivati con la riduzione del consumo tramite implementazione di PDTA aziendali secondo i programmi di Patient Blood Management(PBM)	data entro la quale adottare una delibera aziendale di approvazione del PDTA	Delibera del Direttore Generale ASL 5	entro il mese di ottobre 2022
	Garantire l'efficientamento della rete ospedaliera attraverso l'individuazione delle attività a basso volume di erogazione o con scarsi esiti in coerenza con il PNE e con il DM/70 del 2015	Migliorare la proporzione delle colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 gg	file A	>=80%
		Assicurare entro le 48 h il trattamento della frattura del femore in pazienti di età >=65 anni al fine di garantire un rapido e completo recupero	% di fratture di femore operate in <= 2 giorni dall'ammissione (*)	file A	>=70%
		Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni ostetriche ottimizzando la proporzione dei tagli cesarei primari	N. di parti cesarei primari /N. totale di parti*100	file A	<=25%
	Avvio del percorso di implementazione dell'internal auditing, coordinato a livello centrale dalla Regione e da Ares.	Recepimento con atto formale degli indirizzi impartiti dalla Giunta regionale e avvio della funzione.	data entro la quale recepire gli indirizzi e avviare la funzione	Delibera del Direttore Generale ASL 5	entro il 31/12/2022

	finalizzato allo sviluppo di un approccio per processi, alla riduzione dei rischi amministrativi-contabili e alla misurazione del miglioramento organizzativo.				
Miglioramento della qualità del dato, trasparenza, integrità e anticorruzione	Misurare il gradimento degli utenti rispetto alle prestazioni rese alla popolazione	Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione (indice di gradimento)	Indice di gradimento medio	GURU	=>7
	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso la Regione e Ministero della Salute (Migliorare la qualità dei dati del flusso A rispettando le scadenze del disciplinare tecnico (RO e DS))	Migliorare la qualità dei dati del flusso A rispettando le scadenze del disciplinare tecnico (RO e DS)	n. di SDO da file A storicizzate/n. di SDO da file A storicizzate + n. dimessi*100	Programmazione e Controllo	>=100%
	Potenziamento del Sistema Informativo Sanitario e digitalizzazione dei documenti sanitari allo scopo di favorire una reale finalizzazione delle esigenze conoscitive e la reale alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Proseguire nel progetto di piena utilizzazione della cartella clinica ambulatoriale per l'evasione delle prestazioni per interni	numero di prestazioni evase con l'applicativo CCA / totali delle prestazioni richieste da interni *100	Segreteria CUP	90%
		Proseguire nel progetto di piena utilizzazione della cartella clinica ambulatoriale per l'evasione delle prestazioni per esterni (da CUP)	numero di prestazioni evase con l'applicativo CCA / totali delle prestazioni inoltrate da CUP *100	Segreteria CUP	85%
		Migliorare il rispetto delle tempistiche di inoltro dei modelli ministeriali NSIS rispetto alle scadenze	numero di modelli NSIS per i quali si è rispettata la data di inoltro rispetto alla scadenza	Programmazione e Controllo	100%
Monitorare l'appropriatezza dei ricoveri e la qualità dell'assistenza attraverso una griglia di indicatori e assicurare l'informazione alle Unità Operative erogatrici	Consegnare alla Direzione Generale e alle UOU interessate al monitoraggio dei report periodici	numero di report consegnati nell'anno di riferimento	Programmazione e Controllo	>=4	
Ottimizzazione nell'uso delle risorse	Garantire il rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione	Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015	data entro la quale approvare di tutti i documenti di programmazione	Delibera del Direttore Generale ASL 5	entro il 15/11/2022
	Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali	Assicurare la completezza e la coerenza interna nella compilazione dei flussi economico finanziari	Valore di ordini su CdRIL DA99999999/valore totale ordini	Programmazione e Controllo	3%
			Valore di scritture di PN con dettaglio di chiave contabile completo/Valore totale di scritture di PN	Programmazione e Controllo	97%
			Valore assestato Sub Autorizzazioni con legame codice progetto/Totale Valore Assestato Sub Autorizzazioni Macro diverse da 1	Programmazione e Controllo	97%
Assicurare la liquidazione delle fatture al fine di non incorrere nel pagamento degli interessi di mora per ritardato pagamento	Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	Numero medio di giorni di ritardo	Programmazione e Controllo	numero 0 giornate di ritardo	



	<p>Rispetto delle milestone del PNRR relative all'avanzamento procedurale e fisico degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionali.</p>	<p>Rispetto delle milestone del PNRR</p>	<p>Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale</p>	<p>adozione di atti formali aziendali</p>	<p>Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2022</p>
--	---	--	---	---	--

#### **4.3 Il processo seguito nella costruzione del ciclo di gestione della performance: coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio**

La definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della Performance è avvenuta in modo integrato con il processo di programmazione e di bilancio di previsione

Questa è stata realizzata attraverso:

- un parallelo di programmazione e di pianificazione delle performance;
- tenendo conto degli obiettivi e degli indirizzi nazionali in materia di sanità, dei documenti di programmazione dalla Regione Sardegna anche in riferimento all'avvio del processo di riforma del sistema sanitario regionale come disposto dalla LR n. 24 del 11 settembre 2020;

L'auspicio è quello di aver creato un valido strumento che costituisca la base per la valutazione delle scelte strategiche aziendali, permettendo il ribaltamento degli obiettivi di performance alle varie strutture aziendali, e da queste ai singoli professionisti.

## **5. Il Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 125 del 29.04.2022 è stato adottato il Piano per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza dell'Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 5 di Oristano per gli anni 2022/2024. Tale documento viene riproposto senza variazioni e, come previsto dal DL 80/2021, fa parte integrante del presente Piano corredato dagli allegati da 1 a 5.

### **5.1 Soggetti destinatari del presente piano**

Sono tenuti al rispetto di quanto previsto dal presente Piano di prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza:

- i dipendenti dell'ASL n. 5 di Oristano, sia con rapporto esclusivo che non esclusivo;
- personale operante presso le strutture del SSN a qualunque titolo, compresi tutti coloro che a qualunque titolo svolgono attività assistenziale, anche in prova, inclusi i medici in formazione specialistica, i medici e gli altri professionisti sanitari convenzionati, i dottorandi di ricerca formalmente autorizzati;
- i collaboratori e consulenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'ASL n. 5 di Oristano;
- tutti i soggetti che a diverso titolo operano o accedono in Azienda;
- i soggetti che stipulano contratti o convenzioni con l'ASL n. 5 di Oristano;

### **5.2 Il perchè di questo piano**

Il presente documento rappresenta il primo Piano per la Prevenzione della Corruzione e per l'attuazione della Trasparenza dell'ASL n. 5 di Oristano.

L'Azienda, infatti, nasce il 1 gennaio 2022 a seguito della riforma del Sistema Sanitario Regionale approvato con la Legge Regionale n. 24/2020.

IL Piano è l'atto attraverso il quale verranno individuate le strategie principali per la prevenzione ed il contrasto della corruzione intesa nel più ampio significato di cattiva amministrazione.

In considerazione della sua natura strategica il Piano non può essere visto come un'attività che si esaurisce con la sua compilazione ed approvazione ma, va inteso come un insieme di azioni e strumenti, finalizzati alla prevenzione, che vengono di volta in volta affinati, modificati o sostituiti in relazione al rischio corruttivo ed alla risposta ottenuta dalla loro applicazione, ai mutamenti dell'ambiente interno ed esterno e alle indicazioni contenute nei Piani Nazionali Anticorruzione o da altri atti di indirizzo relativi a materie di competenza della Regione Sardegna competente in materia di programmazione sanitaria regionale.

L'ASL n. 5 di Oristano, consapevole delle gravi conseguenze che i fenomeni corruttivi possono causare in termini di fiducia degli utenti-cittadini, intende impegnarsi proficuamente nel contrastare il fenomeno soprattutto con una azione preventiva e, per questo motivo il piano, come tutti gli strumenti che focalizzano

la propria attenzione sul funzionamento dell'organizzazione, rappresenta occasione di miglioramento per il recupero della reputazione e fiducia, a maggior ragione per questa Azienda che, in quanto nuova Azienda ancora in fase di strutturazione sia organizzativa che di personale, può diventare modello ed esempio per la "best practice" in materia di lotta alla corruzione e per la trasparenza.

### **5.3 Contesto Interno**

#### **5.3.1 Organizzazione aziendale**

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

Al momento non è ancora stato adottato l'Atto Aziendale, che risulta in corso di elaborazione e, pertanto l'Azienda risulta strutturata, in ossequio a quanto disposto dall'art. 3 comma 1 bis, del Decreto Legislativo 502/92 e ss.mm.ii. e dall'art. 10, commi 1 e 3 della Legge Regionale 24/2020, dal Direttore Generale, nominato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 51/41 del 30/12/2021, secondo gli indirizzi predisposti dalla Giunta Regionale, ed è coadiuvato dal Direttore Amministrativo f.f., nominato con Deliberazione del Direttore Generale n. 2 del 11 gennaio 2022 e dal Direttore Sanitario f.f., nominato con Deliberazione del Direttore Generale n. 13 del 14 febbraio 2022.

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

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

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

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

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

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

a) Presidio Ospedaliero. Con riferimento all'organizzazione sanitaria dei presidi ospedalieri la Legge 24/2020 ha voluto superare l'articolazione della rete ospedaliera caratterizzata dalla presenza di presidi ospedalieri unici di area omogenea, eventualmente ripartiti in più stabilimenti sebbene, nelle more della riorganizzazione trovino applicazione le disposizioni del Documento del 25 ottobre 2017 con il quale il Consiglio Regionale della Regione Sardegna ha approvato la rete ospedaliera attualmente vigente;

- b) Distretti Socio Sanitari, che nell'Azienda Socio sanitaria Locale n. 5 di Oristano sono tre, costituiscono il momento di sintesi tra assistenza sanitaria ed assistenza sociale;
- c) Dipartimenti strutturali (ospedalieri e territoriali);

### **5.3.2 L'Organigramma aziendale**

L'organigramma è il principale strumento, a livello macro, di formalizzazione della reale gerarchia organizzativa di una azienda. Esso è la rappresentazione grafica della struttura organizzativa finalizzato a rappresentare le strutture, e a descrivere sinteticamente funzioni, compiti e rapporti gerarchici esistenti nell'ambito di una determinata struttura organizzativa. **Allo stato attuale l'organizzazione aziendale non è stata ancora delineata e sarà pertanto successivamente aggiornata questa parte del Piano non appena verrà adottato l'Atto Aziendale specifico dell'ASL n. 5 di Oristano.**

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

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

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

L'assetto prevede una organizzazione di tipo dipartimentale.

### **5.3.3 Le macro-articolazioni e le articolazioni aziendali**

L'Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 5 di Oristano (ASL n. 5 di Oristano) provvede all'erogazione dei Servizi Sanitari nel territorio di sua competenza, attraverso i propri servizi o attraverso l'acquisto di prestazioni da strutture pubbliche o private accreditate.

Più specificatamente l'ASL n. 5 di Oristano assicura attualmente l'erogazione delle prestazioni attraverso le seguenti macro-articolazioni e articolazioni:

#### **Distretti Socio Sanitari:**

Il territorio della ASL n. 5 di Oristano è suddiviso in Tre Distretti Socio Sanitari

- a) Distretto di Oristano;
- b) Distretto di Ghilarza/Bosa;
- c) Distretto di Ales/Terralba;

### **Presidi Ospedalieri:**

All'interno del territorio insistono tre strutture ospedaliere, di cui una considerata DEA ovvero il P.O. San Martino di Oristano;

- a) P.O. San Martino di di Oristano;
- b) P.O. G.P. Delogu di Ghilarza;
- c) P.O. A.G. Mastino di Bosa;

### **5.3.4 Le risorse umane**

L'organico attuale rappresenta un elemento di criticità poiché le dotazioni organiche iniziali sono state individuate sulla base del personale assegnato alle omonime strutture ( es. SC Giuridico Amministrativo e Programmazione e Controllo) presenti in ATS Sardegna al 31 dicembre 2021, transitate in ASL a partire dal 01/01/22 e risultal pertanto non adeguate.

Tuttavia, c'è stata l'implementazione del personale grazie all'assegnazione di personale assunto a tempo determinato, reclutato da apposite graduatorie approvate da ATS Sardegna.

All'esito della esatta definizione delle strutture aziendali che verrà indicata dal Legislatore, verranno conseguentemente ridefinite le dotazioni organiche e le assegnazioni del personale tra l'Azienda Regionale della Salute e le Aziende Socio Sanitarie Locali e, conseguentemente si provvederà ad aggiornare il presente Piano.

### **5.4 Contesto Esterno (relazione Allegato 1)**

Per l'analisi del contesto esterno si rinvia all'analisi di contesto allegata al Piano Triennale pubblicato per il triennio 2019-2021 da ATS Sardegna.

### **5.5 Contenuto e processo di aggiornamento del PTPCT**

Il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza (PTPCT) della ASL n. 5 di Oristano, secondo quanto previsto dalla Legge del 06.11.2012, n. 190 "*Disposizioni per la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*", e da quanto previsto dall'art. 6 comma 1 del D.L. 9 giugno 2021 n. 80 e del Piano Nazionale Anticorruzione.

Il Piano, così come previsto dal sopra citato D.L. dovrà essere inserito nel contesto del PIAO.

La circostanza legata alla nascita dell'Azienda a partire dal 1 gennaio 2022 e la mancanza delle linee guida per la predisposizione dell'atto aziendale non hanno consentito di poter aprire un tavolo di confronto con le articolazioni aziendali tali da consentire una appropriata elaborazione del presente Piano che, pertanto, verrà successivamente integrato ed aggiornato

In ogni caso, ai fini della valutazione dei potenziali fattori di rischio corruttivo verranno analizzati i processi individuati partendo dalle Aree definite dalla legge 190/2012 e dai PNA, tenendo conto delle peculiarità delle funzioni attribuite alla Azienda dal Legislatore Regionale.

L'aggiornamento del Piano Triennale terrà conto dei risultati dell'attività di monitoraggio effettuata su alcuni processi e del monitoraggio del PTPCT svolto con i singoli dirigenti delle aree a rischio.

La direzione aziendale garantisce la piena disponibilità per l'attuazione delle misure di prevenzione.

