

Allegato A

## Piano integrato di attività e organizzazione 2026-2028 ASL DI ORISTANO



## Sommario

<b>Premessa .....</b>	3
<b>Sezione 1 – Scheda anagrafica dell'amministrazione .....</b>	3
1. Elementi identificativi dell'azienda sanitaria .....	3
2. Analisi del contesto.....	4
3. I servizi e le attività nel territorio.....	8
<b>Sezione 2 – Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione.....</b>	24
1. Valore Pubblico .....	24
2. Perfomance .....	57
3. Rischi corruttivi e trasparenza .....	58
<b>Sezione 3 - Organizzazione e Capitale Umano .....</b>	86
1. Struttura organizzativa.....	86
2. Organizzazione del lavoro agile .....	93
<b>Sezione 4 - Monitoraggio .....</b>	114

### Allegati:

- 1. Obiettivi operativi
- 2. Allegato Rischi Corrottivi e Trasparenza
- 3. Piano del Fabbisogno del Personale
- 4. Piano della Formazione

## Premessa

Il DL n. 80/2021, convertito dalla L. 113/2021, all'art. 6 prevede che, entro il 31 gennaio di ogni anno, ogni amministrazione adotti il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) che riunisce in un unico atto tutta la programmazione, finora adottata con piani differenti, relativi alla performance, alla gestione delle risorse umane, all'organizzazione dei dipendenti, alla formazione e alle modalità di prevenzione della corruzione.

Il nuovo documento dovrà garantire la massima semplificazione, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi assi di programmazione e garantire la qualità e la trasparenza dei servizi rivolti agli utenti.

Con DPR 81 del 24.06.2022 è stato adottato il regolamento recante l'individuazione degli adempimenti relativi ai Piani Assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione e con Decreto n. 132 del 30 giugno 2022 è stato emanato il Regolamento recante la definizione del contenuto del PIAO contenente indicazioni per la redazione dello stesso e il Piano-tipo per le pubbliche amministrazioni.

## Sezione 1 – Scheda anagrafica dell'amministrazione

### 1. Elementi identificativi dell'azienda sanitaria

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. Con le Delibere del Direttore Generale n. 463 del 5.12.2022 e n. 26 del 24.01.2023 è stato adottato l'Atto Aziendale della ASL di Oristano.

ENTE	AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE (ASL) n.5 DI ORISTANO
SEDE LEGALE	via Carducci n. 35, 09170 Oristano (OR)
PARTITA IVA/CODICE FISCALE	01258180957
EMAIL PEC	protocollo@pec.asloristano.it
SITO INTERNET ISTITUZIONALE	<a href="http://www.asl5oristano.it">www.asl5oristano.it</a>



Il Logo aziendale è:

Con delibera della direzione generale è nominato il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

## 2. Analisi del contesto

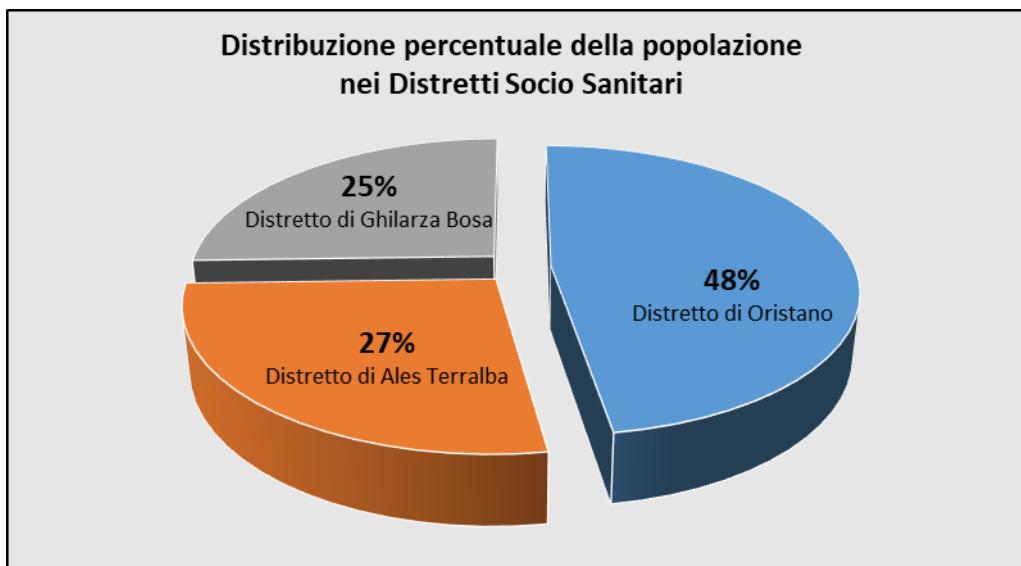
L'ambito territoriale della ASL di Oristano coincide con la attuale Provincia di Oristano, fatta eccezione per il Comune di Genoni, e comprende 88 Comuni con una estensione di 3.040 Km<sup>2</sup> e una popolazione residente all'01.01.2025 di 148.624 abitanti per una densità abitativa di 48,9 abitanti.

Di seguito l'elenco dei comuni con popolazione al 01.01.2025.

Distretto Oristano		Distretto Ales Terralba		Distretto Ghilarza Bosa	
Comune	Pop.	Comune	Pop.	Comune	Pop.
Allai	338	Albagiara	227	Abbasanta	2.574
Baratili San Pietro	1.195	Ales	1.242	Aidomaggiore	378
Bauladu	616	Arborea	3.709	Ardauli	748
Cabras	8.824	Assolo	326	Bidonì	117
Milis	1.401	Asuni	297	Bonarcado	1.530
Narbolia	1.616	Baradili	76	Boroneddu	143
Nurachi	1.670	Baressa	536	Bosa	7.345
Ollastra	1.088	Curcuris	299	Busachi	1.113
Oristano	30.007	Genoni	730	Cuglieri	2.432
Palmas Arborea	1.480	Gonnoscodina	426	Flussio	398
Riola Sardo	1.994	Gonnosnò	678	Fordongianus	811
Samugheo	2.678	Gonnostramatza	784	Ghilarza	4.064
Santa Giusta	4.594	Laconi	1.613	Magomadas	597
San Vero Milis	2.391	Marrubiu	4.509	Modolo	170
Siamaggiore	856	Masullas	981	Montresta	434
Siamanna	752	Mogorella	393	Neoneli	591
Siapiccia	337	Mogoro	3.817	Norbello	1.137
Simaxis	2.134	Morgongiori	623	Nughedu Santa Vittoria	428
Solarussa	2.213	Nureci	300	Paulilatino	2.086
Tramatza	898	Pau	262	Sagama	191
Villanova Truschedu	292	Pompu	214	Santu Lussurgiu	2.178
Villaurbana	1.448	Ruinas	575	Scano di Montiferro	1.371
Zeddiani	1.120	San Nicolò d'Arcidano	2.420	Sedilo	1.931
Zerfaliu	983	Senis	375	Seneghe	1.582
		Simala	289	Sennariolo	154
		Sini	515	Soddi	119
		Siris	228	Sorradile	331
		Terralba	9.599	Suni	986
		Uras	2.622	Tadasuni	127
		Usellus	682	Tinnura	246
		Villa Sant'Antonio	317	Tresnuraghes	1.024
		Villa Verde	258	Ulà Tirso	441
<b>TOTALE</b>	<b>70.925</b>	<b>TOTALE</b>	<b>39.922</b>	<b>TOTALE</b>	<b>37.777</b>

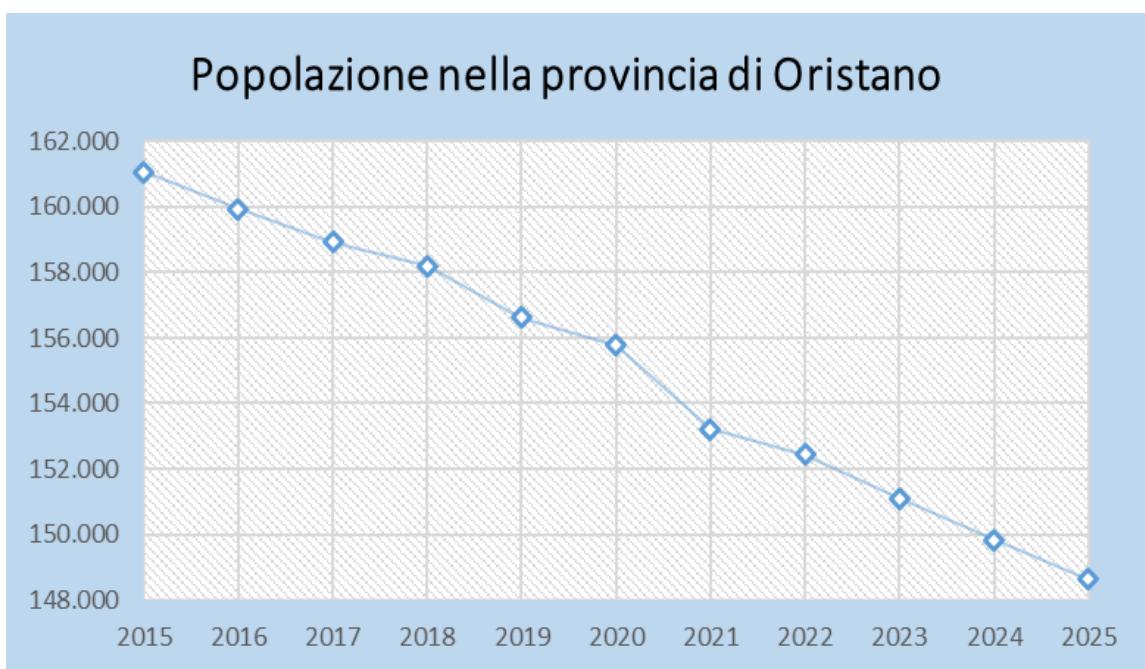
Fonte dati: Demo ISTAT popolazione all'01.01.2025 (dati aggiornati al mese di dicembre 2025)

La distribuzione della popolazione nel territorio provinciale è la seguente:



Distribuzione della Popolazione: composizione % Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2025

La comparazione dei dati demografici degli ultimi due anni (2024-2025) evidenzia una diminuzione della popolazione residente di 1.198 individui.



Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2015-2025

Indicatore	Oristano	Sardegna	Italia
Totale popolazione	148.624	1.561.339	58.934.177
Popolazione 0-14 anni	13.412	152.220	7.019.165
Popolazione 15-64 anni	90.476	980.777	37.341.839
Popolazione 65 anni e più	44.736	428.342	14.573.173
<b>Indice di invecchiamento</b>	<b>30,10%</b>	<b>27,43%</b>	<b>24,735</b>
<b>Indice di vecchiaia</b>	<b>333,55%</b>	<b>281,40%</b>	<b>207,62</b>

Fonte dati: Demo ISTAT popolazione all'01.01.2025 (dati del mese di dicembre 2025)

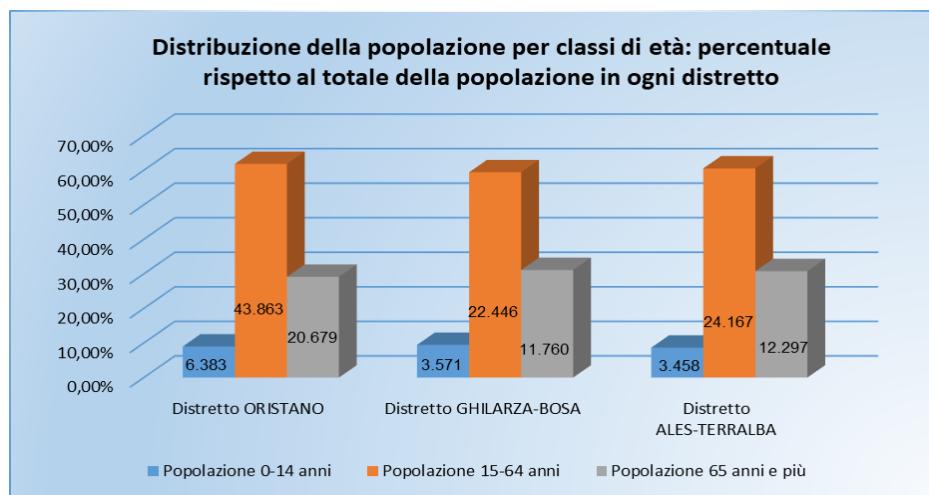
Indicatore	Distretto ORISTANO	Distretto GHILARZA-BOSA	Distretto ALES-TERRALBA
Totale popolazione	70.925	37.777	39.922
Popolazione 0-14 anni	6.383	3.571	3.458
Popolazione 15-64 anni	43.863	22.446	24.167
Popolazione 65 anni e più	20.679	11.760	12.297
<b>Indice di invecchiamento</b>	<b>29,15%</b>	<b>31,13%</b>	<b>30,80%</b>
<b>Indice di vecchiaia</b>	<b>323,96%</b>	<b>329,31%</b>	<b>355,61%</b>

Fonte dati: Demo ISTAT popolazione all'01.01.2025 (dati del mese di dicembre 2025)

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 44.736 unità (30,10% sul totale). Il distretto di Ghilarza Bosa presenta l'indice di invecchiamento maggiore all'interno della provincia (31,13%).

L'indice di vecchiaia<sup>2</sup> risulta molto alto sia rispetto al dato regionale ma soprattutto rispetto al dato nazionale; si registrano 333 anziani ogni 100 giovani. Il distretto di Ales Terralba presenta il rapporto tra giovani e anziani più alto della provincia (355,61%).



<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)

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.

«Le statistiche sulle cause di morte costituiscono la principale fonte statistica per definire lo stato di salute di una popolazione e per rispondere alle esigenze di programmazione sanitaria di un paese.» [istat.it]

Nella provincia di Oristano 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 24,96% dei casi rispetto al totale delle cause di morte ed i tumori con il 24,49%. Insieme i due gruppi di patologie sono responsabili di circa il 49,45% di tutti i decessi.

La nuova causa di morte che riguarda il Covid-19 è stata introdotta nel 2020; questa per il 2022 ha una percentuale di mortalità pari al 6,62% nella provincia, in discesa rispetto all'anno precedente, leggermente inferiore al dato regionale e nazionale.

Percentuali rispetto al totale	2021			2022		
	Oristano	Sardegna	Italia	Oristano	Sardegna	Italia
Malattie del sistema circolatorio	27,53%	27,24%	30,78%	24,96%	25,92%	30,85%
Tumori	28,92%	28,06%	24,71%	24,49%	25,45%	24,18%
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	5,80%	4,70%	3,61%	7,51%	5,26%	4,19%
Malattie del sistema respiratorio	5,31%	5,97%	6,41%	6,73%	6,36%	7,02%
Covid-19	4,66%	5,16%	9,04%	6,62%	7,71%	7,15%
Disturbi psichici e comportamentali	5,56%	5,27%	3,57%	5,78%	5,67%	3,88%
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	4,71%	4,62%	4,65%	5,47%	4,40%	4,68%
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	4,51%	5,19%	4,48%	4,20%	4,84%	4,58%
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	4,71%	4,54%	3,60%	4,10%	4,83%	3,82%
Malattie dell'apparato digerente	3,13%	4,07%	3,34%	3,99%	3,58%	3,35%
Malattie dell'apparato genitourinario	1,54%	1,79%	2,14%	2,10%	1,91%	2,31%
Malattie infettive e parassitarie	1,64%	1,79%	2,07%	2,05%	2,16%	2,34%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	0,94%	0,62%	0,54%	0,79%	0,69%	0,56%
Malattie del sangue e degli organi hematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	0,55%	0,47%	0,56%	0,63%	0,73%	0,57%
Malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	0,20%	0,27%	0,18%	0,37%	0,21%	0,18%
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	0,25%	0,17%	0,22%	0,21%	0,20%	0,23%
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	0,05%	0,07%	0,09%	n.d.	0,09%	0,09%
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	0,00%	0,00%	0,00%	n.d.	0,00%	0,00%

*Cause di morte: Istat 2021-2022*

I dati dei decessi per le malattie del sistema circolatorio della provincia di Oristano si attestano su valori inferiori al dato nazionale e pressochè equivalenti al dato regionale (24,96% Oristano e 25,92% Regione Sardegna). I dati dei decessi per le malattie del sistema circolatorio della provincia di Oristano si attestano su valori inferiori al dato nazionale e pressochè equivalenti al dato regionale (24,96% Oristano e 25,92% Regione Sardegna). Nel 2022 il 23,4% delle cause di morte appartenenti al macro gruppo delle malattie del sistema circolatorio sono da attribuire alle malattie cerebrovascolari, il 29,5% ad altre malattie del cuore, il

27,4% ad altre malattie del sistema circolatorio e il 19,8% alle malattie ischemiche del cuore con il 74,1% delle cause di morte di tale gruppo di malattie da attribuire all'infarto del miocardio acuto.

I dati dei decessi per tumore nella provincia di Oristano (24,49%) sono equivalenti nel 2022 rispetto al dato nazionale (24,18%) e inferiori rispetto al dato regionale (25,45%). Nel 2022 il 14,5% delle cause di morte appartenenti al gruppo dei tumori maligni sono da attribuire ai tumori maligni di trachea, dei bronchi e dei polmoni, il 12,0% ai tumori maligni del colon, del retto e dell'ano, il 14,7% agli altri tumori maligni e il 9,3% ai tumori maligni del seno.

Per quanto riguarda la mortalità delle malattie del sistema respiratorio, questa nel 2022 nella provincia di Oristano si attesta su valori pari a 6,73% inferiore rispetto al dato nazionale (7,02%) e sovrapponibile al dato regionale (6,36%). Nel 2022 il 56,3% delle cause di morte appartenenti al macro gruppo delle malattie del sistema respiratorio sono da attribuire alle malattie croniche delle basse vie respiratorie, seguito da altre malattie del sistema respiratorio (24,2%) e polmonite (19,5%).

Lo Studio di Sorveglianza Passi, (dati nazionali anni 2022-2023), sul tema delle patologie croniche ha rilevato che la condizione di cronicità è più frequente al crescere dell'età (coinvolge il 7% degli adulti con meno di 34 anni, il 13% fra i 35-49enni e il 28% delle persone fra 50 e 69 anni). Inoltre, la cronicità coinvolge di più le persone con status socioeconomico più svantaggiato, con molte difficoltà economiche (29%) o bassa istruzione (35% tra chi ha nessun titolo o la licenza elementare).

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.

Purtroppo a tale scenario si aggiunge la criticità del sempre crescente numero di sedi carenti di assistenza primaria a livello regionale e nazionale che ha lasciato una parte della popolazione priva di medico di medicina generale e di pediatri di libera scelta, fenomeno che ha riguardato pesantemente la provincia di Oristano. Su una popolazione complessiva di 137.130 assistibili secondo i dati ISTAT relativi al 01/01/2025, ad oggi si contano 42.978 abitanti privi di medico di medicina generale e 3.126 bambini privi di pediatra di libera scelta.

### 3. I servizi e le attività nel territorio

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 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.

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.

I tre Distretti sono 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>9 punti di guardia medica (+2 nel periodo estivo)</b>	
	<b>39 Medici di Medicina Generale (fonte FLS12/2025)</b>	
	<b>4 Pediatri di Libera Scelta (fonte FLS12/2025)</b>	
Oristano	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	1 Studio di Radiologia
	1 Punto di soccorso avanzato 118	1 Studio di Cardiologia
	1 SER.D	1 Centro Diurno Integrato (Assistenza Psichiatrica semiresidenziale)
	1 Presidio 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 Rete Locale Cure Palliative	
	1 Servizio di Farmacia territoriale	
	1 Centrale Operativa Territoriale	
	1 Centro Dialisi	
	1 Centro per i disturbi cognitivi e demenze Territorio	
Samugheo	1 Poliambulatorio	1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica
	1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
Cabras	1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
Simaxis	1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
Nurachi	1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
Palmas Arborea	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
Milis	1 Ufficio del Servizio Veterinario	1 Struttura Residenziale – Assistenza agli Anziani
Tramatza	1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
Siamanna	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
Santa Giusta		1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica

COMUNE	STRUTTURE PUBBLICHE	STRUTTURE PRIVATE
Ales	10 Punti di Guardia Medica	
	18 Medici di Medicina Generale (fonte FLS12/2025)	
	3 Pediatri di Libera Scelta (fonte FLS12/2025)	
	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	
Terralba	1 Servizio di Farmacia territoriale	
	1 Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 per l'infanzia e l'adolescenza	
	1 Centro per i disturbi cognitivi e demenze Territorio	
	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)	
Mogoro	1 Consultorio	
	1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78	
	1 Centro per i disturbi cognitivi e demenze Territorio	
Morgongiori		1 Struttura Residenziale – Assistenza Tossicodipendenti/Alacoldipendenti
Villa Sant'Antonio	1 Poliambulatorio	
	1 Consultorio	
	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
Laconi	Casa della Salute	
	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
Siris		1 Struttura Residenziale Alta Intensità - Assistenza Psichiatrica +NPIA
		1 Struttura Residenziale Media Intensità – Assistenza NPIA
Arborea	1 Ufficio del Servizio Veterinario	

COMUNE	STRUTTURE PUBBLICHE	STRUTTURE PRIVATE
	8 Punti di Guardia Medica (+1 nel periodo estivo)	
	17 Medici di Medicina Generale (fonte FLS12/2025)	
	3 Pediatri di Libera Scelta (fonte FLS12/2025)	
<b>Ghilarza</b>	1 Presidio Ospedaliero PO Delogu	1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica
	1 Poliambulatorio	1 Ambulatorio e Laboratorio- Attività Clinica + Assistenza NPIA
	1 Ospedale di Comunità Ghilarza	
	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 Centrale Operativa Territoriale	
	1 Centro per i disturbi cognitivi e demenze Territorio	
	1 Centro Dialisi ad attività limitata	
<b>Cuglieri</b>		
	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	1 Poliambulatorio	
	1 Centro FKT	
	1 Consultorio	
<b>Santu Lussurgiu</b>	1 Poliambulatorio	
	1 Consultorio	
	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
<b>Busachi</b>	1 Ufficio del Servizio Veterinario	1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica
	1 Poliambulatorio	
	1 Consultorio	
<b>Abbasanta</b>		1 Laboratori analisi
		1 Struttura Semiresidenziale - Assistenza Psichiatrica
<b>Fordongianus</b>		1 Centro Termale
<b>Suni</b>		1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78
<b>Bonarcado</b>	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
<b>Sedilo</b>	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
<b>Paulilatino</b>	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
<b>Bosa</b>	1 Presidio Ospedaliero PO Mastino	
	1 Poliambulatorio	
	1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
	1 Centro per i disturbi cognitivi e demenze Territorio	
	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	1 Consultorio	
	1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)	
	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	

Dati all'01.10.2025

Di seguito si illustrano i dati di attività per i tre livelli assistenziali rimandando per i commenti alla delibera del Commissario Straordinario n. 216 del 14/11/2025 di Adozione del Programma Sanitario e del Bilancio preventivo della Asl di Oristano per il triennio 2026-2028.

### Alcuni dati di attività dell'Area della prevenzione collettiva e sanità pubblica

L'obiettivo del Dipartimento di Prevenzione è quello di contrastare il calo delle coperture vaccinali obbligatorie, per i minori di 16 anni, in particolare sulle dieci vaccinazioni incluse nel calendario vaccinale nazionale tra quelle raccomandate per questa fascia di età, garantendo la soglia del 95% raccomandata dal **Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025 e dal Nuovo Sistema di Garanzia**; soglia che dal 2013 era in calo anche a livello nazionale.

ATTIVITA' VACCINALE								
Numerosità della coorte 2020,2021,2022,2023*	682		673		754		746	
	(coorte 2023)		(coorte 2022)		(coorte 2021)		(coorte 2020)	
	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al <b>31/12/2025</b>	% netta** rispetto alla coorte	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al <b>31/12/2024</b>	% netta** rispetto alla coorte	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al <b>31/12/2023</b>	% netta** rispetto alla coorte	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al <b>31/12/2022</b>	% netta** rispetto alla coorte
Polio <sup>(a)</sup>	651	95,45%	651	96,73%	722	95,76%	697	93,43%
Difterite <sup>(a)</sup>	651	95,45%	651	96,73%	722	95,76%	697	93,43%
Tetano <sup>(a)</sup>	651	95,45%	651	96,73%	722	95,76%	697	93,43%
Pertosse <sup>(a)</sup>	651	95,45%	651	96,73%	722	95,76%	697	93,43%
Epatite B <sup>(a)</sup>	652	95,60%	650	96,58%	722	95,76%	697	93,43%
Haemophilus influenzae tipo b <sup>(b)</sup>	651	95,45%	651	96,73%	722	95,76%	697	93,43%
Morbilli <sup>(c)</sup>	649	95,30%	643	95,68%	720	95,49%	693	93,03%
Parotite <sup>(c)</sup>	649	95,30%	643	95,68%	720	95,49%	693	93,03%
Rosolia <sup>(c)</sup>	649	95,30%	643	95,68%	720	95,49%	693	93,03%
Varicella <sup>(c)</sup>	646	95,15%	643	95,68%	715	95,09%	688	92,05%

Fonte: Anagrafe Vaccinale Regione Sardegna

\* Popolazione residente o domiciliata presso la provincia di Oristano

\*\* In considerazione della quota di utenti esonerati dalla vaccinazione. (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

## Copertura vaccinale delle vaccinazioni fortemente raccomandate raggiunta negli anni 2022-2025

Numerosità della coorte 2020,2021,2022,2023*	682		673		754		746	
	(coorte 2023)		(coorte 2022)		(coorte 2021)		(coorte 2020)	
Vaccinazioni pediatriche fortemente raccomandate	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al <b>31/12/2025</b>	% netta** rispetto alla coorte	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al <b>31/12/2024</b>	% netta** rispetto alla coorte	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al <b>31/12/2023</b>	% netta** rispetto alla coorte	Numero cicli vaccinali completati secondo calendario a 24 mesi al <b>31/12/2022</b>	% netta** rispetto alla coorte
Pneumococco coniugato (b)	631	92,52%	631	93,76%	707	93,77%	678	90,89%
Rotavirus	553	81,09%	520	83,58%	598	81,91%	591	79,89%
Meningococco tetravalente ACYW-135 coniugato	622	91,20%	610	90,64%	686	90,98%	655	87,80%
Meningococco B	582	85,34%	559	83,06%	688	91,25%	578	77,78%

Fonte: Anagrafe Vaccinale Regione Sardegna

\* Popolazione residente o domiciliata presso la provincia di Oristano \*\* In considerazione del numero di assistiti esonerati dalla vaccinazione.

Altro ambito su cui si lavora con grande sforzo è l'aumento della copertura vaccinale contro l'agente infettivo HPV, il papilloma virus umano, che può causare l'insorgenza di tumori. Lo standard raccomandato dal PNPV del 95%, a cui ci siamo avvicinati negli anni 2009-2013, sono notevolmente calati nel periodo pandemico ma mostrano ora una tendenza in incremento.

### Copertura vaccinale anti - HPV nelle femmine e nei maschi

#### Vaccinazione anti-HPV Femmine

Coorte dell'anno	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997
Numerosità della rispettiva coorte (denominatore per HPV = solo Femmine)	471	476	531	611	534	571	591	529	621	593	601	628	652	645	647	633	662
Vaccino	2025	2024	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
HPV (prima dose)	354	305	364	390	338	487	476	410	457	480	481	510	552	540	571	545	594
HPV (ciclo completo, come da scheda tecnica, al 31/12/2025)	299	242	268	275	215	316	385	362	416	437	432	480	534	508	529	514	557
% rispetto alla coorte (bambine)	63,5%	50,8%	50,5%	45%	40%	55%	65%	68%	67%	74%	72%	76%	82%	79%	82%	81%	84%

#### Vaccinazione anti-HPV Maschi

Coorte dell'anno	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997
Numerosità della rispettiva coorte (denominatore per HPV = solo Maschi)	510	516	589	604	632	644	567	635	631	578	602	632	630	660	685	679	506
Vaccino	2025	2024	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
HPV (prima dose)	359	307	353	338	337	424	353	362	86	18	19	7	3	3	3	1	2
HPV (ciclo completo, come da scheda tecnica, al 31/12/2025)	301	248	259	223	227	289	271	298	56	14	13	6	3	3	3	0	1

Purtroppo sembra lontana la percentuale di copertura del 75% raccomandata dal PNPV 2023-2025 e dal Nuovo Sistema di Garanzia, per il quale si metteranno in campo strategie di sensibilizzazione della popolazione anziana in sinergia con i Distretti Socio Sanitari al fine di raggiungere al meglio questa fascia di popolazione.

## Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano

Vaccinazione antinfluenzale	2024	2023	2022	2021	2020	2019
Coorte (anziani >=65 anni)	78.107	73.738	69.619	67.016	64.504	61.992
Numero Vaccinazioni antinfluenzali anziani >=65 anni	16.837	15.151	12.101	14.820	7.216	8.370
<b>% rispetto alla coorte</b>	22%	21%	17%	22%	11%	14%

Fonte: Anagrafe Vaccinale Regione Sardegna

I programmi organizzati di Screening Oncologico sono interventi complessi di sanità pubblica, rivolti a gruppi di popolazione che non mostrano sintomi specifici di malattia ma che, per età o per altre condizioni, presentano un aumentato rischio; a tali categorie di popolazione è offerto attivamente un percorso sanitario finalizzato all'individuazione precoce dei tumori, quando questi sono più facilmente curabili.

Questa importante attività che prosegue con grande difficoltà ma con ottimi risultati ha raggiunto i seguenti tassi di copertura (test di screening eseguiti rispetto agli inviti spediti), superando il target regionale imposto nel triennio in esame

## Gli Screening Oncologici

Periodo	popolazione target	Inviti	% estensione (inviti sul target)	aderenti agli inviti	% adesioni	% copertura	% copertura (obiettivo annuo)
					(presenze sugli inviti)	(presenze sul target)	
Mammografico anno 2023	12.554	14.440	115,02%	6.102	42,26%	48,53%	30%
Mammografico anno 2024	12.598	12.678	100,64%	6.483	51,14%	51,46%	35%
Mammografico anno 2025	12.635	12.921	102,26%	5.984	46,30%	47,36%	35%
Cervice Uterina anno 2023	13.701	14.926	108,94%	6.734	45,12%	49,03%	35%
Cervice Uterina anno 2024	13.549	13.828	102,21%	5.373	38,86%	39,61%	38%
Cervice Uterina anno 2025	13.361	13.437	100,58%	5.514	41,04%	41,27%	35%
Colon Retto I semestre 2023	24.721	27.130	110,05%	11.525	42,48%	46,75%	20%
Colon Retto I semestre 2024	24.876	25.328	102,05%	11.286	44,56%	45,47%	25%
Colon Retto I semestre 2025	24.911	25.018	100,43%	11.115	44,43%	44,62%	25%

Fonte: Centro Screening Aziendale – Dati al mese di gennaio 2026

Nell'anno 2023 c'è stata l'attività di recupero di quanto non inviato nel periodo COVID

## ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Numero di lavoratori controllati o comunque esaminati per accertamenti o certificazioni sanitarie:	99	41	29	64	69	48	76
di cui apprendisti o minori:	0	0	12	0	0	0	0
Numero indagini effettuate per infortuni sul lavoro:	3	7	0	7	16	10	9
Numero indagini effettuate per malattie professionali:	0	4	1726	0	2	0	0
Numero di aziende interessate da atti autorizzativi, esame progetti, piani di lavoro e notifiche:	1497	605	755	890	328	292	384
Numero di aziende in cui sono stati effettuati interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria:	2250	2406	1438	1161	1051	1025	1013
Indagini epidemiologiche effettuate (in seguito a riscontro di malattie infettive):	103	2975	0	63	70	93	110
Numero di studi epidemiologici su malattie cronico degenerative e studi di mortalità:	95	0	0	0	0	1	0
Numero di campagne di screening effettuate per la prevenzione di patologie tumorali:	3	3	3	1	0	3	3
Residenti che hanno compiuto 24 mesi di età e sono stati regolarmente vaccinati:	837	788	703	670	724	648	649
Numero di pareri richiesti per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile:	501	0	602	518	363	370	235
Numero di pareri espressi per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile:	419	105	64	518	363	319	235

Fonte dati: NSIS Mod. FLS 18 quadro F

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

Attività	anno 2022		anno 2023		anno 2024		anno 2025	
	numero	tempo di attesa						
Utenti beneficiari vitalizio Legge 210/92	5	0	6	0	7	0	7	0
Patenti Co.Me.Lo.	1.981	0	1.910	0	2.027	0	2.052	0
Certificazioni per rilascio/rinnovo patenti auto e nautiche	1.233	30 giorni	147	30 giorni	1.720	15 giorni	1.850	10 giorni
Certificazioni necroscopiche	1298	0	1312	0	1323	0	1335	0
Visite collegiali	4	30 giorni	4	0	1	0	1	0
Visite di idoneità rilascio/rinnovo porto d'armi/ detenzione armi	212	30 giorni	57	30 giorni	755	15 giorni	554	10 giorni
Visite per l'accertamento dello stato di invalidità, Legge104/92 etc.	5.724	16 mesi	3.751	12 mesi	8.804	8 mesi	10.710	2 mesi
Altre certificazioni (certif. Elettorali, adozioni, deambulaz. ridotta)	83	30 giorni	31	30 giorni	264	15 giorni	347	10 giorni
Accertamenti Medico Legali richiesti dal giudice di sorveglianza o dal tribunale	9	0	8	0	5	0	9	0

Fonte: Servizio Medicina Legale

Tra le criticità più importanti che si è dovuto affrontare a livello regionale si rammentano gli elevati tempi di attesa per l'accertamento dello stato di invalidità che durante il periodo Covid ha raggiunto i 16 mesi di attesa. Si è dato un forte impulso al lavoro di recupero delle pratiche non ancora evase e conseguentemente

alla riduzione dei ritardi accumulati registrando una forte riduzione dei tempi di attesa che nell'anno 2025 si sono attestati su una media di 2 mesi, tranne che per le sedute riguardanti i minori (tempo di attesa 1 mese) e i malati oncologici (tempo di attesa 15 gg).

Il territorio di riferimento per la Sanità Animale della Asl di Oristano comprende 88 Comuni su una superficie complessiva pari a 3.034,24 Km<sup>2</sup>, ove risultano essere presenti **4.272 stabilimenti zootecnici** con all'interno di essi **7.466 attività** esercitate da **4.804 operatori** responsabili di animali. Di seguito le principali attività garantite dai servizi aziendali del Dipartimento di Prevenzione che rispettano i volumi richiesti dalla programmazione regionale; le ulteriori attività sono svolte solo a seguito dell'attivazione di sistemi di allerta o legate a esigenze epidemiologiche e eventi straordinari.