## **5.6. Il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'ASL n. 5 di Oristano**

### **5.6.1 Compiti e poteri del RPCT**

- L'art 1, comma 8, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT predispone – in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) – il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPC) e lo sottopone all'Organo di indirizzo per la necessaria approvazione.
- L'art 1, comma 7, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT segnali all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le “disfunzioni” (così recita la norma) inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indichi agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.
- L'art. 1 comma 9, lett. c), l.190/2012 dispone che il PTPC preveda «*obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano*», con particolare riguardo alle attività ivi individuate.
- L'art 1, comma 10, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT verifica l'efficace attuazione del PTPC e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione. La richiamata disposizione assegna al RPCT anche il compito di verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione nonché quello di definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione.
- L'art. 1, comma 14, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT rediga la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPC.
- L'art. 43, d.lgs. 33/2013 assegna al RPCT, di norma, anche le funzioni di Responsabile per la trasparenza, attribuendo a tale soggetto “*un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione*”.
- L'art. 5, comma 7, d.lgs. 33/2013 attribuisce al RPCT il compito di occuparsi dei casi di riesame dell'accesso civico: “*Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni*”.

- L'art. 5, comma 10, d.lgs. 33/2013 precisa poi che nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, il RPCT ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina di cui all'art.43, comma 5 del d.lgs. 33/2013.
- L'art. 15, comma 3 del d.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 stabilisce che il RPCT cura la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'ANAC dei risultati del monitoraggio.

### 5.6.2 Il supporto conoscitivo ed informativo al RPCT

- L'art. 1, comma 9, lett. c) l.190/2012, con particolare riguardo ai contenuti del PTPC stabilisce che in esso debbano essere previsti obblighi di informazione nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano, con particolare riguardo alle attività e aree di rischio individuate nel PTPC e alle misure di contrasto del rischio di corruzione.
- L'art. 16, comma 1-ter, d.lgs. n. 165 del 2001 stabilisce che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali sono tenuti a *"fornire le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione"*.
- L'art. 8 del d.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 stabilisce che i dipendenti dell'amministrazione sono tenuti a *"rispettare le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione e a prestare collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione"*.

### 5.6.3 I rapporti con l'organo di indirizzo

- L'art. 1, comma 8, l.190/2012 stabilisce che *"l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del PTPC"*. Tali poteri di indirizzo sono strettamente connessi con quelli che la legge attribuisce al RPCT per la predisposizione del PTPC nonché per la verifica sulla sua attuazione e idoneità con conseguente potere di proporre modifiche dello stesso Piano.
- L'art. 1, comma 14, l.190/2012 stabilisce l'obbligo per il RPCT di riferire all'Organo di indirizzo politico sull'attività, con la relazione annuale sopra citata, da pubblicare anche nel sito web dell'amministrazione. Nei casi in cui l'organo di indirizzo lo richieda, il RPCT è tenuto a riferire sull'attività svolta.
- L'art. 1, comma 7, l.190/2012 stabilisce l'obbligo da parte del RPCT di segnalare all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione.
- La medesima disposizione, al fine di garantire che il RPCT abbia poteri all'interno di tutta la struttura tali da poter svolgere con effettività i propri compiti, stabilisce che *"l'organo di indirizzo dispone le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività"*.
-



#### **5.6.4 I rapporti con l'Autorità Nazionale Anticorruzione**

- L'art. 43, D.Lgs33/2013 stabilisce che al RPCT spetta il *“controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione”*.
- L'art 15, d.lgs. 39/2013 analogamente, stabilisce che il RPCT segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni del richiamato decreto, tra gli altri anche all'Autorità nazionale anticorruzione.
- La medesima norma, al comma 3, prevede l'intervento di ANAC sui provvedimenti di revoca del RPCT qualora rilevi che la revoca sia correlata alle attività svolte dal Responsabile in materia di prevenzione della corruzione. La richiamata disposizione si inserisce in un sistema più ampio di tutela e garanzia del RPCT (di cui si dà conto più avanti) messo in atto dal legislatore che prevede l'intervento di ANAC su misure discriminatorie anche diverse dalla revoca, perpetuate nei confronti del RPCT per motivi collegati, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni (art. 1, co. 7, l. 190/2012). L'Autorità ha ritenuto opportuno disciplinare il proprio intervento sia con riferimento alla revoca, sia con riferimento alle altre misure discriminatorie nei confronti del RPCT con *“Regolamento sull'esercizio del potere dell'Autorità di richiedere il riesame dei provvedimenti di revoca o di misure discriminatorie adottati nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) per attività svolte in materia di prevenzione della corruzione”* adottato dal Consiglio dell'Autorità in data 18 luglio 2018.
- L'art. 15, c. 3, D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62, stabilisce che il RPCT comunichi ad ANAC i risultati del monitoraggio annuale dell'attuazione dei Codici di comportamento.
- L'art. 45, c. 2, D.Lgs33/2013 stabilisce che l'ANAC controlla l'operato dei responsabili per la trasparenza a cui può chiedere il rendiconto sui risultati del controllo svolto all'interno delle amministrazioni. (Sul punto giova ricordare che il Responsabile della trasparenza coincide, di norma con il Responsabile della prevenzione della corruzione - sul punto cfr. PNA 2016, § 5.2.)

#### **5.6.5 Le garanzie della posizione di indipendenza del RPCT**

Stante il difficile compito assegnato al RPCT, il legislatore ha elaborato un sistema di garanzia a tutela di tale soggetto (cui si è accennato sopra), al fine di evitare ritorsioni nei confronti dello stesso per l'esercizio delle sue funzioni (art. 1, c. 7 e c. 82, l. n. 190/2012, art. 15, c. 3, del D.Lgs39/2013).

#### **5.6.6 In tema di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi**

Ai sensi dall'art. 15 d.lgs. n. 39/2013 al RPCT è affidato il compito di vigilare sul rispetto delle disposizioni sulle inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi di cui al medesimo decreto legislativo, con capacità proprie di intervento, anche sanzionatorio e di segnalare le violazioni all'ANAC. A tale proposito è utile ricordare che l'Autorità con le *“Linee guida in materia di accertamento delle inconfiribilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione”*, adottate con Delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016 ha precisato che spetta al RPCT *“avviare il*

*procedimento sanzionatorio, ai fini dell'accertamento delle responsabilità soggettive e dell'applicazione della misura interdittiva prevista dall'art. 18 (per le sole inconferibilità). Il procedimento avviato dal RPC è un distinto e autonomo procedimento, che si svolge nel rispetto del contraddittorio e che è volto ad accertare la sussistenza dell'elemento psicologico del dolo o della colpa, anche lieve, in capo all'organo conferente. All'esito del suo accertamento il RPC irroga, se del caso, la sanzione inibitoria di cui all'art. 18 del d.lgs. n. 39/2013. Per effetto di tale sanzione, l'organo che ha conferito l'incarico non potrà, per i successivi tre mesi, procedere al conferimento di incarichi di propria competenza."*

*In tema di responsabilità del RPCT a fronte dei compiti attribuiti, la legge 190/2012 prevede (art. 12 e 14) anche consistenti responsabilità.*

*In particolare, l'art. 12 stabilisce che "In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il RPCT risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano". L'art. 14 stabilisce altresì che "In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il responsabile (...)risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, (...) nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano. La violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare".*

## **5.7 I referenti aziendali del responsabile della prevenzione della corruzione**

I Referenti aziendali fungono da interlocutori stabili del RPC nelle varie unità organizzative e nelle eventuali articolazioni periferiche, supportandolo operativamente in tutte le fasi del processo, hanno il compito di affiancarlo nello svolgimento in particolare nell'attività di gestione dei rischi, monitoraggio sull'attuazione delle misure e sugli obblighi di pubblicazione, diffusione dei documenti per la prevenzione della corruzione (es. Codice di comportamento, PTPC, ecc. ), misure e obblighi in essi contenuti (es. obbligo di astensione e comunicazione dei conflitti di interesse, ecc.) nonché di sensibilizzazione del personale sui temi dell'etica pubblica.

*I Referenti del RPC vigilano sulla corretta applicazione di quanto previsto dai Regolamenti attinenti ai rapporti con i soggetti esterni, ad es. quelli che disciplinano gli accessi da parte degli informatori scientifici/ rappresentanti di ditte esterne (farmaci, dispositivi medici e tecnici ortopedici), il Regolamento sulla formazione esterna.*

### **5.7.1 Soggetti chiave**

La prevenzione dei fenomeni di corruzione e di maladministration, in generale, deve riguardare ogni singolo cittadino o organizzazione. Ognuno di noi deve sentirsi coinvolto, qualunque sia il ruolo all'interno della società nel contrasto alla corruzione che in sanità assume una connotazione più grave poiché sottrae risorse, oramai sempre più scarse, alla cura dei pazienti.

L'azione di contrasto deve essere pertanto forte e decisa e deve provenire da ogni singola persona.

La normativa individua alcune figure impegnate nel processo di prevenzione di fenomeni di corruzione. All'interno della ASL n. 5 di Oristano questi soggetti sono:

### **5.7.2 Il Direttore Generale**

- designa il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e il Responsabile della Trasparenza e adotta il presente Piano;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

### **5.7.3 I Referenti del RPCT**

- supportano e affiancano il RPC e RT nello svolgimento dei propri compiti e nell'attività di monitoraggio delle misure;
- presidiano, diffondono e monitorano la corretta applicazione del PTPC, del Codice di comportamento, dei Regolamenti aziendali e delle misure di prevenzione della corruzione per il corretto svolgimento dei processi aziendali;
- coinvolgono i dipendenti delle loro Strutture nelle attività previste dal PTPC;
- forniscono gli elementi necessari per la valutazione dei rischi e l'aggiornamento del Piano.

### **5.7.4 Organismo di Valutazione Interna (OIV) dell'ASL n. 5 di Oristano (in fase di individuazione dei componenti)**

- attesta l'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza, secondo la vigente normativa in materia.
- supporta il Consiglio di direzione in relazione alle seguenti tematiche:
- favorisce l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo;
- la verifica iniziale della coerenza degli obiettivi annuali programmati delle Articolazioni organizzative aziendali con le direttive di budget aziendali;
- la valutazione intermedia e finale sui risultati complessivi della gestione aziendale;
- la valutazione degli obiettivi affidati ai dirigenti e l'attribuzione ad essi della retribuzione di risultato;
- il monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema della valutazione e della trasparenza e integrità dei controlli interni;
- la verifica della coerenza tra PTPC e obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale nonché la presenza degli obiettivi di anticorruzione e trasparenza nei documenti di misurazione e valutazione delle performance (art. 44 D.Lgs33/2013 e PNA 2016).

Costituisce inoltre organismo di valutazione di seconda istanza sul raggiungimento degli obiettivi individuali affidati ai dirigenti in sede di programmazione annuale dell'attività e dei risultati di gestione conseguiti dai dirigenti responsabili di struttura. L'esito della valutazione rileva ai fini dell'attribuzione della quota attesa di retribuzione di risultato e concorre alla valutazione pluriennale dei dirigenti.

### **5.7.5 Il Collegio sindacale (in fase di individuazione dei componenti)**

Il Collegio sindacale è un organo dell'Azienda al quale sono attribuiti compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile della gestione aziendale.

Il PNA 2016 rafforza e riconosce il Collegio sindacale quale organo deputato a verifiche sulle aree a maggior rischio proprio con riferimento al fenomeno della maladministration.

### **5.7.6 I Direttori di Dipartimento/ Servizio/ U.O. e tutti i dirigenti nonché i responsabili di ufficio e incarico per l'area di competenza (attualmente solo le strutture ospedaliere hanno i dirigenti nominati mentre la struttura amministrativa non ha ancora avuto una compiuta definizione e, pertanto, sono presenti esclusivamente il Direttore della S.C. Programmazione e Controllo ed il Direttore della S.C. Servizio Giuridico Amministrativo).**

- sono responsabili della corretta attuazione delle misure di prevenzione della corruzione attinenti i processi da loro gestiti;
- partecipano al processo di gestione del rischio, all'individuazione delle misure di contenimento del rischio e alla corretta implementazione/attuazione delle misure;
- svolgono attività informativa nei confronti del RPC e dei Referenti del RPC;
- sono responsabili dell'effettiva e puntuale attuazione dei Regolamenti e delle procedure aziendali, delle disposizioni del presente Piano e di tutte le misure, sia generali che specifiche, del monitoraggio sulla corretta applicazione delle misure e del rispetto dei termini per l'implementazione di quelle nuove;
- assicurano la diffusione e l'osservanza del Codice di comportamento e segnalano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari e la rotazione del personale.

Con riferimento al RUOLO E ALLE RESPONSABILITA' DEI DIRIGENTI/DIRETTORI si richiama altresì il testo innovato dell'art. 16 del D.Lgs n. 165 del 2001 sulla disciplina delle funzioni dei dirigenti. Gli attuali commi 1-bis), 1-ter) e 1-quater) prevedono che i dirigenti predetti:

- *1-bis) concorrano alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti;*
- *1-ter) forniscano le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;*
- *1-quater) provvedano al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.*

La responsabilità è di tipo dirigenziale, secondo le norme vigenti, l'attività di gestione di tutti i rischi, incluso quello di corruzione, i piani di contenimento dei rischi e l'attività di monitoraggio sono attività proprie del ruolo dirigenziale.

Pertanto i **dirigenti hanno la responsabilità primaria nell'assicurare l'efficacia delle misure di contenimento del rischio di corruzione per quelli a maggior impatto e probabilità, quindi operando attivamente in materia di rischi e controlli all'interno dei propri processi.**

Tale responsabilità si sostanzia nel disegno e mantenimento di un sistema di gestione dei rischi e di controllo interno in grado di assicurare il corretto agire nel rispetto dei principi di legalità, conformità alle normative e ai regolamenti, buon andamento e imparzialità, efficienza, efficacia, corretta ed economica gestione delle risorse pubbliche, prevenzione della corruzione.

#### **5.7.7 Commissione Procedimenti Disciplinari (UPD).**

Con nota ARES PG/2022/1322 del 14/01/22 è stato trasmesso apposito accordo, sottoscritto in data 13 gennaio 2022, tra ARES e le altre 8 AA.SS.LL. della Regione Sardegna con la quale è garantita la continuità nella gestione degli adempimenti relativi ai Procedimenti Disciplinari.

#### **5.7.8 I Dipendenti e i collaboratori**

- sono coinvolti nelle attività di prevenzione di fenomeni di maladministration osservano le misure contenute nel presente Piano e nel Codice di Comportamento;
- si astengono e segnalano le situazioni di conflitto di interessi;
- segnalano condotte illecite o comportamenti opportunistici;
- collaborano, supportano e forniscono il proprio contributo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, nelle attività di prevenzione della corruzione.
- L'art.1 comma 14 della legge 190/2012 prevede che *la violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare.*

#### **5.7.9 I Pazienti, le Associazioni di tutela dei malati, i collaboratori delle ditte fornitrici e gli altri soggetti esterni (stakeholder)**

- segnalano casi di illecito o di rischi e irregolarità nell'interesse pubblico, anche attraverso la piattaforma di whistleblowing o tramite l'URP;
- possono inviare suggerimenti per il miglioramento in fase di consultazione del Piano.
- si precisa che l'impegno nella prevenzione della corruzione riguarda tutti i portatori di interesse (stakeholder) e deve essere visto quale impegno personale nel contribuire sia a creare un contesto sfavorevole ai fenomeni corruttivi e sia per garantire il miglior uso delle risorse della comunità.

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

Con il comunicato del 28 ottobre 2013, l'ANAC ha stabilito che ogni stazione appaltante è tenuta "a nominare con apposito provvedimento il soggetto responsabile incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi

della stazione appaltante stessa, denominato *Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)*". Successivamente, il Piano Nazionale Anticorruzione 2016 ha previsto l'indicazione di tale figura nel Piano di Prevenzione della Corruzione di ogni stazione appaltante, individuandola come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

L'obbligo informativo – consistente nell'implementazione della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, la classificazione della stessa e l'articolazione in centri di costo - sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 5 del 19/01/2022 è stato nominato il Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante.

### **5.8. La strategia per la prevenzione della corruzione e il collegamento con il ciclo delle performance**

La formulazione della strategia nazionale di prevenzione della corruzione, indicata all'interno del Piano nazionale anticorruzione, si basa principalmente sui seguenti obiettivi:

- conseguire la riduzione delle opportunità di manifestazione dei fenomeni di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Questi tre obiettivi si sviluppano a livello decentrato, in ogni pubblica amministrazione, nella individuazione e attuazione di una serie di misure obbligatorie e specifiche che sono indicate all'interno del Piano triennale di prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza.

È intendimento dell'Azienda inserire gli strumenti introdotti dalla normativa anticorruzione al suo interno omogeneizzandoli in un sistema di meccanismi di controllo interno orientati al miglioramento continuo dell'efficienza e qualità dei processi aziendali di supporto e di erogazione delle prestazioni.

La scelta dell'Azienda nella prevenzione della corruzione è quella di prediligere un **approccio culturale, orientato alla diffusione dei valori dell'etica, della legalità e dell'integrità** piuttosto che basato solo su regole e misure repressive.

Per poter operare in questo senso sarà importante sviluppare atteggiamenti corretti frutto di riflessioni da parte dei diversi soggetti, piuttosto che di comportamenti di adeguamento passivo ad una regola imposta.

Per questo motivo si tenderà a perseguire la collaborazione dei vari soggetti interni ed esterni nella condivisione di strategie e strumenti finalizzati a promuovere e diffondere la legalità e l'integrità, contribuendo così in maniera attiva a garantire la tutela dell'interesse della collettività.

Inoltre, la strategia per la prevenzione della corruzione aziendale seguirà un approccio sistemico, nel senso che strumenti e misure dovranno essere indirizzati, in maniera intercorrelata e sinergica, al perseguimento di un risultato efficace e in grado di generare valore su più fronti nella prevenzione della corruzione.

Gli strumenti e l'approccio scelto dall'Azienda nella strategia di prevenzione della corruzione, (con particolare riferimento anche alla formazione basata su approccio normativo, etico e valoriale, alla promozione delle segnalazioni di rischi di illegalità e irregolarità, alla gestione dei rischi), mirano a stimolare i soggetti interni ed esterni all'Azienda contribuendo così alla promozione della cultura della legalità, dell'integrità e della trasparenza.



**Figura 2** – Strumenti per la prevenzione della corruzione

Al momento della redazione del presente atto la Direzione non ha ancora potuto declinare gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza atteso che ancora non è stato nominato l'Organismo Indipendente di Valutazione e, pertanto, verrà aggiornata la presente parte del Piano appena detti obiettivi verranno declinati.

Peraltro verso, considerato che una strategia efficace richiede l'integrazione e la coerenza del PTPCT con gli obiettivi aziendali, gli obiettivi del presente Piano dovranno essere tradotti in obiettivi organizzativi e individuali assegnati ai relativi responsabili e quindi si dovrà procedere al coordinamento tra il presente documento ed il **Piano Performance 2022**, il quale si coordina e si integra con il PTPCT e, unitamente agli altri Piani, confluirà nel PIAO.

### 5.9 Monitoraggio e riesame delle misure del PTPCT

Il monitoraggio e il riesame rappresentano delle fasi importanti del processo di gestione del rischio, poiché solo attraverso la verifica della corretta attuazione del Piano, la valutazione delle misure e il riesame del processo di gestione del rischio è possibile assicurare un'efficace strategia di prevenzione della corruzione. Tali fasi sono fondamentali anche al fine di operare, se necessario, delle correzioni migliorative (per mantenere la controllabilità o per ottimizzare le misure individuate).

Il monitoraggio e il riesame hanno come scopo quello di:

- valutare il rischio

- ottenere ulteriori informazioni per migliorare la valutazione del rischio;
- analizzare ed apprendere dagli eventi, cambiamenti, tendenze, successi e fallimenti;
- rilevare i cambiamenti nel contesto esterno ed interno, comprese le modifiche ai criteri di rischio e al rischio stesso, che possano richiedere revisioni dei trattamenti del rischio e delle priorità;
- identificare i rischi emergenti;
- assicurare che le misure di contenimento del rischio siano efficaci ed efficienti sia nella progettazione sia nell'operatività.

La responsabilità, circa la valutazione dei rischi, l'individuazione delle misure per la riduzione degli stessi, la corretta applicazione e l'efficacia delle misure, rientra tra i compiti e le responsabilità dei dirigenti e dei direttori. Questo perché chi opera all'interno del processo conosce in maniera più approfondita le diverse fasi e pertanto è in grado di meglio identificare, anticipare e prevedere dinamicamente le esposizioni di rischio e le relative misure di contenimento.

All'esito dell'attività di monitoraggio, viene predisposta la relazione annuale che gli RPCT redigono ai sensi dell'art. 1 c. 14 della L. 190 del 2012, sulla base dello schema tipo predisposto dall'ANAC, con cui si rendiconta circa i risultati dell'attività svolta evidenziando lo stato di attuazione delle singole azioni sulla base di quanto dichiarato dai singoli Referenti e dai responsabili dei processi.

Oltre a vigilare sull'attuazione delle misure previste, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza può, in qualsiasi momento:

- richiedere ai Servizi/UU.OO., dati e documenti relativi a determinate attività;
- verificare e chiedere delucidazioni scritte e/o verbali a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare, anche solo potenzialmente, ipotesi di corruzione e illegalità;
- effettuare controlli a campione di natura documentale e, in casi di particolare rilevanza, anche mediante sopralluoghi e verifiche presso le strutture competenti.

### **5.10 Aree di rischio**

Ai fini della valutazione del rischio si prenderanno le mosse dalle Aree di Rischio generali e specifiche, come evidenziate dall'ANAC seppur non tutte verranno prese in considerazione stante la suddivisione di competenze tra l'Azienda Regionale della Sardegna e l'Azienda Socio Sanitaria Locale.

L'ASL n. 5 di Oristano concentrerà l'attività di analisi soprattutto su questi processi che sono di seguito declinati:

#### **Aree di rischio generali previste dalla L. 190/2012, art. 1, c. 16:**

- Autorizzazione o concessione
- Acquisti di beni, servizi e lavori
- Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati
- Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera (nella configurazione del Legislatore detta attività dovrebbe essere in capo all'Azienda Regionale)



### **Are di rischio generali (da aggiornamento PNA 2015):**

- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
- Incarichi e nomine carriera (nella configurazione del Legislatore detta attività dovrebbe essere in capo all'Azienda Regionale)
- Affari legali e contenzioso carriera (nella configurazione del Legislatore detta attività dovrebbe essere in capo all'Azienda Regionale)

### **Are di rischio specifiche per il settore sanitario (da aggiornamento PNA 2015):**

- Attività conseguenti al decesso in ambito intra ospedaliero;
- Attività distrettuali;
- Medicina convenzionata carriera (nella configurazione del Legislatore detta attività dovrebbe essere in capo all'Azienda Regionale);
- Attività libero professionale/liste di attesa.
- Committenza, rapporti contrattuali con privati accreditati carriera (nella configurazione del Legislatore detta attività dovrebbe essere in capo all'Azienda Regionale);
- Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni.
- Accreditamento strutture carriera (nella configurazione del Legislatore detta attività dovrebbe essere in capo all'Azienda Regionale);
- Affari generali ed atti amministrativi. assetto organizzativo, relazioni istituzionali e comunicazione pubblica.
- Formazione, ricerca e cambiamento organizzativo, psicologia e benessere organizzativo carriera (nella configurazione del Legislatore detta attività dovrebbe essere in capo all'Azienda Regionale);
- Prevenzione e protezione, sorveglianza sanitaria, antincendio.
- Aree tecniche (attualmente ancora in capo all'Azienda Regionale);
- Dipartimento ICT infrastrutture, tecnologie della informazione e delle comunicazioni (attualmente ancora in capo all'Azienda Regionale);
- Data Privacy Officer;
- SS.CC. giuridico amministrativa delle aa.ss.ll.;
- Dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze;
- SS.CC. professioni sanitarie;

#### **5.10.1 Settori a maggiore impatto e rischio di corruzione.**

- **Appalti e contratti pubblici**

Sicuramente il settore dell'approvvigionamento, nei sistemi sanitari, è una delle attività più colpite dalla corruzione. Spesso la necessità e l'urgenza del dover provvedere a soddisfare le esigenze di una utenza particolarmente fragile si presta più facilmente a distorsioni e rischi corruttivi, sebbene la presenza di regolamenti e procedure dedicate alle diverse fasi della procedura di acquisto maturate nella precedente organizzazione aziendale (ATS Sardegna - Area Oristano), nonché l'uso quasi esclusivo del Me.P.A. per effettuare gli acquisti anche sotto soglia, abbia mitigato e notevolmente ridotto il rischio corruttivo.

Una possibile distorsione potrebbe derivare dalle modalità con cui verrà effettuato il raccordo tra la funzione di centrale acquisti, posta in capo all'Azienda Regionale che quindi provvede alle forniture centralizzate da effettuare con gara unica e le funzioni di acquisto demandate alle singole Aziende, dotate di autonomia.

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

#### **Possibili soluzioni**

Processi contrattuali trasparenti: procedure contrattuali aperte e rese trasparenti in modo tempestivo (ad es. il portale CONSIP e MEPA) consentono di individuare più facilmente e rapidamente i casi che meritano controlli più approfonditi, lasciando a corrotti e corruttori meno spazio di manovra.

Whistleblowing: efficaci sistemi di segnalazione interna sono in grado di mitigare il rischio di corruzione, ampliando la sfera del monitoraggio dei processi ai dipendenti delle strutture a rischio.

#### **5.10.2 Valutazione del rischio**

La valutazione del rischio sarà articolata in tre fasi:

- identificazione;
- analisi;
- ponderazione;

L'identificazione del rischio (o meglio degli eventi rischiosi) ha come obiettivo l'individuazione di comportamenti o fatti, anche solo ipotetici, tramite cui può concretizzarsi il fenomeno corruttivo.

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

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

Le attività relative all'analisi ed alla ponderazione del rischio saranno svolte secondo le modalità esplicitate nel PNA, a partire dall'analisi dei cosiddetti "fattori abilitanti" della corruzione e dall'adozione di un approccio di tipo qualitativo, dando il dovuto spazio alla motivazione della valutazione. Coerentemente con l'approccio qualitativo, i criteri utilizzati per la valutazione dell'esposizione al rischio potranno essere operativamente tradotti in indicatori di rischio (*key risk indicators*), eventualmente definiti in collaborazione con altri enti che operano in ambito sanitario.

#### **5.10.3 Trattamento del rischio**

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare le misure correttive più idonee a contrastare i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

Non ci si dovrà limitare a proporre misure astratte ma dovranno essere previste misure specifiche e puntuali da realizzarsi entro scadenze precise e ragionevoli definite sulla base della priorità rilevate e delle risorse effettivamente disponibili.

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

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

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

## 5.11 Il programma per la trasparenza

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **5.11.1 Codice di Comportamento generale e Codice di Comportamento dell' ASL n. 5 di Oristano**

Il 19 giugno 2013 è entrato in vigore il nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 4 giugno 2013), che definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare. Le previsioni del Codice, che supera il precedente decreto del Ministro per la funzione pubblica del 28

novembre 2000, sono integrate dai codici di comportamento adottati dalle singole amministrazioni. Il Codice si applica ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni (definite dal Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n.165), con estensione degli obblighi di condotta, per quanto possibile, a tutti i collaboratori o consulenti.

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

L'ASL n. 5 di Oristano, non ha ancora avuto la possibilità di redigere un proprio Codice di Comportamento e, pertanto, nelle more della predisposizione provvederà a recepire il Codice di Comportamento dell'ATS Sardegna, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 501 del 29/06/2017, ai sensi dell'art. 54 del D.Lgs n. 165/2001, integra e specifica il codice adottato dal D.P.R. n. 62 del 16/04/2013, tiene conto delle Linee guida emanate da ANAC con deliberazione n. 358/2017 e disciplina i seguenti ambiti:

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

### **5.12 Rotazione del personale**

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

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

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

Va, inoltre, sottolineato che la rotazione ordinaria rappresenta soprattutto un criterio organizzativo che, nell'ottica del rispetto dei canoni di buona amministrazione ex art. 97 della Costituzione, può contribuire alla

crescita del personale rispetto alle conoscenze ed alle competenze, favorendo lo sviluppo professionale del lavoratore.

In tale ottica, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta

anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale ai fini del miglior utilizzo delle risorse umane disponibili.

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

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

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

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

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

#### **5.12.1 Criteri per la rotazione ordinaria del personale**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **5.12.2 Rotazione ordinaria del personale dirigenziale**

La rotazione dei dirigenti, in attuazione dei principi generali sopra declinati, si realizza per le aree per le quali, a discrezione della Direzione strategica e a seguito di una mappatura degli incarichi/funzioni apicali, compatibilmente con l'organico e con l'esigenza di assicurare continuità dell'azione amministrativa e coerenza di indirizzo delle strutture, si prevede la possibilità di favorire lo sviluppo di nuove competenze

anche - ma non soltanto - nelle aree alle quali afferiscono i processi a rischio individuati nel PTPCT, prevedendo l'alternanza fra i responsabili di Unità Operative Complesse, fra i Responsabili di Unità Operative Semplici, dei Responsabili di procedimento nonché dei Componenti delle commissioni di gara e di concorso.