### Ispezioni Verifiche Campionamenti e Controlli Attività Veterinaria e Igiene Alimenti e Nutrizione

Ispezioni e Verifiche	2019	2020	2021	2022	Attività program-mata 2022	2023	Attività program-mata 2023	2024	Attività program-mata 2024	2025	Attività program-mata 2025
<b>Alimenti e Nutrizione</b>											
Alimenti (come definito dall'art 2 Reg. CE 178/2022)	696	433	485	312	250	252	250	247	258	277	250
Acque di destinazione al consumo umano	14	6	11	0	0	2	2	5	2	10	5
Prodotti fitosanitari	27	29	38	29	26	30	26	36	26		5
<b>Sanità Animale</b>											
Piani risanamento malattie animali	7.139	9.050	8.936	10.816	10.816	12.178	12.178	11.471	10.000	4.092	11.471
Controllo malattie infettive animali	21	14	737	27	27	137	137	833	780	476	833
Anagrafe ed identificazione animale	1.612	224	230	294	294	261	261	271	184	179	271
Urgenze ed emergenze	70	85	90	90	90	200	150	220	180	220	220
<b>Allev. Prod. Zootecniche</b>											
Latte	173	197	nd	80	100	80	100	90	100	80	100
Farmaci	135	55	nd	74	100	70	120	98	90	70	90
Alimentazione animale	16	13	nd	5	10	10	10	30	18	20	40
Benessere animale	63	115	nd	113	100	120	130	nd	188	80	80
Stabilimenti trasf. Latte (caseifici) con non conf.	11	12	nd	0	0	0	0	0	0	0	0
Certificazioni con ispezione per export formaggi	679	470	nd	404	500	350	350	345	300	300	350
<b>Alimenti di Origine Animale</b>											
Stabilimenti e attività commerciali	406	2.384	2.235	2.480	2.507	2.590	2.735	2.746	2.831	6.382	6.311
Controllo carni macellate (capi diverse specie)	835.093	862.027	893.405	986.851	893.405	1.004.558	986.851	983.777	1.004.558	878.924	983.777
Agriturismo	110	53	43	108	113	49	88	43	88	23	23

Campionamenti e Controlli	2019	2020	2021	2022	Attività program-mata 2022	2023	Attività program-mata 2023	2024	Attività program-mata 2024	2025	Attività program-mata 2025
<b>Alimenti e Nutrizione</b>											
Alimenti (come definito dall'art 2 Reg. CE 178/2022)	230	294	372	285	209	156	156	173	156	180	120
Acque destinate al consumo umano*	875	645	528	460	400	416	400	600	400	400	400
<b>Sanità Animale</b>											
Test Tubercolosi	60	15.907	17.153	15.981	15.981	9.719	9.719	10.482	8.500	11.468	10.482
Campioni sanitari per accertamento malattie animali	50.313	42.868	39.494	53.268	53.268	31.108	31.108	24.131	20.000	24.673	24.131
Vaccinazioni per malattie animali	51.418	40.841	47.085	236.984	236.984	49.972	49.972	194.297	186.578	531.988	194.297
<b>Allev. Prod. Zootecniche</b>											
Latte e formaggi	120	51	50	53	50	54	54	50	40	40	40
Ricerca residui prodotti lattiero caseari	126	32	32	28	28	20	20	30	30	30	30
Alimentazione animale	152	62	66	66	66	80	100	80	100	80	100
<b>Alimenti di Origine Animale</b>											
Controllo malattie al macello	1.768	1.301	1.768	3.778	755	1.215	1.301	2.186	1.301	2.236	547
Alimenti di origine animale	114	49	114	82	82	52	52	36	32	157	157
Ricerca residui alimenti di origine animale	90	49	90	31	31	61	61	37	37	32	31

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

### Alcuni dati di attività dell'Area dell'Assistenza Distrettuale

I dati relativi agli inserimenti presso le strutture residenziali e semiresidenziali, di seguito rappresentati, denotano un bisogno in crescita, soprattutto per l'assistenza ad alta intensità, e la necessità quindi di implementare i posti letto di post acuzie nei presidi ospedalieri aziendali che aggiungendosi ai posti letto dell'Ospedale di Comunità offrirebbero risposte territoriali ai bisogni complessi, sociali e sanitari di continuità assistenziale principalmente dei soggetti anziani e/o fragili

#### RSA - ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE erogata dai centri privati – numero giornate

	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024	ANNO 2025
<b>R3A e R3D - (ex Profili dal 1 al 5)</b>	4.187	4.112	3.930	4.723	4.067	3.576	6.166
<b>R3B - (ex Profili dal 6 al 9)</b>	1.675	1.827	1.666	1.311	1.850	1.314	2.207
<b>R2 - (Terminali e altri ad alta intensità ass.le)</b>	8.960	9.695	11.058	10.895	13.382	12.598	15.819
<b>R1 - (Terminali e altri ad alta intensità ass.le. Ventilati)</b>	2.648	1.906	2.218	3.004	2.418	1.468	1.315
<b>Storno per ricovero</b>	<b>-153</b>	<b>-71</b>	<b>-60</b>	<b>-120</b>	<b>-60</b>	<b>-80</b>	<b>-262</b>
<b>TOT</b>	<b>17.317</b>	<b>17.469</b>	<b>18.812</b>	<b>19.813</b>	<b>21.657</b>	<b>18.876</b>	<b>25.245</b>

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

Inserimenti presso l'HOSPICE di Oristano – numero giornate							
	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024	ANNO 2025
Terminali - giornate di degenza -Cure Palliative	531	1.795	2.299	1.683	1.757	1.954	2.189

Fonte: Modello Ministeriale NSIS STS 24

Inserimenti di pazienti nostri residenti presso l'HOSPICE di altre ASL anche Fuori Regione – numero giornate							
	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024	ANNO 2025
Terminali - giornate di degenza -Cure Palliative	74	139	327	47	103	130	155
Storno per ricovero	0	0	0	0	-21	0	0
Totale	74	139	327	47	82	130	155

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

Inserimento dei pazienti nelle COMUNITA' INTEGRATE (ex Case Protette) – numero giornate							
	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024	ANNO 2025
Assistenza socio sanitaria Comunità Integrate	93.962	108.117	146.146	161.962	187.382	220.134	243.727

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

CENTRI DIURNI INTEGRATI del privato accreditato - numero giornate							
	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024	ANNO 2025
Profilo assistenziale basso	1.835	1.098	1.169	5.809	6.393	6.008	7.132
Profilo assistenziale alto	1.425	1.373	1.709	1.308	2.037	1.839	889
Storno per ricovero	0	-7	0	0	0	0	0
<b>TOT</b>	<b>3.260</b>	<b>2.464</b>	<b>2.878</b>	<b>7.117</b>	<b>8.430</b>	<b>7.847</b>	<b>8.021</b>

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

CURE DOMICILIARI INTEGRATE	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025	VARIAZIONI 2025-2019	
								valore assoluto	valore %
Numero casi trattati	2.303	1.817	1.819	1.576	1.549	1.676	1.757	-546	-24%
Numero di accessi dei MMG/PLS	24.581	17.046	16.793	14.719	12.277	10.289	8.271	-16.310	-66%
Numero di ore di Assistenza infermieristica	42.224	39.710	41.580	40.154	49.678	38.992	26.911	-15.313	-36%

Fonte: Modello Ministeriale NSIS FLS 21

Rispetto all'anno 2019 i casi trattati in assistenza domiciliare si sono ridotti con una flessione di circa il 24% nell'anno 2025. In forte calo il numero di accessi dei MMG e PLS che, rispetto all'anno 2019 registra una riduzione del 66%. Questi fenomeni sono legati alla presenza di un sempre crescente numero di sedi carenti di assistenza primaria a livello regionale che ha lasciato una parte della popolazione regionale e quindi provinciale senza medico di medicina generale, professionista che gestisce il paziente a domicilio,

monitorandone lo stato di salute e coordinando l'azione dei diversi professionisti della salute coinvolti. Sono diminuite inoltre le ore di assistenza infermieristica prestate nell'anno 2025 (-36% rispetto al 2019). Il servizio di assistenza domiciliare sarà esternalizzato dall'anno 2026, risolvendo in parte il problema della forte carenza di personale che si registra anche nella dotazione organica del personale infermieristico.

Le prestazioni riabilitazione globale erogate dal pubblico registrano, nel periodo 2021-2025, una drastica riduzione rispetto all'anno 2019. Il privato accreditato, sopperendo alla carenza del pubblico, si è riportato su livelli prestazionali erogati in epoca pre-pandemica; sono però aumentate notevolmente le giornate riferibili alle prestazioni di riabilitazione a ciclo continuativo ad elevato livello assistenziale per disabilità fisica, psichica e sensoriale (nell'anno 2025 si registra un +127% rispetto all'anno 2019), per contro non sono state più erogate prestazioni a ciclo diurno dall'anno 2021.

<b>RIABILITAZIONE GLOBALE erogata dal privato accreditato</b>							
	<b>ANNO 2019</b>	<b>ANNO 2020</b>	<b>ANNO 2021</b>	<b>ANNO 2022</b>	<b>ANNO 2023</b>	<b>ANNO 2024</b>	<b>ANNO 2025</b>
<b>Assistenza residenziale</b>	<b>n. giornate</b>						
Ciclo continuativo ad elevato livello assistenziale per disabilità fisica, psichica e sensoriale	2.054	3.218	2.941	4.569	3.572	4.353	4.655
Ciclo continuativo per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	2.247	1.809	1.822	1.385	2.548	2.826	2.638
Riab. residenziale a valenza socio riabilitativa	4.208	4.207	3.700	3.139	2.435	2.266	2.467
<b>TOT</b>	<b>8.509</b>	<b>9.234</b>	<b>8.463</b>	<b>9.093</b>	<b>8.555</b>	<b>9.445</b>	<b>9.760</b>
<b>Assistenza semi residenziale</b>	<b>n. giornate</b>						
Ciclo diurno per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	76	0	0	0	0	0	0
Diurno a valenza socio riabilitativa per persone con disabilità in situazioni di gravità	281	39	0	0	0	0	0
Diurno a valenza socio riabilitativa per persone con disabilità in situazione di gravità a tempo ridotto	8	0	0	0	0	0	0
<b>TOT</b>	<b>365</b>	<b>39</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Assistenza ambulatoriale</b>	<b>prestazioni</b>						
Ambulatoriale intensiva	732	185	1.466	834	844	645	607
Ambulatoriale estensiva	13.801	11.323	13.784	13.194	11.642	12.281	13.640
Ambulatoriale mantenimento	933	618	1.697	367	658	1.726	521
<b>TOT</b>	<b>15.466</b>	<b>12.126</b>	<b>16.947</b>	<b>14.395</b>	<b>13.144</b>	<b>14.652</b>	<b>14.768</b>
<b>Assistenza domiciliare</b>	<b>prestazioni</b>						
Domiciliare estensiva	16.774	13.881	16.994	18.901	20.708	20.764	18.169
Domiciliare di mantenimento	5.795	4.369	6.209	4.191	3.859	3.364	3.123
<b>TOT</b>	<b>22.569</b>	<b>18.250</b>	<b>23.203</b>	<b>23.092</b>	<b>24.567</b>	<b>24.128</b>	<b>21.292</b>

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

## RIABILITAZIONE GLOBALE erogata dal pubblico

Trattamenti adulti	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024	ANNO 2025
Assistenza ambulatoriale	prestazioni						
Ambulatoriale estensiva	6.761	3.016	4.166	4.046	3.905	3.626	4.343
Ambulatoriale mantenimento	1.798	512	812	648	632	261	187
<b>TOT</b>	<b>8.559</b>	<b>3.528</b>	<b>4.978</b>	<b>4.694</b>	<b>4.537</b>	<b>3.887</b>	<b>4.530</b>
Assistenza domiciliare	prestazioni						
Domiciliare estensiva	2.326	1.062	1.269	1.709	1.360	1.199	1.473
Domiciliare di mantenimento	781	155	546	895	909	696	564
<b>TOT</b>	<b>3.107</b>	<b>1.217</b>	<b>1.815</b>	<b>2.604</b>	<b>2.269</b>	<b>1.895</b>	<b>2.037</b>

Trattamenti bambini	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024	ANNO 2025
	prestazioni						
Assistenza ambulatoriale estensiva	2.378	1.033	1.172	1.429	1.587	1.695	1.347
Assistenza domiciliare estensiva	412	258	243	298	259	215	193
<b>TOT</b>	<b>2.790</b>	<b>1.291</b>	<b>1.415</b>	<b>1.727</b>	<b>1.846</b>	<b>1.910</b>	<b>1.540</b>

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

Per analizzare l'andamento dell'attività dell'assistenza specialistica si è preso come riferimento l'anno 2019, anno non influenzato dalla pandemia e ancora non gravemente condizionato dalla carenza di personale medico da reclutare. Nel corso dell'anno 2025 purtroppo non si è riusciti a colmare la differenza di prestazioni erogate in epoca pre-pandemica per alcune branche specialistiche.

### Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Produzione Strutture Pubbliche e Private Accreditate della ASL di Oristano Anni 2019, 2022, 2023, 2024, gennaio-ottobre 2025 e proiezione all'anno

Fonte: file C- ABACO

Branca	Anno 2019	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Gen - Ott 2025	Proiezione anno 2025 rispetto al periodo Gen – Ott 2025	Variazione % 2025-2019
ANESTESIA	3.331	1.577	1.319	2.313	3.925	4.710	41%
CARDIOLOGIA	45.353	34.146	40.670	46.943	27.400	32.880	-28%
CHIRURGIA GENERALE	8.003	3.914	3.764	2.994	4.702	5.642	-29%
CHIRURGIA PLASTICA	2.338	2.077	1.946	1.677	688	826	-65%
CHIRURGIA VASCOLARE – ANGIOL.	2.965	1.220	1.736	2.371	2.137	2.564	-14%
DERMOSIFILOPATIA	2.619	1.450	2.247	2.131	5.032	6.038	131%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	76.394	69.411	68.391	64.812	54.907	65.888	-14%
ENDOCRINOLOGIA	17.481	2.537	2.654	2.714	3.465	4.158	<b>-76%</b>
GASTROENTEROLOGIA - CHIR. ED ENDOSCOP. DIGEST.	6.725	6.227	6.643	7.058	6.778	8.134	21%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL. ETC.	1.028.708	991.075	1.021.663	1.179.131	1.067.617	1.281.140	25%
MED. FISICA E RIABILITAZIONE	282.658	204.645	200.577	209.406	92.682	111.218	<b>-61%</b>
NEFROLOGIA	28.853	22.407	25.926	22.936	18.448	22.138	-23%
NEUROCHIRURGIA	3	14	72	141	1563	1.876	62420%
NEUROLOGIA	5.805	6.569	8.559	8.568	600	720	<b>-88%</b>

Branca	Anno 2019	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Gen - Ott 2025	Proiezione anno 2025 rispetto al periodo Gen – Ott 2025	Variazione % 2025-2019
OCULISTICA	25.251	13.182	15.446	13.364	13.100	15.720	-38%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	6.757	1.205	2.536	3.492	3.953	4.744	-30%
ONCOLOGIA	1.412	854	910	1.048	550	660	-53%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	8.525	6.422	7.800	7.009	11.921	14.305	68%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	7.423	5.618	5.929	6.153	6.606	7.927	7%
OTORINOLARINGOIATRIA	5.724	2.389	2.777	4.119	7.305	8.766	53%
PNEUMOLOGIA	10.109	4.855	3.092	1.073	2697	3.236	-68%
PSICHIATRIA	5.395	1.262	979	670	543	652	-88%
RADIOTERAPIA	-	-		1	-	-	
UROLOGIA	6.639	2.103	2.575	2.327	3.026	3.631	-45%
ALTRO	147.483	101.681	112.527	120.366	75.133	90.160	-39%
<b>TOTALE</b>	<b>1.735.954</b>	<b>1.486.840</b>	<b>1.540.738</b>	<b>1.712.816</b>	<b>1.414.778</b>	<b>1.697.734</b>	<b>-2%</b>

### Alcuni dati di attività dell'Area dell'Assistenza Ospedaliera

Tra le altre criticità che caratterizzano l'assistenza ospedaliera in ambito regionale, si riscontra il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione spesso dovuto alla presenza di una debole 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.

### Ricoveri - Produzione ASL 5 anni 2019-2024 e gennaio-ottobre 2025

Fonte: file A

Presidio	2019			2021	2022	2023	2024			gen-ott 2025		
	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	Totale dimessi	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari	
San Martino Oristano	10.507	2.286	8.221	8.264	8.552	8.445	8.088	1631	6.457	5.674	721	4.953
Mastino Bosa	1.465	344	1.121	382	567	873	927	342	585	698	248	450
Delogu Ghilarza	1.380	405	975	189	123	103	142	142	-	105	105	0
<b>Presidi Pubblici ASL Oristano</b>	<b>13.352</b>	<b>3.035</b>	<b>10.317</b>	<b>8.835</b>	<b>9.242</b>	<b>9.421</b>	<b>9.157</b>	<b>2.115</b>	<b>7.042</b>	<b>6.477</b>	<b>1.074</b>	<b>5.403</b>
Casa di Cura Oristano	3.819	2.281	1.538	3.311	2.850	2.941	2.937	1.122	1.815	2.633	758	1.875
<b>TOTALE ASL Oristano</b>	<b>17.171</b>	<b>5.316</b>	<b>11.855</b>	<b>12.146</b>	<b>12.092</b>	<b>12.362</b>	<b>12.094</b>	<b>3.237</b>	<b>8.857</b>	<b>9.110</b>	<b>1.832</b>	<b>7.278</b>

Nella tabella successiva è rappresentato il confronto, per gli anni 2019-2023 e 2024 dei ricoveri fatti per i nostri residenti sia dai presidi pubblici e privato accreditato della ASL di Oristano che da altre Aziende

regionali. Si conferma la riduzione dei ricoveri nei nostri presidi mentre rimane costante il numero di ricoveri per i nostri residenti prodotti dalle altre aziende fuori provincia.

#### Ricoveri per i residenti della ASL 5 anni 2019, 2023 e 2024

Fonte: file A

	2019				2023				2024			
	Totale dimessi	Totale Valore	N. DH	N. Ordinari	Totale dimessi	Totale Valore	N. DH	N. Ordinari	Totale dimessi	Totale Valore	N. DH	N. Ordinari
Pubblico ASL5	11.358	34.643.100	2.491	8.867	8.057	27.803.064	1.654	6.403	7.760	27.558.621	1.684	6.076
Privato ASL 5	3.135	6.351.267	1.796	1.339	1.949	5.230.713	791	1.158	1.965	5.273.775	763	1.202
<b>Produzione TOTALE ASL 5</b>	<b>14.493</b>	<b>40.994.367</b>	<b>4.287</b>	<b>10.206</b>	<b>10.006</b>	<b>33.033.777</b>	<b>2.445</b>	<b>7.561</b>	<b>9.725</b>	<b>32.832.396</b>	<b>2.447</b>	<b>7.278</b>
Ricoveri ASL1	121	254.277	47	74	116	285.314	15	101	90	210.096	19	71
Ricoveri ASL2	68	128.592	16	52	171	786.810	15	156	260	1.465.940	13	247
Ricoveri ASL3	1.404	5.364.952	340	1.064	1.119	3.837.500	294	825	1.220	3.845.309	374	846
Ricoveri ASL4	29	69.057	15	14	120	278.371	49	71	97	151.528	51	46
Ricoveri ASL6	690	1.749.344	149	541	864	2.394.136	246	618	780	2.186.456	225	555
Ricoveri ASL7	48	94.257	14	34	48	96.540	33	15	68	99.672	55	13
Ricoveri ASL8	2.470	7.062.554	996	1.474	3.045	7.740.693	1.704	1.341	2.997	7.411.891	1.702	1.295
Ricoveri AOU Sassari	859	3.390.719	287	572	1.234	5.223.638	507	727	1.309	4.985.494	648	661
Ricoveri AOU Cagliari	1.250	3.617.444	500	750	985	2.891.920	400	585	1028	3.242.188	419	609
Ricoveri Azienda Brotzu	2.399	9.023.438	1.159	1.240	2.029	7.840.823	798	1.231	2.045	7.906.745	864	1.181
<b>Produzione TOTALE infra regione</b>	<b>9.338</b>	<b>30.754.634</b>	<b>3.523</b>	<b>5.815</b>	<b>9.731</b>	<b>31.375.745</b>	<b>4.061</b>	<b>5.670</b>	<b>9.894</b>	<b>31.505.319</b>	<b>4.370</b>	<b>5.524</b>
<b>% Ricoveri di altre Aziende per nostri residenti</b>	<b>39%</b>	<b>43%</b>			<b>49%</b>	<b>49%</b>			<b>50%</b>	<b>49%</b>		
<b>TOTALE RICOVERI PER RESIDENTI ASL 5</b>	<b>23.831</b>	<b>71.749.001</b>	<b>7.810</b>	<b>16.021</b>	<b>19.737</b>	<b>64.409.522</b>	<b>6.506</b>	<b>13.231</b>	<b>19.619</b>	<b>64.337.714</b>	<b>6.817</b>	<b>12.802</b>

I dati che seguono illustrano gli accessi al pronto soccorso nel periodo 2019- 2025 che mostrano una riduzione degli accessi totali dell'anno 2024 rispetto al periodo pre-pandemico dovuto sostanzialmente alla riduzione degli accessi nel PO San Martino e nel PO Delogu. Nell'anno 2024 inoltre l'Osservazione Breve intensiva (OBI) presso il Pronto Soccorso di Oristano, attivo con 7/8 posti letto, ha registrato circa 400 accessi con una tendenza in aumento nell'anno 2025.

ACCESSI PRONTO SOCCORSO 2019-2024 e 1 semestre 2025							
	DEA - PO San Martino	di cui OBI DEA - PO San Martino	PO Delogu	PO Mastino	PS pediatrico PO S. Martino	PS ginecologico PO S. Martino	Totale
<b>Anno 2019</b>	26.909		2.992	5.221	3.789	1.297	<b>40.208</b>
<b>Anno 2020</b>	18.093		-	3.264	1.730	982	<b>24.069</b>
<b>Anno 2021</b>	19.778		1.846	3.316	1.800	994	<b>27.734</b>
<b>Anno 2022</b>	23.027	-	3.127	4.182	3.037	1.110	<b>34.483</b>
<b>Anno 2023</b>	25.700	-	4.054	4.964	3.774	1.314	<b>39.806</b>
<b>Anno 2024</b>	20.078	408	4.164	4.658	4.212	1216	<b>34.328</b>
<b>I semestre 2025</b>	12.888	479	2.544	2.642	2.429	609	<b>21.591</b>

**1. Valore Pubblico**

Il valore pubblico generato da una pubblica amministrazione è da intendersi come il miglioramento, rispetto ad una situazione di partenza, della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale degli utenti, degli stakeholder, o comunque più in generale dei destinatari di un servizio, coprendo diverse dimensioni del vivere individuale e collettivo, gestendo in modo razionale le risorse economiche a disposizione, nel rispetto e in coerenza con i documenti di programmazione. Questa azienda ha adottato i suoi documenti di programmazione sanitaria ed economica con la delibera n. 216 del 14/11/2025.

Nel caso specifico di una Azienda Socio Sanitaria il valore pubblico è inteso come l'esito della sua azione sul livello di salute della popolazione presa in carico, ossia il contributo assicurato dall'azienda al miglioramento dello stato di salute della popolazione di riferimento attraverso l'erogazione di servizi e di attività compresi normativamente nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Come sostenuto dall'ANAC "le misure di prevenzione e per la trasparenza sono a protezione del valore pubblico ma, nello stesso tempo, sono esse stesse produttive di valore pubblico, con importanti ricadute sull'organizzazione sociale ed economica del Paese".

L'Azienda Sanitaria di Oristano, persegue obiettivi di Valore Pubblico assumendo come principi generali della propria missione la promozione, il mantenimento e il miglioramento della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente, a qualsiasi titolo, nel proprio ambito di competenza territoriale, al fine di consentire la migliore qualità della vita possibile e la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza mediante programmi e azioni coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria e socio-assistenziale nazionale e regionale, nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza, economicità, adeguatezza e qualità.

In quanto promotrice di politiche per la tutela della salute nella più ampia accezione, la ASL di Oristano ricerca il contributo dell'insieme degli attori, istituzionali e non, capaci di contribuire al raggiungimento dei propri obiettivi; a tal fine valorizza lo strumento della programmazione partecipata con gli Enti Locali nell'ambito della Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria, con gli Organismi di rappresentanza dei cittadini e con le Organizzazioni sindacali.

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.

**Gli Obiettivi strategici generali e il valore pubblico generato**

Gli obiettivi strategici dell'Azienda sono indirizzati a garantire l'assistenza migliore ai cittadini secondo criteri di appropriatezza, qualità e sicurezza, coerentemente con quanto emerge dall'analisi dei bisogni e dei determinanti di salute della popolazione di riferimento, così come delineato anche nei documenti di

programmazione sanitaria 2026-2028, a cui si rimanda la lettura, e tenuto conto degli obiettivi di mandato assegnati dall'Assessorato Regionale alla Sanità.

L'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile ha rappresentato una evoluzione verso un approccio combinato, in cui tutti gli obiettivi tengono conto degli aspetti economici, sociali e ambientali e mirano a porre fine alla povertà, restituire la dignità alle persone e, nel contempo, a preservare la natura e l'ambiente.

Secondo questa nuova visione la salute deve essere considerata come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente, promuovendo l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersetoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti.

Sarà quindi indispensabile programmare, progettare e agire sempre più in modo integrato tra le diverse strutture presenti nel Territorio e negli Ospedali che, isolati, non possono rappresentare l'unica risposta ai bisogni di salute.

Di seguito si rappresentano gli obiettivi strategici e l'impatto sul valore pubblico generato.

**1) Promuovere interventi vaccinali nella popolazione generale e nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente**

La vaccinazione rimane uno degli interventi più efficaci e sicuri di sanità pubblica per la prevenzione delle malattie infettive, ed è strumento di promozione e conservazione della salute individuale e collettiva.

La promozione attiva e l'erogazione diretta delle vaccinazioni ai soggetti fragili ad aumentato rischio di contrarre malattie infettive e/o a sviluppare complicanze, potrà avvenire in maniera sempre più capillare anche presso i Centri specialistici territoriali e/o ospedalieri (prioritariamente i Centri diabetologici, cardiologici, onco-ematologici e nefrologici), previo coinvolgimento, sensibilizzazione e formazione degli specialisti clinici, al fine di valorizzare, tra l'altro, il ruolo fondamentale nel counselling specifico nelle condizioni diagnostico terapeutiche complesse.

L'attività vaccinale garantita in modo capillare sul territorio garantisce alla popolazione, indipendentemente dal luogo di residenza, dal reddito e dalle condizioni socio-economiche e culturali, l'equità nell'accesso al servizio e, quindi, i pieni benefici in termini di protezione individuale e di prevenzione collettiva.

Per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie si sta ottenendo una crescita della copertura vaccinale. Un incremento di adesione all'offerta vaccinale è stato riscontrato anche per la maggior parte delle vaccinazioni fortemente raccomandate. I risultati ottenuti per la copertura della vaccinazione anti-HPV, pur non raggiungendo il valore atteso del 75% mostrano un notevole incremento rispetto agli anni precedenti. Rimane sempre critico il valore delle vaccinazioni antinfluenzali nell'anziano per il quale si riscontra una bassa percentuale di soggetti vaccinati. Gli obiettivi per il triennio sono orientati a migliorare la copertura vaccinale nei diversi ambiti rispetto al dato storico.

**2) Realizzare interventi efficaci di prevenzione dei tumori offerti alla popolazione in grado di incidere sulle diseguaglianze di salute**

Gli interventi delineati da questa Azienda per tale ambito sono quelli ricompresi nel Piano oncologico nazionale 2023-2027, in cui si raccomanda di utilizzare un approccio globale e intersetoriale, con una maggiore integrazione tra prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico, compreso il miglioramento delle

ture e la prevenzione delle recidive. Grande attenzione è posta agli interventi per migliorare l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni diagnostico terapeutiche che devono avvenire in maniera puntuale, appropriata e trasparente, riducendo i tempi di attesa e, soprattutto, garantendo equità nell'accesso alle cure oncologiche a tutti i cittadini.

I programmi organizzati di Screening Oncologico offrono un percorso sanitario finalizzato all'individuazione precoce dei tumori, quando questi sono più facilmente curabili.

L'estensione agli screening per l'anno 2025 ha il seguente andamento:

Periodo	popolazione target	Inviti	% estensione (inviti sul target)
<b>Screening</b>			
Mammografico anno 2025	12.635	12.921	102,26%
Cervice Uterina anno 2025	13.361	13.437	100,58%
Colon Retto anno 2025	24.911	25.018	100,43%

*Fonte: Centro Screening Aziendale – Dati al mese di gennaio 2026*

Il Centro Screening nel triennio 2026-2027 ha quale obiettivo il miglioramento delle proprie performance in termini di adesioni agli inviti, sempre nel rispetto del target regionale ma avvicinandosi sempre più al target nazionale.

**3) Salvaguardare l'ambiente e sensibilizzare i concetti di sicurezza e qualità rivolti agli operatori economici della provincia, quale contributo per incentivare uno sviluppo sociale ed economico nel rispetto della sicurezza del prodotto, del processo di lavorazione e dei luoghi di lavoro.**

Nell'ambito del Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici, con D.L. n. 59/2021, convertito con modificazioni dalla L. n. 101/2021, è stato approvato il Piano Nazionale per gli investimenti Complementari (PNC), finalizzato ad integrare con risorse nazionali gli interventi del PNRR. In particolare, l'art. 1, c. 2, di tale D.L. riporta, tra gli investimenti finanziati con le risorse del PNC, gli investimenti "Salute, ambiente, biodiversità e clima" (art. 1, c. 2, lett. e) collegati all'azione di riforma oggetto della Missione 6– Salute del PNRR "Istituzione del Sistema nazionale salute, ambiente e clima". Fra i suddetti investimenti "Salute, ambiente, biodiversità e clima", come stabilito con Decreto del MEF del 15.07.2021, figurano l'investimento 1.1 finalizzato al rafforzamento infrastrutturale e delle risorse strumentali, e l'investimento 1.3 relativo al programma nazionale di formazione continua in salute-ambiente-clima rivolto al personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL.

Inoltre, al fine di consentire la reale e compiuta attuazione delle complesse funzioni che i Dipartimenti di Prevenzione devono svolgere nell'ambito del Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS) e del relativo Sistema regionale, associate a rischi ambientali e climatici, e delle zoonosi (SRPS), la Direzione Generale dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, ha richiesto ai Direttori delle Aziende Sanitarie Locali di garantire che la dotazione di personale già dedicato alle attività relative alla tematica salute e ambiente comprenda, tra le altre, le figure professionali idonee per l'espletamento di tali innovativi e complessi compiti.

Saranno garantiti i volumi richiesti dai Piani di risanamento delle malattie animali e le verifiche in regime di emergenza urgenza, nonché i controlli sugli alimenti, le acque destinate al consumo umano e i prodotti sanitari. La prevenzione e il controllo delle malattie animali trasmissibili, in particolare delle zoonosi (malattie trasmissibili tra gli animali e l'uomo) e la sicurezza alimentare costituiscono il terreno di incontro tra la sanità pubblica veterinaria, la medicina umana, l'ambiente e l'agricoltura.

Tutto ciò in sintonia con la strategia “One health” (una sola salute) che prevede un approccio integrato per la tutela della salute degli animali e degli esseri umani tenuto conto, oltretutto, del nesso tra ambiente e salute. La salute, l'ambiente e lo sviluppo sociale ed economico sono elementi fortemente correlati ed inscindibili. Infatti lo sviluppo di attività produttive di qualità e la valorizzazione delle tipicità del territorio costituiscono ricchezza ed opportunità per sviluppare l'economia delle imprese (agricole, alimentari, di servizi). La “Qualità” però non può prescindere dai fondamentali livelli di garanzia di sicurezza del prodotto, del processo di lavorazione e dei luoghi di lavoro: in tal senso la professionalità degli operatori del dipartimento di prevenzione della nostra Azienda può favorire e supportare questo miglioramento che si traduce infine in azioni specifiche a salvaguardia dell'ambiente e della salute del cittadino.

Pertanto l'azione del Dipartimento di Prevenzione e dei suoi operatori è orientata non solo all'esecuzione di attività ispettive e di controllo ma piuttosto allo sviluppo di percorsi di informazione, formazione, e sensibilizzazione ai concetti di sicurezza e qualità rivolti agli operatori economici del territorio.

#### **4) Ridurre le disuguaglianze di accesso alle prestazioni socio assistenziali attraverso lo sviluppo delle Reti Assistenziali di Prossimità**

La Riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, regolata dal decreto n. 77 del 23 maggio del 2022, definisce un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale che mira a una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze.

Il nuovo modello organizzativo si svilupperà in un'ottica di prossimità e di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche.

La cura del paziente, in particolare del paziente cronico, disabile e 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.

A tal proposito, per rendere più adeguati i servizi resi nel nuovo modello di sanità territoriale, per l'anno 2026 questa azienda intende implementare un modello di stratificazione della popolazione, con l'utilizzo dei diversi flussi informativi sanitari aziendali, per la definizione di gruppi di popolazione con specifiche necessità di cura e assistenza, per l'arruolamento mirato da parte dei nostri professionisti di quei pazienti che presentano patologie croniche semplici e dei pazienti con una cronicità complessa e avanzata.

Il modello di sanità territoriale delineato dal decreto 77/22 ridisegna funzioni e standard del Distretto potenziando e istituendo:

***Le Case della Comunità***

***Le Centrali Operative Territoriali - COT***

***L’Infermiere di Famiglia e Comunità***

***L’Assistenza domiciliare***

***L’Ospedale di comunità***

Nella Provincia di Oristano sono state attivate **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. È prevista inoltre una ulteriore COT nel comune di Ales (finanziamenti FESR).

**Le Case della Comunità** di *Santulussurgiu* e *Samugheo* saranno ubicate nelle sedi dei Poliambulatori e la Casa della Comunità di *Tramatza* sarà ubicata presso la scuola elementare del Comune. La Casa della Comunità di *Ghilarza* (HUB) sarà allocata al piano terra del P.O. Delogu. Per quanto riguarda Oristano, il piano di riorganizzazione consiste nella trasformazione del Poliambulatorio *di Oristano* in Casa della Comunità (HUB) e in Centrale Operativa Territoriale. I lavori e le operazioni dei singoli interventi si concluderanno con la piena funzionalità dei servizi nell'anno 2026 quando saranno fornite anche le attrezzature.

Per il territorio provinciale di Oristano è stata prevista l'attivazione di **due Ospedali di Comunità** uno a Bosa e uno a Ghilarza. L'ospedale di Comunità di Ghilarza è già attivo dal 18 febbraio 2023. Per l'Ospedale di Comunità di Bosa i lavori iniziati nel 2023 proseguono e l'ultimazione degli stessi e la consegna delle attrezzature avverrà per il mese di marzo 2026 con la conseguente piena funzionalità del servizio.

La presenza continuativa e proattiva nell'area di riferimento **dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità** garantisce una risposta capillare ed immediata ai bisogni sanitari di prossimità dei cittadini in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità. Nell'anno 2023 la figura dell'IFeC è stata attivata presso l'ambito di riferimento di Busachi e Laconi, nell'anno 2024 nel territorio di riferimento di Bosa, Villa Sant'Antonio e Oristano e nell'anno 2025 nell'ambito del territorio di Ghilarza, Terralba e Ales.

Nell'Alta Marmilla sarà attivata inoltre una convenzione con l'Unione dei Comuni che avvierà un apposito Progetto PNRR per l'implementazione della figura de quo. Lo sviluppo del progetto è stato condizionato dalla carenza di risorse infermieristiche che ha reso impossibile dedicare professionisti esclusivamente a tali attività. Nel piano del fabbisogno del personale è previsto il reclutamento di Infermieri, distribuito nel triennio 2026-2028 in considerazione della difficoltà a reperire tali profili, utile a rafforzare le attività dell'infermiere di comunità.

Il modello di medicina di prossimità proposto dalla riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, che consente a tutti i cittadini l'accesso alle prestazioni sanitarie in maniera diffusa e capillare, permette al contempo lo sviluppo di una medicina virtuosa capace di incrementare la sostenibilità del sistema con la sua azione di filtro sia nella cura delle patologie da primo approccio sia nella selezione degli esami strumentali di primo livello che nell'accesso allo specialista. Senza questo filtro il SSN non reggerebbe per la presenza di richieste spesso inappropriate. Questo ruolo di filtro è spesso assunto dal **medico di famiglia** che deve curare e soprattutto promuovere la salute nel territorio e che per la sua diffusione capillare gli consente di avere una conoscenza profonda del luogo di vita dei suoi pazienti, delle loro abitudini e degli stili vita.

Purtroppo il fenomeno del sempre crescente numero di sedi carenti di assistenza primaria a livello regionale e nazionale ha lasciato una parte della popolazione priva di medico di medicina generale e di pediatri di libera scelta.

Ad oggi risultano assegnate a Medici Titolari e Provvisori solo 52 sedi di MMG (sono 68 le sedi vacanti) e 9 sedi di PLS (4 sono le sedi vacanti).

Le maggiori criticità ovviamente sono rappresentate nei territori più periferici nel distretto di Ales Terralba e del distretto di Ghilarza Bosa, dove tra l'altro si riscontra il più alto indice di invecchiamento e spopolamento. Per affrontare tale criticità l'Azienda nel 2023 ha avviato la sperimentazione degli "Ambulatori straordinari di comunità territoriali" (Ascot), dedicati esclusivamente ai cittadini senza assistenza sanitaria di base, residenti nell'ambito territoriale di riferimento.

Nell'anno 2023 si contavano 25 ambulatori ASCoT a servizio di 16.715 cittadini. Oggi gli ambulatori ASCoT lavorano su 36 sedi distribuite per priorità negli ambiti territoriali maggiormente bisognosi, garantendo ad oltre 42.978 abitanti privi di medico di medicina generale di poter beneficiare dei livelli essenziali di assistenza.