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

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

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

### **5.12.3 Rotazione ordinaria del personale non dirigenziale**

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

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

### **5.12.4 Rotazione straordinaria del personale**

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

Tale misura, cosiddetta rotazione straordinaria, solo nominalmente può associarsi all'istituto generale della rotazione. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'ASL.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **5.12.6 Durata della rotazione straordinaria**

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

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

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

In caso di rinvio a giudizio, per lo stesso fatto, trova applicazione l'istituto del trasferimento disposto dalla legge n. 97/2001. Se il trasferimento è già stato disposto in sede di rotazione straordinaria, l'Azienda può nuovamente disporre il trasferimento (ad esempio ad un ufficio ancora diverso), ma può limitarsi a

confermare il trasferimento già disposto, salvo che al provvedimento di conferma si applicano i limiti di validità temporale previsti dalla legge n. 97/2001.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Il conflitto di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici* L'ANAC con le Linee guida n. 15 recanti "Individuazione e gestione di conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici"

(G.U. Serie generale n. 182 del 5.08.2019) ha definito l'ambito di applicazione del conflitto di interesse nelle procedure di gara.

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

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

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

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

L'amministrazione provvede al protocollo, alla raccolta e alla conservazione delle dichiarazioni acquisite, nonché al loro tempestivo aggiornamento in occasione di qualsivoglia variazione sopravvenuta dei fatti dichiarati all'interno del fascicolo relativo alla singola procedura.

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

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

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

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

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

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

Il responsabile dell'ufficio di appartenenza del soggetto interessato o, nel caso di dirigente, il superiore gerarchico, è chiamato a valutare, in contraddittorio con il dichiarante, se la situazione segnalata o

comunque accertata realizzi un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa. Il titolare del potere sostitutivo che valuta l'esistenza del conflitto di interesse in caso di dirigente apicale è la Direzione Aziendale o un suo delegato.

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

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

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

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

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

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

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

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

- Linee guida Giunta Regionale della Sardegna n. 65/31 del 06/12/2016;

- Linee Guida ATS Sardegna PG/2017/241268 del 05/07/2017;
- Direttiva ATS Sardegna incarichi extra istituzionali, Codice di Comportamento, Incompatibilità, Conflitto di Interessi NP/2018/72116 del 26.10.2018.

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **5.15 Incompatibilità/Inconferibilità incarichi**

A seguito delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni introdotte dalla Legge 190/2012, sulla base della quale è stato emanato il Decreto Legislativo n. 39/2013, l'Agenzia si attiva per conformarsi ai relativi disposti assumendo a riferimento anche

la delibera ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014 “Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario” e la delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016 “Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell’A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili”.

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

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

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

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

Premesso che l’ASL di Oristano ha recepito con Deliberazione del DG n. 115 del 19/04/2022 i Regolamenti di ATS Sardegna, che disciplinano la materia (vedi paragrafo 16) in ordine alla incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi extraistituzionali ai sensi dell’art. 53 del D.Lgsn. 165/2001 e s.m.i.”.

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

Controlli e Regime Sanzionatorio:

- 1. L’osservanza delle disposizioni, stabilite dal presente regolamento, è soggetta alle verifiche effettuate a campione e/o mirate sui dipendenti da parte del competente Servizio Ispettivo (Deliberazione del Commissario Straordinario n.375 del 12/06/2020).
- 2. Il Servizio Ispettivo segnala al Responsabile della Struttura di appartenenza del dipendente e all’Ufficio Procedimenti Disciplinari le eventuali difformità rilevate affinché siano attivate le conseguenti procedure disciplinari.

- 3. La violazione della normativa in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi comporta l'applicazione di specifico regime sanzionatorio per il quale si rimanda al suddetto regolamento aziendale.

#### **5.16. Revolving door-Pantouflage**

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

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

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

L'ASL N° 5 DI ORISTANO CON LA PRESENTE NOTA INTENDE INFORMARE LA S.V. IN MERITO AL DISPOSTO DI CUI ALL'ART. 53, COMMA 16 TER, DEL D.LGS. N. 165/2001, CONSISTENTE NEL DIVIETO DI PRESTARE ATTIVITA' LAVORATIVA (A TITOLO DI LAVORO SUBORDINATO O AUTONOMO), PER I TRE ANNI SUCCESSIVI ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI PUBBLICO IMPIEGO IN ESSERE, NEI CONFRONTI DEI DESTINATARI DI PROVVEDIMENTI ADOTTATI O DI CONTRATTI CONCLUSI CON IL PROPRIO APPORTO DECISIONALE NEGLI ULTIMI TRE ANNI DI SERVIZIO (\*).

L'ASL N° 5 DI ORISTANO POTRA' AGIRE IN GIUDIZIO PER OTTENERE IL RISARCIMENTO DEI DANNI NEL CASO SIA ACCERTATA LA VIOLAZIONE DEL DIVIETO CONTENUTO NELL'ART. 53, COMMA 16 TER, D.LGSN. 165/2001.

//////////

IO SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ DIPENDENTE DELL'ASL N° 5  
DI ORISTANO CON LA QUALIFICA DI \_\_\_\_\_,  
DIMISSIONARIO A FAR DATA DA \_\_\_\_\_ DICHIARO DI AVER RICEVUTO COPIA DELL'INFORMATIVA DI CUI SOPRA IN DATA ODIERNA.

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

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

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

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

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

Come previsto dalla L. 190/2012, c. 51, l'Azienda rende disponibili strumenti che consentono la segnalazione di situazioni di illecito avendo cura di offrire opportune garanzie circa l'anonimato del segnalante.

Il *whistleblower* è chi testimonia un illecito o un'irregolarità sul luogo di lavoro, durante lo svolgimento delle proprie mansioni, e decide di segnalarlo a una persona o un'autorità che possa agire efficacemente al riguardo. Pur rischiando personalmente atti di ritorsione a causa della segnalazione, egli svolge un ruolo di



interesse pubblico, dando conoscenza, se possibile tempestiva, di problemi o pericoli all'ente di appartenenza o alla comunità. Il *whistleblowing* consiste nelle attività di regolamentazione delle procedure volte a incentivare e proteggere tali segnalazioni.

Vengono considerate rilevanti le segnalazioni che riguardano violazioni ai codici di comportamento, danni patrimoniali, rischi, reati o irregolarità a danno dell'interesse pubblico. Il *whistleblowing* non riguarda le lamentele di carattere personale del segnalante, solitamente disciplinate da altre procedure.

Per garantire tempestività di azione ed evitare la "fuoriuscita" incontrollata di segnalazioni in grado di compromettere l'immagine dell'Azienda, le segnalazioni devono essere indirizzate al *Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza*. Le segnalazioni sono considerate riservate e l'identità del segnalante è conosciuta solo da chi riceve la segnalazione.

Funzione primaria della segnalazione è quella di portare all'attenzione dell'organismo preposto i possibili rischi di illecito di cui si è venuti a conoscenza: la segnalazione è quindi prima di tutto uno strumento preventivo. Se la segnalazione è sufficientemente qualificata e completa, senza ledere i diritti, anche alla privacy, del soggetto segnalato, potrà essere verificata tempestivamente e con facilità.

A seguito dell'entrata in vigore della legge n. 179 del 30 novembre 2017, pubblicata sulla G.U. n. 291 del 14 dicembre 2017, l'Azienda si adeguerà alle indicazioni che ANAC fornirà con l'emanazione di apposite linee guida, così come previsto dalla legge stessa.

L'ASL N° 5 DI ORISTANO si impegna ad aderire al progetto "WhistleblowingPA" di Transparency International Italia e del Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani e Digitali ed di adottare la relativa piattaforma informatica.

### **5.18 Formazione**

Attualmente la ASL n. 5 di Oristano ha stipulato una Convenzione con l'Azienda Regionale per la Salute (ARES) per l'attivazione delle procedure relative ai tirocini formativi e ricerca.

La conoscenza dei disposti normativi, delle misure organizzative e dei sistemi di controllo interno dell'Azienda, rappresenta un importante strumento che può favorire lo sviluppo di una cultura della legalità.

Il Piano di Formazione, in linea di massima, prevede l'erogazione di una formazione di base a tutti gli operatori (anche attraverso la metodologia FAD - Formazione A Distanza on line) in materia di etica e cultura della legalità. A questa si aggiungono eventi specifici rivolti a particolari gruppi di operatori (dirigenti, specifiche figure professionali, ecc.) per affrontare in modo dettagliato i contenuti della normativa in rapporto all'applicazione della stessa ai processi aziendali.

Nel Piano i percorsi di formazione sono programmati tenendo presente una strutturazione su diversi livelli:

- a) livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, anche con modalità FAD: riguarda le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale) che debbono coinvolgere tutti i dipendenti ed i collaboratori a vario titolo dell'amministrazione, debbono riguardare il contenuto del Codice di Comportamento e del Codice Disciplinare e devono ricomprendere anche l'esame di casi concreti;
- b) livello specifico per figure professionali, rivolto al Responsabile della Prevenzione, ai Referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio: in tema di

fattispecie di reato, strumenti utilizzati per la prevenzione (PTPCT, Codice di Comportamento e tematiche settoriali), in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione;

- c) livello specifico per settori di attività: è prevista l'organizzazione di appositi focus group, composti da un numero ristretto di dipendenti e guidati da un Dirigente o un operatore esperto con funzione di animatore, nell'ambito dei quali vengono esaminate ed affrontate problematiche concrete di prevenzione della corruzione, calate nel contesto dell'attività di settore, al fine di far emergere il principio comportamentale eticamente adeguato nelle diverse situazioni.

I fabbisogni formativi sono individuati dal Responsabile della Prevenzione in raccordo operativo con il Responsabile della Formazione e con i dirigenti Responsabili di UOC, per le aree tematiche di rispettiva competenza.

Le iniziative di formazione tengono conto del contributo che può essere dato dagli operatori interni all'amministrazione, inseriti come docenti nell'ambito di percorsi di aggiornamento e formativi.

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

#### **5.19 Patti di Integrità negli affidamenti**

Le articolazioni organizzative competenti in materia di procedure di affidamento e gestione degli appalti di lavori, servizi e forniture di cui al D.Lgs n. 50 del 18 aprile 2016, della ASL n. 5 di Oristano inseriranno il Patto di Integrità in tutte le procedure bandite. Il Patto di Integrità costituirà parte integrante dei contratti stipulati dall'ASL n. 5 di Oristano .

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

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

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

Nelle more della predisposizione di un Patto di Integrità da parte della ASL n. 5 di Oristano, si provvederà a recepire il Patto di Integrità di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 437 del 04/06/2019.

#### **5.20 Monitoraggio dei tempi di conclusione dei procedimenti**

L'art. 1, comma 9, lett. d) della legge 190/2012 e s.m.i. prevede l'obbligo del monitoraggio del rispetto dei termini previsti dalla legge e dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti. L'ASL n. 5 di Oristano

prevede il monitoraggio semestrale dei tempi di conclusione. Il report deve essere trasmesso da tutti i responsabili di UOC e di UOSD al Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza entro il giorno 30 del mese successivo a quello del periodo oggetto di monitoraggio. Ai sensi dell'art. 1, comma 28, della L. n. 190/2012 e s.m.i..

### **5.21 Misure Specifiche**

Le misure specifiche sono indicate nell'Allegato 2 all'interno delle schede relative ai singoli processi organizzativi mappati in corrispondenza dei rischi potenziali rilevati.

### **5.22 Misure Trasversali di Prevenzione**

L'ASL n. 5 di Oristano considera fra le ulteriori misure trasversali di prevenzione, finalizzate sia alla prevenzione della corruzione, sia al buon andamento dell'attività dell'amministrazione, l'articolato sistema dei controlli interni costituito da:

- Controllo di Gestione;
- Internal Auditing;
- Percorsi attuativi della certificabilità;
- Risk management;
- Valutazione della performance.

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

### **5.23 Flussi informativi**

All'interno del PTPCT sono identificati i Referenti che relazionano periodicamente verso il Responsabile per la Prevenzione della corruzione e Trasparenza al fine di aggiornarlo sia sullo stato di attuazione e adeguatezza del Piano sia sulle attività di monitoraggio svolte.

Al RPC debbono essere indirizzati (con periodicità definita, o per ogni singolo evento, o a richiesta) adeguati flussi informativi costituiti da:

- stato di avanzamento delle misure di prevenzione e/o modifica delle aree di rischio/controlli (da parte dei Referenti);
- segnalazioni indirizzate alla Direzione da parte di soggetti interni o esterni inerenti ipotesi di reato: il RPC accerta che chi segnala al superiore gerarchico o ai soggetti apicali dell'Azienda condotte illecite, o loro prodromi, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto che intrattiene, non subisca ingiuste ripercussioni o misure discriminatorie, dirette o indirette. Sono fatte salve le perseguibilità a fronte delle responsabilità penali per calunnia o diffamazione e di quelle civili per risarcimento del danno ingiustamente cagionato;
- informazioni su procedimenti disciplinari e segnalazioni di violazioni del Codice di Comportamento (da parte dell' UPD);
- indicatori di Rischio, quali gare deserte, assegnazioni a fornitore unico e/o in emergenza;
- numero di incarichi e aree oggetto di rotazione degli incarichi dirigenziali;

- verifiche e controlli su cause di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi;

#### **5.24 Giornate della Trasparenza**

L'articolo 10, comma 6, del D.Lgs n. 33/2013 stabilisce che *“Ogni amministrazione presenta il Piano e la Relazione sulla performance di cui all'articolo 10, comma 1, lettere a) e b), del decreto legislativo n. 150 del 2009 alle associazioni di consumatori o utenti, ai centri di ricerca e a ogni altro osservatore qualificato, nell'ambito di apposite giornate della trasparenza senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.”*

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

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

#### **5.25 Violazioni del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e responsabilità.**

Ai sensi dell'art. 1, c. 14, della Legge 190/2012 e s.m.i., in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il Responsabile della Prevenzione della corruzione risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ss.ii. .

#### **5.26 Prospettive evolutive**

Tenuto conto dell'emergenza sanitaria da Covid-19 e tenuto conto della L.R. n. 24/2020 di riforma del sistema sanitario regionale, il processo di revisione metodologica proposto, seppur avviato, non ha, al momento dell'adozione/pubblicazione del presente Piano, ancora prodotto evidenze sufficientemente strutturate o comunque tali da poter essere documentate adeguatamente, soprattutto per quanto concerne gli aspetti relativi all'analisi descrittiva dei processi (o rappresentazione degli elementi descrittivi), agli aspetti dell'identificazione dei rischi correlati alle singole attività del processo e all'analisi dei fattori abilitanti.

Non è stato possibile portare a termine, nel lasso di tempo a disposizione, il passaggio dal livello di analisi per processo a quello, più dettagliato, di analisi per attività che richiede comunque un significativo impegno temporale, la contestuale partecipazione attiva dei diversi responsabili dei processi mappati ed il loro fattivo coinvolgimento nella definizione/misura dei singoli indicatori di esposizione al rischio per giungere ad una valutazione complessiva e condivisa del livello di esposizione, prima di poter procedere con le successive fasi del processo di gestione del rischio stesso.