Ambiti territoriali carenti di Assistenza primaria MMG annualità 2025 ASL n. 5 Oristano			
Distretto	Popolazione residente ambito > 0 aa (al 01.01.2025)	Popolazione priva di MMG (al 31.12.2025)	Ambulatori Ascot (al 31.12.2025)
Oristano	65.373	14.231	13
Ghilarza Bosa	34.711	15.052	13
Ales Terralba	37.046	13.695	10
<b>Totale</b>	<b>137.130</b>	<b>42.978</b>	<b>36</b>

Per garantire assistenza ai 3.126 bambini privi di pediatra di libera scelta l'azienda ha attivato procedure straordinarie tra le quali la disponibilità di un pediatra specialista ambulatoriale nel poliambulatorio di Oristano che garantisce l'accesso diretto ai bambini privi di pediatra. Nel Distretto di Ales Terralba è stato autorizzato un PLS ad accogliere bambini in altro ambulatorio di un altro ambito dello stesso distretto. E' inoltre in corso di attivazione un ambulatorio straordinario di pediatria con la collaborazione di medici in quiescenza.

Ambiti territoriali carenti di Assistenza primaria PLS annualità 2025 ASL n. 5 Oristano		
Distretto	Popolazione residente ambito > 0 aa (al 01.01.2025)	Popolazione priva di PLS (al 31.12.2025)
Oristano	6.105	1.463
Ghilarza Bosa	3.840	1.521
Ales Terralba	3.453	142
<b>Totale</b>	<b>13.398</b>	<b>3.126</b>

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, gestite e coordinate a livello aziendale dalla SSD ADI. Si erogano altresì le cure Palliative e le Cure Domiciliari Integrate di 3° livello in stretto collegamento e coordinamento con la SC Rete Locale di Cure Palliative.

Altrettanto importante e funzionale alla presa in carico del paziente saranno i progetti di implementazione o aggiornamento dei **Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (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.

A tal proposito, al fine di migliorare la presa in carico del paziente con scompenso cardiaco, questa Azienda, nel rispetto del PDTA redatto nel 2024, ha definito la **rete assistenziale per lo Scompenso** proponendo i seguenti obiettivi poi realizzati nel 2025:

- attivazione degli ambulatori territoriali dello scompenso in ogni Distretto Socio Sanitario con l'attivazione anche di un ambulatorio infermieristico in stretto raccordo con l'ambulatorio ospedaliero già attivo;
- coinvolgimento degli **Infermieri di comunità** con un ruolo proattivo (promozione stili di vita sani, controllo dell'aderenza alle terapie).

Altro ambito su cui si lavorerà nel 2026 è la presa in carico del **paziente diabetico**; questa Azienda intende riorganizzare le attività in questo senso mediante la costituzione di una Rete Aziendale, che lavorerà con un approccio integrato fin dalle fasi iniziali della presa in carico, e terrà conto di quanto dettato dai PDTA che l'Azienda ha redatto e che sono in fase di realizzazione. Considererà inoltre le attività avviate nel 2025 di attivazione del telemonitoraggio della glicemia per persone con diabete per le quali comunque è stata fatta una prima visita diabetologica in presenza. Sarà poi consolidato il progetto di presa in carico di quei pazienti con diabete che si trovano in particolari condizioni di fragilità.

Nei presidi ospedalieri la continuità assistenziale del paziente fragile è garantita dai Punti di Accesso unitario dei Servizi Sanitari (PASS) che, attivato su segnalazione delle Unità Operative ospedaliere dove il paziente è ricoverato, gestisce le "dimissioni difficili" o protette e coordina la transizione ospedale - territorio in collegamento con i servizi territoriali (PUA/UVT) per garantire risposte personalizzate e tempestive.

## **5) Riqualificare l'assistenza specialistica ambulatoriale e completare i progetti di digitalizzazione e trasparenza**

L'attività territoriale integrata prevede anche interventi di specialistica ambulatoriale per la gestione della cronicità e dell'acuzie a basso/medio carico, garantendo continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

Nella presa in carico del paziente non ci si dovrà più orientare come in passato alla prescrizione della singola prestazione ma piuttosto si dovrà offrire una risposta diversificata rispetto ai vari bisogni, anche mediante il ricorso ai piani assistenziali individuali (PAI) e ai piani diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA), con i quali si attua la presa in carico proattiva del paziente cronico, migliorando la qualità della vita e riducendo le ospedalizzazioni improprie.

Nella erogazione delle prestazioni ambulatoriali diventa fondamentale continuare il lavoro svolto sull'appropriatezza prescrittiva e sulla definizione della priorità clinica delle prestazioni per garantire l'equità di accesso e il perseguitamento della qualità e dell'efficacia clinica coerente con i bisogni del paziente.

Negli anni questa Azienda ha lavorato alla riqualificazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale mediante il presidio sui 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;
- completa digitalizzazione della prescrizione e pieno utilizzo della Cartella Clinica Ambulatoriale informatizzata a garanzia di una corretta alimentazione del fascicolo sanitario elettronico.

Anche per il prossimo triennio 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. Dovranno quindi essere implementati percorsi finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza clinica e prescrittiva e si dovrà lavorare sulla corretta applicazione dei PDTA e dei PAI superando la visione tradizionale della erogazione delle prestazioni ambulatoriali.

Per riportare i tempi di attesa all'interno dello standard regionale, sul fronte dell'offerta si dovrà inoltre investire sull'assunzione di nuovi specialisti per le discipline carenti.

## **6) Qualificare l'offerta ospedaliera favorendo il miglioramento degli standard quali-quantitativi delle prestazioni sanitarie ospedaliere**

Sul fronte dell'assistenza ospedaliera nell'ultimo triennio sono state poste le basi per lo sviluppo del modello organizzativo delineato nell'Atto Aziendale attualmente in vigore. Sono stati attivati nuovi servizi e strutture quali quelle di: Senologia, Week Surgery dei PPOO di Bosa e Ghilarza, Emodinamica, Neurologia, Riabilitazione day hospital e ambulatoriale specialistico, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Dermatologia, riapertura dell'OBI e sono stati attivati i Dipartimenti aziendali in via provvisoria. Funzionalmente all'apertura dei nuovi servizi si dovrà procedere al reclutamento di nuovo personale attraverso il Piano delle assunzioni allegato al presente documento, e porre in essere politiche volte a valorizzare le professionalità e il know how del personale già presente in Azienda.

Tra le attività messe in campo nell'anno 2025, sul fronte del miglioramento della qualità dei servizi offerti, occupano uno spazio sempre più rilevante:

- a) le segnalazioni e la gestione degli eventi avversi e dei near miss (inserite sulla piattaforma SIRMES - Sistema Informativo Regionale Monitoraggio Errori Sanità) e l'analisi di molti di questi mediante gli audit di rischio clinico (SEA);
- b) le iniziative di formazione dei team clinico-assistenziali, basate sulla simulazione avanzata, per diffondere una cultura e una capacità del lavoro in team e la leadership, anche al fine di aumentare la sicurezza delle cure.

Nell'anno 2025 sono stati monitorati alcuni PDTA aziendali adottati attraverso lo strumento e l'attività di audit and feedback (A&F) per diminuire il divario tra pratica assistenziale e linee guida e tendere a garantire un accesso e un'offerta assistenziale di qualità alla persona con un determinato problema di salute.

Nel triennio 2026-2028 si dovrà quindi affinare la metodica dell'audit and feedback (A&F), per migliorare i processi assistenziali, dovranno essere realizzati audit di rischio clinico (SEA) condotti interamente dai

facilitatori della rete aziendale, estendendo la simulazione come prassi congeniale per la formazione dei team assistenziali.

## **7) *Modernizzare i servizi e innalzare gli standard di qualità delle prestazioni offerte mediante lo sviluppo integrato dei determinanti del governo clinico***

Il miglioramento della qualità dei servizi erogati a cui questa Azienda ha deciso di tendere non può essere raggiunto concentrando gli sforzi in un'unica direzione o focalizzandosi su un unico aspetto. Essa richiede un approccio di sistema in un modello di sviluppo complessivo che comprende i pazienti, i professionisti e l'organizzazione presidiando e potenziando le attività riferite a diversi determinanti quali quelli del così detto "Governo Clinico": formazione continua, gestione del rischio clinico, medicina basata sull'evidenza, linee guida e percorsi assistenziali, ricerca e sviluppo, valutazione del personale, coinvolgimento dei pazienti, ecc. L'Azienda, grazie all'istituzione della SSD Risk Management, Qualità e Formazione Permanente, inserita nell'area di staff della direzione strategica, ha il compito di migliorare le azioni tese a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività sanitarie. La valutazione del rischio sanitario rappresenta una condizione indispensabile per migliorare i processi assistenziali.

Le Direzioni di Presidio proseguiranno inoltre nelle attività di prevenzione e sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), nella sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico e nel contrasto alle antibiotico-resistenze.

Strumenti importanti e funzionali alla presa in carico del paziente saranno i progetti di implementazione o aggiornamento dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). In tal senso, il PDTA deve essere inteso come la descrizione puntuale, spazio-temporale, del "viaggio" del paziente nell'ambito della struttura sanitaria. Il PDTA o PCA (Percorso Clinico-Assistenziale) va costruito con un lavoro meticoloso da parte di un gruppo interdisciplinare di professionisti, con l'apporto possibilmente anche del punto di vista dei pazienti, basato sulle migliori evidenze della letteratura scientifica internazionale (EBM o Medicina basata sulle prove di efficacia), finalizzate alla gestione programmata e appropriata di un problema di salute complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziate a seconda della gravità del singolo caso (assistenza per intensità di cure).

Al fine di sviluppare il primo ambito di intervento nel corso del 2024 sono stati completati i PDTA aziendali per la presa in carico della paziente affetta da tumore della mammella, quello per la presa in carico del paziente con tumore del colon e con tumore del retto e il PDTA per la presa in carico del paziente affetto da Scompenso Cardiaco. È stato inoltre definito il PDTA del paziente affetto da lesioni da Piede Diabetico e quello per la Transizione dei giovani diabetici verso l'età adulta. La scelta dei PDTA è stata fatta in linea con i bisogni di salute presenti nel nostro territorio.

Anche nel 2025 si è proseguito in tale direzione con la redazione di altri PDTA, soprattutto per la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche come il diabete, le malattie croniche renali e respiratorie, i cui lavori si completeranno nell'anno 2026.

Sempre nel 2026 si procederà con la revisione di tutti i PDTA presenti in azienda, per poter provvedere alla loro certificazione rilasciata da enti terzi, e alla formazione sulla metodica della loro redazione ai fini dell'ottenimento della certificazione.

I PDTA aziendali trovano applicazione quali strumenti da adottare per la presa in carico dei pazienti nel nuovo modello organizzativo territoriale. Altro strumento di valorizzazione dei modelli innovativi per le reti di cure coordinate è la telemedicina (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio ecc.) che permetterà lo sviluppo di servizi di assistenza sanitaria a distanza grazie all'uso di tecnologie ICT. Questi strumenti contribuiranno alla costruzione di ambienti di condivisione tra i diversi attori (ospedalieri e territoriali) mettendo in rete le proprie risorse professionali, ottimizzandone la disponibilità, al fine di garantire gli stessi livelli di assistenza a tutti i pazienti, anche a quelli più lontani dalle strutture ospedaliere maggiori, con lo scopo ultimo di migliorare la qualità delle cure. Nell'anno 2026 si porterà a regime l'uso degli strumenti della telemedicina. A questo proposito si rammenta il progetto della Piattaforma "Pohema", più avanti descritto, che permetterà il telemonitoraggio, il teleconsulto e, soprattutto, la tele-assistenza migliorando l'accesso ai servizi sanitari anche nelle aree periferiche e riducendo gli spostamenti dei pazienti, soprattutto anziani, malati cronici e persone fragili.

Altro importante versante su cui si opererà nel 2026 riguarda lo sviluppo delle attività per l'ottenimento dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie aziendali. A seguito di un puntuale aggiornamento dello stato dell'arte sarà definito un cronoprogramma per lo sviluppo degli interventi funzionali all'ottenimento dell'accreditamento per singola struttura.

## **8) Migliorare la qualità del dato e dei flussi informativi aziendali a sostegno del processo di digitalizzazione della sanità**

Tra i temi maggiormente trattati di recente in merito alla digitalizzazione in sanità si identificano quelli riferiti alla Cartella clinica elettronica, ai sistemi di diagnostica, al Fascicolo Sanitario Elettronico, alla telemedicina, alla interoperabilità e servizi al cittadino; la trattazione di questi temi sono influenzati anche dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dagli investimenti previsti in tale ambito.

La creazione di piattaforme in grado di condividere una quantità crescente di dati, interoperabili, può supportare il lavoro di team multidisciplinari, personalizzando sempre di più il trattamento dei pazienti, ma anche intervenendo nella stima del fabbisogno di cure della popolazione, migliorando l'accuratezza delle previsioni. Inoltre, alle applicazioni terapeutiche si assocerebbero quelle preventive: da una medicina reattiva, in cui il primo contatto con il paziente è nel momento in cui è malato, si dovrà passare ad un approccio proattivo, per fare in modo che i potenziali pazienti non si ammalino o non sperimentino un peggioramento della propria condizione clinica. I determinanti di salute sono infatti molteplici, e la raccolta dei dati socio – sanitari può anche in questo caso intervenire ad identificare le fasce di popolazione più fragile, sotto profili definiti, ed intervenire di conseguenza.

In particolar modo il dato sanitario rappresenta il vero patrimonio di una struttura sanitaria, che diventa utile per formulare diagnosi e stabilire e definire con maggior precisione percorsi terapeutici, fare analisi più dettagliate sull'appropriatezza organizzativa e clinica dell'assistenza sanitaria erogata, nonché di valutare meglio la complessità della casistica, effettuare analisi di risk adjustment per le valutazioni di efficacia e di esito, ecc.

I dati permettono quindi di migliorare sia l'organizzazione interna che l'offerta di servizi, a beneficio della comunità locale permettendo una programmazione sanitaria ottimale, che garantisca livelli prestazionali adeguati alle esigenze dell'utenza, in un quadro di sostenibilità economica.

In questo senso si pone il già citato progetto di implementazione di un modello di stratificazione della popolazione, con l'utilizzo dei diversi flussi informativi sanitari aziendali, per la definizione di gruppi di popolazione con specifiche necessità di cura e assistenza, che sarà avviato nel corso di quest'anno.

Ovviamente, in questo scenario non bisogna trascurare gli aspetti di cyber security, controllo dei processi e data protection.

Nell'anno 2025 il P.O. San Martino di Oristano ha positivamente conseguito il Livello 2 di maturità digitale (certificato rilasciato da HIMSS, che attesta l'incremento del livello EMRAM da 1 a 2) anche grazie al completamento degli interventi di digitalizzazione finanziati a valere sul PNRR – Missione 6, Componente 2, Sub-investimento 1.1.1.

#### **9) Promuovere la trasparenza, l'integrità e le strategie di contrasto alla corruzione**

Nell'ottica del "Governo Aperto" l'accesso a dati e informazioni detenute dalle pubbliche amministrazioni si configura come un servizio finalizzato a rendere conoscibili attività e processi decisionali, riducendo l'asimmetria informativa con i cittadini e più in generale i portatori di interesse. In assenza di questo principio da un lato la collettività non è in grado di monitorare l'operato di un decisore pubblico, la qualità di un'opera o l'efficacia di una politica, dall'altro l'amministrazione pubblica potrebbe non possedere tutte le informazioni utili a pianificare e attuare efficacemente le politiche pubbliche. La simmetria informativa resa possibile attraverso la messa a disposizione di dati e informazioni, pertanto, permette di promuovere più adeguate forme di partecipazione alle decisioni e più efficaci meccanismi di controllo sull'integrità dei processi decisionali, sulla qualità della spesa pubblica e sull'efficacia delle politiche pubbliche.

#### **10) Sviluppare modelli innovativi di organizzazione del lavoro da remoto**

Le strategie e gli obiettivi legati allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro da remoto della ASL di Oristano tengono conto della peculiarità di una Azienda Sanitaria, il cui scopo istituzionale è la tutela della salute collettiva e individuale, e l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. In ragione della particolarità delle attività svolte nelle aziende sanitarie, lo smart working potrà riguardare il personale del ruolo amministrativo, alcune qualifiche del ruolo tecnico o professionale, restando escluse le attività socio-assistenziali e di cura che richiedono un contatto diretto con i pazienti e l'utilizzo di strumentazione difficilmente gestibile da remoto, se non nelle forme peculiari della telemedicina.

Nel prossimo triennio ci si impegnerà sul fronte della formazione dei dirigenti e dei dipendenti e alla definizione di indicatori utili a misurare il potenziale contributo del lavoro agile nel raggiungimento degli obiettivi organizzativi e quindi sulla performance organizzativa.

#### **11) Sviluppare strumenti di governo e di controllo della spesa finalizzato ad un ottimale uso delle risorse limitate e scarse, condizione indispensabile per assicurare garanzia di equità ai cittadini nel fruire dei livelli essenziali di assistenza**

Coerentemente con le azioni rivolte agli sviluppi del nuovo sistema di funzioni e di responsabilità, nonché al nuovo sistema di misurazione della performance, si proseguirà con l'attività di sviluppo dei sistemi amministrativi per il governo e il controllo della spesa. Gli strumenti di contabilità generale e analitica

permetteranno il costante monitoraggio della spesa. Le Farmacie Territoriali e Ospedaliere inoltre monitorano la spesa sui farmaci. Sui beni patrimoniali si sta portando avanti un progetto di valorizzazione del patrimonio aziendale con diversi interventi e azioni di investimento e manutenzione ordinaria e straordinaria.

La dispersione di risorse pubbliche è spesso legata a comportamenti inappropriati per cui è diventato necessario orientare il nostro comportamento verso atteggiamenti virtuosi. E' quindi indispensabile provvedere all'eliminazione di consumi eccessivi inappropriati nei vari ambiti (ricoveri, abuso nell'utilizzo della diagnostica, consumo dei farmaci, ecc) perché l'inevitabile conseguenza, se ciò non dovesse avvenire, sarà la contrazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) attualmente garantiti dal SSN, in contrapposizione con un aumento irrimediabile della domanda sanitaria dovuta al progressivo invecchiamento della popolazione.

Ogni soggetto operante in sanità pertanto ha il compito di tagliare definitivamente gli sprechi rendendo più efficiente la spesa pubblica, in modo che sia salvaguardata la possibilità di erogare lo stesso livello di servizi e che non venga compromessa la salute dei cittadini.

## **12) Ridurre le barriere di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari per le persone vulnerabili dal punto di vista socio-economico**

Il PNES – Programma Nazionale Equità nella Salute, previsto nell'Accordo di Partenariato dell'Italia sulla Programmazione della politica di coesione 2021-2027, si pone l'obiettivo di rafforzare i servizi sanitari e renderne più equo l'accesso in sette Regioni: Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia. Il Programma individua quattro aree per le quali è più urgente intervenire ed è necessaria un'iniziativa nazionale a supporto dell'organizzazione regionale e locale dei servizi sanitari e sociosanitari:

- Prendersi cura della salute mentale;
- Maggiore copertura degli screening oncologici;
- Il genere al centro della cura;
- Contrastare la povertà sanitaria.

L'area di intervento "Contrastare la povertà sanitaria" ha l'obiettivo di ridurre le barriere di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari per le persone vulnerabili dal punto di vista socio-economico, mediante il paradigma della sanità pubblica di prossimità, dell'inclusione attiva, dell'integrazione sociosanitaria e di comunità.

La Asl 5 di Oristano, come previsto dal Piano di interventi aziendale e dalla Convenzione regolante i rapporti per la realizzazione degli interventi di competenza dell'Azienda Sanitaria Locale n. 5 di Oristano e l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà ( INMP) (deliberazione DG n.407 del 24/06/2024), attraverso un approccio di offerta attiva extra moenia prevede l'erogazione delle prestazioni sanitarie mediante personale sanitario e socio-sanitario dedicato da utilizzare in attività di outreach, che operi anche in ambulatori mobili, oltre che in spazi già esistenti, in collaborazione con tutte le articolazioni del territorio (a titolo esemplificativo e non esaustivo, Enti del Terzo settore, parrocchie e strutture dei servizi sociali dei Comuni). L'obiettivo è raggiungere le persone hard to reach e la popolazione invisibile ai servizi sanitari, per soddisfarne i bisogni di cura all'interno di percorsi clinico-assistenziali e attraverso, quando necessario, l'erogazione di medicinali e dispositivi i cui costi sono a carico del paziente e il referral verso le strutture della medicina territoriale o ospedaliere.

Funzionali a tale modalità operativa saranno gli accordi di co-progettazione con gli Enti del Terzo settore e il coinvolgimento, nel partenariato operativo, dei servizi sociali dei Comuni, per facilitare ingaggio e compliance delle persone in povertà sanitaria.

Gli Enti del Terzo settore forniranno supporto alle ASL nell'individuazione e nella qualificazione dei bisogni di salute e faciliteranno la presa in carico efficace dei destinatari delle azioni all'interno dei percorsi clinico assistenziali. Ancora, gli Enti del Terzo settore potranno supportare le ASL nell'ingaggio efficace dei destinatari collaborando con i servizi socio-assistenziali attivi sul territorio.

Si propone di realizzare 7 progetti:

1. Costituzione equipe multidisciplinare per attività clinica;
2. Dotazione di farmaci ed erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (FSE+);
3. Co-progettazione realizzata da ETS e ASL funzionale all'erogazione delle prestazioni;
4. Mediazione di sistema;
5. Investimento strutturale, tecnologico, strumentale e di risorse umane funzionale alla implementazione delle attività di outreach;
6. Acquisizione e dotazione di protesi odontoiatriche;
7. Produzione di materiale per attività di educazione sanitaria per la popolazione target.

Lo stato dei lavori, per ciascun progetto è il seguente.

**Progetto 1:**

il reclutamento del bisogno è stato estratto dai sistemi informatici di rilevazione delle esenzioni per reddito, dai sistemi informatici di assegnazione del medico di famiglia e dalle segnalazioni dei servizi di front-office aziendali; con delibera 174 del 01/10/2025 è stata indetta manifestazione di interesse per il reclutamento del personale da destinare alle attività cliniche e amministrative di 2 infermieri e 1 assistente amministrativo; sono stati reclutati 2 infermieri, 1 assistente amministrativo, 1 psicologo.

A partire dal mese di febbraio 2026 sarà operativo l'ambulatorio infermieristico di base presso la sede del poliambulatorio di Oristano, via Michele Pira 48, 2 piano.

D'accordo con la direzione di presidio per l'ospedale di Bosa sono in corso le procedure necessarie per l'apertura dell'ambulatorio infermieristico del distretto di Bosa;

Sono in corso le istruttorie per la riapertura dei termini delle manifestazioni di interesse per il reclutamento delle figure mancanti a completamento dell'equipe multidisciplinare.

Per poter garantire l'erogazione delle prestazioni e la prescrizione di farmaci, in deroga al reclutamento dell'equipe multidisciplinare, i MMG sono invitati a partecipare proattivamente al programma tramite la richiesta di prestazione/prescrizione farmaci su modulistica dedicata agli assisti in carico selezionati come indicato.

**Progetto 2:**

con delibera n. 233 del 25/11/2025 è stata indetta manifestazione di interesse rivolta alle farmacie della Asl di Oristano per la fornitura di farmaci alle persone in condizione di vulnerabilità economica. Le farmacie aderenti al programma sono 15 su 84; La convenzione stipulata tra fferferfarma Regione Sardegna, sezione di Oristano, e Asl di Oristano è alla firma.

**Progetto 3:**

con delibera n. 224 del 02/12/2025 è stata indetta manifestazione di interesse per la realizzazione della co-progettazione tramite la selezione di enti del terzo settore; alla manifestazione di interesse hanno aderito due associazioni di volontariato; la co-progettazione sarà avviata nel mese di febbraio 2026;

**Progetto 4:**

non ancora individuato il mediatore di sistema (co-progettazione non avviata);

**Progetto 5:**

con delibera n. 230 del 20/11/2025 si è proceduto ad aggiudicare un motorhome per le attività di outreach (consegna prevista gennaio 2027);

**Progetto 6:**

è in corso l'istruttoria per la nomina del referente per il progetto di acquisizione e dotazione di protesi odontoiatriche. L'ambulatorio odontoiatrico identificato è situato presso il poliambulatorio del distretto di Oristano;

**Progetto 7:**

il progetto prevede la divulgazione di materiale informativo/educativo alla popolazione e agli stakeholder coinvolti nei progetti 1-6. Parte del materiale già delineato è in fase di stampa tipografica;

**13) Migliorare l'efficacia degli strumenti di comunicazione e l'accessibilità fisica e digitale alle strutture anche con riferimento agli interventi del PNRR**

Con riferimento alle azioni dirette a realizzare la piena accessibilità fisica da parte dei cittadini, con particolare riguardo ai soggetti più fragili, e agli obiettivi di contenimento della spesa energetica, si riportano in sintesi gli interventi finalizzati all'abbattimento delle barriere architettoniche e gli interventi di efficientamento energetico che sono stati realizzati nel corso del 2025; sia quelli programmati e descritti nel PIAO 2025-2027 sia altri che si sono resi necessari in corso d'anno nelle strutture sanitarie territoriali.

Interventi di miglioramento dell'accessibilità fisica realizzati nel 2025

- 1) Presidio Territoriale di Cuglieri, adibito a sede di Guardia Medica e servizi veterinari: realizzazione di una rampa per l'accesso al porticato e una nuova pavimentazione in sovrapposizione all'esistente nel medesimo porticato;
- 2) Sede Legale ASL sede dei servizi del dipartimento di prevenzione e dei servizi amministrativi: realizzazione di una nuova rampa di accesso a norma DM 236/89;
- 3) Sede del Distretto socio sanitario di Oristano di Via Foscolo: realizzazione di un passaggio pedonale rialzato di collegamento tra i portici antistanti i rispettivi ingressi.

La realizzazione di queste nuove rampe di accesso nelle tre strutture territoriali individuate è stata determinante per garantire l'accessibilità alle persone con ridotta mobilità e/o in carrozzina a tutti i servizi offerti.

I suddetti interventi si inseriscono anche nel più ampio contesto di valorizzazione dell'assistenza territoriale che questa Azienda sanitaria porta avanti su più fronti, senza dimenticare i piccoli ambulatori ASCOT creati per dare, almeno in via temporanea, una prima soluzione alle note carenze della Medicina di Base.

## Nuovi Interventi di miglioramento dell'accessibilità fisica - Programmazione triennio 2026/2028

In continuità con gli obiettivi di miglioramento dell'accessibilità fisica degli edifici, anche per il prossimo triennio è prevista la realizzazione di alcuni interventi nelle strutture territoriali distrettuali:

- Abbattimento barriere architettoniche presso almeno n. 2 strutture territoriali;
- Poliambulatorio di Oristano: eliminazione dislivello che costituisce barriera architettonica di accesso ai servizi igienici dei piani primo, secondo e terzo mediante apposite rampe d'accesso.

## Miglioramento dell'accessibilità fisica alle strutture sanitarie nel contesto degli interventi edilizi PNRR

Si riportano di seguito gli adeguamenti previsti negli edifici interessati dalla pianificazione degli interventi edilizi del PNRR (n. 2 COT, n. 5 Case di Comunità e n. 2 Ospedali di Comunità), in corso di realizzazione nel territorio della ASL Oristano.

Per quanto riguarda la COT attivata presso il Poliambulatorio di Oristano è stata realizzata una rampa per l'accesso ai servizi igienici del piano rialzato. Anche nella COT realizzata presso il Presidio Ospedaliero di Ghilarza sono stati realizzati nuovi bagni a norma disabili per gli operatori, in funzione dell'abbattimento delle barriere architettoniche.

Per gli altri interventi edilizi PNRR (Case di Comunità e Ospedali di Comunità) per gli aspetti che interessano l'accessibilità fisica, si confermano i seguenti lavori per migliorare l'accessibilità agli edifici:

- 1) Ospedale di Ghilarza: adeguamento dei servizi igienici, ove necessario, nei piani interessati dagli interventi PNRR e precisamente il piano terra (Casa di Comunità) e il piano secondo (Ospedale di Comunità);
- 2) Ospedale di Bosa: adeguamento di alcuni servizi igienici per disabili nei due corpi interessati dall'intervento PNRR;
- 3) Poliambulatorio di Santu Lussurgiu - Casa di Comunità: realizzazione di un ascensore per facilitare l'accesso interno ai due piani dell'edificio;
- 4) Poliambulatorio di Samugheo – Casa di Comunità: adeguamento dei servizi igienici e rifacimento dei passaggi esterni (marciapiedi e sistemazione corrimano sulla rampa);
- 5) Poliambulatorio di Oristano - Casa della Comunità: nuovi servizi igienici per disabili.

Per quanto riguarda la struttura del Vecchio Ospedale San Martino, edificio in parte inagibile e che necessita di un importante intervento di manutenzione straordinaria finalizzato alla risoluzione di criticità strutturali, è imminente il trasferimento provvisorio dei servizi sanitari in altra struttura idonea acquisita in locazione in via provvisoria, situata nella Via Lazio ad Oristano.

Per quanto riguarda gli interventi sull'efficientamento energetico nell'anno 2025 sono stati realizzati i seguenti interventi per un valore di € 160.000,00 circa:

- Sostituzione di oltre trenta pompe di calore, dislocate tra le varie sedi della ASL n° 5, mediante nuove pompe di calore con tecnologia inverter ad elevate prestazioni;

- Sostituzione del sistema di produzione acqua calda sanitaria dell'Hospice di Oristano, precedentemente effettuato mediante caldaie a gas, con l'installazione di n° 3 nuovi generatori a pompa di calore ad elevata efficienza;
- Sostituzione dell'impianto di produzione acqua calda sanitaria del Poliambulatorio di Laconi effettuato con bollitore a resistenza elettrica mediante l'installazione di un nuovo scaldacqua a pompa di calore ad elevata efficienza;
- Sostituzione della pompa di calore a servizio della climatizzazione del Poliambulatorio di Laconi, ormai inefficiente, mediante una nuova pompa di calore ad elevata efficienza.

#### Nuovi Interventi di efficientamento energetico - Programmazione triennio 2026/2028

In merito agli interventi finalizzati all'efficientamento energetico, il Servizio Tecnico intende proseguire con la conversione dei sistemi di produzione acqua calda sanitaria mediante la sostituzione dei generatori alimentati a fonti convenzionali con sistemi a pompa di calore ad elevata efficienza alimentati ad energia elettrica. Si vuole, inoltre, procedere alla sostituzione di sistemi di riscaldamento tradizionali con caldaia a gasolio mediante l'implementazione di impianti di climatizzazione invernale/estiva con pompa di calore ad elevata efficienza. L'obiettivo dei suddetti interventi è quello di perseguire una graduale riduzione dei consumi energetici e promuovere la transizione dalle fonti fossili (principalmente gasolio) a sistemi maggiormente sostenibili.

In linea con quanto sopra anche per il prossimo triennio è prevista la sostituzione di un certo numero di impianti di riscaldamento a gasolio con la previsione per il 2026 della sostituzione di almeno n. 2 impianti di riscaldamento a gasolio con pompe di calore ad elevata efficienza energetica presso strutture territoriali, per garantire la climatizzazione estiva ed invernale e la produzione di acqua calda sanitaria.

Con riferimento **all'accessibilità digitale**, ovvero la capacità dei sistemi informatici di erogare servizi e fornire informazioni fruibili, senza discriminazioni, anche da parte di coloro che, a causa di disabilità, necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari, la ASL 5 di Oristano ha proceduto, con la supervisione e il supporto tecnico da parte della società SardegnalT, al completamento del nuovo sito internet aziendale “[www.asl5oristano.it](http://www.asl5oristano.it)”, nel rispetto dei criteri di accessibilità digitale, come previsto dalle linee guida Agid (Agenzia per l'Italia digitale).

Il nuovo sito contiene le informazioni relative alle diverse strutture (servizi ospedalieri, territoriali, dipartimentali e amministrativi), con attenzione all'aggiornamento dei riferimenti telefonici e e-mail e della modulistica.

Nelle relative sezioni del sito sono state pubblicate le Carte informative dei servizi, contenenti le informazioni essenziali sul servizio/reparto relative ad attività svolte, prestazioni erogate, modalità d'accesso, recapiti e staff; queste possono essere rese disponibili anche in versione stampabile per favorirne la diffusione e la lettura da parte di utenti anziani o che non hanno comunque dimestichezza con le tecnologie informatiche.

#### **Servizi sanitari on line**

Per ciò che riguarda la digitalizzazione delle procedure sanitarie, la ASL 5 di Oristano mette a disposizione dei propri utenti diversi strumenti destinati a favorire l'accessibilità on line ai servizi.

Tali strumenti sono raccolti nella sezione “Servizi digitali”, pubblicata nella home page del sito. Tali strumenti sono raccolti nella sezione “Servizi online” del sito [www.asl5oristano.it](http://www.asl5oristano.it), al seguente link:

<https://www.asl5oristano.it/servizi/servizi-digitali/>

Nella sezione sono presenti i link ai servizi:

- [Fascicolo Sanitario Elettronico e referti online](#): per la consultazione della documentazione prodotta dal sistema sanitario nazionale (referti, certificati, cartella clinica ospedaliera ecc).
- [Cup Web](#) : per prenotazione on line delle visite specialistiche (riservata ai cittadini maggiorenni assistiti dal Servizio Sanitario Regionale).
- [Scelta e revoca del medico web](#): per la consultazione dell'elenco dei medici di medicina generale e la scelta on line di quello di fiducia.
- [Notifica preliminare cantieri online](#): per trasmettere on line la notifica preliminare cantieri al Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro della Asl e alla Direzione Territoriale del Lavoro.
- [TS-CNS](#): per accedere a diversi servizi on line della Pubblica Amministrazione tramite Tessera Sanitaria-Carta Nazionale dei Servizi o Spid.
- [Monitor di Pronto Soccorso](#): per consultare in tempo reale l'affollamento, i tempi d'attesa e la dislocazione delle strutture di Pronto Soccorso della Sardegna.

A questi servizi, resi disponibili su tutto il territorio regionale, se ne aggiungono altri predisposti dalle strutture della Asl 5 di Oristano e finalizzati alla possibilità, da parte dell'utente, di prenotare/ricevere documentazione sanitaria on line.

Tra questi, si cita il servizio di *prenotazione on line degli esami di laboratorio*, che consente al cittadino di prenotare via e-mail (ad eccezione delle urgenze) l'esame nei Centri prelievo di Oristano ed accedere così su appuntamento. Tale sistema ha consentito di gestire più agevolmente ed ordinatamente i flussi di utenti.

Lo stesso Laboratorio Analisi consente di ricevere il proprio *referto on line*, tramite il Portale dei referti, a cui si accede con le credenziali consegnate all'utente durante il prelievo, evitando all'utente di dover tornare successivamente in ospedale per il ritiro.

E' inoltre possibile, per il cittadino, il pagamento delle prestazioni (es. di Pronto Soccorso) tramite il sistema *PagoPA*.

Attualmente sono in fase di riprogettazione e implementazione i servizi digitali tramite la misura del PNRR M1C1 1.4.3 Adozione pagoPA e app IO, dove si sta estendendo l'utilizzo di pagoPA a ulteriori dodici procedure (Accesso Atti, Tassa concorso, Copia cartella clinica, etc) e l'implementazione dell'app IO dove il cittadino potrà accedere alle informazioni sui seguenti quattro servizi pubblici, Archivio Sanitario, Bandi di concorso, Percorsi di diagnosi e cura e Prestazioni Sanitarie.

Altri sistemi digitalizzati riguardano:

- la segnalazione di reazioni ad eventi avversi ai farmaci, che avviene tramite il link:  
<https://servizionline.aifa.gov.it/schedasegnalazioni/#/ù>
- la vigilanza sui dispositivi medici, che avviene tramite il link:  
[https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiana&id=26&area=dispositivi-medici&menu=vigilanza](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiana&id=26&area=dispositivi-medici&menu=vigilanza)

Per rendere il servizio sempre più accessibile ogni anno, a cura dell'RTD, vengono definiti gli obiettivi di accessibilità e vengono effettuate le opportune verifiche per la stesura della dichiarazione di accessibilità per far sì che gli strumenti web messi a disposizione siano sempre più accessibili permettendo di accedere ai contenuti indipendentemente dalle disabilità psicofisiche, dalle dotazioni tecniche di cui dispone un utente e dal contesto in cui opera.

Di seguito si riportano gli obiettivi di accessibilità:

OBIETTIVI DI ACCESSIBILITÀ 2025		
OBIETTIVO	TEMATICA	INTERVENTO
Adeguare il Sito web e/o app mobili istituzionale agli standard di accessibilità	Siti web e/o app mobili	Correzione delle sezioni in cui si riscontrano errori e/o incongruenze e compilazione della dichiarazione di accessibilità
Migliorare l'organizzazione del lavoro mediante digitalizzazione della modulistica	Siti web	Rendere la modulistica e i formulari presenti sul sito adeguati rispetto agli standard europei
Migliorare l'organizzazione del lavoro mediante digitalizzazione della modulistica	Sito web	Incremento del numero di moduli e formulari presenti sul sito rispetto all'anno precedente (numero 3 nuovi moduli inseriti nel sito nell'anno 2026)

### **Responsabile transizione digitale**

Si fa presente che gli aspetti riguardanti l'accessibilità sono in capo al Responsabile Transizione Digitale (RTD) che nel rispetto delle linee guida emanate AgID (Direttiva UE 2016/2102, Decisione di esecuzione UE 2018/1523, Legge n. 4/2004) indirizzano la PA all'erogazione dei servizi sempre più accessibili.

### **Semplificazione e Digitalizzazione dei processi**

In ottemperanza alla strategia digitale nazionale, regionale e aziendale sono stati già realizzati i seguenti obiettivi di digitalizzazione:

- Digitalizzazione del processo deliberativo. Ciò determina la riduzione del consumo di carta e la possibilità di monitorare puntualmente il processo per ogni singolo provvedimento.
- Adozione del nuovo sistema di protocollo e diffusione del sistema di gestione documentale e fascicolazione digitale. Anch'esso ha determinato la riduzione del consumo di carta e la possibilità di monitorare puntualmente il processo per ogni singolo provvedimento.
- Adozione della firma digitale. La dematerializzazione ha permesso su vari procedimenti una semplificazione del processo di firma digitale.

Il quadro normativo sulla sanità digitale in Italia ha subito una profonda accelerazione tra il 2024 e l'inizio del 2026, spinto dai traguardi del PNRR e dalla necessità di integrare le tecnologie emergenti come anche l'Intelligenza Artificiale.

Nel Sistema Sanitario Regionale, questo percorso è guidato da ARES (Azienda Regionale della Salute) attraverso un piano strategico che mira a colmare il gap geografico dell'isola anche tramite la telemedicina.

A livello nazionale, la normativa si fonda su tre pilastri principali che definiscono come i dati sanitari vengono gestiti e come le cure vengono erogate a distanza.

1. Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.0): Il Decreto Ministeriale 7 settembre 2023 (e successive modifiche del 2025) stabilisce che entro il 31 marzo 2026 tutti i sistemi regionali devono essere pienamente interoperabili. La novità principale è il Profilo Sanitario Sintetico (Patient Summary), un documento digitale standardizzato che riassume la storia clinica del cittadino, accessibile in tutta l'UE.
2. DM 77/2022 e Riforma del Territorio: Questa norma ha introdotto le Case di Comunità e le COT (Centrali Operative Territoriali), che funzionano come "cervelli digitali" per il monitoraggio dei pazienti cronici.
3. Legge 132/2025 (AI e Dati Sanitari): Una normativa recente che disciplina l'uso dell'Intelligenza Artificiale in medicina, garantendo la cybersicurezza e stabilendo che l'Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) sia il regolatore centrale per i dati sanitari.

La Regione Sardegna ha recepito le direttive nazionali adattandole alle proprie peculiarità orografiche (bassa densità abitativa e zone interne isolate).

L'ARES Sardegna, prevede l'investimento di fondi PNRR e regionali per:

- Piattaforma "Pohema": l'ecosistema regionale di telemedicina. Permette il telemonitoraggio, il teleconsulto e, soprattutto, la tele-assistenza per i pazienti sardi, riducendo la necessità di spostamenti verso i grandi centri abitati.
- Case di comunità: apertura e digitalizzazione delle strutture in Sardegna.
- Cybersicurezza: adeguamento dei server gestiti da ARES al Polo Strategico Nazionale o a Gestori di Server Qualificati secondo quanto stabilito dagli standard di sicurezza ACN.

L'ARES Sardegna tiene conto dell'evoluzione del quadro normativo italiano sulla sanità digitale, concentrandosi in primis sui progetti di Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, Telemedicina, digitalizzazione e interoperabilità dei processi diagnostici, clinico-assistenziali, amministrativi e di governo, Cybersecurity, nonché sulle attività, affidate dalla Direzione Generale della Sanità, per il Change Management, la formazione specifica ed il miglioramento delle competenze digitali dei professionisti del Sistema Sanitario Regionale.

Finalizzata a valutarne l'adeguatezza alle linee di sviluppo strategico è stata fatta la mappatura di tutti i sistemi informativi attualmente utilizzati nelle Aziende Sanitarie attraverso una approfondita attività di rilevazione (assessment). L'analisi ha condotto al censimento di oltre 190 applicativi e ha determinato lo stato di maturità delle applicazioni regionali e dipartimentali che, complessivamente, contribuiscono alla gestione dei processi amministrativi e clinico-assistenziali della Sanità.

*Assessment del Sistema Informativo Sanitario Regionale attuale e architettura AS/S (letteralmente Come è)*  
 Il Sistema Informativo Sanitario della Regione Sardegna è costituito da un insieme di sistemi informativi integrati acquisiti dall'Amministrazione regionale a beneficio delle Aziende Sanitarie e dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale. Nello schema che segue si rappresentano gli applicativi a valenza aziendale e regionale della Regione Sardegna.

Architettura AS-IS		
Contesto aziendale AASSLL /AAOO	Contesto Regionale	ARES
Anagrafi (XMPI) CIS (solo AO) Lektra Galaxy MedImage Vepro (PACS) Altri dipartimentali	Medir FSE SardegnaIT SDI Flussi ANAGS-Zente (Anagrafe regionale) AVACS (Anagrafe vaccinale) Order Manager E-Prescription CUPWEB Consensi SpagoBI, Taled (Analytics DWH) Medicina legale Medicina dello sport Patient Portal Silus (Ritiro referto laboratorio) Mobile-App (Prenotazioni on-line)	Abaco (Analytics DWH) Recall the Woice (Gestione workflow servizi dip.) SARECM (E-Learning) G.U.R.U. (Valutazione performance) Concorsi e assunzioni Sillage (Document management)
<b>AAP</b> Cooperazione Applicativa (Medicina legale) RSA SPRESAL Protesica CSS (Cartella clinica socio sanitaria) PUA SISP Medicina dello sport ADI@Mob (ADI) Consulta (Consultorio) SIAN		
<b>SIO</b> PSWEB (Pronto soccorso) SOWEB (Sale operatorie) ADTWEB (ADT) SADT (CEDAP) ELIOT, EMONET (Trasfusionale) EMR (Cartelle Ambulatoriali) Area Gastro (Cartella Clinica Endoscopia digestiva) Prescrizione e somministrazione dei farmaci Gepodial (Cartella Clinica Dialisi) Smart Digital Clinic (Diabetologia)	<b>Amministrativo per aziende</b> <b>HR</b> <i>Gestione economica e giuridica</i> <i>Presenze e assenze</i> <b>PD-Protocollo</b> <i>Protocollo informatico</i> <i>Atti amministrativi</i> <i>Gestione documentale</i> <b>AMC</b> <i>Approvigionamenti</i> <i>Acquisti e contratti</i> <i>Contabilità analitica</i> <i>Controllo di gestione</i> <i>Logistica</i> <i>Gestione attrezzature e manutenzioni</i> <i>Contabilità generale</i>  <b>Prevenzione</b> Arianna Screening (Screening) PSM, mFp – Galileo (Salute mentale) RENCAM AAP-SISP (Servizio igiene sanità pubblica)	
<b>RIS</b> SuiteEstensa, Silvers RIS Sectra-MRW RIS11 Infinit (RIS)		
<b>Servizi trasversali:</b> Aruba (Firma digitale) SSO Picasso Locale (ESB)	<b>Veterinaria</b> Sisar VET (Anagrafe Zootecnica) Sisar VET-PSA (Anagrafe Piano peste suina)  <b>Servizi trasversali:</b> Aruba (Firma digitale) SSO Picasso Centralizzato (ESB)	

Le attività previste sono implementate attraverso diverse linee di finanziamento (PNRR Missioni 1-6, POR FESR 2021-2027 e fondi di bilancio).

Gli obiettivi primari previsti nel Piano per il triennio in considerazione sono:

- Favorire la digitalizzazione dei percorsi clinico-ambulatoriali:

- La creazione della piattaforma regionale ospedaliera con l'introduzione della CCE (Cartella Clinica Elettronica) ha portato al raggiungimento della certificazione HIMSS Livello 2 per la sicurezza e tracciabilità dei dati clinici.
- Adeguare i sistemi regionali sia in termini di diagnostica sia in termini di servizi tecnologici trasversali
- Integrazione e sviluppo dei sistemi verticali e specialistici (trasfusionale, blocco operatorio, diagnostica per immagini)
- Favorire la digitalizzazione dei percorsi assistenziali e l'integrazione ospedale-territorio:
  - la Piattaforma Regionale di Telemedicina (POHEMA), che ha visto la ASL di Oristano come centro pilota in Sardegna, implementa sistemi regionali di telemedicina dove il lancio operativo dei servizi di Televisita e Teleconsulto permettono ai medici (MMG, specialisti, medici Ascot) di interagire a distanza con i pazienti cronici e fragili, abbattendo le barriere geografiche del territorio oristanese.
  - Integrazione con l'assistenza territoriale offerta dai distretti
  - Integrazione con ADI e Hospice
  - Integrazione con la rete dei servizi territoriali forniti da MMG/PLS, farmacie, CDC, COT e ODC
- Favorire l'omogeneizzazione e la centralizzazione dei sistemi degli enti sanitari:
  - Favorire la manutenibilità dei sistemi
  - Permettere una più uniforme gestione dei processi clinico-assistenziali a livello regionale
  - Favorire la formazione del personale sanitario e amministrativo e la mobilità delle persone tra le strutture per una gestione più flessibile dei processi produttivi
- Favorire la diffusione della Data Strategy regionale in termini di interoperabilità piena:
  - Integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettrico 2.0
  - Integrazione con la Piattaforma Nazionale Dati
- Potenziamento della Cybersecurity (progetto già avviato, vedi delibera DELDG-333 del 29/12/2023)
- Empowerment del cittadino e patient journey:
  - Valorizzare il ruolo del cittadino nei percorsi e nella prevenzione
  - Garantire una migliore fruibilità digitale di tutti i servizi in ottica multicanale

Lo schema di tutti i sistemi che dovranno essere presenti all'interno dell'Architettura TO-BE (“Come dovrebbe essere”) è presente nell'allegato 2 della Delibera ARES n. 332 del 29.12.2023, a cui si rimanda per un maggior dettaglio. Il Sistema Informativo dovrà prevedere, in parte, l'implementazione di applicazioni e piattaforme centralizzate e omogeneizzate a livello regionale e, in parte, la loro migrazione verso l'infrastruttura tecnologica regionale.

Attualmente sono in atto di conclusione entro il 2026 tutte le attività riguardanti le seguenti misure del PNRR:

- Misura M1C1 1.1 - Infrastrutture digitali – “Migrazione al Polo Strategico Nazionale”, Misura M1C1 1.2 - ABILITAZIONE AL CLOUD:

Il progetto Multimisura 1.1 e 1.2 sono incentrati sull'infrastruttura digitale e l'abilitazione al cloud, rappresentano un passo fondamentale verso la digitalizzazione della PA. Queste misure mirano a modernizzare i servizi pubblici, ottimizzare i processi interni e migliorare l'interazione con cittadini e imprese. Alla data odierna, come da indicazione e supervisione della direzione Lavori di ARES, sono state effettuate sulla piattaforma PA Digitale 2026 tutte le attività amministrative necessarie al raggiungimento dell'asseverazione dei 24 servizi previsti dal progetto. Attualmente risulta l'avvenuta ASSEVERAZIONE del servizio RISCHIO CLINICO e la richiesta di asseverazione di tutti i restanti servizi coinvolti;

- Sub Misura 1.4.3: "Adozione piattaforma pagoPA" e "Adozione app IO". L'obiettivo con AppIO è migrare i servizi informativi e di notifica verso l'unica interfaccia mobile dello Stato. Per il cittadino di Oristano, questo significa ricevere direttamente sullo smartphone promemoria, notifiche e comunicazioni riguardante la propria situazione sanitaria. L'investimento PagoPA mira a integrare tutti gli incassi dell'ente nel sistema pagoPA. Questo permette di Pagare il ticket sanitario di 12 tipologie online in modo immediato e garantire una riconciliazione contabile automatica e trasparente per l'azienda sanitaria. Le attività sono in fase di chiusura entro il 2026 includendo l'integrazione tecnologica tra i propri gestionali e i gateway nazionali di PagoPA e IO.

Inoltre è stata delineata una strategia per il rafforzamento delle Competenze Digitali del personale del sistema SSR attraverso i seguenti progetti e piattaforme governative:

1. Il Progetto MEDS (Medicina Digitale Sardegna). Si tratta del principale intervento formativo volto a colmare il gap digitale. Prevede di consolidare la formazione dei professionisti della sanità sarda (medici, infermieri, personale amministrativo e tecnico) entro il 2026-2027. La formazione si articola in 4 aree chiave tra cui l'Identità Digitale, Interoperabilità, Dematerializzazione e Cybersecurity.
2. Il portale Syllabus.gov.it. Questa piattaforma nasce per rafforzare le competenze dei dipendenti pubblici, con un focus particolare sulla transizione digitale, ecologica, amministrativa e Etica e d'integrità. La piattaforma Syllabus offre percorsi formativi personalizzati. Non si tratta di una formazione "standard" per tutti, ma di un sistema che si adatta alle conoscenze di partenza dei discenti e cresce in base alle competenze raggiunte. I principali ambiti di formazione includono: Autovalutazione, Formazione personalizzata e Verifica con Certificazione.

Per ciò che concerne la **comunicazione istituzionale interna ed esterna**, la ASL 5 di Oristano ha accresciuto ulteriormente la propria capacità informativa, investendo in particolare sulla comunicazione "social", che si è arricchita di due nuovi canali (Facebook e LinkedIn), comunicazione che si è affiancata ai canali di comunicazione classici (comunicati stampa e sito istituzionale) ed ai social già operativi, presidiati e aggiornati in tempo reale dall'Ufficio stampa e comunicazione.

## **Sito internet**

Il sito internet istituzionale [www.asl5oristano.it](http://www.asl5oristano.it) è stato arricchito di nuovi contenuti, notizie e approfondimenti, così da permettere ai cittadini di reperire in maniera più semplice e intuitiva le informazioni relative ai servizi

sanitari ospedalieri e territoriali. Fruibile anche da smartphone, il sito è stato completamente rinnovato nei contenuti e nella grafica ed è stato progettato per favorire l'accessibilità e la facilità di navigazione da parte dei cittadini, in linea con le direttive Agid (Agenzia per l'Italia digitale). Tutte le informazioni vengono aggiornate in tempo reale dall'ufficio stampa, secondo le indicazioni ricevute dalle diverse Strutture.

## **Social media**

Oltre all'aggiornamento costante dei due servizi di messaggistica istantanea Telegram e WhatsApp e all'implementazione del canale YouTube con i videoservizi, nel corso del 2025 sono stati aperti due nuovi profili social: Facebook e LinkedIn.

La **pagina Facebook** "Asl Oristano", che attualmente conta circa 14.600 follower (seconda azienda sanitaria in Sardegna, dopo la Aou di Cagliari per numero di iscritti) ha permesso di ampliare notevolmente il pubblico potenziale a cui rivolgersi, veicolando informazioni di servizio (es. aggiornamento dei turni Ascot e servizio di continuità assistenziale in tempo reale), messaggi di prevenzione sanitaria (es. campagna vaccinale, promozione dell'adesione agli screening oncologici ecc), informazioni sulle attività aziendali (convegni, conferenze, nuove attività sanitarie), modalità di fruizione dei servizi, chiarimenti sulle fake news in materia sanitaria.

Lo stesso tipo di informazioni sono veicolate, in parallelo, sui canali Telegram e WhatsApp.

E' stato implementato il canale YouTube, in cui vengono pubblicati i videoservizi che presentano attività, iniziative ed eventi realizzati o patrocinati dalla ASL 5 di Oristano.

Un discorso a parte merita il **profilo LinkedIn Asl Oristano**, che è per lo più dedicato alla rete dei professionisti sanitari: qui non vengono replicati i contenuti degli altri social, ma vengono pubblicati esclusivamente quelli che hanno un interesse professionale (es. notizie relative ad apertura di bandi, ricerca di personale, ecc) al fine di raccogliere l'interesse di eventuali professionisti da arruolare.

## **Campagne informative**

Nel 2025 sono state coordinate dall'Ufficio stampa e comunicazione diverse campagne informative (screening oncologici, vaccinazione antinfluenzale, Pnes, numero unico 116117). La campagna più capillare ed articolata è stata quella relativa agli **screening oncologici**, condotta in collaborazione con il Centro Screening della Asl 5 di Oristano e finalizzata a favorire l'adesione dei cittadini che rientrano nelle fasce target agli esami di prevenzione oncologica. Sono state effettuate le riprese dei tre spot in altrettanti luoghi simbolo dei tre distretti di Oristano, Ales-Terralba e Ghilarza-Bosa, immagini poi diventate materia prima di uno **spot** trasmesso nelle più importanti reti televisive regionali, oltre che nei social e nei maxischermi della città. Sono state inoltre prodotte locandine, depliant e cartonati, diffusi in tutte le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali della Asl 5, nelle farmacie, negli ambulatori dei medici di base, ma anche in altri luoghi di incontro, come chiese e palestre. Infine banner sono stati pubblicati nei siti web di informazione regionali e territoriali.

## **Carta dei servizi 2025**

E' stata pubblicata la Carta dei Servizi della Asl 5 anno 2025, consultabile nella sezione Amministrazione Trasparente, al link:

<https://www.asl5oristano.it/amministrazione-trasparente/servizi-erogati/carta-dei-servizi-e-standard-di-qualita/>

Il documento, che contiene la mappatura dei servizi offerti dall'azienda sanitaria oristanese e gli impegni assunti verso gli utenti, è redatta in formato digitale, sia per favorirne l'immediata accessibilità agli utenti attraverso il proprio dispositivo fisso o mobile (pc, tablet o smartphone), sia per poter aggiornarne le informazioni in tempo reale, dai recapiti telefonici all'attivazione di nuovi servizi, grazie all'integrazione con il sito istituzionale, in quanto le sezioni che illustrano i servizi presenti rimandano direttamente alle pagine del sito istituzionale dedicate a quegli stessi servizi attraverso gli appositi link. Tale soluzione consente di evitare non solo una ridondanza ed una sovrapposizione delle informazioni, ma anche eventuali difformità nell'aggiornamento delle informazioni.

Per il 2026-2028, oltre all'attività ordinaria di informazione, comunicazione e aggiornamento dei canali istituzionali, si intende implementare gli strumenti di comunicazione e di accessibilità ai servizi attraverso le seguenti azioni:

- Apertura del **nuovo canale social X**, al fine di raggiungere una fetta di utenza non presente negli altri canali e di promuovere in maniera più completa, strutturata e organica, la comunicazione social dell'azienda sanitaria. A questo si affiancherà l'aggiornamento costante dei social già attivi (Facebook, YouTube, Telegram, Whatsapp, Linkedin), che saranno arricchiti di nuovi contenuti.
- Implementazione dell'adesione dei pazienti al sistema di valutazione dei servizi sanitari tramite **questionario QR Code** attraverso la creazione di un apposito spazio nella home page del sito istituzionale, dove i cittadini potranno collegarsi per esprimere il proprio livello di soddisfazione relativo a una prestazione sanitaria. Il sistema funziona tramite il rilascio di un QR code (codice a barre bidimensionale) e di un codice alfanumerico stampati nel verbale di dimissione rilasciato dal Pronto Soccorso, nella lettera di dimissione stampata al termine di un ricovero ospedaliero, nel referto della prestazione ambulatoriale. Inquadrando il QR code con il proprio smartphone o inserendo il codice alfanumerico nel sito [www.atssardegna.it](http://www.atssardegna.it) nella sezione "Valutazione gradimento del servizio", il paziente può esprimere il proprio gradimento su diverse aree assistenziali. Attualmente l'adesione dei cittadini al sistema di valutazione è limitata, mentre il feedback degli utenti è fondamentale nell'ottica del miglioramento dei servizi. Nel 2025 l'Ufficio stampa e comunicazione ha lanciato una campagna per informare gli utenti della possibilità di esprimere la propria valutazione sulle prestazioni ricevute tramite il sistema del QR code, ma si intende proseguire per favorire una maggiore partecipazione degli utenti al sistema di valutazione.
- **Aggiornamento della Carta dei Servizi**, con una revisione complessiva delle informazioni in essa contenute, al fine di poter fornire ai cittadini una panoramica completa e aggiornata sui servizi aziendali.
- **Aggiornamento della tabella "Numeri di telefono e mail"** pubblicata sul sito aziendale, nella sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione Organizzazione.

- Sul versante della comunicazione interna, al fine di favorire una più rapida e agile comunicazione interna, sarà completata la **Rubrica aziendale** contenente i nominativi, i numeri di telefono (estesi e brevi) e le e-mail di tutti i dipendenti.
- Realizzazione di **materiale di comunicazione e divulgazione per il PNES** (Programma nazionale equità nella salute): comunicati stampa, videoservizi, locandine, brochure, post social, diretti a un doppio pubblico: da un lato professionisti da arruolare, partner istituzionali, enti del terzo settore, dall'altro i destinatari del programma, ovvero persone in condizioni di estrema vulnerabilità dal punto di vista socio-economico.
- Realizzazione della **campagna per la vaccinazione antinfluenzale 2026-27** comunicati stampa, videoservizi, locandine, brochure, post social per favorire l'adesione dei cittadini, in particolare categorie anziane e fragili, alla vaccinazione antinfluenzale.

## OBIETTIVI STRATEGICI E VALORE PUBBLICO GENERATO - TRIENNIO 2026-2028

Dimensione del valore pubblico	Obiettivo Strategico	Indicatore	Fonte Informativa	Struttura coinvolta	Stakeholder (a chi è rivolto)	Baseline o Valore Storico 2025	target 2026	target 2027	target 2028
Miglioramento dello stato di salute della popolazione	Promuovere interventi vaccinali in maniera capillare nel territorio, nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente e promuovendo una equità di accesso del servizio alla popolazione	numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (tre dosi) per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib/numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita *100	Anagrafe Vaccinale Regionale	SC Igiene e Sanità Pubblica	Bambini età entro 24 mesi	95,45% anno 2025	>=95% di Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib	>=95% di Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib	>=95% di Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib
		numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)/numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita *100	Anagrafe Vaccinale Regionale	SC Igiene e Sanità Pubblica	Bambini età entro 24 mesi	95,30% anno 2025	>=95% di copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>=95% di copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>=95% di copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi morbillo, parotite, rosolia (MPR)
		numero di soggetti di età pari o superiore a 65 anni vaccinati per vaccinazione antinfluenzale/popolazione di ultrasessantacinquenni *100	Anagrafe Vaccinale Regionale	SC Igiene e Sanità Pubblica	Utenti >=65 anni	21,56% anno 2024	>=75% di copertura vaccinale nei soggetti >=65 anni per vaccinazione antinfluenzale	>=75% di copertura vaccinale nei soggetti >=65 anni per vaccinazione antinfluenzale	>=75% di copertura vaccinale nei soggetti >=65 anni per vaccinazione antinfluenzale
	Realizzare interventi efficaci di prevenzione dei tumori offerti alla popolazione in grado di incidere sulle diseguaglianze di salute	numero di soggetti di età pari ai 12 anni vaccinati (ciclo completo) contro l'HPV / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita *100	Anagrafe Vaccinale Regionale	SC Igiene e Sanità Pubblica	ragazzi >=12 anni	61% anno 2025	>=95% della coorte per la Copertura Vaccinale contro l'HPV	>=95% della coorte per la Copertura Vaccinale contro l'HPV	>=95% della coorte per la Copertura Vaccinale contro l'HPV
		(N. di persone che hanno aderito all'invito per il test di screening di primo livello, del programma organizzato per il tumore della <b>cervice eterinata</b> /popolazione bersaglio annua)*100	Centro Screening	SC Igiene e Sanità Pubblica	donne tra i 25 e i 64 anni	copertura anno 2025: 41,27% rispetto al target del 35%	tasso di adesione reale allo screening per la cervice eterinata uguale o maggiore alla copertura 2025 o quantomeno non inferiore al target regionale	tasso di adesione reale uguale al target nazionale	tasso di adesione reale uguale al target nazionale
		(N. di persone che hanno aderito all'invito in un programma organizzato, di screening di primo livello per tumore della <b>mammella</b> /popolazione bersaglio annua)*100	Centro Screening	SC Igiene e Sanità Pubblica	donne tra i 50 e i 69 anni	copertura anno 2025: 47,36% rispetto al target del 35%	tasso di adesione reale allo screening per il tumore della mammella uguale o maggiore alla copertura 2025 o quantomeno non inferiore al target regionale	tasso di adesione reale uguale al target nazionale	tasso di adesione reale uguale al target nazionale

Dimensione del valore pubblico	Obiettivo Strategico	Indicatore	Fonte Informativa	Struttura coinvolta	Stakeholder (a chi è rivolto)	Baseline o Valore Storico 2025	target 2026	target 2027	target 2028
		(N. di persone che hanno aderito all'invito per test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per il tumore del <b>colon retto</b> /popolazione bersaglio annua)*100	Centro Screening	SC Igiene e Sanità Pubblica	uomini e donne tra i 50 e i 69 anni	copertura anno 2025: 44,62% rispetto al target del 25%	tasso di adesione reale allo screening per il tumore del colon retto uguale o maggiore alla copertura 2025 o quantomeno non inferiore al target regionale	tasso di adesione reale uguale al target nazionale	tasso di adesione reale uguale al target nazionale
Contributo allo sviluppo sociale, ambientale ed economico	Salvaguardare l'ambiente e sensibilizzare i concetti di sicurezza e qualità rivolti agli operatori economici della provincia, quale contributo per incentivare uno sviluppo sociale ed economico nel rispetto della sicurezza del prodotto, del processo di lavorazione e dei luoghi di lavoro.	numero di controlli effettuati per l'attività di vigilanza e sicurezza nei luoghi di lavoro nel comparto edilizia, agricoltura e bonifica amianto / numero di controlli programmati *100	SPRESAL	UO del Dipartimento di Prevenzione	Attività Produttive/Cittadini	Al 31.12.2025: 1) Ispezioni in Aziende Edili 100% ; 2) Ispezioni cantieri Edili 100%; 3) Controlli Aziende Comparto Agricolo 100%	100% dei controlli effettuati rispetto ai Piani di prevenzione nei comparti edilizia e agricoltura e di bonifica amianto	100% dei controlli effettuati rispetto ai Piani di prevenzione nei comparti edilizia e agricoltura e di bonifica amianto	100% dei controlli effettuati rispetto ai Piani di prevenzione nei comparti edilizia e agricoltura e di bonifica amianto
		numero di controlli (ispezioni, audit, campionamenti) effettuati nei diversi settori (alimenti e nutrizione, sanità animale, allevamenti e produzione zootecniche, alimenti di origine animale) / numero di controlli (ispezioni, audit, campionamenti) programmati *100	Strutture del Dipartimento di Prevenzione	UO del Dipartimento di Prevenzione	Attività Produttive/Cittadini	100%	100% dei controlli effettuati rispetto ai programmi regionali	100% dei controlli effettuati rispetto ai programmi regionali	100% dei controlli effettuati rispetto ai programmi regionali
Contributo allo sviluppo sociale e al miglioramento dello stato di salute della popolazione	Ridurre le disuguaglianze di accesso alle prestazioni socio assistenziali attraverso lo sviluppo delle Reti Assistenziali di Prossimità	% di adempimenti di competenza adottati nei termini rispetto a quelli previsti nel cronoprogramma del PNRR per la realizzazione delle COT	Relazioni dei servizi coinvolti	SC Servizio Tecnico-Logistico e Patrimonio e Direzioni di Distretto	Utenti	avviata attività nelle sedi programmate Oristano e Ghilarza	attività a regime delle COT e monitoraggio delle attività svolte	monitoraggio delle attività svolte	monitoraggio delle attività svolte
		% di adempimenti di competenza adottati nei termini rispetto a quelli previsti nel cronoprogramma del PNRR per la realizzazione delle Case di Comunità	Relazioni dei servizi coinvolti	SC Servizio Tecnico-Logistico e Patrimonio e Direzioni di Distretto	Utenti	cronoprogramma delle attività rispettato per l'anno 2025	rispetto del cronoprogramma PNRR per l'annualità 2026 finalizzato all'operatività delle Case di Comunità e avvio a regime dal mese di aprile	attività a regime delle Case di Comunità monitoraggio delle attività svolte	monitoraggio delle attività svolte

Dimensione del valore pubblico	Obiettivo Strategico	Indicatore	Fonte Informativa	Struttura coinvolta	Stakeholder (a chi è rivolto)	Baseline o Valore Storico 2025	target 2026	target 2027	target 2028
		% di adempimenti di competenza adottati nei termini rispetto a quelli previsti nel cronoprogramma del PNRR per la realizzazione e lo sviluppo degli Ospedali di Comunità	Relazioni dei servizi coinvolti	SC Servizio Tecnico-Logistico e Patrimonio e Direzioni di Distretto	Utenti	cronoprogramma delle attività rispettato per l'anno 2025	rispetto del cronoprogramma PNRR per l'annualità 2026 finalizzato all'operatività degli Ospedali di Comunità e attività a regime nel secondo semestre dell'Ospedale di Comunità di Bosa	attività a regime dell'Ospedale di Comunità di Bosa e monitoraggio delle attività dell'Ospedale di Comunità di Ghilarza	attività a regime dell'Ospedale di Comunità di Bosa e monitoraggio delle attività dell'Ospedale di Comunità di Ghilarza
		numero di ambiti territoriali in cui avviare le attività dell'infermiere di Comunità	Relazione del Servizio Professioni Sanitarie	Sc Servizio delle Professioni Sanitarie	Utenti	Presente attività nei seguenti Comuni: Busachi, Laconi, Oristano, Bosa, Villa Sant'Antonio. Avviata nel 2025 attività anche nei comuni di Ales, Terralba e Ghilarza	avvio delle attività in ulteriori 3 ambiti territoriali	completamento della copertura degli ambiti territoriali	sviluppo delle attività in capo agli infermieri di comunità
		numero di assistiti in ADI con età superiore ai 65 anni rispetto alla popolazione appartenente alla fascia di età di riferimento*100	FLUSSO FLS 21 Q. H e SISaR ADI	Sc Servizio delle Professioni Sanitarie e SSD ADI	utenti ultrasessanta cinquenni	11,89% dato provvisorio anno 2025	mantenimento valore 2025 o quantomeno rispetto del target 10% di assistiti entro giugno. Target PNRR	Aumento del numero di assistiti o quantomeno mantenimento target 2026	Aumento del numero di assistiti o quantomeno mantenimento target 2026
		data entro la quale rendere operativo un modello di stratificazione della popolazione, con l'utilizzo di diversi flussi informativi sanitari, per la definizione di gruppi di popolazione con specifiche necessità di cura e assistenza, funzionale all'avvio di programmi di medicina di iniziativa nel nuovo modello organizzativo di assistenza territoriale	Direzione Sanitaria/Direttore del Dipartimento dei Servizi Territoriali/Progettazione e Controllo	Direzione Sanitaria/Direttore del Dipartimento dei Servizi Territoriali/Progettazione e Controllo	Utenti	entro il mese di settembre	utilizzo a regime del modello	utilizzo a regime del modello	

Dimensione del valore pubblico	Obiettivo Strategico	Indicatore	Fonte Informativa	Struttura coinvolta	Stakeholder (a chi è rivolto)	Baseline o Valore Storico 2025	target 2026	target 2027	target 2028
		% di pazienti reclutati e presi in carico rispetto alla popolazione individuata mediante la stratificazione della popolazione per specifici bisogni di salute, con l'intervento dei professionisti delle Case della Comunità per una presa in carico mirata della popolazione con patologie croniche e dei pazienti in carico nei PDTA	Direttore del Dipartimento dei Servizi Territoriali e SPS	Direttore del Dipartimento dei Servizi Territoriali e SPS	Utenti		avvio in forma sperimentale con il reclutamento del 10% del campione individuato con patologie croniche semplici e del 10% del campione individuato con patologie croniche complesse e avanzate	reclutamento del 80% del campione individuato con patologie croniche semplici e del 60% del campione individuato con patologie croniche complesse e avanzate	reclutamento del 100% del campione individuato con patologie croniche semplici e del 100% del campione individuato con patologie croniche complesse e avanzate
		data entro la quale avviare l'attività di Telemedicina per lo sviluppo dei servizi di assistenza sanitaria a distanza grazie all'uso di tecnologie ICT	Direttore dei Servizi Territoriali e Direzioni di Presidio	tutte le strutture sanitarie aziendali	Utenti		avvio nel secondo semestre 2026	attività a regime nei servizi territoriali e ospedalieri	attività a regime nei servizi territoriali e ospedalieri
Miglioramento dello stato di salute della popolazione	Qualificare l'offerta ospedaliera favorendo il miglioramento degli standard quali-quantitativi delle prestazioni sanitarie ospedaliere	(N. di dimissioni di degenza diurna con DRG medici con finalità diagnostica / totale delle dimissioni di degenza diurna) *100	file A	Reparti di degenza area medica	Utenti	1,3% 1° semestre 2025	% di dimissioni di degenza diurna con DRG medici con finalità diagnostica non superiore al target aziendale del 23%	% di dimissioni di degenza diurna con DRG medici con finalità diagnostica non superiore al target aziendale del 23%	% di dimissioni di degenza diurna con DRG medici con finalità diagnostica non superiore al target aziendale del 23%
		(N. dimissioni dei ricoveri ordinari medici brevi (0-2 gg) / totale dei RO medici)*100	file A	Reparti di degenza	Utenti	16,4% 1° semestre 2025	non superamento della media nazionale del 8,77%	non superamento della media nazionale del 8,77%	non superamento della media nazionale del 8,77%
		(ricoveri ordinari a rischio di inappropriatezza/ricoveri ordinari non a rischio di inappropriatezza)*	file A	Reparti di degenza	Utenti	0,09 1° semestre 2025	tasso di ricovero non superiore al target aziendale 0,29	tasso di ricovero non superiore al target aziendale 0,29	tasso di ricovero non superiore al target aziendale 0,29
		% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 gg	file A	SC Chirurgia	Utenti	85,58% al mese di ottobre 2025	% percentuale migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore all'80%	% percentuale migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore all'80%	% percentuale migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore all'80%

Dimensione del valore pubblico	Obiettivo Strategico	Indicatore	Fonte Informativa	Struttura coinvolta	Stakeholder (a chi è rivolto)	Baseline o Valore Storico 2025	target 2026	target 2027	target 2028
		% interventi per frattura di femore in pazienti di età superiore ai 65 anni con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <48h /n. interventi per frattura del femore	file A	SC Ortopedia, SC anestesia e Rianimazione, SC Pronto Soccorso	Utenti	47,19% al mese di ottobre 2025	% migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore al 60%	% migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore al 60%	% migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non inferiore al 60%
		Numero parti cesarei primari/numero parti con nessuna pregresso cesareo*100	file A	SC Ginecologia e Ostetricia	Utenti	19% al mese di ottobre 2025	% migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non superiore al 17%	% migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non superiore al 15%	% migliorativa rispetto all'anno precedente o comunque non superiore al 15%
Contributo allo sviluppo sociale ed economico	Migliorare gli strumenti di comunicazione e di accessibilità ai servizi	numero di interventi realizzati per garantire la migliore accessibilità fisica agli edifici che ospitano servizi sanitari	Ufficio Tecnico	Ufficio Tecnico	Utenti	realizzate 3 rampe di accesso a tre strutture sanitarie e 2 interventi per l'accesso ai servizi igienici per i disabili	predisposizione di un cronoprogramma degli interventi da realizzare e realizzazione interventi previsti per l'annualità 2026	realizzazione interventi previsti per l'annualità 2027	realizzazione interventi previsti per l'annualità 2028
		presidi ospedalieri per i quali riorganizzare i percorsi per l'accesso del paziente alle strutture ambulatoriali e riorganizzare i percorsi interni	Direzione dei Presidi	Ufficio Tecnico, Direzione dei Presidi, SC Risk Management, Qualità	utenti		PO San Martino	PO Delogu e PO Mastino	
		attività eseguite per garantire la migliore accessibilità alle informazioni sui servizi erogati dall'azienda con un aggiornamento del sito aziendale	Ufficio Stampa	tutte le strutture aziendali e Ufficio Stampa	Utenti	nel 2025 si è provveduto al continuo aggiornamento del contenuti del sito	aggiornamento continuo del sito	aggiornamento continuo del sito	aggiornamento continuo del sito
		interventi realizzati per una maggiore diffusione delle informazioni sanitarie	Ufficio Stampa	tutte le strutture aziendali e Ufficio Stampa	Utenti	aggiornamento continuo dei canali social e della Carta dei Servizi Aziendali apertura due ulteriori canali social Facebook e LinkedIn	aggiornamento continuo dei canali social attivi e apertura del nuovo canale social X e aggiornamento della Carta dei Servizi Aziendali	aggiornamento continuo dei canali social e della Carta dei Servizi Aziendali	aggiornamento continuo dei canali social e della Carta dei Servizi Aziendali