Per le ragioni sopra sinteticamente esposte, il lavoro intrapreso secondo le indicazioni del nuovo PNA proseguirà con gradualità nel corso dell'anno 2022, parallelamente alla messa in atto delle azioni indicate e descritte nelle pagine precedenti, tenendo conto della definizione di processo suggerita dal PNA stesso.

L'elenco dei processi potrà essere aggregato nelle cosiddette “aree a rischio”, intese come raggruppamenti omogenei di processi. Le aree di rischio possono essere distinte in “general” e “specifiche”. Le aree “general” sono comuni a tutte le pubbliche amministrazioni (ad es. contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale), mentre quelle “specifiche” riguardano la singola amministrazione e dipendono dalle

caratteristiche peculiari delle attività svolte dalla stessa. Ogni singolo processo dovrà essere descritto nei suoi elementi di base:

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

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

L'ultima fase della mappatura dei processi è costituita dalla rappresentazione degli elementi descrittivi del processo precedentemente citati.

### **5.27 Relazione del RPCT**

Entro il 15 dicembre di ogni anno, o diverso termine stabilito dall'ANAC, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza provvede a redigere una relazione (su schema ANAC) diretta a riepilogare l'attività svolta e risultati conseguiti. Tale documento è pubblicato sul sito internet nella sezione apposita come previsto dall'art. 1 comma 14 della L.190/2012 e viene trasmesso al Nucleo di valutazione e al Direttore Generale dell'Azienda.

### **5.28 Trasparenza e privacy**

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

Prima di procedere alla pubblicazione sul sito web è necessario:

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

### **5.29 Entrata in vigore**

Il PTPCT 2022/2024, entrerà in vigore a decorrere dal 02/05/2022. E' pubblicato sul sito web della ASL n. 5 di Oristano, sezione "Amministrazione Trasparente" - sotto sezione "Altri Contenuti" - "Corruzione". Si richiama in applicazione al presente PTPCT, per quanto non esplicitamente menzionato, la normativa vigente in materia.

## 6. Piano triennale del Fabbisogno del personale

Di seguito il personale operante nella ASSL di Oristano al 31.12.2021, confrontato con il personale presente in azienda nell'anno 2016, anno precedente l'accorpamento alla ATS. Il personale presente al 31.12.2021 potrà subire variazioni nel corso dell'anno 2022 per effetto dello scorporo da ATS.

ASSL ORISTANO al 31.12.2021

Tipo Contratto	Ruolo Ammin.vo	Ruolo Sanitario	Ruolo Profess.le	Ruolo Tecnico	Totale
<i>Dirigenza medica</i>		242			242
<i>Dirigenza veterinaria</i>		53			53
<i>Dirigenza sanitaria non medica</i>		27		1	28
<i>Dirigenti P/T/A</i>	2				2
<i>Comparto</i>	88	815		261	1.164
<b>Totale</b>	<b>90</b>	<b>1.137</b>	<b>0</b>	<b>262</b>	<b>1.489</b>

ASL ORISTANO al 31.12.2016

Tipo Contratto	Ruolo Ammin.vo	Ruolo Sanitario	Ruolo Profess.le	Ruolo Tecnico	Totale
<i>Dirigenza medica e veterinaria</i>		408			408
<i>Dirigenza sanitaria non medica</i>		37			37
<i>Dirigenti P/T/A</i>	11		3		14
<i>Comparto</i>	160	880		277	1.317
<b>Totale</b>	<b>171</b>	<b>1.325</b>	<b>3</b>	<b>277</b>	<b>1.776</b>

<b>Differenze (2021-2016)</b>	<b>-81</b>	<b>-188</b>	<b>-3</b>	<b>-15</b>	<b>-287</b>
-------------------------------	------------	-------------	-----------	------------	-------------

Negli ultimi anni la carenza del personale medico nel mercato del lavoro sia a livello nazionale e a maggior ragione regionale, rende difficile garantire adeguati volumi di attività e una efficiente assistenza sanitaria sia a livello ospedaliero che territoriale. E' sempre più diffuso infatti il ricorso ad istituti quali lo straordinario, le prestazioni aggiuntive o le prestazioni in libera professione d'azienda dei professionisti già operanti nel sistema sanitario.

Compatibilmente con la disponibilità nel mercato del lavoro di medici nelle diverse specialità e di personale sanitario del comparto si procederà nel triennio 2022-2024 con il reclutamento di diverse figure, tra le più carenti si rammentano i medici delle seguenti discipline: medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza, malattie dell'apparato respiratorio, oncologia e ematologia, anestesia e rianimazione, cardiologia, gastroenterologia, igiene epidemiologia e sanità pubblica, pediatria e nefrologia. Il medesimo problema si registra con la grave carenza di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta per i quali si rileva un'offerta insufficiente rispetto ai fabbisogni.

Risulta urgente adeguare la dotazione del personale soprattutto sanitario, necessario a soddisfare le esigenze assistenziali e garantire l'offerta dei livelli essenziali di assistenza (LEA); lo si dovrà fare promuovendo nel contempo il cambiamento organizzativo-assistenziale con adeguate politiche di governo del personale per garantire l'equilibrio tra efficacia ed efficienza del servizio sanitario.

Le indizioni di concorsi e avvisi pubblici per l'assunzione di dirigenti medici a tempo indeterminato e determinato di questi ultimi anni si sono dimostrate insufficienti a ricoprire le carenze d'organico e non hanno soddisfatto le necessità di tutte le aziende sanitarie della regione.

Sono diversi i fattori che incidono sulle difficoltà di reclutamento di personale e tra queste si evidenziano, l'insufficiente numero di medici in possesso del titolo di formazione specialistica per via di una programmazione che si è dimostrata non adeguata rispetto alla domanda del servizio sanitario. Vi è stata poi un'elevata uscita dei medici in servizio sia per pensionamento ma anche per una maggiore attrattività del settore privato. Inoltre, il personale utilmente collocato nelle graduatorie di assunzione rifiutano l'assunzione nelle aree periferiche privilegiando la presa in servizio nei centri di Cagliari e Sassari.

Di seguito è rappresentato il Piano del Fabbisogno del Personale per triennio 2022-2024.

Prospetto n. 1 - PTFP Personale dipendente										
PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2022-2024										
ANNO 2022										
Profilo professionale _ Disciplina	Dotazione Organica		Posti coperti al 1/1		Cessazioni		Assunzioni		Posti coperti al 31/12	
	Teste	Costo	Teste	Costo	Teste	Risparmi	Teste	Costo	Teste	Costo
<b>Ruolo Amministrativo</b>										
<b>Comparto</b>			<b>87</b>	<b>1.930.134</b>	<b>25</b>	<b>279.085</b>	<b>31</b>	<b>339.039</b>	<b>93</b>	<b>1.990.089</b>
Commesso - A			0	0	0	0	1	9.465	1	9.465
Coadiutore amministrativo - B			23	460.007	1	10.000	1	10.000	23	460.007
Coadiutore amministrativo esperto - BS			4	84.485	1	10.561	0	0	3	73.924
Assistente amministrativo - C			42	944.174	23	258.524	23	258.524	42	944.174
Collaboratore amministrativo professionale - D			17	415.141	0	0	6	61.050	23	476.191
Collaboratore amministrativo professionale esperto - DS			1	26.328	0	0	0	0	1	26.328
<b>Dirigente amministrativo</b>			<b>2</b>	<b>91.155</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>68.366</b>	<b>5</b>	<b>159.522</b>
<b>Totale Ruolo Amministrativo</b>			<b>89</b>	<b>2.021.289</b>	<b>25</b>	<b>279.085</b>	<b>34</b>	<b>407.406</b>	<b>98</b>	<b>2.149.610</b>
<b>Ruolo Professionale</b>										
<b>Comparto</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>16.280</b>	<b>1</b>	<b>16.280</b>
Addetto stampa			0	0	0	0	1	16.280	1	16.280
<b>Dirigenza</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>22.789</b>	<b>1</b>	<b>22.789</b>
Dirigente Ingegnere			0	0	0	0	1	22.789	1	22.789
<b>Totale Ruolo Professionale</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>39.069</b>	<b>2</b>	<b>39.069</b>
<b>Ruolo Tecnico</b>										
<b>Comparto</b>			<b>248</b>	<b>5.004.481</b>	<b>31</b>	<b>311.830</b>	<b>29</b>	<b>291.270</b>	<b>246</b>	<b>4.983.920</b>
Ausiliario specializzato - A			24	454.327	1	9.465	1	9.465	24	454.327
Operatore tecnico - B			17	340.005	1	10.000	0	0	16	330.005
Operatore Tecnico addetto Assistenza (esaurimento) - B			3	60.001	1	10.000	0	0	2	50.001
Operatore socio sanitario - BS			178	3.560.052	25	250.004	26	260.004	179	3.570.052
Operatore tecnico specializzato - BS			13	274.575	2	21.121	1	10.561	12	264.014
Programmatore - C			1	22.480	1	11.240	1	11.240	1	22.480
Collab. Prof. Assistente Sociale - D			12	293.041	0	0	0	0	12	293.041
<b>Dirigenza</b>			<b>1</b>	<b>45.578</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>45.578</b>
Dirigente Analista			1	45.578	0	0	0	0	1	45.578
<b>Totale Ruolo Tecnico</b>			<b>249</b>	<b>5.050.058</b>	<b>31</b>	<b>311.830</b>	<b>29</b>	<b>291.270</b>	<b>247</b>	<b>5.029.497</b>
<b>Ruolo Sanitario</b>										
<b>Comparto</b>			<b>814</b>	<b>19.881.068</b>	<b>114</b>	<b>1.391.641</b>	<b>128</b>	<b>1.579.163</b>	<b>828</b>	<b>20.068.591</b>
Operatore sanitario - BS			1	20.000	1	10.000	0	0	0	10.000
Puericultrice esperta - C			2	44.961	0	0	0	0	2	44.961
Collab. Prof. Sanitario Assistente sanitario - D			9	219.780	3	36.630	3	44.770	9	227.920
Collab. Prof. Sanitario Dietista - D			1	24.420	0	0	0	0	1	24.420
Collab. Prof. Sanitario Educatore Professionale - D			15	366.301	1	12.210	1	12.210	15	366.301
Collab. Prof. Sanitario Fisioterapista - D			47	1.147.742	9	109.890	9	109.890	47	1.147.742
Collab. Prof. Sanitario Infermiere - D			569	13.895.009	77	940.172	92	1.123.322	584	14.078.160
Collab. Prof. Sanitario Logopedista - D			11	268.621	1	12.210	1	12.210	11	268.621
Collab. Prof. Sanitario Ostetrica - D			36	879.122	5	61.050	5	69.190	36	887.262
Collab. Prof. Sanitario Tec. di Neuro Fisiopatologia - D			2	48.840	2	24.420	1	12.210	1	36.630
Collab. Prof. Sanitario Tec. Prev. Amb. Luoghi Lavoro - D			31	757.022	4	48.840	3	36.630	30	744.812



Collab. Prof. Sanitario Tec. Sanit. di Laboratorio Biomedico - D		48	1.172.162	6	73.260	6	73.260	48	1.172.162
Collab. Prof. Sanitario Tec. Sanit. di Radiologia Medica - D		35	854.702	2	24.420	2	24.420	35	854.702
Collab. Prof. Sanitario terapeuta occupazionale - D		1	24.420	1	12.210	1	12.210	1	24.420
Collaboratore professionale sanitario tecnico della riabilitazione psichiatrica - D		0	0	0	0	4	48.840	4	48.840
Collab. Prof. Sanitario Esperto Infermiere - DS		5	131.638	2	26.328	0	0	3	105.311
Collab. Prof. Sanitario Esperto - DS		1	26.328	0	0	0	0	1	26.328
<b>Dirigenza sanitaria non medica</b>		<b>27</b>	<b>1.289.165</b>	<b>2</b>	<b>47.747</b>	<b>5</b>	<b>118.282</b>	<b>30</b>	<b>1.359.700</b>
Dirigente Biologo		7	334.228	0	0	0	0	7	334.228
Dirigente delle Professioni sanitarie		1	47.747	0	0	2	47.747	3	95.494
Dirigente Fisico		1	47.747	0	0	0	0	1	47.747
Dirigente Psicologo		18	859.443	2	47.747	2	47.747	18	859.443
Dirigente socio-sanitario		0	0	0	0	1	22.789	1	22.789
<b>Dirigenza medica e veterinaria</b>		<b>295</b>	<b>14.389.209</b>	<b>60</b>	<b>1.616.798</b>	<b>111</b>	<b>2.822.758</b>	<b>346</b>	<b>15.595.169</b>
Anatomia Patologica		3	146.331	0	0	2	24.388	5	170.719
Anestesia e rianimazione		16	780.432	5	244.734	7	293.511	18	829.209
Cardiologia		12	585.324	2	48.777	4	97.554	14	634.101
Chirurgia Generale		19	926.763	1	24.388	3	73.165	21	975.540
Direzione medica di presidio		3	146.331	1	24.388	2	48.777	4	170.719
Ematologia		2	97.554	0	0	2	48.777	4	146.331
Endocrinologia		1	48.777	1	24.388	1	24.388	1	48.777
Gastroenterologia		4	195.108	3	73.165	3	73.165	4	195.108
Geriatrica		1	48.777	0	0	1	24.388	2	73.165
Igiene degli alimenti e della nutrizione		2	97.554	1	24.388	3	73.165	4	146.331
Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		10	487.770	4	97.554	7	170.719	13	560.935
Malattie dell'apparato respiratorio		4	195.108	3	73.165	3	73.165	4	195.108
Malattie Metaboliche e Diab.		5	243.885	0	0	0	0	5	243.885
Medicina del Lavoro e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro		4	195.108	4	97.554	4	97.554	4	195.108
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza		11	536.547	1	24.388	10	243.885	20	756.043
Medicina fisica e della riabilitazione		7	341.439	1	24.388	4	97.554	10	414.604
Medicina interna		26	1.268.202	2	48.777	4	97.554	28	1.316.978
Medicina legale		2	97.554	1	55.086	1	55.086	2	97.554
Medicina trasfusionale		4	195.108	0	0	1	24.388	5	219.496
Nefrologia		7	341.439	1	24.388	3	73.165	9	390.216
Neurologia		2	97.554	1	24.388	5	121.942	6	195.108
Neuropsichiatria infantile		4	195.108	1	24.388	2	48.777	5	219.496
Oncologia		6	292.662	2	48.777	4	97.554	8	341.439
Organizzazione dei servizi sanitari di base		7	341.439	3	73.165	2	48.777	6	317.050
Ortopedia e traumatologia		10	487.770	1	24.388	1	24.388	10	487.770
Ostetricia e ginecologia		17	829.209	1	24.388	2	44.712	18	849.532
Patologia clinica		2	97.554	0	0	3	73.165	5	170.719
Pediatria		12	585.324	4	97.554	3	73.165	11	560.935
Psichiatria		15	731.655	2	48.777	3	73.165	16	756.043
Radiodiagnostica		19	926.763	0	0	4	97.554	23	1.024.317
Reumatologia		1	48.777	0	0	0	0	1	48.777
Urologia		5	243.885	1	24.388	2	39.377	6	258.873
Igiene degli alimenti di origine animale		11	536.547	1	24.388	3	73.165	13	585.324
Igiene degli Allevamenti e delle produzioni zootecniche		6	292.662	1	24.388	2	48.777	7	317.050
Sanità Animale		35	1.707.194	11	268.273	10	243.885	34	1.682.806
<b>Totale Ruolo Sanitario</b>		<b>1.136</b>	<b>35.559.442</b>	<b>176</b>	<b>3.056.186</b>	<b>244</b>	<b>4.520.204</b>	<b>1.204</b>	<b>37.023.460</b>

Personale Complessivo										
<b>Totale Comparto</b>			<b>1.149</b>	<b>26.815.683</b>	<b>170</b>	<b>1.982.556</b>	<b>189</b>	<b>2.225.752</b>	<b>1.168</b>	<b>27.058.880</b>
<b>Totale Dirigenza</b>			<b>325</b>	<b>15.815.107</b>	<b>62</b>	<b>1.664.545</b>	<b>120</b>	<b>3.032.196</b>	<b>383</b>	<b>17.182.757</b>
<b>Totale Complessivo Personale Dipendente</b>			<b>1.474</b>	<b>42.630.790</b>	<b>232</b>	<b>3.647.101</b>	<b>309</b>	<b>5.257.948</b>	<b>1.551</b>	<b>44.241.637</b>

Prospetto n. 1 - PTFP Personale dipendente										
PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2022-2024										
ANNO 2023										
Profilo professionale _ Disciplina	Dotazione Organica		Posti coperti al 1/1		Cessazioni		Assunzioni		Posti coperti al 31/12	
	Teste	Costo	Teste	Costo	Teste	Risparmi	Teste	Costo	Teste	Costo
<b>Ruolo Amministrativo</b>										
<b>Comparto</b>			<b>93</b>	<b>2.074.463</b>	<b>26</b>	<b>423.868</b>	<b>29</b>	<b>491.309</b>	<b>96</b>	<b>2.141.904</b>
Commesso - A			1	18.930	0	0	0	0	1	18.930
Coadiutore amministrativo - B			23	460.007	2	20.000	3	30.560	24	470.567
Coadiutore amministrativo esperto - BS			3	63.363	1	10.561	0	0	2	52.803
Assistente amministrativo - C			42	944.174	23	393.308	26	460.749	45	1.011.615
Collaboratore amministrativo professionale - D			23	561.661	0	0	0	0	23	561.661
Collaboratore amministrativo professionale esperto - DS			1	26.328	0	0	0	0	1	26.328
<b>Dirigente amministrativo</b>			<b>5</b>	<b>227.888</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>227.888</b>
<b>Totale Ruolo Amministrativo</b>			<b>98</b>	<b>2.302.352</b>	<b>26</b>	<b>423.868</b>	<b>29</b>	<b>491.309</b>	<b>101</b>	<b>2.369.792</b>
<b>Ruolo Professionale</b>										
<b>Comparto</b>			<b>1</b>	<b>24.420</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>24.420</b>
Addetto stampa			1	24.420	0	0	0	0	1	24.420
<b>Dirigenza</b>			<b>1</b>	<b>45.578</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>45.578</b>
Dirigente Ingegnere			1	45.578	0	0	0	0	1	45.578
<b>Totale Ruolo Professionale</b>			<b>2</b>	<b>69.998</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>69.998</b>
<b>Ruolo Tecnico</b>										
<b>Comparto</b>			<b>246</b>	<b>4.963.359</b>	<b>42</b>	<b>629.508</b>	<b>58</b>	<b>951.992</b>	<b>262</b>	<b>5.285.844</b>
Ausiliario specializzato - A			24	454.327	3	28.395	3	28.395	24	454.327
Operatore tecnico - B			16	320.005	13	206.085	13	206.085	16	320.005
Operatore Tecnico addetto Assistenza (esaurimento) - B			2	40.001	0	0	0	0	2	40.001
Operatore socio sanitario - BS			179	3.580.052	23	352.907	38	652.912	194	3.880.057
Operatore tecnico specializzato - BS			12	253.454	0	0	0	0	12	253.454
Programmatore - C			1	22.480	1	17.699	2	40.179	2	44.961
Collab. Prof. Assistente Sociale - D			12	293.041	2	24.420	2	24.420	12	293.041
<b>Dirigenza</b>			<b>1</b>	<b>45.578</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>45.578</b>
Dirigente Analista			1	45.578	0	0	0	0	1	45.578
<b>Totale Ruolo Tecnico</b>			<b>247</b>	<b>5.008.937</b>	<b>42</b>	<b>629.508</b>	<b>58</b>	<b>951.992</b>	<b>263</b>	<b>5.331.421</b>
<b>Ruolo Sanitario</b>										
<b>Comparto</b>			<b>828</b>	<b>20.223.554</b>	<b>83</b>	<b>1.558.752</b>	<b>99</b>	<b>1.949.472</b>	<b>844</b>	<b>20.614.275</b>
Puericultrice esperta - C			2	44.961	0	0	0	0	2	44.961
Collab. Prof. Sanitario Assistente sanitario - D			9	219.780	1	20.543	11	264.744	19	463.981
Collab. Prof. Sanitario Dietista - D			1	24.420	1	12.210	1	12.210	1	24.420
Collab. Prof. Sanitario Educatore Professionale - D			15	366.301	1	12.210	1	12.210	15	366.301
Collab. Prof. Sanitario Fisioterapista - D			47	1.147.742	11	206.833	11	206.833	47	1.147.742

Collab. Prof. Sanitario Infermiere - D			584	14.261.310	55	1.046.549	61	1.193.070	590	14.407.831
Collab. Prof. Sanitario Logopedista - D			11	268.621	0	0	0	0	11	268.621
Collab. Prof. Sanitario Ostetrica - D			36	879.122	3	61.630	3	61.630	36	879.122
Collab. Prof. Sanitario Tec. di Neuro Fisiopatologia - D			1	24.420	1	20.268	1	20.268	1	24.420
Collab. Prof. Sanitario Tec. Prev. Amb. Luoghi Lavoro - D			30	732.602	2	24.420	2	24.420	30	732.602
Collab. Prof. Sanitario Tec. Sanit. di Laboratorio Biomedico - D			48	1.172.162	7	133.819	7	133.819	48	1.172.162
Collab. Prof. Sanitario Tec. Sanit. di Radiologia Medica - D			35	854.702	0	0	0	0	35	854.702
Collab. Prof. Sanitario terapeuta occupazionale - D			1	24.420	1	20.268	1	20.268	1	24.420
Collaboratore professionale sanitario tecnico della riabilitazione psichiatrica - D			4	97.680	0	0	0	0	4	97.680
Collab. Prof. Sanitario Esperto Infermiere - DS			3	78.983	0	0	0	0	3	78.983
Collab. Prof. Sanitario Esperto - DS			1	26.328	0	0	0	0	1	26.328
<b>Dirigenza sanitaria non medica</b>			<b>30</b>	<b>1.430.236</b>	<b>1</b>	<b>43.471</b>	<b>2</b>	<b>91.218</b>	<b>31</b>	<b>1.477.983</b>
Dirigente Biologo			7	334.228	0	0	1	47.747	8	381.975
Dirigente delle Professioni sanitarie			3	143.241	0	0	0	0	3	143.241
Dirigente Fisico			1	47.747	0	0	0	0	1	47.747
Dirigente Psicologo			18	859.443	1	43.471	1	43.471	18	859.443
Dirigente socio-sanitario			1	45.578	0	0	0	0	1	45.578
<b>Dirigenza medica e veterinaria</b>			<b>346</b>	<b>16.876.836</b>	<b>41</b>	<b>999.928</b>	<b>41</b>	<b>999.928</b>	<b>346</b>	<b>16.876.836</b>
Anatomia Patologica			5	243.885	1	24.388	1	24.388	5	243.885
Anestesia e rianimazione			18	877.986	1	24.388	1	24.388	18	877.986
Cardiologia			14	682.878	0	0	0	0	14	682.878
Chirurgia Generale			21	1.024.317	1	24.388	1	24.388	21	1.024.317
Direzione medica di presidio			4	195.108	0	0	0	0	4	195.108
Ematologia			4	195.108	0	0	0	0	4	195.108
Endocrinologia			1	48.777	1	24.388	1	24.388	1	48.777
Gastroenterologia			4	195.108	0	0	0	0	4	195.108
Geriatría			2	97.554	0	0	0	0	2	97.554
Igiene degli alimenti e della nutrizione			4	195.108	1	24.388	1	24.388	4	195.108
Igiene, epidemiologia e sanità pubblica			13	634.101	2	48.777	2	48.777	13	634.101
Malattie dell'apparato respiratorio			4	195.108	0	0	0	0	4	195.108
Malattie Metaboliche e Diab.			5	243.885	0	0	0	0	5	243.885
Medicina del Lavoro e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro			4	195.108	3	73.165	3	73.165	4	195.108
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza			20	975.540	2	48.777	2	48.777	20	975.540
Medicina fisica e della riabilitazione			10	487.770	1	24.388	1	24.388	10	487.770
Medicina interna			28	1.365.755	0	0	0	0	28	1.365.755
Medicina legale			2	97.554	0	0	0	0	2	97.554
Medicina trasfusionale			5	243.885	0	0	0	0	5	243.885
Nefrologia			9	438.993	1	24.388	1	24.388	9	438.993
Neurologia			6	292.662	1	24.388	1	24.388	6	292.662
Neuropsichiatria infantile			5	243.885	1	24.388	1	24.388	5	243.885
Oncologia			8	390.216	1	24.388	1	24.388	8	390.216
Organizzazione dei servizi sanitari di base			6	292.662	4	97.554	4	97.554	6	292.662
Ortopedia e traumatologia			10	487.770	3	73.165	3	73.165	10	487.770
Ostetricia e ginecologia			18	877.986	2	48.777	2	48.777	18	877.986
Patologia clinica			5	243.885	0	0	0	0	5	243.885
Pediatria			11	536.547	0	0	0	0	11	536.547
Psichiatria			16	780.432	1	24.388	1	24.388	16	780.432
Radiodiagnostica			23	1.121.871	0	0	0	0	23	1.121.871
Reumatologia			1	48.777	0	0	0	0	1	48.777
Urologia			6	292.662	0	0	0	0	6	292.662
Igiene degli alimenti di origine animale			13	634.101	2	48.777	2	48.777	13	634.101
Igiene degli Allevamenti delle produzione zootecniche			7	341.439	1	24.388	1	24.388	7	341.439
Sanità Animale			34	1.658.417	11	268.273	11	268.273	34	1.658.417
<b>Totale Ruolo Sanitario</b>			<b>1.204</b>	<b>38.530.625</b>	<b>125</b>	<b>2.602.150</b>	<b>142</b>	<b>3.040.618</b>	<b>1.221</b>	<b>38.969.093</b>
<b>Personale Complessivo</b>										
<b>Totale Comparto</b>			<b>1.168</b>	<b>27.285.796</b>	<b>151</b>	<b>2.612.127</b>	<b>186</b>	<b>3.392.773</b>	<b>1.203</b>	<b>28.066.442</b>
<b>Totale Dirigenza</b>			<b>383</b>	<b>18.626.115</b>	<b>42</b>	<b>1.043.399</b>	<b>43</b>	<b>1.091.146</b>	<b>384</b>	<b>18.673.861</b>
<b>Totale Complessivo Personale Dipendente</b>			<b>1.551</b>	<b>45.911.911</b>	<b>193</b>	<b>3.655.526</b>	<b>229</b>	<b>4.483.919</b>	<b>1.587</b>	<b>46.740.304</b>

Prospetto n. 1 - PTFP Personale dipendente										
PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2022-2024										
ANNO 2024										
Profilo professionale _ Disciplina	Dotazione Organica		Posti coperti al 1/1		Cessazioni		Assunzioni		Posti coperti al 31/12	
	Teste	Costo	Teste	Costo	Teste	Risparmi	Teste	Costo	Teste	Costo
<b>Ruolo Amministrativo</b>										
<b>Comparto</b>			<b>96</b>	<b>2.141.904</b>	<b>24</b>	<b>268.524</b>	<b>24</b>	<b>268.524</b>	<b>96</b>	<b>2.141.904</b>
Commesso - A			1	18.930	0	0	0	0	1	18.930
Coadiutore amministrativo - B			24	481.127	1	10.000	1	10.000	24	481.127
Coadiutore amministrativo esperto - BS			2	42.242	0	0	0	0	2	42.242
Assistente amministrativo - C			45	1.011.615	23	258.524	23	258.524	45	1.011.615
Collaboratore amministrativo professionale - D			23	561.661	0	0	0	0	23	561.661
Collaboratore amministrativo professionale esperto - DS			1	26.328	0	0	0	0	1	26.328
<b>Dirigente amministrativo</b>			<b>5</b>	<b>227.888</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>227.888</b>
<b>Totale Ruolo Amministrativo</b>			<b>101</b>	<b>2.369.792</b>	<b>24</b>	<b>268.524</b>	<b>24</b>	<b>268.524</b>	<b>101</b>	<b>2.369.792</b>
<b>Ruolo Professionale</b>										
<b>Comparto</b>			<b>1</b>	<b>24.420</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>24.420</b>
Addetto stampa			1	24.420	0	0	0	0	1	24.420
<b>Dirigenza</b>			<b>1</b>	<b>45.578</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>45.578</b>
Dirigente Ingegnere			1	45.578	0	0	0	0	1	45.578
<b>Totale Ruolo Professionale</b>			<b>2</b>	<b>69.998</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>69.998</b>
<b>Ruolo Tecnico</b>										
<b>Comparto</b>			<b>262</b>	<b>5.285.844</b>	<b>39</b>	<b>390.176</b>	<b>39</b>	<b>390.176</b>	<b>262</b>	<b>5.285.844</b>
Ausiliario specializzato - A			24	454.327	2	18.930	2	18.930	24	454.327
Operatore tecnico - B			16	320.005	13	130.002	13	130.002	16	320.005
Operatore Tecnico addetto Assistenza (esaurimento) - B			2	40.001	0	0	0	0	2	40.001
Operatore socio sanitario - BS			194	3.880.057	23	230.003	23	230.003	194	3.880.057
Operatore tecnico specializzato - BS			12	253.454	0	0	0	0	12	253.454
Programmatore - C			2	44.961	1	11.240	1	11.240	2	44.961
Collab. Prof. Assistente Sociale - D			12	293.041	0	0	0	0	12	293.041
<b>Dirigenza</b>			<b>1</b>	<b>45.578</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>45.578</b>
Dirigente Analista			1	45.578	0	0	0	0	1	45.578
<b>Totale Ruolo Tecnico</b>			<b>263</b>	<b>5.331.421</b>	<b>39</b>	<b>390.176</b>	<b>39</b>	<b>390.176</b>	<b>263</b>	<b>5.331.421</b>
<b>Ruolo Sanitario</b>										
<b>Comparto</b>			<b>844</b>	<b>20.614.275</b>	<b>77</b>	<b>941.126</b>	<b>77</b>	<b>941.126</b>	<b>844</b>	<b>20.614.275</b>
Puericultrice esperta - C			2	44.961	0	0	0	0	2	44.961
Collab. Prof. Sanitario Assistente sanitario - D			19	463.981	1	12.210	2	25.374	20	477.145
Collab. Prof. Sanitario Dietista - D			1	24.420	0	0	0	0	1	24.420
Collab. Prof. Sanitario Educatore Professionale - D			15	366.301	1	12.210	1	12.210	15	366.301
Collab. Prof. Sanitario Fisioterapista - D			47	1.147.742	9	109.890	9	109.890	47	1.147.742
Collab. Prof. Sanitario Infermiere - D			590	14.407.831	50	610.501	50	610.501	590	14.407.831
Collab. Prof. Sanitario Logopedista - D			11	268.621	0	0	0	0	11	268.621
Collab. Prof. Sanitario Ostetrica - D			36	879.122	4	48.840	4	48.840	36	879.122
Collab. Prof. Sanitario Tec. di Neuro Fisiopatologia - D			1	24.420	1	12.210	1	12.210	1	24.420
Collab. Prof. Sanitario Tec. Prev. Amb. Luoghi Lavoro - D			30	732.602	2	24.420	2	24.420	30	732.602
Collab. Prof. Sanitario Tec. Sanit. di Laboratorio Biomedico - D			48	1.172.162	6	73.260	6	73.260	48	1.172.162
Collab. Prof. Sanitario Tec. Sanit. di Radiologia Medica - D			35	854.702	1	12.210	1	12.210	35	854.702