Dimensione del valore pubblico	Obiettivo Strategico	Indicatore	Fonte Informativa	Struttura coinvolta	Stakeholder (a chi è rivolto)	Baseline o Valore Storico 2025	target 2026	target 2027	target 2028
		numero di procedure standardizzate e modulistica digitalizzata nei diversi servizi aziendali rivolte sia agli utenti esterni che interni	Referente URP	tutte le strutture aziendali e Referente URP	Utenti	sono state standardizzate e pubblicate nel sito 5 modulistiche	standardizzazione e pubblicazione nel sito 5 modulistiche	standardizzazione e pubblicazione nel sito 5 modulistiche	standardizzazione e pubblicazione nel sito 5 modulistiche
Contributo allo sviluppo economico	Sviluppare strumenti di governo e di controllo della spesa finalizzato ad un ottimale uso delle risorse limitate e scarse, condizione indispensabile per assicurare garanzia di equità ai cittadini nel fruire dei livelli essenziali di assistenza	numero di rendiconti presentati annualmente con la ricognizione dei residui dei progetti finanziati vincolati	SC Bilancio	SC Bilancio e Strutture referenti dei progetti	SC Bilancio e Strutture referenti dei progetti/Cittadini utenti	rendicontazione aggiornata al mese di dicembre 2025	a regime aggiornamento semestrale dei rendiconti	aggiornamento semestrale dei rendiconti	aggiornamento semestrale dei rendiconti
		Valore di scrittura di PN con dettaglio della chiave contabile completo nella prima nota (PN)/Valore totale di scrittura di PN	SC Programmazione e Controllo	SC Programmazione e Controllo e Gestori delle Risorse	SC Programmazione e Controllo e Strutture referenti dei progetti /Cittadini utenti	97,58%	>= 97%	>= 97%	>= 97%
		Numero medio di giorni di per la liquidazione e i pagamenti per il rispetto dei tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	AMC	Strutture deputate alla liquidazione e ai pagamenti delle fatture	Fornitori	media I semestre 2025: 27 gg per le liquidazioni, 5 gg per la registrazione fatture e 7 gg pagamenti	30gg per le liquidazioni e 30gg per la registrazione fatture e i pagamenti	30gg per le liquidazioni e 30gg per la registrazione fatture e i pagamenti	30gg per le liquidazioni e 30gg per la registrazione fatture e i pagamenti
Contributo al benessere ambientale	Coniugare una maggiore efficienza energetica con l'obiettivo di contribuire alla sostenibilità ambientale	numero interventi per la di efficientamento energetico nelle strutture aziendali	Servizio Tecnico	Servizio Tecnico Servizi Sanitari Territoriali	Utenti	sostituiti 2 sistemi di produzione di acqua calda sanitaria con sistemi a pompa di calore ad alta efficienza e sostituzione di oltre 30 pompe di calore con tecnologia inverter	predisposizione di un cronoprogramma degli interventi da realizzare e realizzazione interventi previsti per l'annualità 2026	realizzazione interventi previsti per l'annualità 2027	realizzazione interventi previsti per l'annualità 2028
Contributo allo sviluppo sociale e al miglioramento dello stato di salute della	Ridurre le barriere di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari per le persone vulnerabili dal punto di vista socio-economico	numero totale di persone vulnerabili dal punto di vista socio economico partecipanti al programma "Equità nella Salute" per l'area "Contrastare la povertà sanitaria"	Direzione Socio Sanitaria	Direttore Socio Sanitario	utenti vulnerabili dal punto di vista sociale ed economico	0	293	439	numero in incremento

Dimensione del valore pubblico	Obiettivo Strategico	Indicatore	Fonte Informativa	Struttura coinvolta	Stakeholder (a chi è rivolto)	Baseline o Valore Storico 2025	target 2026	target 2027	target 2028
popolazione		numero totale di persone vulnerabili dal punto di vista socio economico cittadini di paesi terzi partecipanti al programma "Equità nella Salute" per l'area "Contrastare la povertà sanitaria"				0	117	175	numero in incremento
Contributo per la promozione della trasparenza, l'integrità e le strategie di prevenzione e contrasto alla corruzione	Potenziare le attività di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza	numero di relazioni da presentare da parte dei direttori delle articolazioni organizzative dell'Azienda sulla corretta attuazione delle misure di prevenzione attinenti i processi da loro gestiti e sul controllo dell'efficacia delle misure di contenimento del rischio degli eventi corruttivi	Direttori/Responsabili di tutte le strutture	RPCT e servizi	Servizi/Utenti	relazione semestrale e annuale inviata nei termini da parte di tutte le strutture aziendali	Trasmissione relazione monitoraggio semestrale entro il 30 giugno e il 30 novembre al RPCT	Trasmissione relazione monitoraggio semestrale entro il 30 giugno e il 30 novembre al RPCT	Trasmissione relazione monitoraggio semestrale entro il 30 giugno e il 30 novembre al RPCT
		numero di pubblicazioni nel sito della Trasparenza / numero di pubblicazioni indicate nel PIAO a garanzia del rispetto dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale	Tutte le strutture	RPCT-referenti servizi	Utenti esterni-Associazioni ed utenti interni	La sezione è stata costantemente implementata durante tutto il 2025. Si è provveduto ad adeguare le voci delle sottosezioni, compatibilmente all'architettura del sito disposta dal gestore SardegnaIT. Il controllo è stato eseguito dal RPCT e dall'OIV	aggiornamento continuo della sezione "Amministrazione Trasparente"	aggiornamento continuo della sezione "Amministrazione Trasparente"	aggiornamento continuo della sezione "Amministrazione Trasparente"
		azioni da attuare per l'aggiornamento costante dei registri digitalizzati degli accessi documentali, civici e civici generalizzati che riportano le diverse tipologie di istanze presentate	Tutte le strutture	Rpct-referente informatico – referente AA.GG.	Utenti esterni ed interni	Pubblicazione trimestrale registri distinti per singole strutture e pubblicazione semestrale di tutte le richieste di accesso agli atti in ordine cronologico. Aggiornamento continuo	Aggiornamento continuo dei registri	Aggiornamento continuo dei registri	Aggiornamento continuo dei registri

Dimensione del valore pubblico	Obiettivo Strategico	Indicatore	Fonte Informativa	Struttura coinvolta	Stakeholder (a chi è rivolto)	Baseline o Valore Storico 2025	target 2026	target 2027	target 2028
		<p>data entro la quale redigere e pubblicare la sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO alla luce delle nuove normative d'adozione del PIAO 2026-2028</p>	delibera di adozione del PIAO	Gruppo di lavoro per la redazione del PIAO	Utenti esterni- Associazioni ed utenti interni		Approvazione formale del PIAO entro il mese di gennaio		
		<p>data entro la quale dare comunicazione formale e tempestiva alle strutture aziendali, degli eventi formativi a disposizione dei dipendenti sui corsi- laboratori programmati residenziale- blended- videoconferenza- webinar, relativi ai temi di: etica, trasparenza e integrità; prevenzione della corruzione: novità normative, misure di prevenzione e metodologie di analisi</p>	RPCT – Servizio Formazione	RPCT – Servizio Formazione	Tutto il personale		entro il mese di aprile	entro il mese di marzo	entro il mese di febbraio
		<p>% di personale per il quale è stato assolto l'obbligo formativo sulla prevenzione corruzione ed in materia di trasparenza anche tramite la piattaforma "Syllabus" messo a disposizione delle P.A.</p>	Direttori di Struttura	Tutto il personale	Tutto il personale	Il personale ha partecipato alla formazione tramite la piattaforma Syllabus. Inoltre, i dipendenti hanno potuto partecipare in webinar a eventi formativi tramite, Forum Integrità in Sanità, Isweb e DPO Aziendale. La percentuale di partecipazione è in fase di determinazione	obblighi formativi assolti per la totalità del personale	obblighi formativi assolti per la totalità del personale	obblighi formativi assolti per la totalità del personale

## 2. Performance

Il Ciclo della Performance aziendale, nel rispetto di quanto contenuto dal D.lgs. n.150 del 2009, 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, e prosegue individuando gli obiettivi strategici aziendali anche tenendo conto degli impatti sul valore pubblico che ne deriveranno. Delineate le direttive strategiche e le esigenze specifiche da soddisfare, vengono declinati gli obiettivi da assegnare 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.

Gli obiettivi sono declinati nel rispetto del 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, favorendo la cultura della performance e della valutazione e accrescendo il senso di responsabilità e di appartenenza degli operatori dell'Azienda.

Coerentemente con quanto contenuto nei documenti di pianificazione nazionale e regionale, l'azienda predisponde i suoi atti di programmazione avviando il proprio ciclo della performance. Sono quindi definiti gli obiettivi organizzativi e individuali per i quali periodicamente saranno monitorati i risultati (monitoraggi intermedi e finale) e da cui discenderà la valutazione della performance secondo il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance vigente in azienda. Nell'anno successivo sono avviate le attività di rendicontazione.



Gli obiettivi, di seguito illustrati, sono stati individuati avendo come riferimento le seguenti direttive 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 la 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 e promozione 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.

Nell'allegato 1 si elencano gli obiettivi che questa Direzione intende perseguire nel triennio 2026-2028 tenendo conto dell'impatto che questi determineranno sulle dimensioni della semplificazione, digitalizzazione, accessibilità e pari opportunità.

### 3. Rischi corruttivi e trasparenza

La sottosezione “*Rischi corruttivi e trasparenza*” è finalizzata a fornire uno strumento sintetico e utile per tutti i soggetti coinvolti nell'attuazione del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza aziendale, sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti dall'organo di indirizzo, formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di Valore Pubblico (VP).

Il Piano di Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza della ASL di Oristano si prefigge di pianificare gli obiettivi di prevenzione di corruzione e trasparenza declinandoli in misure concrete, volte a proteggere non solo la legalità dell'azione, ma anche gli specifici obiettivi di performance e, attraverso questi, i target di VP prefissati per il triennio 2026-2028.

La presente sottosezione, parte integrante del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, è un documento di natura programmatica e redatto in aggiornamento, conformemente alle disposizioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), con le sue misure, relative ai processi di prevenzione della corruzione, alla trasparenza e all'accesso da parte dei cittadini alla vita dell'amministrazione. Esso contribuisce a creare VP attraverso la prevenzione e la riduzione del rischio dei fenomeni corruttivi.

Le misure di prevenzione e di trasparenza sono a protezione del Valore Pubblico, ma esse stesse sono produttive di VP e sono strumentali a generare risultati sul piano economico e su quello dei servizi, con importanti ricadute sull'organizzazione sociale ed economica dell'Azienda.

Con il termine “corruzione” si definiscono tutti quei comportamenti soggettivi impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse proprio o un interesse particolare di terzi, assuma o concorra

all'adozione di una decisione pubblica, deviando, in cambio di un vantaggio (economico o meno), dai propri doveri d'ufficio, cioè alla cura imparziale dell'interesse pubblico affidatogli.

Il concetto di corruzione è inteso in senso lato, come comprensivo delle varie condotte in cui, nel corso dell'attività istituzionale, si riscontrano l'abuso di un potere delegato ai fini di un vantaggio privato: quindi la condotta illecita da parte di un professionista dell'ente che agisca al fine di perseguire un interesse primario a discapito dell'interesse istituzionale.

La nozione ampia di prevenzione della corruzione, delineata dalla Legge n. 190/2012, comprende l'adozione di misure atte a creare le condizioni strutturali per rendere difficile l'insorgere di comportamenti corruttivi nelle amministrazioni pubbliche. Tale norma non ha semplicemente modificato il contenuto tipico della nozione di corruzione, ma ha introdotto e messo a sistema, in modo organico, misure che incidono su condotte, situazioni e condizioni organizzative riconducibili a forme di "cattiva amministrazione" (*maladministration*), che potrebbero costituire un ambiente favorevole alla commissione di fatti corruttivi in senso proprio.

La L. 190/2012, pertanto, ha introdotto un sistema di prevenzione per la corruzione amministrativa secondo un'accezione più ampia di quella penalistica, ricomprensivo ogni condotta che possa generare situazioni di malfunzionamento dell'amministrazione, considerate con sfavore dall'ordinamento giuridico in quanto lesive dell'immagine e dell'efficienza dell'Ente.

Il PNA, quale atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni ai fini dell'adozione dei propri piani, costituisce lo strumento cardine del sistema di prevenzione della corruzione.

Il PNA 2025, approvato dal Consiglio l'11 novembre 2025, nelle more della definitiva adozione e pubblicazione, propone per la prima volta un disegno di strategia per la prevenzione anticorruzione e per la promozione della trasparenza e dell'integrità pubblica per il triennio 2026-2028, articolata in linee strategiche, obiettivi, azioni concrete, risultati attesi e indicatori. Tale strategia potrà essere sviluppata e perfezionata nel tempo, anche con il contributo di tutti i portatori di interesse, secondo un percorso condiviso. Si tratta di un nuovo approccio che non sostituisce il precedente, ma che lo rafforza e mira a valorizzare ulteriormente i contenuti del PNA, presentandoli in una modalità innovativa, sintetica e immediatamente intellegibile. Oltre alla nuova strategia, il PNA 2025 sviluppa specifici contenuti predisposti dall'ANAC valorizzando le prime esperienze applicative della normativa in materia di PIAO, quali i contratti pubblici, le ipotesi di inconfondibilità e incompatibilità e la trasparenza.

Inoltre, l'ANAC, in data 23/07/2025, ha approvato ulteriori indicazioni per le amministrazioni per la predisposizione della sottosezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO, in linea con il D.M. n. 132/2022, che privilegia una nozione ampia di Valore Pubblico inteso come miglioramento della qualità della vita. Gli obiettivi generati dall'azione amministrativa si configurano come un incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale e ambientale a favore della comunità di riferimento, dei cittadini-utenti, degli stakeholder e di tutti i destinatari delle politiche sanitarie e dei servizi erogati.

Considerato che il Valore Pubblico è un concetto dinamico, la Prevenzione della Corruzione si configura come una leva fondamentale di creazione e protezione del VP stesso. Essa ha una natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale dell'Ente. Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire gli obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce direttamente a generare VP, riducendo gli sprechi e il rischio di erosione delle risorse pubbliche a causa di fenomeni corruttivi, orientando correttamente l'azione amministrativa verso l'interesse generale.

L’Azienda Socio Sanitaria Locale n. 5 di Oristano, in coerenza con le indicazioni contenute nel PNA e nelle Delibere ANAC, provvede ad aggiornare annualmente il vigente Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (PTPCT), la cui funzione è di programmazione, di definizione degli obiettivi, di indicatori e misure da realizzare e di vigilanza sull’applicazione.

Nel 2026 non essendo ancora completato il processo di riforma del SSR e, stante la necessità di procedere all’implementazione dell’organizzazione così come definita dall’Atto Aziendale e in considerazione della sua natura strategica, l’attuale sottosezione va intesa come un insieme di azioni e strumenti finalizzati alla prevenzione. Tale insieme di azioni e strumenti vengono in relazione alle specifiche circostanze, affinati, modificati o sostituiti in rapporto 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 materia di programmazione sanitaria regionale.

Il nuovo assetto viene di volta in volta implementato con atti organizzativi interni, creazione di strutture, attribuzioni di deleghe del Direttore Generale, acquisizioni di incarichi e acquisizione di personale necessario.

Pertanto i contenuti essenziali della presente sottosezione sono elaborati nel rispetto della Legge n. 190/2012, del D.L. n. 80/2021 e del D.M. n. 132/2022, nonché dei PNA e degli atti di regolazione dell’Autorità, comprese le indicazioni ANAC, illustrati di seguito in modo chiaro e sintetico, evitando inutili ripetizioni e sovrapposizioni con i contenuti delle altre sezioni del PIAO.

## **PARTE GENERALE**

### **I SOGGETTI COINVOLTI NEL SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E NELLA GESTIONE DEL RISCHIO, LA SPECIFICAZIONE DEI LORO COMPITI E LE RESPONSABILITÀ DI OGUNO**

Le attività di prevenzione della corruzione, di promozione dell’integrità, della trasparenza e la gestione del rischio corruttivo riguarda l’intera organizzazione. A tal fine l’Azienda si prodiga per sviluppare a tutti i livelli organizzativi una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell’importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate, considerato che il personale in servizio, suddiviso tra personale dirigenziale e personale del comparto, riveste i seguenti profili: medico, tecnico, professionale ed amministrativo.

Di seguito si esplicitano i soggetti che concorrono alle attività di prevenzione dei fenomeni di corruzione e di illegalità, al processo di gestione del relativo rischio e al monitoraggio all’interno della Azienda n. 5 di Oristano con la specificazione dei loro compiti e la responsabilità di ognuno.

#### **La Direzione Aziendale**

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

- designa e supporta il RPCT;
- adotta il PIAO ed i suoi aggiornamenti;
- pubblica il PIAO approvato sul sito aziendale, nella sottosezione dedicata alla prevenzione della corruzione e verifica circa la trasmissione dello stesso al Dipartimento della Funzione Pubblica;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es: criteri generali per il conferimento e l’autorizzazione allo svolgimento

degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del D.lgs. n. 165 del 2001, regolamenti per le sponsorizzazioni, atti di organizzazione dell'attività libero professionale etc.);

- garantisce il coordinamento degli atti connessi alla prevenzione della corruzione con particolare riferimento a quelli organizzativi;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

### **Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione Trasparenza (RPCT)**

Svolge nello specifico le seguenti attività e funzioni:

- elabora l'apposita sottosezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione relativa alla prevenzione della corruzione, che deve essere adottato dalla Direzione Aziendale entro il 31 gennaio di ogni anno e verifica l'attuazione del piano e propone le dovute modifiche dello stesso laddove siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nella attività dell'Amministrazione;
- verifica, d'intesa con il Direttore/Responsabile/Dirigente competente, sull'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività negli ambiti in cui è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- individua, d'intesa con il Direttore/Responsabile/Dirigente competente, il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- redige e pubblica sul sito web dell'Amministrazione, entro il 15 dicembre di ogni anno, o diverso termine stabilito dall'ANAC, la relazione recante i risultati dell'attività svolta e cura la trasmissione della stessa alla Direzione Generale dell'Amministrazione e all'OIV. La suddetta relazione si basa anche sui rendiconti ricevuti dai Direttori/Responsabili relativamente alle misure poste in essere e sui risultati realizzati in esecuzione del Piano stesso. Tenuto conto del delicato compito organizzativo e di raccordo, svolto dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, l'Azienda si impegna dall'annualità 2026, ad assicurare allo stesso Responsabile un appropriato supporto attraverso l'assegnazione di adeguate, risorse professionali, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo.

### **I Direttori di Dipartimento/Servizio/U.O./tutti i Dirigenti/Responsabili d'ufficio e incarico per l'area di competenza**

- sono responsabili della corretta attuazione delle misure di prevenzione della corruzione attinenti i processi da loro gestiti;
- partecipano a 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 RPCT e dei Dirigenti/Referenti dei singoli servizi, nel rispetto delle tempistiche assegnate, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, implementazione e monitoraggio delle misure adottate nel PIAO;
- sono responsabili dell'effettiva e puntuale attuazione dei Regolamenti e delle procedure aziendali, delle disposizioni e di osservare tutte le misure, sia generali che specifiche contenute nella presente sottosezione 2.3 del PIAO (art. 1, co. 14, della L. n.190 del 2012), del monitoraggio sulla corretta applicazione delle misure e del rispetto dei termini per l'implementazione di quelle nuove;

- assicurano l'osservanza e la diffusione del Codice di comportamento, verificano e segnalano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali di competenza, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis, D.lgs. n. 165 del 2001). I Dirigenti hanno la responsabilità primaria nell'assicurare l'efficacia delle misure di contenimento del rischio corruzione per quelli a maggior impatto e probabilità e operano attivamente in materia di rischi e controlli all'interno dei propri processi.

L'art. 1, comma 33, della L. n. 190/2012 stabilisce che la mancata o incompleta pubblicazione, da parte delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni di cui al comma 31:

- costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'articolo 1, co. 1, del D.lgs. n. 198 del 2009;
- va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D.lgs. n. 165 del 2001;
- eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei medesimi;
- ai sensi del PNA 2016, i Dirigenti rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, ove il RPCT dimostri di avere effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di avere vigilato sull'osservanza del Piano.

L'Azienda, in considerazione del carattere complesso della sua organizzazione, tenendo conto anche dell'articolazione dipartimentale, con il presente documento, individua quali Referenti del RPCT tutti i Dirigenti Direttori/Responsabili delle strutture aziendali. I medesimi assolvono a compiti di coordinamento, monitoraggio e verifica dell'attività della struttura di competenza sia in materia di prevenzione della corruzione, sia in materia di trasparenza, instaurando una comunicazione diretta con il RPCT nell'attuazione di un sistema di controllo efficace.

### **I Referenti dei Direttori/Responsabili di Struttura**

- sono individuati tra il personale dipendente dell'Azienda, da parte dei rispettivi Direttori/Responsabili di Dipartimento/Servizio/Area e coadiuvano il RPCT e i Dirigenti;
- i nominativi dei Referenti devono essere comunicati al RPCT;
- fungono da interlocutori con lo stesso e lo supportano operativamente nelle attività di monitoraggio delle misure;
- presidiano, diffondono e monitorano la corretta applicazione della sez. prevenzione della corruzione e trasparenza del PIAO, 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 nella attività previste dal PTPCT;

La figura del Referente non va intesa come un modo per deresponsabilizzare il Direttore del Servizio o Dirigente preposto all'unità organizzativa in merito al ruolo e alle responsabilità nell'ambito del sistema di gestione del rischio corruttivo.

### **L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)**

Nell'ambito della prevenzione della corruzione e della trasparenza l'OIV, svolge le seguenti attività:

- partecipa al processo di gestione del rischio;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione con riferimento alla trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 D.lgs. n. 33 del 2013);

- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Ente (art. 54, comma 5, D.lgs. n. 165 del 2001);
- propone annualmente eventuali modifiche e miglioramenti del PIAO e in particolare della sez. per la prevenzione della corruzione e trasparenza.

#### **L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD)**

L'Azienda, con Deliberazione del Direttore Generale n. 63 del 06/02/2025 ha rettificato parzialmente la precedente Deliberazione n. 24 del 20/01/2025 di nomina dei componenti dell'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD) ex art. 55 bis D.lgs. 165/2001 e ss.mm.ii.

Al fine dell'esercizio delle proprie funzioni come previste dalle vigenti norme in materia e nello specifico:

- espletare i procedimenti disciplinari di competenza (art. 55 bis, D.lgs. n. 165 del 2001);
- provvedere alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e di quella contabile;
- proporre l'aggiornamento del Codice di comportamento e relazionare semestralmente al Responsabile Anticorruzione sulla attività del proprio Ufficio;
- comunicare al RPCT i dati relativi ai procedimenti disciplinari istaurati, inerenti atti corruttivi e violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali.

#### **Il Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA) e Soggetto Gestore per l'Antiriciclaggio**

Al mantenimento del sistema di prevenzione dell'anticorruzione e della trasparenza, partecipa anche la figura del responsabile dell'anagrafe stazione appaltante e soggetto gestore antiriciclaggio (RASA).

L'individuazione e la nomina di tale figura responsabile è stata operata con Deliberazione del D.G. n. 5 del 19/01/2022. In riferimento alle indicazioni dell'ANAC (comunicato del 28 ottobre 2013) il RASA è incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa. Tale figura inoltre è individuata nella presente sottosezione del PIAO come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione e ad essa spetta l'obbligo informativo di implementare la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici presso l'ANAC con i dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, la classificazione della stessa e l'articolazione in centri di costo. Tali adempimenti sussistono fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del D.lgs. n. 36 del 31 marzo 2023 nuovo Codice dei contratti pubblici.

#### **Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD)**

Il RDP, terminologia inglese: Data Protection Officer (DPO) è il responsabile della corretta gestione del trattamento dei dati personali in ottemperanza alle disposizioni del Regolamento UE (GDPR) n. 2016/679 e dei D.lgs. n. 101 del 10/08/2018 di adeguamento del Codice in materia dei dati personali e alla luce del recente D.lgs. n. 24 del 10/03/2023.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 664 del 09/10/2024 il servizio relativo alle funzioni e attività di Responsabile della Protezione dei dati con procedura ai sensi dell'art. 50, co. 1, lett. b), del D.lgs. 36/2023 è stato affidato all'Operatore Economico "S.I.P.A.L. Srl" - per un periodo di 36 mesi più ulteriori 12 mesi opzionali e con Deliberazione D.G. n. 698 del 23/10/2024 si è proceduto alla nomina formale dell'incarico del nuovo RPD, per supportare le articolazioni aziendali nella corretta gestione dei dati che si trova a governare.

## **Il Responsabile della Formazione**

L'Azienda, considerato il PNA 2022, attribuisce importanza preminente alla formazione del personale ed in particolar modo alla formazione destinata a coloro che operano nelle aree a maggior rischio.

La L.R. n. 24/2020, prevede che lo svolgimento delle funzioni venga svolta dalla SC Formazione Accreditamento ECM di ARES Sardegna, a cui pone in capo la gestione, la definizione e la programmazione dei fabbisogni formativi delle risorse umane delle Aziende del SSR, e progettazione, programmazione e pianificazione di attività formative.

Si rileva l'opportunità di superare la fase transitoria con la declinazione di specifiche procedure operative per definire e sviluppare rapporti di collaborazione col RPCT con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- collegamento tra la formazione specifica in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e il programma annuale della formazione;
- i criteri per individuare i soggetti che erogano la formazione e i contingenti di personale da formare;
- i contenuti, i canali e gli strumenti di erogazione della formazione.

La Direzione aziendale, nel rendere operativo l'Atto Aziendale, ha istituito la SSD "Risk Management, Qualità e Formazione Permanente", afferente all'Area di Staff con Direttore Generale n. 269 del 15/06/2023.

## **Il personale dipendente e i collaboratori dell'Azienda**

Sono tenuti al rispetto di quanto previsto dalla presente sottosezione:

- 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 fornitrice 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.

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

- partecipare al processo di gestione del rischio e osservare le misure contenute nel PIAO sottosez. PCT.;
- segnalare le situazioni di condotta illecita di cui sono venuti a conoscenza, in ragione del rapporto di lavoro, al proprio Dirigente o al RPCT o all'UPD (art. 54 bis del D.lgs. 165/01), ovvero per il tramite del canale di segnalazione interno e nelle modalità disciplinate dal Regolamento adottato con Delibera del Direttore Generale ASL di Oristano n. 37 del 26/01/2024;
- segnalare casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis L. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento nazionale);
- segnalare al proprio Dirigente/superiore gerarchico o al RPCT l'apertura di eventuali procedimenti penali e

procedimenti contabili per reati contro la Pubblica Amministrazione, che si sono conclusi con la richiesta del rinvio a giudizio, entro quindici giorni dalla ricezione formale del provvedimento;

- tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato e osservare il Codice di comportamento. Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall'Azienda devono essere rispettate da tutti i dipendenti e, dunque, sia dal personale di comparto che dalla dirigenza, come da Codice di comportamento. La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, co. 14, l. n. 190/2012).

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'azienda osservano le misure deliberate in tema di prevenzione della corruzione e segnalano le situazioni di illecito.

### **Modello di raccordo e coordinamento tra i Soggetti coinvolti**

A contrasto delle possibili interferenze negative tra sfera pubblica e privata, si riporta di seguito un modello di difesa efficace e concreto:

- i responsabili di tutte le articolazioni aziendali, anche in qualità di Referenti del RPCT, assicurano il controllo di regolarità dei procedimenti e delle attività annoverabili alla competenza delle strutture cui sono rispettivamente preposti;
- il RPCT sovraintende alle strategie di contrasto della corruzione e dell'illegalità e alle strategie finalizzate a garantire piena trasparenza dei cittadini/utenti sullo svolgimento delle attività aziendali;
- il RPCT può, nell'esercizio delle sue funzioni, in ogni momento, chiedere delucidazioni per iscritto a tutti i Dirigenti e dipendenti su procedimenti, nonché su comportamenti, incidenti sulle attività istituzionali, che possono coincidere, anche solo potenzialmente, con il rischio di corruzione ed illegalità. Gli interessati (sia Dirigenti che dipendenti) sono tenuti a fornire una tempestiva risposta scritta al RPCT che di tali iniziative, darà informativa al Direttore Generale dell'Azienda.

### **Obblighi informativi verso il RPTC**

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

### **Responsabilità in caso di violazione del PIAO sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza”**

Ai sensi dell'art. 1, co. 14 della L. 190/2012, in caso di ripetute violazione delle misure di prevenzione previste nella sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO, il RPCT risponde ai sensi dell'art. 21 del D.lgs. n. 165/2001, nonché per omesso controllo, sul piano disciplinare. La violazione da parte dei dipendenti dell'Azienda delle misure di prevenzione previste dal PIAO costituisce illecito disciplinare.

## IL PROCESSO E LE MODALITÀ DI PREDISPOSIZIONE DELLA SOTTOSEZIONE

In generale il **Processo di predisposizione della presente sottosezione**, si sostanzia nelle seguenti fasi:

- invito ai Direttori/Responsabili dei Dipartimenti/Servizi/Aree di eventuali proposte di variazione ed aggiornamento delle mappature del rischio e/o delle misure ritenute necessarie e relativi adempimenti degli obblighi di trasparenza ai sensi del D.lgs. 33/2023 e s.m.i. con le Aree a rischio, attraverso riunioni o comunicazioni scritte;
- di norma semestralmente ciascun Direttore trasmette al RPCT la relazione sull'attività svolta, le proposte aventi ad oggetto l'individuazione delle attività nelle quali è più elevato il rischio o l'aggiornamento rispetto a quelle già indicate, riportando le concrete misure organizzative adottate o da adottare dirette a contrastare il rischio rilevato.
- avviso di pubblica consultazione con pubblicazione nelle notizie in evidenza ASL sul sito istituzionale, in A.T., sottosez. *Altri contenuti/Prevenzione della Corruzione*, nella pagina intranet aziendale, invitando a tutti i portatori di interessi, quali, cittadini, stakeholder, dipendenti, a presentare proposte, suggerimenti e osservazioni al fine dell'aggiornamento del PIAO per il triennio 2026-2028.
- predisposizione di una bozza della sottosezione relativa alla Prevenzione corruzione e trasparenza che, dopo consultazioni interne, è trasmessa alla Direzione Generale, SC Programmazione e Controllo e OIV;
- adozione del PIAO, nei termini di legge, con deliberazione del Direttore Generale;
- pubblicazione del PIAO sul sito dell'ASL n. 5 di Oristano nella sezione Amministrazione Trasparente (A.T.);
- pubblicazione sulla piattaforma on line attivata sul sito istituzionale del Dipartimento della Funzione Pubblica della sottosezione *"Rischi corruttivi e trasparenza"* del PIAO, unitamente al documento complessivo (salvo diverse indicazioni da parte di ANAC);
- il RPCT con la Direzione comunicano ai Direttori/Responsabili/Referenti della pubblicazione del PIAO ed in particolare della sottosezione in argomento;
- i Direttori/Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, informano i rispettivi dipendenti e collaboratori, a qualsiasi titolo, al momento dell'assunzione in servizio e successivamente con cadenza periodica, in specie quando si sia proceduto a modifiche dello stesso, della pubblicazione del PIAO, al fine del rispetto delle misure anticorruttive e di trasparenza ivi indicate.

Attesa la valenza programmatica, che si articola in un triennio, anche la presente sottosezione è soggetta a modifica, aggiornamento, revisione a fronte di specifiche necessità.

La procedura per la Gestione del rischio consta in:

- indicazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, in aggiunta alle aree di rischio generali, l'ASL prevede ulteriori aree di rischio, Allegato alla sottosezione 2.2, individuate in base alle proprie specificità;
- indicazione della metodologia utilizzata per effettuare la valutazione del rischio, come da Allegato;
- monitoraggio semestrale da parte di ciascun servizio/area al RPCT concernente misure di prevenzione utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi nelle singole strutture e le modalità di verifica dell'attuazione, in relazione alle misure di carattere generale nonché alle misure ulteriori.

In riferimento all'annualità 2025, ai sensi dell'art. I c. 14 della L. n. 190/2012, il RPCT, come da comunicazione ANAC del 10/12/2025, redigerà, la relazione annuale, entro il 31/01/2026, che renderà conto dell'efficacia delle misure di prevenzione definite dal PIAO 2025-2027, da pubblicare sul sito istituzionale

dell'Azienda come previsto. Curerà, inoltre, la trasmissione della stessa alla Direzione Generale dell'Amministrazione e all'OIV.

## **GLI OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA**

Il documento relativo alla Prevenzione Corruzione e Trasparenza del PIAO è lo strumento attraverso il quale l'ente organizza e analizza un processo articolato in fasi, finalizzato a formulare una strategia di prevenzione del fenomeno di corruzione e di illegalità, in funzione di protezione del valore pubblico creato dall'Amministrazione.

Gli obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza, sono programmati dalla Direzione Strategica alla luce delle peculiarità di dell'Azienda e degli esiti dell'attività di monitoraggio sul Piano, in sinergia delle strategie di creazione del Valore Pubblico sono riportati e declinati nella sottosezione 2. Tale individuazione è inerente al processo programmatico dell'intero PIAO, con ottica temporale di riferimento dell'anno vigente e pluriennale 2026-2028, i medesimi concorrono a realizzare quelli di Valore Pubblico individuati dall'Azienda e sono pianificati, collegati tra loro, contenenti misure e indicatori congrui.

Si esplicano di seguito gli obiettivi di trasparenza sostanziale che l'ASL di Oristano intende perseguire:

- la trasparenza quale reale ed effettiva accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione;
- il libero ed illimitato esercizio dell'accesso civico, come normato dal D.lgs. n. 97/2016, quale diritto riconosciuto a chiunque di richiedere documenti, informazioni e dati.

Tali obiettivi hanno la funzione essenziale di indirizzare l'azione amministrativa ed i comportamenti degli operatori, verso elevati livelli di trasparenza dell'azione amministrativa, dei comportamenti dei dipendenti, lo sviluppo della cultura della legalità e dell'integrità nella gestione del bene pubblico.

Gli obiettivi strategici sono formulati coerentemente con la programmazione prevista nella sottosezione 2.1 del PIAO.

### **Coerenza con il Piano Performance**

L'integrazione in termini di coerenza tra la sottosezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e la sottosezione relativa alla Performance si esplicita sotto un duplice profilo:

- le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione e trasparenza;
- le misure di prevenzione della corruzione sono tradotte, in obiettivi strategici assegnati ai Direttori/Responsabili e alle rispettive strutture.

Al fine di individuare le misure ben definite in termini di obiettivi, in modo da renderle più effettive e verificabili, a conferma della piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguitamento della funzionalità amministrativa. Il rispetto delle misure stabilite, in attuazione degli obiettivi strategici, costituisce obiettivo di performance organizzativa e individuale per i Direttori/Responsabili/Dirigenti interessati, ai fini della valutazione della performance, in quanto la creazione di Valore Pubblico deve essere protetta dall'eventuale offuscamento derivante dal verificarsi di eventi corruttivi.