Collab. Prof. Sanitario terapeuta occupazionale - D		1	24.420	1	12.210	1	12.210	1	24.420
Collaboratore professionale sanitario tecnico della riabilitazione psichiatrica - D		4	97.680	0	0	0	0	4	97.680
Collab. Prof. Sanitario Esperto Infermiere - DS		3	78.983	0	0	0	0	3	78.983
Collab. Prof. Sanitario Esperto - DS		1	26.328	1	13.164	0	0	0	13.164
<b>Dirigenza sanitaria non medica</b>		<b>31</b>	<b>1.477.983</b>	<b>1</b>	<b>23.873</b>	<b>1</b>	<b>23.873</b>	<b>31</b>	<b>1.477.983</b>
Dirigente Biologo		8	381.975	0	0	0	0	8	381.975
Dirigente delle Professioni sanitarie		3	143.241	0	0	0	0	3	143.241
Dirigente Fisico		1	47.747	0	0	0	0	1	47.747
Dirigente Psicologo		18	859.443	1	23.873	1	23.873	18	859.443
Dirigente socio-sanitario		1	45.578	0	0	0	0	1	45.578
<b>Dirigenza medica e veterinaria</b>		<b>346</b>	<b>16.876.836</b>	<b>31</b>	<b>756.043</b>	<b>31</b>	<b>756.043</b>	<b>346</b>	<b>16.876.836</b>
Anatomia Patologica		5	243.885	0	0	0	0	5	243.885
Anestesia e rianimazione		18	877.986	1	24.388	1	24.388	18	877.986
Cardiologia		14	682.878	1	24.388	1	24.388	14	682.878
Chirurgia Generale		21	1.024.317	1	24.388	1	24.388	21	1.024.317
Direzione medica di presidio		4	195.108	0	0	0	0	4	195.108
Ematologia		4	195.108	0	0	0	0	4	195.108
Endocrinologia		1	48.777	1	24.388	1	24.388	1	48.777
Gastroenterologia		4	195.108	0	0	0	0	4	195.108
Geriatrics		2	97.554	0	0	0	0	2	97.554
Igiene degli alimenti e della nutrizione		4	195.108	0	0	0	0	4	195.108
Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		13	634.101	3	73.165	3	73.165	13	634.101
Malattie dell'apparato respiratorio		4	195.108	0	0	0	0	4	195.108
Malattie Metaboliche e Diab.		5	243.885	1	24.388	1	24.388	5	243.885
Medicina del Lavoro e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro		4	195.108	3	73.165	3	73.165	4	195.108
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza		20	975.540	0	0	0	0	20	975.540
Medicina fisica e della riabilitazione		10	487.770	1	24.388	1	24.388	10	487.770
Medicina interna		28	1.365.755	0	0	0	0	28	1.365.755
Medicina legale		2	97.554	0	0	0	0	2	97.554
Medicina trasfusionale		5	243.885	0	0	0	0	5	243.885
Nefrologia		9	438.993	0	0	0	0	9	438.993
Neurologia		6	292.662	1	24.388	1	24.388	6	292.662
Neuropsichiatria infantile		5	243.885	0	0	0	0	5	243.885
Oncologia		8	390.216	1	24.388	1	24.388	8	390.216
Organizzazione dei servizi sanitari di base		6	292.662	0	0	0	0	6	292.662
Ortopedia e traumatologia		10	487.770	1	24.388	1	24.388	10	487.770
Ostetricia e ginecologia		18	877.986	1	24.388	1	24.388	18	877.986
Patologia clinica		5	243.885	0	0	0	0	5	243.885
Pediatria		11	536.547	3	73.165	3	73.165	11	536.547
Psichiatria		16	780.432	1	24.388	1	24.388	16	780.432
Radiodiagnostica		23	1.121.871	1	24.388	1	24.388	23	1.121.871
Reumatologia		1	48.777	0	0	0	0	1	48.777
Urologia		6	292.662	0	0	0	0	6	292.662
Igiene degli alimenti di origine animale		13	634.101	2	48.777	2	48.777	13	634.101
Igiene degli Allevamenti delle produzioni zootecniche		7	341.439	0	0	0	0	7	341.439
Sanità Animale		34	1.658.417	8	195.108	8	195.108	34	1.658.417
<b>Totale Ruolo Sanitario</b>		<b>1.221</b>	<b>38.969.093</b>	<b>109</b>	<b>1.721.042</b>	<b>109</b>	<b>1.721.043</b>	<b>1.221</b>	<b>38.969.093</b>
<b>Personale Complessivo</b>									
<b>Totale Comparto</b>		<b>1.203</b>	<b>28.066.442</b>	<b>140</b>	<b>1.599.826</b>	<b>140</b>	<b>1.599.826</b>	<b>1.203</b>	<b>28.066.442</b>
<b>Totale Dirigenza</b>		<b>384</b>	<b>18.673.861</b>	<b>32</b>	<b>779.917</b>	<b>32</b>	<b>779.917</b>	<b>384</b>	<b>18.673.861</b>
<b>Totale Complessivo Personale Dipendente</b>		<b>1.587</b>	<b>46.740.304</b>	<b>172</b>	<b>2.379.742</b>	<b>172</b>	<b>2.379.742</b>	<b>1.587</b>	<b>46.740.304</b>

## Prospetto n. 2 - Quadratura CE Personale dipendente

<b>QUADRATURA MODELLO CE</b>			
<b>Personale dipendente</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
Costo Personale da PTFP	44.241.637	46.740.304	46.740.304
Oneri accessori	22.384.696	23.804.096	23.804.096
Fondi contrattuali	16.326.581	17.377.746	17.377.746
Altre voci a carico del bilancio aziendale*	543.110	543.110	543.110
<b>Totale</b> (da quadrare con la voce BA2080 del mod. CE)	<b>83.496.024</b>	<b>88.465.255</b>	<b>88.465.255</b>

\* Tempo determinato finanziato

## 7. Piano Organizzativo del Lavoro Agile

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (di seguito POLA) individua le modalità attuative del lavoro agile inteso come organizzazione del lavoro finalizzata a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti (art. 14.1 della Legge n.124 del 07.08.2015 modificato dall'art. 263.4 bis del Decreto Legge n. 34 del 2020 convertito dalla Legge n.77 del 2020). Il POLA definisce *“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, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative”*. La normativa attuale prevede che le Pubbliche Amministrazioni debbano individuare le modalità attuative del lavoro agile e dare la possibilità ad almeno il 60% dei dipendenti a condurre attività compatibili con il lavoro da remoto per una parte del loro tempo.

Con l'emergenza sanitaria le amministrazioni pubbliche hanno dovuto rivedere le proprie modalità organizzative nell'erogazione di alcune prestazioni privilegiando forme di lavoro agile al lavoro in presenza, anche se con modalità semplificate. E' necessario pertanto avviare un processo di riorganizzazione del lavoro agile più aderente ai dettami della norma mediante un programma progressivo e graduale di sviluppo che verrà aggiornato annualmente con il contributo delle organizzazioni sindacali e nel rispetto delle linee guida approvate con il Decreto del 09.12.2020 e degli aggiornamenti normativi che dovessero intervenire.

Il principio fondamentale sul quale si basa il lavoro Agile è quello di instaurare un rapporto fiduciario di reciproca collaborazione tra lavoratore e datore di lavoro per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'amministrazione. Tutto ciò a prescindere dal luogo fisico in cui viene svolta l'attività lavorativa e dalle modalità con le quali si sceglie di operare. Condizione indispensabile per attuare una politica di lavoro a distanza è la messa a disposizione da parte dell'Amministrazione di tecnologie e strumenti idonei oltreché di step formativi dedicati al rinnovamento della cultura organizzativa basata sui risultati e sulla capacità di programmare, coordinare e monitorare le attività.

### 7.1 Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile

Per la particolarità delle attività svolte nelle aziende sanitarie lo smart working potrà riguardare buona parte del personale del ruolo amministrativo, alcune qualifiche del ruolo tecnico, restando escluse le attività socioassistenziali e di cura le quali richiedono un contatto diretto con i pazienti e l'utilizzo di strumentazione difficilmente utilizzabile da remoto.

La ASL di Oristano, essendo nata il 01.01.2022, non aveva ancora disciplinato tale istituto, applicando nelle more, la disciplina adottata da ATS Sardegna a cui la ex Azienda Socio Sanitaria Locale di Oristano faceva capo.

Fino al mese di aprile del 2022, secondo le disposizioni impartite da ATS (circolare del Dipartimento Risorse Umane del 03.11.2021) i dipendenti che operano nei dipartimenti tecnico-amministrativi, e le cui attività risultano coerenti con lo smart working hanno potuto aderirvi per un massimo di due giorni lavorativi a settimana. L'accesso al Lavoro Agile, su base volontaria, è stato riconosciuto a seguito di presentazione della richiesta scritta del dipendente, con parere favorevole del direttore responsabile, e successiva sottoscrizione dell'accordo individuale con allegato il programma delle attività, utilizzando in via transitoria le forme semplificate incentivate dalla legge (DPCM 8 marzo 2020, art. 2, lettera r) in vigore fino al 31.12.2020 e prorogate fino al 30.04.2021. I dipendenti che hanno potuto fruire dell'istituto sono coloro che, come detto, non svolgono servizi sanitari di cura e socio-assistenziali che richiedono contatti con i pazienti e gli assistiti, nonché il personale che nella propria sede fa uso di strumentazioni non utilizzabili da remoto, fino a un massimo del 50%, oltre all'individuazione di lavoratori "fragili" che sono prioritari nell'attuazione del Lavoro Agile. Sono state dettate disposizioni non solo circa i destinatari ma anche sugli strumenti e le dotazioni tecnologiche da utilizzare, sulle caratteristiche dei luoghi di lavoro e sugli orari di lavoro e di disconnessione, e chiarite le disposizioni da applicare in materia di riservatezza, privacy e security e in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro con le relative informative.

## 7.2 Modalità attuative

Di seguito si rappresentano le scelte organizzative che la ASL di Oristano intende attuare previa condivisione con le Organizzazioni Sindacali, per promuovere il ricorso al Lavoro Agile.

### Organizzazione del lavoro

Nell'organizzazione del Lavoro Agile un ruolo centrale è svolto dal direttore della struttura che ne dovrà ridefinire i parametri di accesso, le modalità di esercizio e individuare la tipologia di attività che può essere svolta da remoto, nonché i criteri utili alla valutazione. Dovrà inoltre prevedere la possibilità di una rotazione del personale per garantire un'equilibrata alternanza nello svolgimento dell'attività lavorativa in smart working e in presenza, con una particolare attenzione ai lavoratori fragili. Dovrà infine garantire la flessibilità rispetto alla fascia orario di reperibilità e al diritto di disconnessione del dipendente.

### Spazi di lavoro

Il dipendente che svolge la sua prestazione lavorativa in modalità agile, avrà cura di evitare l'utilizzo di postazioni non a norma con le disposizioni antinfortunistiche e operare nel rispetto dei criteri di garanzia della sicurezza delle informazioni. E' in ogni caso garantita l'applicazione da parte dell'Azienda della normativa per l'infortunio sul lavoro anche per il dipendente che svolge il Lavoro Agile, e saranno garantite le procedure per assicurare la gestione sicura dei dati e informazioni aziendali in linea.



## Dotazione tecnologica

L'Azienda dovrà garantire gli strumenti adeguati per consentire l'adozione del Lavoro Agile, provvedendo progressivamente alla consegna delle apparecchiature informatiche idonee in dotazione al personale, prevedendo tali interventi anche nella programmazione degli investimenti.

## Formazione e competenze

Nell'ottica di favorire l'adesione al Lavoro Agile e integrarlo sempre più nell'organizzazione aziendale, la ASL di Oristano dovrà promuovere l'introduzione di iniziative formative ad hoc, formazione che sarà resa obbligatoria per i lavoratori agili e i direttori di struttura.

## Monitoraggio del Lavoro Agile

Il direttore della struttura avrà cura di controllare il regolare svolgimento delle attività. Per questo si avvarrà del portale delle presenze nella quale è presente una sezione dedicata alla registrazione da remoto delle giornate e orari svolti in modalità agile da parte del dipendente. Lo stesso Direttore dovrà inoltre monitorare la regolare esecuzione dell'attività e lo stato di avanzamento degli obiettivi prefissati. Rimangono tuttavia fermi gli ordinari criteri di valutazione delle prestazioni secondo il sistema vigente per tutti i dipendenti.