## **ANAGRAFICA**

In riferimento alle informazioni di carattere generale relative all'Anagrafica dell'Amministrazione si rimanda alla Sezione 1 del presente PIAO.

## **ANALISI DEL CONTESTO**

L'analisi del contesto è finalizzata ad individuare i fattori ambientali, organizzativi e procedurali, fornendo una rappresentazione delle dinamiche esterne ed interne all'Azienda che ne condizionano l'operato in termini di scelte strategiche effettuate e possono incidere sull'esposizione a rischi di corruzione.

### **CONTESTO ESTERNO**

Le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'Azienda si trova ad operare sono state individuate e descritte nella sottosezione 2.1. Nel tempo le stesse risultano favorevoli ad una buona convivenza, in cui il verificarsi di fenomeni corruttivi è molto limitato nel territorio regionale e ancor più in quello provinciale.

In termini specifici si sviluppano di seguito gli elementi che potrebbero incidere sulla valutazione del rischio corruttivo.

#### **Metodologia e Fattori di Pressione**

Per la definizione del rischio, l'Azienda adotta un approccio basato sugli indicatori di contesto resi disponibili dal portale ANAC. L'analisi indaga i principali "fattori di pressione" esterni:

- livelli di istruzione e capitale sociale;
- tessuto economico locale e condizioni socio-economiche;
- indici di criminalità e presenza di reati contro la Pubblica Amministrazione.

#### **Analisi Livelli di Istruzione**

Il panorama educativo oristanese riflette una dicotomia tra l'ottima base scolastica infantile e le difficoltà nel proseguimento degli studi superiori.

Si nota come in provincia l'istruzione sia ai vertici nazionali per la scolarizzazione dell'infanzia, infatti quasi tutti i bambini tra i 4 e i 5 anni frequentano la scuola, segno di famiglie attente e di servizi che funzionano.

Tuttavia, man mano che si avanza di età, il meccanismo sembra incepparsi. Sebbene la metà della popolazione arrivi a conseguire il diploma, il passaggio verso l'università si traduce spesso in un trasferimento fuori provincia soprattutto per l'assenza di adeguata offerta formativa accademica. Molti giovani oristanesi partono per Cagliari, Sassari o il Continente, e purtroppo molti non tornano. Questo alimenta un dato preoccupante: quello dei NEET (giovani che non studiano e non lavorano), che sfiora il 28%. È come se ci fosse un corto circuito tra una buona preparazione di base e le opportunità reali che il territorio riesce a offrire.

#### **Tessuto economico e condizioni socio-economiche**

Il contesto socio-economico della provincia di Oristano si delinea attraverso un dualismo strutturale: a fronte di indicatori di coesione sociale e civismo d'eccellenza, permangono criticità legate alla dinamica demografica e alla capacità del sistema produttivo di assorbire capitale umano qualificato.

La "ricchezza invisibile" del territorio oristanese risiede nella sua elevata dotazione di capitale sociale, inteso come l'insieme di relazioni, fiducia e partecipazione che regola la convivenza civile. Un indicatore chiave di tale maturità è la sostenibilità ambientale: la provincia si posiziona stabilmente ai vertici nazionali per la

raccolta differenziata (con percentuali che sfiorano l'80%). Tale dato non riflette solo l'efficienza dei servizi gestionali, ma testimonia una profonda coscienza ecologica e una diffusa propensione al rispetto della *res-publica*. In un contesto demografico caratterizzato da un progressivo invecchiamento (con un'età media di circa 49,7 anni), il Terzo Settore e il volontariato assumono un ruolo sussidiario fondamentale. La rete della solidarietà locale costituisce la spina dorsale di un welfare di comunità che garantisce la tenuta sociale e la tutela delle fasce fragili, sopperendo alle carenze strutturali derivanti dalla dispersione territoriale e dalla bassa densità abitativa.

### **Analisi della Legalità e Sicurezza Territoriale**

Il quadro della legalità nella Provincia di Oristano si conferma d'eccellenza, non rilevando criticità sistemiche.

- Criminalità Organizzata: le relazioni della Direzione Investigativa Antimafia (DIA) del I e II semestre 2024 confermano l'assenza di infiltrazioni mafiose o associazioni criminali autoctone. Questo dato è di fondamentale importanza per il monitoraggio degli interventi legati al PNRR, per i quali l'ASL 5 mantiene elevati standard di vigilanza.
- Reati contro la PA: in linea con l'indagine basata sui dati del Ministero dell'Interno, i fenomeni corruttivi nel territorio regionale sono storicamente limitati e, nel contesto provinciale, ulteriormente contenuti.
- Ranking Nazionale: l'indice della criminalità del *Sole 24 Ore* (<https://lab24.ilsole24ore.com/indice-della-criminalita/>), su dati del Dipartimento della Pubblica Sicurezza, colloca stabilmente la Provincia di Oristano al 106° posto su 106 province, certificandola come l'area più sicura d'Italia.
- Trend e Percezione: i dati ISTAT evidenziano una stabilità del quadro nel tempo. Il numero dei delitti commessi è stato rapportato alla popolazione ISTAT della provincia a fine 2025. Anche la percezione della corruzione non rileva specificità negative, confermando un tessuto sociale orientato alla cultura della trasparenza. Ulteriori dati sono contenuti nell'indagine sulla percezione della corruzione in Italia (CPI 2024) condotta dall'ANAC (<https://www.transparency.it/cpi2024>).

Incrociando questi dati con analisi storica che emerge dalla valutazione del rischio corruttivo si può affermare che l'ASL n. 5 di Oristano opera in un contesto socio-economico storicamente "sano", dove i reati contro la Pubblica Amministrazione sono veramente pochi e il tessuto sociale favorevole al mantenimento di buoni standard di integrità.

Questo basso indice di criminalità è un indicatore di forte coesione sociale e controllo del territorio.

### **Sintesi della Valutazione del Rischio Esterno**

Alla luce dell'analisi condotta si conferma che l'ASL 5 di Oristano opera in un ambiente caratterizzato da elevati livelli di integrità e legalità diffusa.

La scarsa incidenza di reati contro la Pubblica Amministrazione e il contesto sociale favorevole permettono all'Azienda di adottare una strategia di monitoraggio di tipo cautelativo, agendo in un territorio che offre garanzie di affidabilità amministrativa superiori alla media nazionale.

## **CONTESTO INTERNO**

L'analisi del contesto interno è stata trattata nella sottosezione 3.1 "Organizzazione e capitale umano" con individuazione, definizione e costituzione della struttura organizzativa, a cui si rimanda.

Tale analisi riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la

sensibilità della struttura al rischio corruttivo ed è volta a far emergere, da un lato, il sistema delle responsabilità, dall'altro il livello di complessità dell'amministrazione. Entrambi questi aspetti contestualizzano il sistema di prevenzione della corruzione e sono in grado di incidere sul livello di attuazione e adeguatezza. Inoltre, l'analisi del contesto interno è volta ad individuare le competenze e le capacità distinctive proprie dell'organizzazione aziendale in termini di risorse umane, finanziarie, produttive ed innovazione, offre spunti di valutazione circa le prospettive di graduale e realistico sviluppo della strategia aziendale in materia di integrità.

Allo stato attuale, considerato che l'Azienda è nata il 1 gennaio 2022 a seguito della riforma del Sistema Sanitario Regionale approvata con la L.R. n. 24/2020, la Direzione Aziendale sta procedendo ad implementare i servizi organizzativi.

Anche l'anno 2025 è stato caratterizzato da una fase di implementazione e definizione di organizzazione aziendale, in coerenza con il percorso avviato con l'adozione dell'Atto Aziendale (Deliberazione D.G. n. 26 del 24/01/2023). Attualmente, l'Azienda sta proseguendo nella definizione dell'attività, atti e provvedimenti, assetti organizzativi di conferimento incarichi di Direzione SC, SSD, dirigenziali e di comparto. Ciò al fine di garantire il corretto funzionamento dei Servizi e l'ottimale gestione dei compiti istituzionali di afferenza secondo principi di efficacia, efficienza e buon andamento dei processi amministrativi e di distinzione tra funzioni di governo, considerato che ad oggi non sono ancora operative tutte le strutture organizzative contemplate nello stesso Atto Aziendale.

La sezione del sito Amministrazione Trasparente è in continua implementazione ed aggiornamento ai sensi del D.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. L'implementazione delle attività relativamente alla Sez. Anticorruzione e Trasparenza del sito istituzionale è stata tuttavia svolta cercando di completare tutti gli aspetti possibili.

Con deliberazione della Giunta Regionale n. 68/3 del 31/12/2025 è stato nominato il nuovo Direttore Generale dell'ASL n. 5 di Oristano.

### **Valutazione di impatto dell'analisi di contesto**

Sebbene l'attuale analisi del contesto ambientale in cui opera l'Azienda, non pare denotare particolari necessità ed esigenze, alla luce degli obiettivi strategici definiti dalla Direzione Generale, è intenzione del RPCT, consolidare il percorso intrapreso nel precedente PIAO, intensificando le attività di vigilanza e monitoraggio sui processi gestionali, agendo entro i limiti delle prerogative funzionali attribuite, al fine di mitigare preventivamente ogni potenziale fattore di rischio.

Nello specifico l'ASL è inserita in un contesto socio-economico-territoriale storicamente solido, dove coesione sociale, collaborazione tra i maggiori enti pubblici territoriali, senso di appartenenza dei cittadini alle istituzioni sono elementi favorevoli al mantenimento dell'integrità e ad una reciproca vigilanza.

La mission dell'Azienda, che esprime il cuore del Valore Pubblico legato all'espletamento del mandato istituzionale, è di per sé una dichiarazione etica e ogni parte della struttura organizzativa dell'Azienda deve contribuire alla realizzazione della mission definendo con chiarezza le responsabilità, i principali processi, i punti e le modalità di monitoraggio e controllo a livello di performance complessiva che, in ottica sistematica, può comunque realizzarsi solo attraverso comportamenti corretti da parte di tutti i soggetti che interagiscono: dipendenti, utenti, soggetti politici e stakeholder.

Sotto il profilo della valutazione d'impatto dei contesti interno ed esterno, l'Azienda riafferma il proprio impegno istituzionale nel promuovere una cultura organizzativa fondata sui principi di legalità e buon

andamento. Tale strategia si realizza attraverso il costante affinamento delle pratiche amministrative e un monitoraggio rigoroso delle aree ritenute maggiormente esposte a rischi corruttivi, in piena aderenza al dettato della Legge 190/2012 e delle successive disposizioni attuative.

Il potenziamento delle attività di verifica non deve essere inteso in senso meramente sanzionatorio, bensì come uno strumento volto all'ottimizzazione dei processi aziendali. L'intervento del RPCT, espresso anche mediante indicazioni correttive, raccomandazioni o comunicazioni di indirizzo, mira a garantire che l'agire amministrativo rispetti i canoni di efficienza, efficacia, trasparenza e legittimità richiesti dall'ordinamento.

La visione di lungo periodo punta all'implementazione di un sistema di controllo preventivo dinamico e soprattutto condiviso. La piena efficacia delle misure di prevenzione, infatti, non può prescindere dal consenso diffuso e dal coinvolgimento attivo di tutti i soggetti operanti all'interno dell'Azienda, i quali sono chiamati a farsi promotori concreti dell'integrità istituzionale.

Alla luce di tale quadro programmatico, l'azione del RPCT per l'annualità 2026 si focalizzerà prioritariamente sulle seguenti attività:

- predisposizione del Codice Etico, con successiva adozione della Direzione al fine di sensibilizzare il personale ai principi di etica e integrità;
- aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale, con l'inserimento del Divieto di *pantoufage* in conformità a quanto disposto dalla Delibera ANAC 493 del 25/09/2024, con l'obiettivo di attivare adeguate misure anticorruttive per garantire che i principi di legalità e trasparenza siano parte integrante del bagaglio professionale di ogni dipendente;
- diffusione regole divieti in materia di *pantoufage*, ai sensi delle Linee Guida ANAC emesse con la su scritta Delibera ed in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi alla luce delle recenti disposizioni ANAC emesse con Delibera n. 464 del 26/11/2025;
- potenziamento alla partecipazione di percorsi formativi, di tutto il personale, sia per la formazione digitale disponibile sulla piattaforma *Syllabus*, fondamentale per l'aggiornamento costante della PA, con eventuale integrazione di programmi proposti da SNA e Formez PA, sia in webinar ed eventualmente in blended ed anche residenziali inseriti nel PAF 2026 che verranno organizzati nel 2026 dal Forum Integrità in Sanità;
- diffusione dei contenuti del regolamento aziendale in materia di accesso documentale, accesso civico e accesso civico generalizzato (FOIA), per facilitare un rapporto aperto e trasparente tra Azienda e cittadino.
- eventuale revisione dei contenuti Tabella rischi e misure, seguendo la progressiva attuazione del nuovo Atto Aziendale. In tal senso, si rinnova l'invito a tutti i Servizi aziendali affinché forniscano il proprio essenziale contributo nell'approfondimento e nella revisione delle schede di rischio e delle relative misure di mitigazione, garantendo la necessaria aderenza tra teoria normativa e prassi operativa.

## **METODOLOGIA DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO**

### **Mappatura dei processi e gestione del rischio**

Si conferma che, ad oggi, nella ASL di Oristano non sono stati segnalati né si è avuta notizia di fatti corruttivi. Nella presente sottosezione sono riportati in coerenza e continuità con quanto già indicato nel vigente PIAO in tema di valutazione delle aree a rischio le rilevazioni sintetiche delle attività in essere da parte dell'attuale struttura aziendale e la mappatura del rischio di corruzione in relazione all'esistente.

Nel rispetto delle nuove indicazioni metodologiche, si è proceduto all'aggiornamento dei processi afferenti

alle aree di rischio relative all'attività aziendale, attraverso la richiesta ai Direttori/Referenti di voler confermare ovvero integrare o modificare quanto già descritto ai fini dell'aggiornamento del PIAO 2026.

La mappatura aggiornata dei processi aziendali è riportata nell'Allegato della sottosezione 2.3. Essa consente l'individuazione del contesto entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio e consiste nell'individuazione del processo, delle sue fasi, del livello di rischio (basso, medio, alto) e delle responsabilità per ciascuna fase. Essa consente l'elaborazione del catalogo dei processi. Secondo il principio guida della "responsabilità diffusa", ciascun Direttore/Responsabile, in quanto competente per il proprio ufficio e a conoscenza dei processi e delle rispettive attività, è il soggetto più idoneo ad individuare misure realmente incisive per prevenire gli specifici rischi. In tal senso, si evidenzia che nei mesi di maggio e novembre 2025, in previsione dell'aggiornamento del Piano, è stata realizzata specifica attività formativa a favore dei Direttori/Responsabili/Referenti delle strutture aziendali.

Nel triennio 2026-2028 potrebbe rendersi opportuno procedere gradualmente ad una revisione ed integrazione della mappatura dei processi, dell'analisi e della valutazione delle aree di rischio, in considerazione delle raccomandazioni formulate nel PNA 2022 e alla luce della definizione dell'articolazione aziendale con la progressiva attuazione dell'Atto Aziendale.

Dalle analisi effettuate, sono stati aggregati, conformemente alle aree di rischio generali e specifiche così come individuate dall'aggiornamento al PNA alcuni processi a medio e alto rischio di corruzione, sui quali è stata focalizzata l'attenzione al fine di individuare appropriate e concrete misure di prevenzione e riduzione del rischio.

In particolare, è stato valutato il grado di rischio dei principali processi connessi con le attività aziendali più rilevanti, con specifico riferimento alla probabilità (media e alta) che si verifichi un evento corruttivo. In questa fase transitoria per la misurazione del rischio è stata utilizzata la stessa metodologia già in uso come illustrata nell'Allegato della presente sottosezione.

I livelli di rischio sono stati così definiti:

- Medio (normativa di principio, ridotta pubblicità, attività a media discrezionalità, controlli ridotti, modesta gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo). Nei casi in cui sia riscontrabile un livello di rischio medio, saranno assicurati controlli e verifiche semestrali, definizione di protocolli operativi o regolamenti e implementazione delle misure preventive specificatamente individuate.
- Alto (alta discrezionalità, elevata gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo, potere decisionale concentrato in capo a singole persone, rotazione dei funzionari dedicati solo in tempi molto lunghi, rischio di danni alla salute in caso di abusi, notevole casistica di precedenti storici di fatti corruttivi).

Nelle attività in cui è previsto un alto livello di rischio, saranno effettuati controlli e verifiche trimestrali, saranno definiti i protocolli operativi e rafforzate le misure preventive specificatamente individuate.

Ad esempio, nell'ambito dell'assistenza sanitaria ospedaliera inerente la gestione dei seguiti al decesso ospedaliero sono state poste in essere misure organizzative al fine di ridurre il rischio individuato e nello specifico è stata elaborata una procedura per le attività connesse alla medicina necroscopica, nella quale si specifica nel dettaglio i compiti e le responsabilità di tutti gli operatori coinvolti e il documento è stato inviato a tutte le unità operative.

Nell'Allegato della sottosezione sono contenute le schede con l'individuazione di:

- processi a rischio;
- singole misure di prevenzione e contenimento;

- grado di rischio;
- tempi del monitoraggio;
- struttura o Strutture di riferimento;
- responsabile/i delle misure.

Si evidenzia, come peraltro già anticipato, che la complessa fase di riorganizzazione in atto del Sistema Sanitario, sia in ambito regionale che in ambito aziendale, suggerisce di focalizzare l'attenzione su un numero limitato di processi particolarmente rilevanti, rinviando il completamento della mappatura alla definitiva e concreta attuazione dell'Atto Aziendale.

Il **processo di gestione del rischio corruttivo**, orientato alla prevenzione delle ipotesi di *maladministration* e di corruzione, si articola, come da Allegato 1) al PNA 2019, nel seguente modo:

1. Analisi del Contesto dell'ambiente e del territorio in cui l'Azienda opera sotto il profilo sociale, economico e culturale (Contesto Esterno) e quello dei fattori organizzativi, procedurali e gestionali che caratterizzano l'operatività interna (Contesto Interno).
2. Valutazione del Rischio: rappresenta il nucleo analitico del sistema, attraverso la mappatura dei processi, per determinare il livello di rischio in ordine di priorità degli interventi.
3. Trattamento del Rischio: si realizza nell'identificazione delle misure di prevenzione finalizzate a ridurre la probabilità che il rischio si concretizzi.



Si deve mirare all'adozione di misure di prevenzione della corruzione:

- oggettive, che mirano, attraverso soluzioni organizzative, a ridurre ogni spazio possibile all'azione di interessi particolari volti all'improprio condizionamento delle decisioni pubbliche;
- soggettive, che mirano a garantire la posizione di imparzialità del funzionario pubblico che partecipa, nei diversi modi previsti dall'ordinamento (adozione di atti di indirizzo, adozione di atti di gestione, compimento di attività istruttorie a favore degli uni e degli altri), ad una decisione amministrativa.

L'individuazione di tali misure spetta all'amministrazione che è in grado di conoscere la propria condizione organizzativa, la situazione dei propri funzionari, il contesto esterno nel quale si trovano ad operare.

La gestione del rischio, pertanto:

- realizza l'interesse pubblico alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza e alla protezione del valore pubblico creato;

- è parte integrante del processo decisionale (pertanto, non è un'attività meramente cognitiva, ma supporto concreto di gestione, con particolare riferimento all'introduzione di efficaci strumenti di prevenzione e interessa tutti i livelli organizzativi);
- si integra con altri processi di programmazione e gestione in particolare con il ciclo di gestione della performance;
- è un processo di miglioramento continuo e graduale e tiene conto dei requisiti di sostenibilità e attuabilità degli interventi;
- implica assunzione di responsabilità;
- è un processo che tiene conto dello specifico contesto interno ed esterno, nonché di quanto già attuato (come risultante anche dalla relazione del RPCT);
- è un processo trasparente e inclusivo, che deve prevedere momenti di efficace coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni;
- è ispirata al criterio della prudenza volto anche ad evitare una sottostima del rischio di corruzione;
- non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive (implica valutazioni non sulle qualità degli individui ma sulle eventuali disfunzioni a livello organizzativo).

**Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi. Misure per prevenire il rischio di corruzione.**

Le misure generali descritte nell'Allegato alla sottosezione 2.C paragrafo 5, intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione. Si elencano di seguito le misure considerate obbligatorie di ordine generale che l'Azienda intende focalizzare in questa fase al fine di prevenire il rischio di corruzione, riservandosi di adottarne delle ulteriori nel momento dell'implementazione della progressiva attivazione del proprio Atto Aziendale:

- Codice di Comportamento Generale e Codice di Comportamento ASL n. 5 Oristano;
- formazione dei dipendenti in materia di anticorruzione e trasparenza;
- monitoraggio eventi formativi sponsorizzati;
- rotazione dei dipendenti;
- gestione conflitto di interesse;
- svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali;
- inconferibilità e incompatibilità;
- revolving doors/pantoufage;
- tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. Whistleblower);
- patti di integrità negli affidamenti;
- digitalizzazione;
- azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile.

Alcune delle misure individuate potranno essere attuate o monitorate con maggior frequenza a seconda della disponibilità delle risorse umane e organizzative necessarie nelle more della completa riorganizzazione prevista nell'Atto Aziendale. Successivamente l'ANAC con la Delibera n. 605 del 19/12/2023 PNA 2022, ha dedicato l'Aggiornamento 2023 ai contratti pubblici. La disciplina in materia è stata innovata dal D.lgs. n. 36 del 31/03/2023 "Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della L. n. 78 del 21/06/2022, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici", intervenuto in costanza

di realizzazione degli obiettivi del PNRR/PNC e in un quadro normativo che, come indicato nel PNA 2023, presenta profili di complessità per via delle numerose derogatorie introdotte. Inoltre l’Azienda intende focalizzare l’attività, compatibilmente all’implementazione organizzativa, anche sulle seguenti linee:

- rafforzamento dell’analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR;
- incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni;
- miglioramento continuo dei percorsi per l’accesso all’informazione e dell’informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sez. A.T.;
- incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale dell’Azienda anche ai fini della promozione del valore pubblico;
- miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione).

#### **Trattamento del rischio: progettazione di misure organizzative**

Conclusa la fase dell’individuazione dei rischi corruttivi, segue la programmazione delle misure “*generali*”, intese come misure trasversali sull’intera amministrazione che incidono complessivamente sul sistema di prevenzione della corruzione, e/o “*specifiche*” che agiscono puntualmente su rischi specificatamente individuati durante la fase di valutazione incidendo in modo mirato rispetto allo specifico rischio, calibrando al meglio il rapporto tra costi e benefici sostenibili sotto l’aspetto economico e organizzativo.

Le misure da adottare devono tenere conto delle priorità emerse nella fase di analisi e l’amministrazione deve adottare misure che siano sostenibili nella fase del controllo e del monitoraggio evitando di porre in essere misure astratte non attuabili.

Il trattamento del rischio si traduce nell’individuare le soluzioni e le azioni più adeguate a prevenire gli episodi corruttivi, alla luce delle priorità delineate a seguito dell’avvenuto espletamento dell’attività di valutazione dei fattori abilitanti tali eventi. In tale fase, si tiene conto della sostenibilità economica e della concreta attuabilità delle misure di controllo individuate al riguardo, in quanto trattasi di fattori intrinsecamente connessi alle risorse effettivamente disponibili presso l’Azienda dal punto di vista organizzativo. Resta inteso che l’attuazione delle azioni di prevenzione deve avere come obiettivo la riduzione del rischio ad un livello quanto più prossimo allo zero nella consapevolezza che lo stesso non potrà mai essere del tutto azzerato, anche in presenza di misure di prevenzione.

È necessario ribadire che, così come evidenziato nel PNA 2022, l’individuazione e la successiva programmazione di misure idonee alla prevenzione della corruzione sono il fulcro della sottosezione “*Rischi corruttivi e trasparenza*” e sono propedeutiche alla identificazione e alla progettazione delle misure da adottare.

Quindi anche nel 2026 l’ASL di Oristano provvederà ad adottare misure di contrasto ai fenomeni corruttivi, distinguendo tra misure:

- “*generali*”, quando si caratterizzino per la capacità di incidere trasversalmente sul sistema complessivo della prevenzione adottato e per la loro stabilità nel tempo;
- “*specifiche*”, quando invece incidano su problemi specifici, individuati tramite un’attenta analisi del rischio.

La definizione di tali misure ha luogo coinvolgendo le Strutture organizzative dell’ASL, in particolare i

Direttori delle singole Strutture, in quanto soggetti maggiormente idonei a proporre l'adozione di adeguati strumenti finalizzati ad eliminare/ridurre il rischio corruttivo, considerata la conoscenza dei processi e delle attività demandate ai medesimi.

## **MONITORAGGIO SULL'IDONEITÀ, SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE E CONTROLLO**

Il monitoraggio e il riesame periodico è la fase che consente di verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione del rischio messe in essere, permettendo di apportare tempestivamente i correttivi necessari.

Il monitoraggio sul funzionamento dello strumento di programmazione e sull'attuazione delle misure per la gestione dei rischi corruttivi è una fase di fondamentale importanza per il successo del sistema di prevenzione della corruzione.

ANAC sottolinea, infatti, che le amministrazioni e gli enti sono chiamati a rafforzare il proprio impegno sul monitoraggio effettivo di quanto programmato considerato che gli esiti del monitoraggio rappresentano il punto di partenza per la progettazione futura delle misure e quindi sono fondamentali ai fini del miglioramento progressivo del sistema di gestione del rischio, nella misura in cui consentono di valutare se mantenere o meno le misure di prevenzione programmate in relazione alla loro effettività, sostenibilità e adeguatezza e parallelamente di evitare l'introduzione degli adempimenti di nuove misure se quelle già programmate sono idonee al loro scopo.

Il RPCT ha un ruolo di coordinamento, controllo e monitoraggio, ma non sostituisce i Direttori/Responsabili e Referenti delle misure delle singole strutture, in capo ai quali resta l'onere del **primo livello** di controllo e monitoraggio degli adempimenti inerenti il rispetto delle misure generali, specifiche e ulteriori di prevenzione del rischio corruttivo.

Un **secondo livello** di controllo e monitoraggio è, invece, di competenza del RPCT che espletà le proprie funzioni di coordinamento e di conseguente controllo sulle attività dei Direttori/Referenti per prevenzione della corruzione attraverso le seguenti modalità:

- comunicazioni periodiche, informazioni e disposizioni operative, emanate prioritariamente attraverso modalità semplificate (posta elettronica, ecc.);
- messa a disposizione di corsi di formazione e di materiale e documentazione di specifico interesse in remoto (FAD)/webinar;
- qualsiasi altra modalità ritenuta adeguata ai fini dell'esercizio delle proprie prerogative di coordinamento.

Un **ulteriore livello** di controllo e monitoraggio sul rispetto delle misure generali e ulteriori di prevenzione del rischio corruttivo è esercitabile dall'OIV.

Il primo livello di monitoraggio delle misure generali, in capo ai Direttori/Responsabili/Referenti di struttura, ha carattere permanente, mentre quello relativo alle misure specifiche e ulteriori ha cadenza semestrale se non diversamente disposto e si effettua attraverso la trasmissione di relazioni al RPCT.

## **Monitoraggio stato di attuazione anno 2025**

La sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza", è stata pubblicata, unitamente al PIAO 2025-2027 e agli allegati, sul sito dell'ASL di Oristano nelle sezioni "Disposizioni generali" e "Altri contenuti/Prevenzione della corruzione" di Amministrazione Trasparente.

In relazione ai risultati di monitoraggi delle misure programmate relativa ai semestri del 2025 è possibile fare riferimento ai risultati degli stessi dai quali emergono punti di attenzione sull'attuazione delle misure per la gestione dei rischi corruttivi come di seguito riportate:

- aggiornamento mappatura di processi, quali la SC Servizio Tecnico-Logistico e Patrimonio e SC Acquisizione Beni e Servizi, come da "Tabella Rischi e Misure Prevenzione" contenuta nell'Allegato di questa sottosezione;
- inserimento di nuovi processi, aree afferenti all'attività libero-professionale intramoenia (ALPI), SC Servizio Tecnico-Logistico e Patrimonio e SC Acquisizione Beni e Servizi, come da "Tabella Rischi e Misure Prevenzione" contenuta nell'Allegato di questa sottosezione;
- con delibera del Commissario Straordinario n. 30 del 10/06/2025 è stato approvato il Patto di Integrità dell'ASL n. 5 di Oristano, a seguito della Presa d'atto della DGR n.2/16 del 15/01/2025 avente per oggetto "Adozione dei nuovi Patti di Integrità applicabili al sistema dell'Amministrazione pubblica della Sardegna e alle Aziende del Servizio sanitario regionale. Legge 6 novembre 2012, n. 190, art. 1, comma 17";
- adozione dei Regolamenti in materia di: organizzazione e funzionamento dei Dipartimenti; Sistema di misurazione e valutazione delle performance; per lo svolgimento della libera professione intramoenia (ALPI) e delle attività aziendali a pagamento; relativo la protezione delle persone fisiche con riguardo al Trattamento dei dati personali in conformità alla disciplina di cui al Regolamento UE 2016/679; gestione della posta elettronica aziendale e del Google Workspace;
- nomina componenti dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari dell'ASL di Oristano con Deliberazione del D.G. n. 24 del 20/01/2025 con parziale rettifica di nomina componenti Delibera del D.G. n. 63 del 06/02/2025 e per l'anno 2025 non si sono attivati procedimenti disciplinari;
- criticità relative la carenza di risorse umane, in particolare di figure sanitarie, personale tecnico-amministrativo che ARES Sardegna colmerà nel triennio.

Il RPCT ogni anno ha l'obbligo di redigere la relazione recante i risultati dell'attività svolta e i risultati conseguiti, basata anche sui rendiconti presentati dai Dirigenti sulle misure poste in essere e sui risultati realizzati in esecuzione della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO e la trasmette al Direttore Generale ed all'OIV, provvedendo inoltre alla pubblicazione della stessa sul sito aziendale sez. A.T. Per quanto attiene la relazione del 2024 la stessa è reperibile al seguente link:

<https://www.asl5oristano.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/corruzione/>

La presente sottosezione del PIAO dovrà essere adeguata a seguito di modifiche organizzative che dovessero intervenire nel corso della sua validità.

## **Programmazione Monitoraggio 2026-2028**

In considerazione alla complessità dell'Azienda e alla summenzionata necessità di un monitoraggio incisivo e diffuso, anche nel corso dell'anno 2026, il sistema di monitoraggio sarà articolato su due livelli:

- il primo è in capo alle singole Strutture organizzative che sono chiamate a realizzare le misure che effettuano il monitoraggio semestrale o periodico del rispetto dei tempi procedurali di rispettiva competenza;

- il secondo è in capo al RPCT, e in considerazione della numerosità degli elementi da verificare, potrebbe rivelarsi non pienamente attuabile.

Per il 2026, il RPCT prevede l'eventualità di programmare momenti di confronto con i Responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione del rischio, al fine di reperire in maniera semplificata informazioni o documenti utili per svolgere il monitoraggio stesso. Inoltre lo stesso RPCT ha predisposto una scheda di monitoraggio sui procedimenti e sulle misure di prevenzione dei rischi corruttivi da trasmettere a tutti i Direttori/Responsabili dei rispettivi servizi aziendali, al fine di rilevare eventuali eventi rischiosi o rischi specifici o suggerimenti di nuove misure.

Nella presente sottosezione dedicata al monitoraggio vengono riportate anche le attività di monitoraggio periodico delle misure di prevenzione della corruzione adottate dall'Azienda.

Si prevede, inoltre, tramite eventi formativi di dedicare un'attenzione specifica al rispetto dei nuovi obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici alla luce delle novità introdotte dal D.lgs. 36/2023 e s.m.i. "Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici" e della prassi ANAC relativamente alla pubblicità legale dei bandi di gara e contratti, ai flussi verso la BDNCP, alla trasparenza per gli affidamenti diretti, al bilanciamento *privacy*.

## **TRASPARENZA**

La trasparenza, ai sensi dell'art. 1, co. 1, del D.lgs. n. 33/2013, è intesa come *"accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguitamento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche"*.

L'accesso alle informazioni pubbliche permette ai cittadini e a tutti i soggetti esterni all'amministrazione di conoscere, analizzare e giudicare l'azione dei pubblici poteri.

Il ruolo centrale della trasparenza nella democrazia amministrativa è stato evidenziato in particolare dall'Adunanza Plenaria n. 10 del 2 aprile 2020 del Consiglio di Stato: *"Il principio di trasparenza, che si esprime anche nella conoscibilità dei documenti amministrativi, rappresenta il fondamento della democrazia amministrativa in uno Stato di diritto in quanto garantisce l'intelligibilità dei processi decisionali e l'assenza di corruzione"*.

L'Azienda, nell'adottare le linee di intervento connesse alla trasparenza, intende valorizzare un contesto fortemente orientato ai valori della legalità, della trasparenza, dell'integrità e dell'etica, attraverso un percorso di cambiamento culturale che conduca a considerare tali valori come naturale connotazione di ogni azione e decisione aziendale e parte integrante della qualità dei servizi, delle prestazioni e delle relazioni tra l'Amministrazione e i cittadini/utenti.

L'ANAC ha introdotto la **Piattaforma Unica della Trasparenza (PUT)**, raggiungibile nella sezione "Servizi" del sito e all'indirizzo <https://put.anticorruzione.it/home>, novità per i cittadini dal 19/09/2025 che si propone come strumento unico e centralizzato per raccogliere, organizzare e rendere disponibili informazioni, documenti e dati di interesse pubblico, in particolare quelli assoggettati agli obblighi di pubblicazione previsti dal D.lgs n. 33 del 2013 e da assolvere mediante pubblicazione nella sez. A.T. dei siti istituzionali delle

amministrazioni/enti. La PUT si fonda su una strategia di integrazione e interoperabilità con le principali banche dati pubbliche, che verrà attuata in maniera graduale, man mano che sarà possibile acquisire e integrare i dati provenienti dalle diverse Amministrazioni.

Contestualmente l'ANAC, con il progetto **TrasparenzAI** (<https://trasparenzai.anticorruzione.it/>), raccoglie e organizza in maniera uniforme dati e documenti. Lo strumento è un vero e proprio motore di semplificazione. Per i cittadini, la novità si traduce nella possibilità di consultare con semplicità dati più completi e comparabili. Per le amministrazioni, significa poter contare su un sistema che garantisce formati aperti e uniformi, riduce l'attività di vigilanza e offre un supporto concreto alla gestione interna. La piattaforma non si limiterà a rendere trasparente l'azione pubblica, ma diventerà strumento di innovazione amministrativa: un luogo digitale dove condividere buone pratiche, confrontarsi e sviluppare sinergie.

## **PROGRAMMA DELL'ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA**

Per raggiungere i livelli auspicati di trasparenza è necessaria la corretta implementazione della sezione Amministrazione Trasparente nel sito istituzionale, fondamentale per rendere accessibili ai cittadini le informazioni sull'organizzazione, sulle attività e sulla gestione delle risorse pubbliche.

Oltre ad ottemperare agli obblighi di pubblicazione previsti dal D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i., la promozione delle misure di trasparenza si sostanzia anche nell'improntare tutta l'attività svolta al principio della massima semplificazione e miglioramento continuo delle procedure, anche attraverso il coinvolgimento di tutte le Strutture aziendali, secondo principi di ragionevolezza, di responsabilità e di sostenibilità.

Al riguardo, la normativa richiede alle amministrazioni di elaborare la Sezione Trasparenza nel contesto del PIAO e richiede ai singoli Dirigenti interessati di partecipare al processo di elaborazione e di attuazione del programma stesso. Questa partecipazione rientra tra i doveri d'ufficio dei dipendenti interessati.

Si tratta in primo luogo dei Direttori di Dipartimento/Servizio/Responsabili di Struttura e dei Dirigenti, ai quali sono affidate specifiche responsabilità per la trasmissione e la pubblicazione dei documenti e delle informazioni ai sensi dell'articolo 10 del D.lgs. 33/2013 e s.m.i., ma anche di Referenti, se nominati, ai quali spetta il compito di partecipare all'individuazione, all'elaborazione e alla pubblicazione delle informazioni richieste.