### 7.3 Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

#### *Dirigenti:*

Oltre ad essere essi stessi potenziali fruitori sono i promotori dell'innovazione dei sistemi organizzativi della propria struttura. Individuano le attività che possono essere svolte da remoto e assicurano la presenza di percorsi formativi e informativi per sé e per i propri operatori. Adottano ogni misura e strumento atto al monitoraggio dei risultati ponendo attenzione al raggiungimento degli obiettivi e alla verifica del riflesso sull'efficacia e efficienza dell'azione amministrativa.

#### *Servizio Gestione delle Risorse Umane:*

Funzionale al coordinamento di tutte le attività, svolge un ruolo centrale il Servizio Gestione Risorse Umane che funge da cabina di regia dell'intero processo.

#### *L'Organismo indipendente di valutazione (OIV):*

L'OIV sarà coinvolto nel processo di definizione di una metodologia adeguata per la selezione degli indicatori necessari per il monitoraggio dell'attuazione del Lavoro Agile e della performance organizzativa.

*Responsabile della Transizione al Digitale (RTD):*

L'RTD ha un ruolo cruciale nella individuazione del modello tecnologico dell'Amministrazione di supporto al lavoro agile e nell'individuazione dei corrispondenti percorsi di sviluppo e evoluzione tendenti a rendere fruibile tale modalità lavorativa.

*La Rappresentanza Sindacale:*

Contribuisce alla definizione dei principi alla base delle politiche di regolamentazione e contrattazione collettiva previste per il Lavoro Agile.

Gli strumenti che la ASL di Oristano utilizza per agevolare lo svolgimento del lavoro agile sono quelli che la cessata ATS aveva messo a disposizione e da cui questa ASL partirà per lo sviluppo futuro.

*Schema tipo di accordo individuale per lo svolgimento del lavoro agile:*

Lo scheda di accordo individuale che il dirigente responsabile di struttura utilizza per la gestione del lavoro agile contiene gli elementi utili per la sua disciplina e può essere personalizzato secondo le esigenze reciproche del lavoratore e datore di lavoro, nel rispetto della normativa e dei contratti di lavoro.

Il contenuto minimo richiesto è il seguente:

- Oggetto
- Luogo
- Fascia di contattabilità obbligatoria del dipendente
- Fascia di disconnessione
- Potere direttivo, di controllo e disciplinare
- Recesso e revoca dell'accordo
- Presenza in sede

All'accordo sono allegati l'informativa sulla salute e sicurezza dei lavoratori in lavoro agile e il vademecum per lavorare on line in sicurezza (Riservatezza e Privacy e Security). Oltre a tali contenuti minimi devono essere presenti gli obiettivi da raggiungere con le eventuali tempistiche e gli indicatori per la verifica.

All'interno dell'accordo individuale sono individuate le fasce orarie di lavoro e di disconnessione che dovranno comunque essere individuate nel rispetto delle fasce orarie standard che saranno individuate e concordate con le organizzazioni sindacali.

L'attivazione del lavoro agile è subordinata alla sottoscrizione dell'accordo individuale tra il dipendente e il direttore della struttura.

Non appena la ASL di Oristano adotterà il regolamento per lo svolgimento del lavoro agile, lo schema tipo di accordo individuale sarà aggiornato rispetto ai contenuti del regolamento.

#### *Portale delle presenze-assenze*

Il dipendente registra l'attestazione della presenza in servizio da remoto attraverso il "workflow" del portale delle presenze –assenze, in uso per tutto il personale dipendente, utilizzando l'apposita causale.

#### *Dotazione Tecnologica*

L'Azienda mette a disposizione dei lavoratori in smart working l'infrastruttura tecnologica che consente di poter accedere, dalla propria abitazione, alla postazione di lavoro in dotazione presso la sede lavorativa nonché ai software aziendali raggiungibili dalla rete (Cloud o VPN o accessi in desktop remoto ai server). Per quanto riguarda l'uso di personal computer o smartphon l'Azienda deve dotarsi di un numero adeguato di strumenti da dare in dotazione ai dipendenti, pertanto provvisoriamente è consentito l'utilizzo di supporti informatici di proprietà del lavoratore.

### 7.4 Programma di sviluppo del lavoro agile

Il programma di interventi previsto per lo sviluppo del lavoro agile, così come rivisto dalla L. n. 77 del 17 luglio 2020 prevedrà il mandato ai direttori delle strutture organizzative di:

- effettuare la mappatura delle attività compatibili con il lavoro agile con anche la previsione di una sua revisione periodica se necessaria;
- favorire la rotazione dei dipendenti richiedenti lo smart working assicurando una adeguata alternanza rispetto al personale operante in presenza, tenendo conto delle eventuali necessità manifestate dal dipendente nel preferire la modalità di lavoro agile (condizioni di salute del dipendente o di familiari, presenza di figli minori di quattordici anni, distanza del luogo di lavoro dalla zona di residenza o domicilio);
- organizzare i propri uffici assicurando lo svolgimento periodico delle attività anche in modalità

agile, adottando nei confronti dei dipendenti ogni soluzione utile ad assicurarne lo svolgimento in smart working e garantendo specifiche attività di formazione;

- sottoscrivere con il dipendente un accordo individuale di lavoro agile (come richiesto dalla Legge n. 81 del 22.05.2018 art.18.1) nel quale sarà disciplinata con maggior dettaglio l'esecuzione delle prestazioni lavorative, gli obiettivi da raggiungere, la tempistica prevista per il loro raggiungimento, la durata dei progetti, gli indicatori per la verifica dei risultati. All'interno dell'accordo individuale sono comunque presenti gli adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro e trattamento dei dati, con allegate le corrispondenti informative, nonché le modalità di recesso;

- richiedere report/schede/documenti di sintesi per la misurazione dell'adempimento della prestazione lavorativa rispetto alle tempistiche concordate.

Sarà previsto un piano di dotazione di dispositivi informatici e digitali da mettere a disposizione dei dipendenti, consentendo eventualmente l'uso dei dispositivi del lavoratore se non tempestivamente disponibili quelli dell'azienda. L'Azienda si impegna a dotarsi di una piattaforma digitale o un cloud o comunque di strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni.

Il dipendente avrà il dovere di svolgere la propria attività lavorativa in luoghi rispondenti a requisiti di idoneità, sicurezza, riservatezza e idonei all'uso abituale di supporti informatici e dovrà rispettare l'obbligo della pausa dopo 6 ore lavorative. Al lavoro agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori di cui al Dlgs 81/08 e s.m.i. e dell'art. 22 della Legge n. 81 del 22.05.2017.

Dovrà inoltre custodire con diligenza la documentazione, i dati e le informazioni dell'Azienda utilizzati nello svolgimento della propria attività lavorativa attenendosi al rispetto delle previsioni del Regolamento UE n. 679/2016 e del DLgs 196/2003 in materia di privacy e protezione dei dati personali.

La ASL di Oristano prevede di portare a compimento nel prossimo triennio il seguente Programma di sviluppo del Lavoro Agile con una articolazione articolato in tre fasi.

*Fase di avvio con i seguenti obiettivi da raggiungere:*

Adozione del Regolamento per il Lavoro Agile, che sarà redatto tenuto conto del contributo delle organizzazioni sindacali, e definizione del format di accordo individuale tra direttore della struttura e lavoratore

Raccolta dei fabbisogni formativi e avvio della fase formativa per i dirigenti e i dipendenti finalizzata al miglioramento delle competenze nell' utilizzo delle tecnologie digitali

Mappatura delle tipologie di lavoro che possono essere svolte in modalità agile

Definizione di una adeguata dotazione tecnologica dell'Azienda da fornire al dipendente

*Fase di sviluppo intermedio con i seguenti obiettivi da perseguire:*

Formazione ai dirigenti e ai dipendenti finalizzata a diffondere e consolidare una cultura orientata al lavoro per obiettivi, per progetti e processi, con la capacità di misurarne i risultati;

formazione mirata a migliorare le capacità nella gestione e organizzazione del lavoro e delle risorse umane, e delle capacità di svolgere le attività lavorative in condizioni di maggiore autonomia e responsabilità da parte dei singoli. La formazione dovrà inoltre essere orientata a migliorare le competenze digitali (capacità di utilizzare le tecnologie).

Perfezionamento delle dotazioni tecnologiche dell'Azienda da fornire al dipendente

*Fase di sviluppo avanzato nella quale ci si impegna a:*

Consolidamento di una cultura manageriale orientata ai risultati. Saranno oggetto di studio e definiti gli indicatori maggiormente utili a misurare e valutare il potenziale contributo del Lavoro Agile al raggiungimento degli obiettivi organizzativi.

Valutazione dell'impatto del Lavoro Agile sulla performance organizzativa

## 7.5 Indicatori di Misurazione

Si rappresentano di seguito i principali indicatori utili all'Azienda per il monitoraggio del Lavoro Agile.

RISORSE	DIMENSIONI	INDICATORI di SALUTE DELL'ENTE	Valore atteso
Umane	<b>SALUTE ORGANIZZATIVA: adeguatezza dell'organizzazione dell'ente rispetto all'introduzione del lavoro agile. Miglioramento del clima organizzativo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Programmazione</b> per obiettivi e/o per progetti e/o per processi</li><li>• Presenza di un <b>Coordinamento organizzativo del lavoro agile</b></li><li>• Presenza di un <b>Help desk informatico</b> dedicato</li><li>• Presenza di un <b>Monitoraggio del lavoro agile</b></li></ul>	da attuare entro il 2023 da attivare entro il 2023 da attuare entro il 2023 da attivare entro il 2024

	<p><b>SALUTE PROFESSIONALE:</b> <i>adeguatezza dei profili professionali esistenti all'interno dell'ente rispetto a quelli necessari</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percorsi di formazione/aggiornamento su: <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Competenze direzionali</b> (<i>capacità di programmazione, coordinamento, misurazione e valutazione da parte del management</i>): <ul style="list-style-type: none"> <li>-% dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno 30% nel 2023</li> <li>-% dirigenti/posizioni organizzative che adottano un approccio per obiettivi e/o per progetti e/o per processi per coordinare i collaboratori 30% nel 2023</li> </ul> </li> <li><b>Competenze organizzative</b> (<i>capacità di lavorare per obiettivi, per progetti, per processi, capacità di autorganizzarsi</i>): <ul style="list-style-type: none"> <li>-% lavoratori che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno 20% nel 2023</li> <li>-% lavoratori che lavorano per obiettivi e/o per progetti e/o per processi 20% nel 2023</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• <b>Competenze digitali</b> (<i>capacità di utilizzare le tecnologie</i>): <ul style="list-style-type: none"> <li>-% lavoratori che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali utili al lavoro agile nell'ultimo anno 20% nel 2023</li> <li>-% lavoratori che utilizzano le tecnologie digitali potenzialmente utili per il lavoro agile 20% nel 2023</li> </ul> </li> </ul>	
Strumentali	<p><b>SALUTE DIGITALE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % <b>PC</b> a disposizione per lavoro agile/ fabbisogno complessivo 30% nel 2023</li> <li>• % lavoratori agili dotati di <b>dispositivi e traffico dati</b>/ fabbisogno complessivo 5% nel 2023</li> <li>• Possibilità di utilizzo di un <b>sistema VPN se richiesto</b> si</li> <li>• Presenza di una <b>intranet</b> si</li> <li>• Possibilità di utilizzo di un <b>sistema di collaboration</b> (es. documenti in cloud) se richiesto si</li> <li>• % <b>Applicativi</b> consultabili da remoto (n° di applicativi consultabili da remoto sul totale degli applicativi presenti) 50% nel 2022</li> <li>• % <b>banche dati</b> consultabili in lavoro agile/totale banche dati 10%</li> <li>• % Utilizzo <b>firma digitale</b> tra i dirigenti 100%</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>% Processi digitalizzati</b> (n° di processi digitalizzati sul totale dei processi digitalizzabili)</li> </ul>	30%
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>% Servizi digitalizzati</b> (n° di servizi digitalizzati sul totale dei servizi digitalizzabili)</li> </ul>	10%
<b>Economico-finanziarie</b>	<b>SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Inserimento di costi nel bilancio preventivo per formazione delle competenze direzionali, organizzative e digitali funzionali al lavoro agile</i></li> <li>• <i>Inserimento di costi nel bilancio preventivo per supporti hardware e infrastrutture digitali funzionali al lavoro agile</i></li> <li>• <i>Inserimento di costi nel bilancio preventivo per digitalizzazione di processi progetti, e modalità erogazione dei servizi</i></li> </ul>	<p>si</p> <p>si</p> <p>si</p>

<b>DIMENSIONI</b>	<b>INDICATORI sullo stato di implementazione del lavoro agile</b>	<b>Valore Atteso</b>
<b>QUANTITA'</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>% lavoratori agili</b> / totale lavoratori agili potenziali*</li> <li>• <b>% Giornate</b> lavoro agile / giornate lavorative totali *</li> </ul>	<p>10% nel 2022</p> <p>5% nel 2022</p>
<b>QUALITA' percepita</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Messa a punto di un sistema di misurazione della qualità percepita per misurare il grado di soddisfazione dei <b>dirigenti/posizioni organizzative</b> rispetto alla modalità del lavoro agile dei propri collaboratori</li> <li>• Messa a punto di un sistema di misurazione della qualità percepita per misurare il grado di soddisfazione dei <b>dipendenti in lavoro agile</b> rispetto alla modalità di lavoro agile</li> </ul>	<p>Entro il 2024</p> <p>Entro il 2024</p>

\*Lavoratori che svolgono attività potenzialmente eseguibili in modalità agile

Nella fase di sviluppo avanzato potremo avere a disposizione una serie storica a cui fare riferimento per il calcolo di indicatori legati all'impatto del lavoro agile sulla performance organizzativa dell'amministrazione in un'ottica comparativa (indicatori di economicità, di efficienza e di efficacia). Potranno inoltre essere individuati ulteriori indicatori capaci di monitorare gli impatti interni ed esterni.

## **8. Piano della Formazione**

Il Piano formativo aziendale per l'anno 2022 ha iniziato il suo iter nell'anno 2021 con la richiesta dei fabbisogni formativi ai Direttori di struttura nel mese di ottobre; il documento è stato adottato dall'Azienda per la Tutela della Salute in data 21.12.2021 comprensivo anche dei fabbisogni formativi della ASL di Oristano. Per tale motivo per l'anno 2022 relativamente a questa sezione del PIAO si rimanda alla Delibera del Commissario Straordinario ATS n. 963 del 21.12.2021 che si allega al presente documento (allegati A, B, C, D).