Il RPCT controlla l'attuazione delle linee di intervento previste nel Piano e delle singole iniziative svolgendo le seguenti attività:

- controllo dell'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di trasparenza contemplati dalla normativa;
- verifica della completezza, chiarezza ed aggiornamento delle informazioni rese accessibili mediante la pubblicazione;
- verifica della regolarità e dell'attuazione dell'accesso civico, previsto dal decreto.
- segnalazione a Organismi/Autorità competenti (OIV, ANAC e Ufficio Procedimenti Disciplinari) delle inadempienze relative alle pubblicazioni obbligatorie;
- segnalazione dei casi più gravi di inadempimento degli obblighi sopra indicati, agli Organismi/Autorità di cui al punto precedente nonché all'Organo di indirizzo politico per le ulteriori forme di responsabilità configurabili.

Nell'anno 2026 si dovrà:

- implementare la digitalizzazione dei flussi informativi per semplificare la pubblicazione e l'aggiornamento dei contenuti della sez. A.T. del sito web aziendale.
- procedere all'aggiornamento delle specifiche sottosezioni di A.T. secondo i nuovi schemi di pubblicazione, relativi a utilizzo delle risorse, organizzazione e controlli sull'attività, approvati da ANAC con Delibera n. 495 del 25 settembre 2024.

La ASL di Oristano, come da PAF ARES, approvato il 30.12.2025, intende attivare, per il 2026, specifiche attività formative

Inoltre, anche nel 2026, in continuità con gli anni precedenti, saranno promosse azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile, con la finalità di implementare la condivisione delle politiche di trasparenza aziendali attraverso il percorso di ascolto e partecipazione a tutti i livelli, ponendo innanzitutto il cittadino nelle condizioni di esprimere la propria opinione sulla qualità dell'assistenza ricevuta, con il coinvolgimento nei processi aziendali di cittadini, pazienti, dipendenti, enti, istituzioni, associazioni ecc..

In particolare, saranno realizzate le seguenti attività:

- sui temi specifici della Trasparenza e delle attività di prevenzione della corruzione (Giornata della trasparenza);
- aggiornamento costante della Carta dei Servizi;
- indagini della soddisfazione dei pazienti tramite QR Code presente nella lettera di dimissione ospedaliera e nei referti di specialistica ambulatoriale;
- raccolta di reclami e segnalazioni;
- raccolta di elogi.

## **STATO DI ATTUAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE DELLA TRASPARENZA**

L'ASL di Oristano, nelle more della completa attuazione dell'Atto Aziendale, in attuazione delle disposizioni normative in materia di trasparenza e obblighi di pubblicazione, ha predisposto il PIAO 2026-2028 contenente la presente sottosezione anticorruzione, nel cui allegato si sta procedendo all'implementazione dei flussi informativi necessari a garantire l'individuazione ed elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati (*Elenco obblighi di pubblicazioni* contenuto nell'Allegato 2.C). In tale schema si prevede di indicare i soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali servizi/uffici tenuti alla individuazione, alla elaborazione dei dati, alla trasmissione e alla pubblicazione sul sito web istituzionale, appena si definiranno gli incarichi dirigenziali e si delineeranno le risorse umane. Sono invece individuati i soggetti responsabili in relazione ai monitoraggi e sono specificati i termini, le frequenze e le periodicità dei relativi aggiornamenti. Stante il perdurare dell'attuale fase transitoria e riorganizzativa dell'Azienda, alcuni obblighi di pubblicazione e trasparenza non sono nella disponibilità dell'Azienda in quanto i relativi dati e flussi sono nella disponibilità dell'ARES e di tale condizione viene data evidenza nel programma per la trasparenza, così come anche per i casi in cui non è possibile pubblicare i dati previsti dalla normativa in quanto non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative o funzionali dell'Amministrazione.

Dalle risultanze della stato attuale, dalla relazione annuale del RPCT relativa alla gestione 2024 e dal monitoraggio effettuato da parte dell'OIV, si evidenzia come il sito web istituzionale (Albo Pretorio e sez. A.T.) sia sufficientemente popolato di dati ed informazioni e come lo stesso sia in continua implementazione con l'obiettivo di garantire pienamente gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte

dell'Azienda, offrendo 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.

Nell'Azienda, durante il corrente anno 2026, stante la situazione organizzativa complessiva, proseguirà l'attività del vigente programma per la trasparenza con verifiche e monitoraggi periodici così come indicati nelle apposite sottosezioni, salvo un complessivo aggiornamento dello stesso nel caso di importanti modifiche organizzative legate all'implementazione delle misure previste nell'Atto Aziendale.

L'attività di revisione e implementazione continuerà sia del sito aziendale che dell'apposita sez. A.T., per rendere maggiormente fruibili tutte le informazioni a garanzia della massima Trasparenza e Accessibilità.

Per il 2026 l'obiettivo è quello di continuare a migliorare progressivamente la qualità del processo di pubblicazione su tutti gli aspetti richiamati dalla norma anche attraverso una maggiore collaborazione di tutti i soggetti aziendali coinvolti. In particolare si proseguirà con l'attuazione alla Deliberazione ANAC n. 495 del 25/09/2024 e con le modifiche inserite nella Deliberazione ANAC n. 481 del 03/12/2025, dall'anno in corso scatta l'obbligatorietà dei 3 schemi ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui agli articoli del D.lgs. 33/2013:

- 4-bis (utilizzo delle risorse pubbliche);
- 13 (organizzazione);
- 31 (controlli su attività e organizzazione).

L'ANAC, con Delibera n. 497 del 03/12/2025, ha approvato ulteriori 5 schemi di pubblicazioni ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione per un periodo sperimentale di 12 mesi.

Infine, in base alle risorse disponibili, si cercherà di rendere ancora più efficace ed efficiente l'attività di monitoraggio e controllo sui dati, documenti e informazioni pubblicati, anche attraverso l'adozione di strumenti informatici idonei.

L'attuale sezione del PIAO mira a focalizzare i rischi che potrebbero impedire il raggiungimento degli obiettivi di trasparenza individuati, soprattutto in termini di valore pubblico, e le misure necessarie al contenimento dei rischi stessi o alla promozione della trasparenza.

Nell'ottica della protezione del valore pubblico è evidente che questo sarà tanto più alto quanto più sarà attuata la normativa sulla trasparenza. Di contro, fattori negativi di contesto interno ed esterno, "disvalori pubblici", genereranno bassi volumi di valore pubblico.

Anche in tema di promozione della Trasparenza e dell'integrità pubblica il PNA 2026 orienta verso una migliore accessibilità delle sezioni AT che valorizzi lo strumento nella direzione del passaggio dalla conoscibilità alla conoscenza della attività delle amministrazioni/enti.

## **MONITORAGGIO E CONTROLLO**

Il monitoraggio sull'attuazione della trasparenza è volto a verificare se l'amministrazione ha individuato misure organizzative che assicurino il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione Trasparente. Sulle misure di trasparenza, lo stesso consente al RPCT di formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento. E' altresì volto a verificare la corretta attuazione della disciplina sull'accesso civico semplice e generalizzato, nonché la

capacità dell'amministrazione di censire le richieste di accesso e i loro esiti all'interno del registro degli accessi.

Al riguardo, il PNA 2022, evidenzia che la piena attuazione della trasparenza comporta anche che le amministrazioni prestino la massima cura nella trattazione delle istanze di accesso civico, semplice e generalizzato. Tutte le informazioni necessarie per consentire l'esercizio di entrambi i diritti vanno pubblicate nella sez. A.T. del sito web istituzionale.

In tal senso, al fine di garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni, costituisce parte integrante del presente Piano il prospetto riepilogativo ed analitico, denominato *Elenco obblighi di pubblicazione* riportato nell'Allegato, relativo alla pubblicazione dei dati online nella sezione Amministrazione trasparente del sito web istituzionale,

A tutti i Direttori/Responsabili delle strutture aziendali spetta la piena ed esclusiva responsabilità della trasmissione e pubblicazione dei dati e, quando individuati, anche attraverso i propri Referenti. Tutti i documenti saranno trasmessi in formato di tipo aperto (o elaborabile) secondo quanto previsto da indicazioni ANAC e i Direttori/Responsabili dei vari settori organizzativi vigleranno sulla regolare produzione e trasmissione e pubblicazione dei dati. I Dirigenti/Referenti operano in un'ottica di collaborazione con il RPCT. I Referenti/Responsabili della trasparenza, come sopra individuati, svolgono il monitoraggio dei dati pubblicati sul sito rispetto agli obblighi di pubblicazione assolti dalle singole strutture per il tramite dei Referenti di ciascuna struttura correlati con la data dell'ultimo aggiornamento.

Nello specifico, l'adempimento si esplica attraverso la pubblicazione diretta, da parte dei Referenti, sotto il controllo del proprio Direttore/Responsabile del servizio/UU.OO, di notizie, dati e informazioni, nel rispetto della normativa di riferimento nonché dello scadenzario relativo a ciascun dato richiesto (invio tempestivo, trimestrale, semestrale, annuale).

L'aggiornamento dei flussi informativi e la loro pubblicazione rientrano, inoltre, tra gli obiettivi di budget assegnati ai Servizi coinvolte nel processo ed è valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance organizzativa ed individuale.

Gli obblighi di pubblicazione, per ciascun Servizio sono sintetizzati nell'Allegato alla sottosezione *"Rischi corruttivi e trasparenza"* a cui si rinvia.

Il RPCT, pertanto ha un ruolo di coordinamento nel monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, ma non è direttamente responsabile dello stesso e non sostituisce i Referenti dei servizi/uffici, indi l'adempimento secondo le modalità sopra descritte, resta in capo ai singoli Direttori/Responsabili/Dirigenti proponenti l'atto e depositari/titolari della formazione e/o detenzione dei dati e delle informazioni soggette all'obbligo e relaziona all'OIV in merito alla pubblicazione degli stessi sul sito aziendale.

Si riassumono di seguito i livelli di monitoraggio e controllo:

- un **primo livello** è in capo ai Direttori/Responsabili e se individuati ai Referenti delle singole strutture;
- un **secondo livello** è di competenza del RPCT che espleta le proprie funzioni di coordinamento e conseguente controllo sulle attività dei Referenti per la trasparenza attraverso le seguenti modalità:
  - predisposizione di report specifici da parte dei soggetti responsabili dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati;
  - comunicazioni periodiche, informazioni e disposizioni operative, emanate prioritariamente attraverso modalità semplificate (posta elettronica, ecc.);

- messa a disposizione di corsi di formazione e di materiale e documentazione di specifico interesse in remoto (FAD)/webinar;
- bilanciamento principi di trasparenza e disciplina sulla tutela dei dati personali, con la collaborazione del RPD- DPO. Resta fermo infatti che, nel caso di informazioni che contengano anche dati personali, devono essere rispettati i principi e le linee guida in materia di tutela della riservatezza, secondo quanto indicato dal Garante per la protezione dei dati personali *"Linee guida in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato da soggetti pubblici per finalità di pubblicazione e diffusione sul web"*;
- attuazione disciplina sull'accesso, civico semplice e generalizzato e pubblicazione di tutte le informazioni necessarie per consentire l'esercizio dei diritti nella sezione di A.T.;
- qualsiasi altra modalità ritenuta adeguata ai fini dell'esercizio delle proprie prerogative di coordinamento.

La ritardata o mancata pubblicazione di un dato soggetto ad obbligo sarà segnalato al Direttore/Responsabile del Servizio/struttura il quale dovrà provvedere, con il supporto del referente (se individuato) alla pubblicazione tempestiva e comunque nel termine massimo di giorni quindici (15) dell'atto mancante.

- un **terzo livello**, sul grado di trasparenza raggiunto dall'amministrazione, è esercitato dall'OIV che non verifica solo la mera presenza/assenza del dato o documento nella sez. A.T., ma si esprime anche sui profili qualitativi che investono la completezza, l'aggiornamento e il formato aperto ed elaborabile del dato pubblicato.

La sez. A.T. è sottoposta a costante aggiornamento per garantire un alto livello di trasparenza tenendo conto, però, dell'obbligo di rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se dati personali rientranti in particolari categorie (ex "dati sensibili") o dati personali relativi a condanne penali e reati (ex "dati giudiziari"), non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione.

### **Monitoraggio anno 2025**

Nel corso dell'anno è stata svolta una attività di monitoraggio periodico su tutte le sottosezioni di Amministrazione Trasparente, con un focus specifico su quelle oggetto di verifica in merito al livello di assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte dell'OIV ai sensi delle Delibere ANAC n. 213 del 23 aprile 2024 e n. 192 del 7 maggio 2025.

Al riguardo, si rileva che:

- in data 10 gennaio 2025, l'OIV tenendo anche conto dei risultati e degli elementi emersi dall'attività di controllo sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione svolta dal RPCT ai sensi dell'art. 43, co. 1, del D.lgs. n. 33/2013 ha attestato la veridicità e l'attendibilità di quanto riportato nella scheda di monitoraggio rispetto a quanto pubblicato sul sito web dell'Amministrazione - anno di riferimento 2023;
- in data 11 luglio 2025, l'OIV tenendo anche conto dei risultati e degli elementi emersi dall'attività di controllo sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione svolta dal RPCT ai sensi dell'art. 43, co. 1, del D.lgs. n. 33/2013 ha attestato la veridicità e l'attendibilità di quanto riportato nella scheda di monitoraggio rispetto a quanto pubblicato sul sito web dell'Amministrazione - anno di riferimento 2024;
- è stata assicurata la regolare attuazione dell'accesso civico anche attraverso il costante aggiornamento del registro degli accessi civici;

- la pubblicazione dei dati nella sezione “*Bandi di gara e contratti*” di A.T. è stata adeguata alla nuova “organizzazione”, valida dal 1° gennaio 2024, relativamente sia agli adempimenti riguardanti i flussi informativi verso la BDNCP di cui alla Delibera ANAC 261/2023 che agli obblighi di pubblicazione nella sottosezione “*Bandi di gara e contratti*” di cui alla Delibera ANAC 264/2023.

Gli esiti sui monitoraggi svolti sia sulle misure di trasparenza adottate che sulle richieste di accesso civico, semplice e generalizzato, sono funzionali alla verifica del conseguimento degli obiettivi strategici dell’amministrazione e, in particolare, di quelli orientati al raggiungimento del Valore Pubblico.

## **PROGRAMMAZIONE MONITORAGGIO 2026-2028**

In coerenza con quanto sopra riportato relativamente alle attività di monitoraggio, nel corso dell’anno 2026 si prevede di effettuare controlli periodici sulla pubblicazione dei dati in costante collaborazione con la SC Affari Generali e con il supporto del RPD per le tematiche relative alla tutela della *privacy* in base alla normativa del GDPR.

Si prevede nell’anno 2026 di effettuare un costante monitoraggio sul sito al fine di valutare la trasparenza dello stesso e di verificare che le implementazioni effettuate siano rispondenti alle aspettative e alle necessità dei diversi target di riferimento e alla normativa sull’accessibilità.

## **TRASPARENZA IN MATERIA DI CONTRATTI PUBBLICI DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE IN AMBITO SANITARIO**

Il D.lgs. n. 36/2023, nuovo Codice dei contratti pubblici, ha introdotto dal 1 gennaio 2024, rilevanti modifiche in materia di trasparenza dei dati e delle informazioni, in coerenza con il principio di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici e del principio dell’unicità dell’invio (only once), in base al quale ciascun dato è fornito una sola volta ad un solo sistema informatico secondo l’art. 19 comma 2.

L’Azienda comunica tempestivamente i dati alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP), attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate a svolgere le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici, come previsto dall’art. 28. La stazione Appaltante assicura il collegamento tra la sez. Amministrazione Trasparente e la BDNCP mediante link di collegamento ipertestuale nella sez. A.T., sottosez. *Bandi di gara e contratti*.

Si evidenzia inoltre che l’intera materia della trasparenza dei contratti pubblici è stata completamente ridisegnata quanto alle modalità di trasmissione dei dati, che a far data dal 01/01/2024 le trasmissioni avvengono attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate per le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici.

Considerato che queste nuove modalità operative hanno avuto un grande impatto sull’operatività degli uffici è stato previsto un aggiornamento nel corso del 2025 con la partecipazione degli operatori a specifici percorsi formativi, per verificare l’applicazione delle nuove misure anche a seguito della partecipazione degli operatori a specifici percorsi formativi che dovrebbero essere implementati da SardegnaCAT. L’Azienda inoltre pubblica, all’interno della relativa sezione del sito web aziendale, i dati che non vengono trasmessi alla BDNCP ma che sono comunque oggetto di pubblicazione obbligatoria come individuati nell’Allegato 1 della delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 come modificata ed integrata con delibera n. 601 del 19 dicembre 2023.

## TRASPARENZE E TUTELA DEI DATI PERSONALI

E' necessario porre particolare attenzione al tema del bilanciamento tra la trasparenza e la tutela dei dati personali, con l'entrata in vigore del Regolamento UE 2016/679 e del D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101, il legislatore ha adeguato il Codice in materia di protezione di dati personali alle disposizioni dello stesso Reg. UE.

Nel 2019 la sentenza n. 20 della Corte costituzionale (pronunciatisi sulla questione delle pubblicazioni di cui all'art. 14, D.lgs. 33/2013), ha analizzato a fondo la problematica del rapporto tra obblighi di pubblicazione e protezione dei dati personali evidenziando che "risultano in connessione – e talvolta in visibile tensione – diritti e principi fondamentali, contemporaneamente tutelati sia dalla Costituzione che dal diritto europeo, primario e derivato".

Nelle regole per la protezione dei dati personali, è doveroso attenzionare:

- il Considerando n. 4 del Reg. UE secondo cui "Il diritto alla protezione dei dati di carattere personale non è una prerogativa assoluta, ma va considerato alla luce della sua funzione sociale e va contemplato con altri diritti fondamentali, in ossequio al principio di proporzionalità";
- l'art. 2-ter del D.lgs. 196/2003, introdotto dal D.lgs. 101/2018 che stabilisce che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, par. 3, lett. b) del Reg. (UE) 2016/679, "è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento". Inoltre, il co. 3 del medesimo articolo stabilisce che "*La diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1*".

L'Azienda, nell'eventualità dovesse pubblicare dati o documenti contenenti dati personali è necessario che, verifichi la disciplina in materia di trasparenza o altra normativa specifica che preveda l'obbligo di pubblicazione.

L'attività di pubblicazione dei dati sul sito web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Reg. (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento.

Fatto salvo, in ogni caso, quanto previsto dall'art. 7 bis del D.lgs. 33/2013: "*Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione*".

Sulla materia in argomento, il Responsabile della Protezione dei Dati, ovvero il DPO, supporta il RPCT nel fornire informazioni, consulenza e sorveglianza in relazione al rispetto degli obblighi derivanti della normativa in materia di protezione dei dati personali (art. 39 del GDPR).

## Accesso Civico e Accesso Generalizzato

Al fine di implementare e disciplinare organicamente le diverse tipologie di accesso, sia per facilitare le istanze da parte degli operatori, in particolare il diritto di accesso su documenti di carattere sanitario, e sia di

offrire ai cittadini uno strumento di agevole consultazione nell'ottica di massima trasparenza e semplificazione amministrativa, l'ASL di Oristano ha adottato il Regolamento in materia di accesso agli Atti Documentale, Civico Semplice e Civico Generalizzato con Delibera del DG n. 895 del 31/12/2024, adeguato alle più recenti normative. Il Regolamento, predisposto a cura del RPCT e della SC Affari Generali e Area delle Funzioni Legali, è pubblicato sul sito istituzionale internet nella sez. Amministrazione Trasparente sia nella sottosezione *Altri contenuti/Accesso civico*, che nella sottosezione *Disposizioni Generali/Atti Generali*. Nel corso del 2025 è stato raggiunto l'obiettivo della sperimentazione della digitalizzazione e pubblicazione dei registri trimestrali degli accessi documentali, civici e civici generalizzati che riportano le diverse tipologie di istanze relative a ciascun servizio, presentate alla ASL n. 5 di Oristano. Gli stessi poi confluiscono nel "Registro degli Accessi" digitalizzato, denominato Registro Aziendale degli Accessi, con pubblicazione semestrale per l'anno in corso nella sez. A.T. sottosezione *Altri contenuti/Accesso civico*. Sempre nel corso del 2025 è stato raggiunto anche l'obiettivo della pubblicazione nella medesima sezione di tutte le informazioni per consentire agli interessati l'accesso civico e l'accesso generalizzato secondo quanto già indicato da ANAC. Nello stesso 2025 le Strutture aziendali hanno provveduto all'applicazione del nuovo Regolamento unitamente alla nuova modulistica.

Inoltre, come indicato nella relazione annuale 2024 del RPCT, persistono alcune criticità legate alla procedura per quanto attiene la trasmissione di flussi, condizionato dalla carenza di personale tecnico-amministrativo. Quindi compatibilmente con la disponibilità di risorse umane, strutturali ed economiche, è opportuno proseguire nell'intensificazione di comunicazioni interne, incontri periodici con i Direttori/Referenti (se individuati) di ogni singola sottosezione, scadenziario e modalità informatizzate di trasmissione dei flussi in modo da poter consentire la pubblicazione integrale degli accessi nel rispetto degli obblighi e di quanto previsto dalla normativa.

### **Collegamento con il Piano della performance**

Il Piano della Performance e il Sistema di misurazione e valutazione della Performance sono strettamente connessi ed integrati con il PTPCT. Tale integrazione è volta a garantire la piena ed effettiva conoscibilità e comparabilità dell'agire dell'Azienda.

L'efficacia del PIAO sottosezione 2.3 dipende dalla collaborazione effettiva di tutta l'Organizzazione, pertanto è indispensabile che lo stesso sia coordinato rispetto a tutti gli altri strumenti di programmazione dell'Azienda. A tal fine con il presente Piano si è data particolare rilevanza all'attività di contrasto dei comportamenti corruttivi.

Nella Relazione sulla Performance viene annualmente dato conto dei risultati raggiunti in materia di contrasto al fenomeno della corruzione e di trasparenza dell'azione amministrativa, sotto il profilo della performance organizzativa, rispetto a quanto contenuto nel PTPCT.

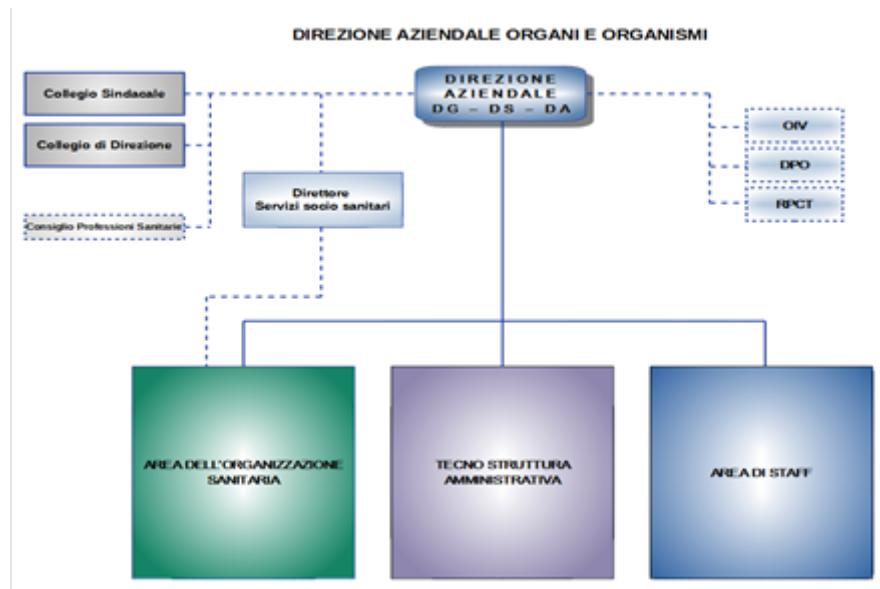
### **n. 2 allegato alla sottosezione 2.3 "Rischi Corrottivi della Trasparenza"**

## Sezione 3 - Organizzazione e Capitale Umano

### 1. Struttura organizzativa

La struttura organizzativa della ASL n. 5 di Oristano è definita dall'Atto Aziendale, adottato dal Direttore Generale con deliberazione n. 26 del 24/01/2023 e dichiarato conforme alle linee guida regionali con DGR n. 3/41 del 27/01/2023, così come previsto dall'art. 16, comma 2, della legge regionale 11 settembre 2020, n. 24 e ss.mm.ii.

Ai sensi dell'art., comma 1 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii. (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e dell'art. 9 della L.R. 17/2020 e ss.mm.ii. "Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore", attraverso l'atto Aziendale l'Azienda individua la propria *mission* e la *vision* che orientano il suo operato istituzionale e, come detto, la struttura organizzativa, nell'ambito della quale saranno ripartite le funzioni di produzione e di supporto finalizzate all'erogazione dell'assistenza collettiva e individuale.



Il grafico esemplifica l'organigramma della ASL 5 con gli organi, gli organismi e le tre macro-aree organizzative nell'ambito delle quali si esplicitano le funzioni istituzionali, in costante interconnessione tra loro, ossia l'area del governo strategico, l'area di produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie e l'area delle attività amministrative e tecniche di supporto alla produzione sanitaria.

Nell'ambito dell'Azienda è attuato il principio della distinzione fra le funzioni di governo (programmazione, indirizzo, allocazione delle risorse e controllo), proprie del vertice aziendale (Direzione Aziendale, costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, supportati, per quanto di competenza, dal Direttore dei Servizi socio-sanitari) e le funzioni di organizzazione delle risorse e di gestione operativa affidate alla Dirigenza, secondo principi di responsabilizzazione e valorizzazione delle risorse coinvolte ai vari livelli.

Il governo aziendale passa, pertanto, attraverso processi di pianificazione strategica, programmazione e controllo della gestione di competenza del Direttore Generale, svolte attraverso il supporto della Direzione Amministrativa e Sanitaria e delle ulteriori strutture aziendali all'uopo individuate.

## **Il modello Dipartimentale**

Il modello di organizzazione adottato è quello dipartimentale, attraverso il quale viene si intende perseguire, per quanto più possibile, l'aggregazione di compiti, processi e percorsi al fine di razionalizzare le risorse, di realizzare economie di apprendimento o di esperienza, di scala e di gestione e di migliorare la qualità delle prestazioni in coesione multi-professionale.

Il Dipartimento è una struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti di orientamento, consulenza e supervisione, di governo unitario dell'offerta per l'area disciplinare di appartenenza, e di gestione integrata delle risorse assegnate alle strutture in esso aggregate. Il Dipartimento, a seconda della sua tipologia, è costituito da aree funzionali-organizzative e strutture organizzative, semplici e complesse, che, per omogeneità, affinità e complementarietà hanno comuni finalità.

I Dipartimenti possono essere strutturali e funzionali.

I Dipartimenti strutturali sono costituiti dall'aggregazione di strutture complesse – nel numero previsto dagli indirizzi regionali ovvero, in ogni caso, in numero non inferiore a tre, fatta salva per le funzioni di Staff che sono sviluppate secondo un modello dipartimentale, indipendentemente dal numero di SC attivate- eventualmente articolabili in strutture semplici e di strutture semplici dipartimentali, ove previste.

Sono dotati di autonomia tecnico-professionale nonché di autonomia gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti, e di apposito *budget*, assegnato dalla Direzione Aziendale, la cui gestione è affidata al Direttore di Dipartimento

L'Azienda disciplinerà l'organizzazione ed il funzionamento dei Dipartimenti aziendali in appositi regolamenti attuativi, con i quali vengono delineati, all'interno di ciascuno, il sistema e i criteri di attribuzione di funzioni, attività e risorse, nonché la definizione di un sistema di responsabilità dei dirigenti delle strutture afferenti.

L'Azienda ha disciplinato con proprio Regolamento l'organizzazione e il funzionamento dei Dipartimenti della ASL 5 (Deliberazione n. 45 del 13/12/2024); sono state quindi avviate, nelle more dell'avvio e definizione delle procedure per la costituzione dei relativi Comitati, programmate per il 2026, le selezioni interne per il conferimento dei relativi incarichi provvisori:

- Dipartimento di Cure Mediche (Deliberazione del Commissario Straordinario n. 171 del 1/10/2025);
- Dipartimento di Cure Chirurgiche (Deliberazione del Commissario Straordinario n. 173 del 1/10/2025);
- Dipartimento di Emergenza-Urgenza (Deliberazione del Commissario Straordinario n. 172 del 1/10/2025);
- Dipartimento dei Servizi (Deliberazione del Commissario Straordinario n. 169 del 1/10/2025);
- Dipartimento delle Attività Territoriali (Deliberazione del Commissario Straordinario n. 168 del 1/10/2025);
- Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (Deliberazione del Commissario Straordinario n. 170 del 1/10/2025).

### **Le unità operative**

Nell'ambito dell'organizzazione aziendale, l'Azienda definisce la mappatura complessiva e la graduazione degli incarichi dirigenziali in coerenza con gli obiettivi strategici e i valori a fondamento della propria missione. Ogni unità organizzativa aggrega risorse multi-professionali, tecniche e finanziarie e assicura la direzione e l'organizzazione delle attività di competenza, nonché il raggiungimento degli obiettivi assegnati, nel rispetto degli indirizzi aziendali. Nell'ambito dell'Atto aziendale, sono individuate le seguenti tipologie di unità operative:

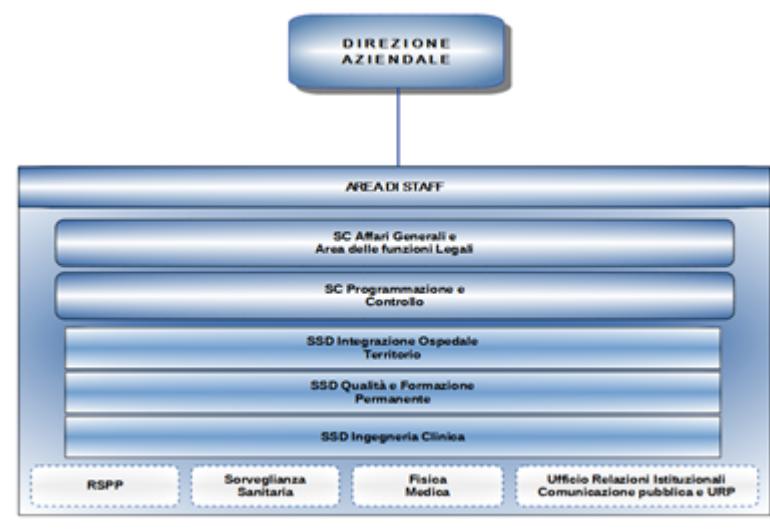
- strutture complesse (SC): organizzazioni complesse che svolgono una funzione o un complesso di funzioni omogenee e/o affini; possono essere aggregate a un dipartimento; sono dotate di autonomia organizzativa e tecnico-operativa nell'ambito degli indirizzi e delle direttive emanati dal Direttore dell'area dipartimentale e dalla Direzione Aziendale; sono dirette da un dirigente nominato in conformità alle normative vigenti;
- strutture semplici dipartimentali (SSD): articolazioni in cui sono presenti competenze professionali e risorse finalizzate allo svolgimento di funzioni aventi carattere di particolare intensità delle seguenti variabili: valenza strategica, complessità organizzativa, valore economico, specializzazione, economicità;
- strutture semplici (SS): organizzazioni semplici con un'autonomia funzionale all'interno della struttura complessa nella quale sono inserite.

### **Le tre macro – aree organizzative**

Come evidenziato, l'Atto aziendale della ASL 5 prevede un assetto organizzato strutturato in tre Macro-Aree: lo staff della Direzione aziendale, la tecnocstruttura amministrativa e l'area della produzione sanitaria.

#### **Area di Staff**

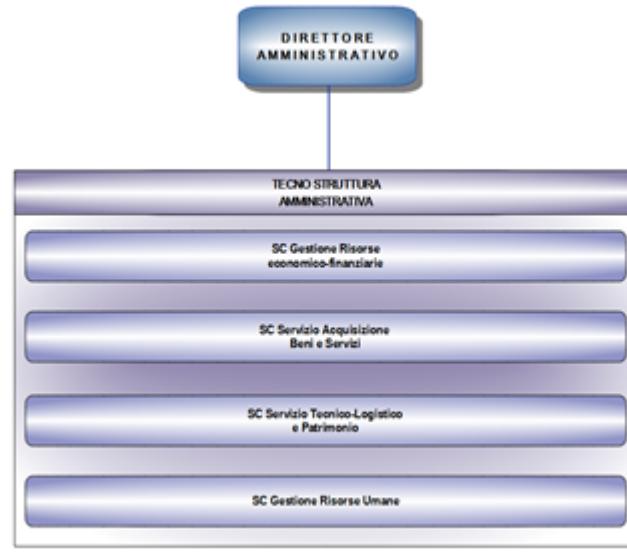
L'Area di Staff supporta la Direzione Aziendale nell'attività di governo, pianificazione strategica, programmazione e controllo, attraverso lo svolgimento delle funzioni inerenti gli affari generali e legali, le relazioni istituzionali, il presidio dei processi di integrazione, qualità, programmazione, controllo, secondo il seguente schema organizzativo.



### La Tecnostruttura Amministrativa

Traduce sul piano operativo i programmi della Direzione strategica attraverso lo svolgimento delle funzioni amministrative in coerenza con il modello organizzativo del SSR di cui alla L.R. 24/2020 e ss.mm.ii..

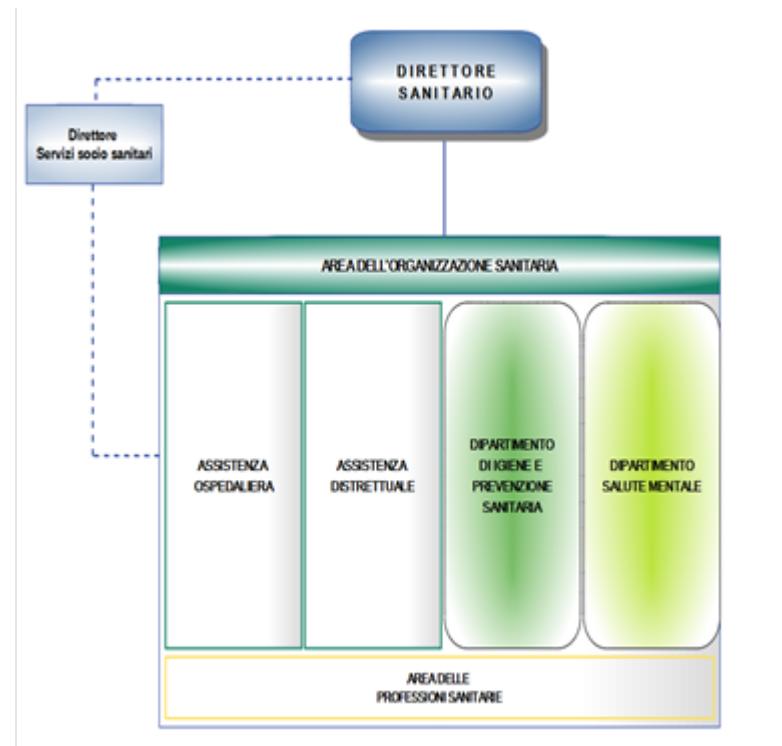
Tali funzioni sono espletate in maniera da garantire unitarietà e omogeneità delle stesse e massima integrazione dell'azione e dell'informazione; a tal fine l'Area è articolata in un'organizzazione dipartimentale, secondo il seguente modello



### Area dell'organizzazione sanitaria

E' costituita dal complesso delle attività sanitarie di produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie ospedaliere e territoriali e delle attività di supporto che concorrono direttamente alla suddetta produzione. L'organizzazione sanitaria dei servizi è articolata nei Distretti, nel Presidio

Ospedaliero e nei Dipartimenti ospedalieri e territoriali.



### L'implementazione dell'Atto Aziendale

Nel 2023 è stato avviato, con Deliberazione del Direttore Generale n. 90 del 14 marzo, il processo di implementazione dell'Atto aziendale, articolato nelle seguenti fasi:

- definizione e adozione del Funzionigramma, nell'ambito del quale sono delineate in maniera analitica, le funzioni e attribuzioni delle Strutture previste dall'organigramma di cui all'Atto aziendale (Deliberazione del Direttore Generale n. 402 del 6/09/2023, successivamente integrata dalle Deliberazione n. del Commissario Straordinario n. 3 del 13/05/2025 e dalla Deliberazione del Direttore Generale n. 2 del 12/01/2026);
- definizione del processo di graduazione delle funzioni dirigenziali e di adeguamento dei Fondi Contrattuali, nel rispetto della normativa vigente e delle prerogative delle OO.SS.;
- conferimento degli incarichi dirigenziali gestionali; in particolare sono stati attribuiti, a seguito di procedure selettive interne, così come previsto dai Regolamenti aziendali in materia, gli incarichi gestionali con riferimento all'Area dello Staff e della Tecno-Struttura Amministrativa come di seguito elencati:
  - SC Servizio Affari Generali e Area delle Funzioni Legali (Deliberazione del Direttore Generale n. 185 del 5/05/2023);
  - SC Servizio Programmazione e Controllo (Deliberazione del Direttore Generale n. 186 del 5/05/2023);

- SC Servizio Gestione Risorse Umane e Sviluppo Organizzativo (Deliberazione del Direttore Generale n. 187 del 5/05/2023);
- SC Servizio Acquisizione Beni e Servizi (Deliberazione del Direttore Generale n. 188 del 5/05/2023);
- SC Servizio Tecnico Logistico e Patrimonio (Deliberazione del Direttore Generale n. 189 del 5/05/2023);
- SC Gestione Risorse Economico-Finanziarie (Deliberazione del Direttore Generale n. 57 del 4/02/2025);
- SSD Integrazione Ospedale-Territorio (Deliberazione del Direttore Generale n. 63 del 2/02/2024);
- SSD Risk Management, Qualità e Formazione permanente (Deliberazione del Direttore Generale n. 269 del 15/06/2023)

nonché quelli di Direzione delle SSD di Area Sanitaria:

- SSD Endoscopia Digestiva, afferente al Dipartimento di Cure Chirurgiche (Deliberazione del Direttore Generale n. 305 del 6/07/2023);
- SSD Otorinolaringoiatria, afferente al Dipartimento di Cure Chirurgiche (Deliberazione del Direttore Generale n. 565 del 28/08/2024);
- SSD Senelogia afferente al Dipartimento di Cure Chirurgiche (Deliberazione del Direttore Generale n. 306 del 6/07/2023);
- SSD Centro Diagnosi e Cura delle demenze, afferente al Dipartimento di Cure Mediche (Deliberazione del Direttore Generale n. 105 del 24/02/2025);
- SSD Malattie dell'Apparato Respiratorio, afferente al Dipartimento di Cure Mediche (Deliberazione del Direttore Generale n. 566 del 28/08/2024);
- SSD Riabilitazione Day Hospital e Ambulatorio Specialistico, afferente al Dipartimento di Cure Mediche (Deliberazione del Direttore Generale n. 58 del 31/01/2024);
- SSD Emodinamica, afferente al Dipartimento di Emergenza-Urgenza (Deliberazione del Direttore Generale n. 369 del 11/08/2023);
- SSD Radiologia Bosa-Ghilarza, afferente al Dipartimento dei Servizi (Deliberazione n. 372 del 11/08/2023);
- SSD Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), afferente al Dipartimento delle attività territoriali (Deliberazione del Direttore Generale n. 62 del 2/02/2024);
- SSD Radiologia Territoriale, afferente al Dipartimento delle Attività Territoriali (Deliberazione del Direttore Generale n. 104 del 24/02/2025);
- SSD Anagrafe Canina, afferente al Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (Deliberazione del Direttore Generale n. 96 del 28/02/2025);
- SSD Ufficio Sanzioni in Materia Igienico Sanitaria , afferente al Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (Deliberazione del Direttore Generale n. 409 del 8/09/2023);
- SSD Salute e Ambiente, afferente al Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (Deliberazione del Direttore Generale n. 531 del 21/11/2023).

Sono state, inoltre, attivate nel corso del 2024 e del 2025 le Strutture Semplici di Area Sanitaria di seguito elencate:

- SS CAS, afferente alla SC Oncologia ed Ematologia (Deliberazione del Direttore Generale n. 58 del 4/02/2025);
- SS Oftalmologia, afferente alla SC Chirurgia (Deliberazione del Direttore Generale n.29 del 20/01/2025);
- SS Osservazione Breve Intensiva, afferente alla SC Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza (Deliberazione del Direttore Generale n. 879 del 24/12/2024);
- SS MCAU Bosa, afferente alla SC Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza (Deliberazione del Direttore Generale n. 48 del 28/01/2025);
- SS Direzione di Presidio sede Oristano, afferente alla SC Direzione Sanitaria Presidio (Deliberazione del Direttore Generale n.20 del 16/01/2025);
- SS Direzione di Presidio sede Bosa, afferente alla SC Direzione Sanitaria di Presidio (Deliberazione del Direttore Generale n. 21 del 16/01/2025).

Per quanto attiene agli incarichi di Direzione delle Strutture Complesse Sanitarie vacanti, l'Azienda, nel rispetto della ripartizione delle funzioni nell'ambito del SSR definito dalla riforma del 2020, ha dato mandato ad ARES di avviare le relative procedure concorsuali che, ad oggi, sono state definite con il conferimento degli incarichi delle SS.CC. Urologia (Deliberazione del Direttore Generale n. 537 del 22/11/2023), Medicina Interna (Deliberazione del Direttore Generale n. 567 del 5/12/2023), Medicina e Chirurgia di accettazione e di Urgenza (Deliberazione del Direttore Generale n. 600 del 23/12/2023), Cardiologia (Deliberazione del Direttore Generale n. 601 del 27/12/2023); Direzione Sanitaria di Presidio (Deliberazione del Direttore Generale n. 170 del 21/02/2024), Farmacia Territoriale (Deliberazione del Commissario Straordinario n. 260 del 18/12/2025).

Nelle more della definizione delle relative procedure, l'Azienda provvede al conferimento, a seguito di apposita selezione interna, degli incarichi sostitutivi, ex art. 25 CCNL Dirigenza Area Sanità vigente.

L'elenco degli incarichi dirigenziali gestionali è consultabile nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale, all'indirizzo <https://www.asl5oristano.it/amministrazione-trasparente/personale/dirigenti/>

- Definizione degli assetti organizzativi degli incarichi dirigenziali professionali, di Area PTA e di Area Sanitaria e conferimento degli stessi (Deliberazione del Direttore Generale n. 642 del 11/12/2023 come integrata dalla successiva n. 5 del 3/01/2024); nel corso del 2024 e del 2025 l'Azienda ha progressiva provveduto al conferimento di incarichi ulteriori, in ragione del raggiungimento dei relativi requisiti da parte dei dirigenti interessati
- Definizione degli assetti organizzativi degli incarichi del personale del Comparto e avvio delle procedure per il conferimento degli stessi (Deliberazione del Direttore Generale n. 675 del 28/12/2023, Deliberazione del Direttore Generale n. 141 del 4/03/2024, Deliberazione del Direttore Generale n. 286 del 9/05/2024, Deliberazione n. 561 del 13/08/2024). L'elenco degli incarichi di funzione conferiti è consultabile nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale, all'indirizzo <https://www.asl5oristano.it/amministrazione-trasparente/personale/posizioni-organizzative/>

## 2. Organizzazione del lavoro agile

In questa sottosezione sono indicati, secondo le più aggiornate Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché in coerenza con i CC.CC.NN.LL., la strategia e gli obiettivi legati allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro da remoto (lavoro agile).

Scopo del Piano è definire le misure organizzative, i requisiti tecnologici e gli strumenti di misurazione periodica dei risultati conseguiti dai lavoratori impegnati nel lavoro agile.

### **Normativa di riferimento**

Le principali disposizioni in materia di lavoro agile sono le seguenti:

- art. 14, comma 3, l. 7/08/2015 n. 124, recante “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;
- Direttiva n. 3/2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri recante “Linee Guida contenenti regole inerenti all’organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”;
- artt. 18 e ss. l. 22/05/2017 n. 81 recante “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l’articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”;
- Direttiva Presidenza del Consiglio dei Ministri del 1/07/2017 aente ad oggetto “Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri recante gli indirizzi per l’attuazione dell’art. 14 della legge 7 agosto 2015 n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all’organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”;
- Circolare INAIL 48 del 2/11/2017 aente ad oggetto: “Lavoro agile. Legge 81/2017 artt. 18-23. Obbligo assicurativo e classificazione tariffaria, retribuzione imponibile, tutela assicurativa, tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. Istruzioni operative”;
- art. 2 “Lavoro agile” Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 25/02/2020;
- art. comma 5 art. 18 co. 5 D.L. n. 9 del 2/03/2020, di modifica dell’art. 14, l. n. 124/2015;
- art. 3 “Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa” Direttiva 2/2020 del 12/03/2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri aente ad oggetto “Indicazioni in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da Covid-19 nelle PPAA di cui all’art.1 D.Lgs 165/2001”;
- art. 87, commi 1 e 2 del D.L. n. 18 del 17/03/2020, come convertito dalla l. n. 70/2020, e s.m.i.; in ragione dell’emergenza pandemica e della prioritaria necessità di contenerne gli effetti, la disposizione individua il lavoro agile quale modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni, con lo scopo di limitare la presenza del personale negli uffici per le sole attività indifferibili o che richiedono necessariamente la presenza in sede, prescindendo dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi di cui alla L 81/2017 e anche utilizzando strumenti informatici nella disponibilità del dipendente qualora non siano forniti dall’amministrazione;

- art. 2 Circolare esplicativa 2/2020 del 2/04/2020 delle Presidenza del Consiglio dei Ministri avente ad oggetto “Misure recate dal decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18”;
- art. 263, comma 4 bis D.L. n. 34 del 19/05/2020; la disposizione introduce la redazione da parte delle pubbliche amministrazioni del P.O.L.A. (Piano di organizzazione del lavoro agile), quale strumento di programmazione del lavoro agile, da redigersi entro il 31 gennaio di ciascun anno, sentite le organizzazioni sindacali;
- Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione del 19/10/ 2020 con il quale sono state individuate le misure di organizzazione del lavoro pubblico nel periodo emergenziale;
- Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 9 dicembre 2020 attraverso il quale sono state approvate le Linee Guida per l'adozione del POLA;
- Direttiva n. 3/2020 “Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa nell'evolversi della situazione epidemiologica da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- CCNL Area delle funzioni Locali - Triennio 2016 – 2018, adottato il 17/12/2020;
- Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, dicembre 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”;
- art. 1 del D.L. n. 56 del 30/04/2021 “Disposizioni urgenti in materia di lavoro agile”;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23/09/2021 recante “Disposizioni in materia di modalità ordinaria per lo svolgimento del lavoro nelle pubbliche amministrazioni”; ai sensi della suddetta disposizione “a decorrere dal 15 ottobre 2021 la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, è quella svolta in presenza”;
- Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione dell'8/10/2021, con il quale si dispone che le Pubbliche Amministrazioni riorganizzino il rientro in presenza del personale dipendente, con contestuale regolamentazione, attraverso accordi individuali, dei rapporti dei dipendenti in lavoro agile, in attesa della contrattazione collettiva nazionale;
- Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche del 30/11/2021 nel quale si delineano gli aspetti fondamentali della regolamentazione del lavoro agile e da remoto in attesa della disciplina definitiva derivante dalla contrattazione collettiva;
- D.L. 24/12/2021, n. 221, come convertito dalla l. 18/02/2022 n. 11, “Proroga dello stato di emergenza nazionale e ulteriori misure per il contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19”;

- Circolare del 5/01/2022, a firma congiunta del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, contenente indicazioni sulle modalità di lavoro agile per le PP.AA. E il lavoro privato;
- D.L. 24/03/2022, n. 24, come convertito nella l. 19/05/2022 n. 52 “Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell’epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza”;
- D.L. 73 del 21/06/2022 come convertito dalla l. del 4/08/2022 n. 122, recante ad oggetto “Misure urgenti in materia di semplificazioni fiscali e di rilascio del nulla osta al lavoro, Tesoreria dello Stato e ulteriori disposizioni finanziarie e sociali;
- D.M. 04/02/2022;
- D.L. 9/08/2022, n. 115, cd. “Decreto aiuti-bis”, come convertito dalla l. n. 142 del 21/09/2022, recante “Misure urgenti in materia di energia, emergenza idrica, politiche sociali e industriali”;
- D.M. 149 del 22/08/2022 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, “Obblighi di comunicazione relativi al lavoro agile dei dipendenti pubblici e privati”;
- CCNL Comparto Sanità - Triennio 2019/2021, adottato il 2 novembre 2022;
- Legge di bilancio n. 197/2022, art 1 comma 234 septies;
- Direttiva del Ministero per la Pubblica Amministrazione del 29 dicembre 2023;
- CCNL Area Sanità, triennio 2019/2021, adottato il 23/01/2024;
- CCNL Area delle Funzioni Locali, triennio 2019/2021, adottato il 16/07/20204
- CCNL Comparto Sanità - Triennio 2022/2024, adottato il 27/10/2025.

Come emerge dalle disposizioni richiamate, il lavoro agile (smart working) è stato introdotto nel pubblico impiego dalla L. 7/08/2015, n. 124 (cd Riforma Madia) che all’art. 14 ha previsto, nell’ambito della P.A., la necessità di introdurre misure atte a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti. Tra le misure individuate dalla legge in argomento, figuravano appunto il telelavoro e la sperimentazione di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento dell’attività lavorativa.

La disciplina del lavoro agile è stata poi integrata dal legislatore nel 2017, con la L. 22/05/2017, n. 81 recante “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l’articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”, al cui capo II il lavoro agile viene definito per la prima volta come **“modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell’attività lavorativa”**.

Il lavoro agile viene pertanto disciplinato dal legislatore, in una prima fase, come una delle possibili modalità di svolgimento della prestazione di lavoro subordinato; tuttavia è solo a causa della situazione connessa all’epidemia da COVID-19 del 2020 - e della conseguente esigenza di evitare, laddove possibile, i contatti personali - che il lavoro agile è divenuto una tipologia di esecuzione della prestazione lavorativa largamente diffusa anche nel Pubblico Impiego, attuata anche in deroga ai principi che ne disciplinavano l’esecuzione ai sensi della legislazione precedente al periodo emergenziale. In periodo di pandemia, infatti, il Legislatore ha consentito di prescindere dalla sottoscrizione dell’accordo individuale datore – lavoratore e dal rispetto degli

obblighi informativi previsti dal capo II della citata Legge n. 81/2017. Ciò ha consentito la coesistenza tra distanziamento sociale ed erogazione dei servizi all'utenza, complice anche la modalità semplificata di attuazione del lavoro agile. Durante le fasi più critiche dell'emergenza sanitaria degli anni 2020 e 2021 il lavoro agile ha rappresentato così la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa.

Con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23/09/2021, adottato successivamente alla cessazione dello stato di emergenza connesso alla pandemia, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nella PA torna ad essere quella in presenza, secondo il regime previgente all'epidemia, disciplinato dalla legge n. 81/2017, così come modificata dai successivi provvedimenti normativi, fatte tuttavia salve le posizioni dei lavoratori "fragili" per i quali sono previste salvaguardie particolari.

## **L'organizzazione del lavoro**

L'implementazione di modalità di lavoro agile efficaci ed efficienti presuppone, innanzitutto, una struttura organizzativa del lavoro avanzata, orientata ai risultati e basata su responsabilizzazione e flessibilità, che trova il suo principale fondamento in un rapporto fiduciario tra lavoratore e amministrazione/datore di lavoro datore, basato sul principio guida "far but close", ossia "lontano ma vicino".

Il cardine di funzionamento del lavoro agile è pertanto la collaborazione tra l'Amministrazione e i lavoratori, finalizzata alla creazione di valore pubblico e al raggiungimento degli obiettivi perseguiti, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità di esecuzione della prestazione lavorativa. Il lavoro agile deve assumere una funzione di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo. La vera chiave di volta sarà l'affermazione di una cultura organizzativa basata sui risultati, capace di generare autonomia e responsabilità nelle persone, di apprezzare risultati e merito.

Ai fini della corretta implementazione del lavoro agile è fondamentale il ruolo svolto dalle Organizzazioni Sindacali; si richiama a tal fine quanto previsto dall'art. 6, lett.i) del CCNL Comparto Sanità, triennio 2019/2021, ai sensi del quale *"i criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile e lavoro da remoto nonché i criteri di priorità per l'accesso agli stessi"* costituiscono materia di confronto tra Amministrazione e Sindacato.

Fermo restando quanto sopra, l'accesso a tale modalità di esecuzione della prestazione potrà essere autorizzato esclusivamente nel rispetto delle seguenti condizionalità, dettate dalla disciplina normativa e contrattuale di riferimento:

- invarianza dei servizi resi all'utenza;
- adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza;
- adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore;

- stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81 e dal CCNL Comparto Sanità, per quanto applicabile. L'accordo individuale è stipulato per iscritto ai fini della regolarità amministrativa e della prova e disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'Azienda e Ente, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro ed agli strumenti utilizzati dal lavoratore che, di norma, vengono forniti dall'amministrazione. L'accordo deve inoltre contenere almeno i seguenti elementi essenziali:
  1. durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato;
  2. modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
  3. modalità di recesso, che deve avvenire con un termine di preavviso non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 legge n. 81/2017;
  4. ipotesi di giustificato motivo di recesso;
  5. definizione dell'articolazione oraria della prestazione e del diritto di disconnessione;
  6. tempi di riposo del lavoratore (che comunque non devono essere inferiori a quelli previsti per il lavoratore in presenza) ed eventuali fasce orarie di contattabilità
  7. misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
  8. modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1970, n. 300 e s.m.i.;
  9. impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione. 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 in materia di infortunio sul lavoro.

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.

Nell'organizzazione del Lavoro Agile un ruolo centrale è svolto dal direttore della struttura di afferenza del lavoratore che opera con le modalità dello smart working; spetta infatti al dirigente, nel rispetto dei criteri generali definiti dall'Azienda, definire, con riferimento all'U.O. di riferimento, i parametri di accesso, le modalità di esercizio e le tipologie di attività che potranno essere svolte 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.

Il direttore della struttura avrà cura di effettuare il monitoraggio delle attività svolte in modalità "smart" e lo stato di avanzamento degli obiettivi prefissati nell'accordo individuale ; a tal fine potrà avvalersi 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.

Condizione indispensabile per attuare una politica di lavoro a distanza è, inoltre, 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.

In particolare, in relazione al primo profilo, l'Azienda dovrà supportare i dipendenti con gli strumenti adeguati per consentire l'esecuzione della prestazione mediante lavoro agile, provvedendo progressivamente alla consegna delle apparecchiature informatiche idonee in dotazione al personale e prevedendo tali interventi anche nella programmazione degli investimenti.

Nell'ambito del secondo profilo, a ASL di Oristano dovrà promuovere l'introduzione di iniziative formative ad hoc, obbligatorie per i lavoratori agili e i direttori di struttura.

In tale ottica assume rilievo fondamentale, nell'attuale contesto del SSR, conseguente alla riforma introdotta dalla L.R. 24/2020, la sinergica collaborazione con ARES, l'Azienda Regionale della salute alla quale la citata normativa attribuisce le seguenti funzioni in maniera centralizzata, a supporto delle altre Aziende ed Enti del Sistema Sanitario Regionale:

- art. 3, lett. g) supporto tecnico all'attività di formazione del personale del servizio sanitario regionale;
- art. 3, lett. j) gestione delle infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi dati in un'ottica di omogeneizzazione e sviluppo del sistema ICT;

### **Soggetti coinvolti nel lavoro agile**

Si riassumono di seguito gli attori coinvolti, ognuno per quanto di propria competenza e nell'ambito del proprio ruolo all'organizzazione, nella configurazione dell'organizzazione e del monitoraggio del lavoro agile nell'ambito della ASL n. 5 di Oristano.

### **Responsabili delle singole Strutture o Servizi**

Il Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura deve individuare le attività compatibili con la prestazione da remoto e valutare le skills del lavoratore; è inoltre il soggetto deputato all'individuazione, con il supporto dell'OIV e della Programmazione e Controllo, degli indicatori di misurazione del raggiungimento degli obiettivi individuali da raggiungere da parte dello smart worker, ed al monitoraggio degli stessi.

### **S.C. Gestione Risorse Umane e Sviluppo Organizzativo**

La S.C. Gestione Risorse Umane, U.O. prevista nell'Atto Aziendale e di prossima implementazione, cura la regolamentazione aziendale in materia di lavoro agile e l'aggiornamento normativo, la predisposizione dello schema di accordo individuale per il lavoro agile, supporta la direzione aziendale nei i rapporti in materia con le Organizzazioni Sindacali. Cura inoltre le comunicazioni telematiche previste in materia dalla normativa vigente. In ragione della ripartizione di competenze tra le Aziende del SSR previste dalla L.R. 24/2020 e ss.mm.ii., sono rimessi alla competenza di ARES, gli eventuali adeguamenti del software aziendale di

rilevazione delle presenze, ai fini del corretto inserimento dei giustificativi circa lo svolgimento della prestazione in smart work.

### **S.C. Programmazione e Controllo di Gestione**

Il tema della misurazione e valutazione della performance assume un ruolo strategico nell'implementazione del lavoro agile. Una riflessione particolare è richiesta in relazione alla performance individuale, non solo perché lo svolgimento della prestazione in modalità agile impone ancor più la necessità di individuare in maniera puntuale i risultati attesi (sia in relazione all'attività svolta che ai comportamenti agiti), ma anche perché deve essere chiaro che il sistema di misurazione e valutazione è unico e prescinde dal fatto che la prestazione sia resa in ufficio, in luogo diverso o in modalità mista.

il Servizio Programmazione e Controllo se necessario supporta i Responsabili del lavoratore agile fornendo indicazioni sulla metodologia per la costruzione di obiettivi e indicatori.

**SSD Risk Management, Qualità e Formazione Permanente:** svolge funzioni di supporto in relazione all'organizzazione e gestione dei percorsi formativi del personale in materia di lavoro da remoto nei limiti delle proprie competenze;

### **Organismo indipendente di valutazione (OIV)**

In quanto Organismo deputato al controllo dei processi di performance aziendale, l'OIV sarà coinvolto nel processo di selezione degli indicatori necessari al monitoraggio degli obiettivi di implementazione del lavoro agile, secondo gli obiettivi definiti in sede di programmazione;

### **Responsabile Protezione Dati (DPO)**

Fornisce le linee guida per la compliance privacy delle attività effettuate in remoto, e supporta l'Amministrazione nelle iniziative di formazione e sensibilizzazione dei lavoratori inerenti sia sull'utilizzo, custodia e protezione degli strumenti impiegati per rendere la prestazione, sia sulle cautele comportamentali da adottare nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, compresa la gestione dei data breach.

### **Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP)**

Alle prestazioni rese all'esterno dei locali aziendali si applicano gli obblighi di salute e sicurezza sul lavoro di cui al D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i., ossia quelli relativi agli obblighi comportamentali, anche in merito alle dotazioni tecnologiche informatiche, laddove fornite dall'Azienda.

Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione fornisce con cadenza almeno annuale, l'informativa scritta nella quale sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro.

### **Organizzazioni Sindacali**

Come sopra descritto, le OO.SS. contribuiscono, in sede di confronto, a definire le attività che possono essere effettuate in lavoro agile e lavoro da remoto nonché i criteri di priorità per l'accesso alle stesse.; Contribuisce alla definizione dei principi alla base delle politiche di regolamentazione e contrattazione collettiva previste per il Lavoro Agile.

### **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 ASL 5 si coordina con le Strutture ARES competenti in materia di ICT e di Formazione del personale al fine rispettivamente:

- della cura e sviluppo del processo di digitalizzazione aziendale, della programmazione degli acquisti della strumentazione informatica da fornire al personale e dell'assistenza tecnica necessaria alla corretta esecuzione da remoto delle prestazioni lavorative, attraverso l'adozione di policy aziendali basate sul concetto di security by design, che prevedono l'implementazione di misure di sicurezza adeguate comprendenti, a titolo meramente esemplificativo, se del caso la crittografia, l'adozione di sistemi di autenticazione e VPN, la definizione di piani di backup e protezione malware
- della programmazione e attivazione delle attività formative necessarie alla corretta implementazione del lavoro agile.

### **Obiettivi perseguiti**

Gli obiettivi che la ASL 5 intende perseguire con l'utilizzo del lavoro agile sono:

- la riduzione delle assenze dal servizio;
- il miglioramento dell'equilibrio fra vita professionale e privata dei dipendenti;
- un maggior benessere organizzativo nella compagine aziendale;
- la promozione dell'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità personale permanente o temporanea;
- il rafforzamento della cultura della misurazione e della valutazione della performance, favorita dalla modalità di produzione "per obiettivi" tipica del lavoro agile.

### **Attività effettuabili in modalità agile**

Fermo restando il confronto con le OO.SS., l'Azienda individua le attività lavorative compatibili con il lavoro agile, predisponendo una apposita mappatura; rimangono in ogni caso escluse tutte le attività di front office, quelle implicant ispezioni e sopralluoghi sul territorio e /o richiedenti la presenza fisica del dipendente nella sede Aziendale, le attività assistenziali, socio-assistenziali e di cura in genere, nonché quelle che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni e documentazione non "remotizzabili".

L'organizzazione del lavoro in modalità agile deve essere credibile, percorribile ed efficace, ed essere attuata mediante un approccio graduale e ponderato. L'indicazione operativa che guiderà il lavoro di mappatura delle attività sarà l'esigenza di non impattare negativamente sull'efficacia dei processi organizzativi aziendali, sulla base dei seguenti principi:

- sono in linea di massima compatibili con l'esecuzione in regime di lavoro agile le attività che possono essere attuate in autonomia, e che sono facilmente controllabili e misurabili, anche in ordine ai relativi risultati;

- anche nell'ambito delle attività compatibili, deve essere comunque garantita l'invarianza dei servizi resi all'utenza e la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenze ed anzi le condizioni di svolgimento del lavoro agile devono addirittura consentire di migliorare la qualità dei servizi erogati,
- il lavoro agile non può in ogni caso comportare un aggravio di attività a carico del personale espletante la prestazione lavorativa in modalità "tradizionale", né la formazione di lavoro arretrato,

La compatibilità dell'attività discende dai seguenti parametri:

1. livello di informatizzazione del processo lavorativo e decisionale;
2. possibilità di pianificazione e di misurazione dei risultati, mediante indicatori atti a misurare la prestazione sia sotto il profilo quantitativo che sotto quello qualitativo. In mancanza di obiettivi misurabili, il lavoro agile non potrà essere autorizzato
3. modalità di svolgimento delle attività che prevalentemente si sostanzino nei seguenti elementi:
  - bassa rilevanza del contatto con l'Utenza (ivi inclusa quella interna all'Azienda);
  - scarso livello di interdipendenza delle attività con quelle di altri colleghi/settori;
  - scarso livello di eterogeneità delle attività (es: mix tra sportello e back office);
  - elevata programmabilità delle attività

Le fasce risultanti da tale processo di mappatura sono:

1. attività totalmente realizzabili in modalità di lavoro agile;
2. attività prevalentemente realizzabili in modalità di lavoro agile;
3. attività residualmente realizzabili in modalità di lavoro agile;
4. attività che necessitano di essere svolte interamente in presenza.

E' inoltre fondamentale mappare le dotazioni informatiche, con lo scopo di evidenziare eventuali carenze o criticità e consentire una programmazione di acquisti mirati per il lavoro agile a regime, in considerazione del fatto che deve essere garantita la fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore, in conformità alle disposizioni del D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i..

### **Programma di sviluppo del lavoro agile e livello di attuazione nella ASL 5 di Oristano**

Il Programma di sviluppo del Lavoro Agile della ASL di Oristano, definito con il PIAO 2023/2025 prevede un'articolazione in tre fasi.

#### **Fase di avvio (anno 2023) con i seguenti obiettivi da raggiungere:**

- mappatura delle tipologie di lavoro che possono essere svolte in modalità agile;
- mappatura dell'adeguata dotazione tecnologica dell'Azienda da fornire al dipendente;
- adozione del Regolamento per il Lavoro Agile, da redarsi tenuto conto del contributo delle organizzazioni sindacali, e definizione del format di accordo individuale per l'esecuzione del lavoro agile;
- 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;

Tutti i suddetti obiettivi sono stati completati nel corso dell'annualità di riferimento; in particolare, con Deliberazione del Direttore Generale n. 345 del 31/07/2023 è stato adottato il Regolamento del Lavoro a Distanza per il personale della Dirigenza e del Comparto e il format di accordo individuale; nel periodo successivo all'adozione del Regolamento l'Azienda ha stipulato 5 accordi individuali.

Nel corso del 2024 l'Azienda ha provveduto a dare mandato ad ARES Sardegna le dotazioni informatiche necessarie allo svolgimento delle attività da remoto dei dipendenti per i quali è stato definito il relativo accordo individuale di lavoro. La procedura di acquisizione dei PC portatili è in corso; sono stati forniti ai dipendenti i certificati abilitativi all'accesso delle Piattaforme informatiche Aziendali (AMC, HR, Portale del Dipendenti, Atti SISAR) che consentono agli stessi di operare da remoto attraverso dotazioni personali.

#### **Fase di sviluppo intermedio con i seguenti obiettivi (anno 2025):**

- 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 deve inoltre essere orientata a migliorare le competenze digitali e di utilizzare le tecnologie. Il fabbisogno formativo è stato definito attraverso la trasmissione alla SSD Risk Management, Qualità e Formazione Permanente, da parte della SC Gestione Risorse Umane e Sviluppo Organizzativo, dei nominativi dei dipendenti autorizzati allo svolgimento del rapporto di lavoro da remoto. La SSD in parola ha provveduto ad inviare una comunicazione invitando i medesimi a partecipare ai corsi di formazione in materia disponibili sulla Piattaforma Governativa Syllabus. Alla data odierna risultano aver concluso i corsi di formazione con certificazione e rilascio degli attestati circa il 22% dei dipendenti interessati.

#### **Fase di sviluppo avanzato (anno 2026) 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;

Si evidenzia che, nel corso del 2025 sono stati attivati in ASL 5 Oristano 28 accordi individuali per lo svolgimento della prestazione in lavoro agile.

### **3. Il Piano triennale dei Fabbisogni di personale**

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale costituisce l'atto di programmazione che le Pubbliche Amministrazioni sono tenute ad adottare a norma degli artt. 6 e 6 ter del D. lgs. 165/2001 e ss.mm.ii. nonché il documento propedeutico all'ottimizzazione dell'impiego delle risorse pubbliche e della *performance* secondo i principi-obiettivi dell'economicità, efficienza e qualità dei servizi, inserendosi nei documenti di programmazione previsti dalla normativa vigente, di cui è necessario completamento.

Nell'elaborazione del Piano l'Azienda ha tenuto conto delle direttive fornite dalla RAS con nota prot. 28607 del 16/10/2025 che, a sua volta, ha richiamato indicazioni operative e agli schemi approvati dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 46/42 del 22 novembre 2019, conformandosi, pertanto a quanto di seguito riportato:

- il personale assunto a tempo determinato per attività ordinarie in servizio al 1° gennaio è stato incluso tra i posti coperti;
- tra le assunzioni previste per il triennio di riferimento sono state incluse anche le trasformazioni dei rapporti di lavoro che comportano l'inserimento di personale precedentemente esterno alla dotazione organica stabile dell'Azienda (ad esempio, stabilizzazioni di personale con contratti flessibili).

Nel prospetto 2 del PTFP – Quadratura Modello CE Personale Dipendente, sono stati valorizzati, unitamente al costo del personale a tempo indeterminato e determinato individuato nel Prospetto n. 1, a carico del Bilancio dell'Ente e ai valori dei Fondi Contrattuali, i costi del personale a carico di Progetti Finanziati inerenti:

- il "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)", per le figure a tempo determinato destinate al supporto delle progettualità attuative;
- "Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027", finanziato dal Ministero della Salute e cofinanziato dall'Unione Europea, per il potenziamento dei servizi territoriali nelle aree a maggiore vulnerabilità sanitaria;
- "Piano Nazionale degli Investimenti Complementari – Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima", per l'assunzione di figure dedicate alla gestione integrata delle azioni ambientali e sanitarie;
- Rafforzamento del personale con professionalità sociale dei PUA (DPCM 3 ottobre 2022 – Piano nazionale per la non autosufficienza) - rt.5). DGR n. 7/11 del 28.02.2023 e DGR 06.04.2023, n. 13/64);
- Progetto "LAVORAS" - Prosecuzione dei progetti di utilizzo di cui alla L.R. n. 5/2015 – art. 29, comma 36 e ss.mm.ii. e dei cantieri occupazionali di cui alla L.R. n. 22/2020, art. 8, comma 5;
- Potenziamento delle Cure palliative domiciliari - D.G.R. 21/12 del 28/12/2012;
- Potenziamento servizi veterinari per la mitigazione del rischio Peste suina africana (PSA), genotipo 2";
- Piano di vaccinazione per il contenimento della Lumpy Skin Disease - Decreto Assessore Igiene e Sanità e Assistenza Sociale n. 21 - prot. 5244 del 16/07/2025 (risorse stanziate e in corso di integrazione con la Legge di assestamento capitolo di spesa SC05.6028 - Missione 13 - Programma 1).

La proposta di Piano Triennale dei Fabbisogni 2026/2028 è parte integrante della delibera di approvazione del Bilancio Preventivo (Deliberazione n.. 216 del 14/11/2025). L'adozione definitiva verrà formalizzata con successivo provvedimento a seguito dell'approvazione regionale in ottemperanza alle vigenti indicazioni.

La programmazione del fabbisogno di personale è determinata sulla base di una complessiva analisi dei compiti istituzionali dell'Azienda, in termini di obiettivi, competenze, attività esercitate direttamente, professionalità necessarie in termini quantitativi e qualitativi, compatibilmente con gli obiettivi previsti dalla

normativa vigente e sulla base del Piano della Performance, nel rispetto della compatibilità economico-finanziaria e dell'obiettivo economico assegnato dalla Regione.

Nell'attuale contesto, la definizione dei fabbisogni ed il correlato reclutamento del personale risultano ancora fortemente condizionati dalle difficoltà di reclutamento per alcune discipline dell'Area della dirigenza sanitaria (Medicina Interna, Medicina Fisica e della Riabilitazione, Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza, Radiodiagnostica e Ortopedia) e di alcune professionalità dell'Area del Comparto (in particolare tecnici di Radiologia Medica, Infermieri), che non ha consentito, nel 2025 di soddisfare l'intero fabbisogno programmato nonostante le diverse procedure espletate, con conseguente necessità del ricorso, nel rispetto della normativa vigente, di strumenti alternativi, quali il conferimento di incarichi a tempo determinato, libero professionali o di collaborazione, la stipula di Convenzioni con le altre Aziende del SSR per lo svolgimento di attività di consulenza e il ricorso al lavoro in somministrazione, nonché l'utilizzo dell'istituto delle prestazioni aggiuntive.

L'elaborazione del PTFP 2026/2028 è stata definita a partire dall'analisi di contesto delle diverse unità operative e delle relative criticità, effettuata con il concorso dei dirigenti responsabili delle stesse e della dirigenza delle professioni sanitarie e finalizzata ad una prioritaria e necessaria verifica circa l'attuabilità di strategie interne di soddisfacimento del fabbisogno, quali la riallocazione di risorse presso le differenti unità operative, la verifica di possibili cambi di profilo, nel rispetto di quanto previsto dal CCNL del Comparto Sanità, la programmazione, secondo il percorso previsto dal citato CCNL, delle procedure di progressione verticale.

Le principali linee strategiche di reclutamento dall'esterno del personale – da attuarsi nel rispetto della compatibilità economico-finanziaria e alla luce delle indicazioni programmatiche declinate nel Piano della Performance - possono essere ricondotte a:

- copertura del turn over, finalizzata ad assumere un numero di unità coerenti con le cessazioni verificatesi;
- superamento delle carenze di alcune tipologie di specialisti medici e di personale del Comparto;
- implementazione degli assetti organizzativi della ASL n. 5 così come delineati, *in primis*, dall'Atto aziendale nell'ambito del quale l'Azienda ha inteso privilegiare assetti organizzativi improntati alla multidisciplinarietà e all'integrazione dei processi assistenziali, che consentano, attraverso l'ottimizzazione dei processi di presa in carico e gestione globale del paziente, di razionalizzazione le risorse e di limitare i livelli di inappropriatezza nell'erogazione delle prestazioni;
- valorizzazione e qualificazione del personale del Sistema Sanitario Regionale, nei diversi ruoli e nei vari setting operativi (assistenziali, clinici, amministrativi, gestionali e di supporto);
- superamento del precariato e valorizzazione delle professionalità acquisite dal personale con rapporto di lavoro flessibile attraverso il ricorso alle procedure di stabilizzazione disciplinate dalla normativa vigente - D.Lgs. 75/2017 e s.m.i., D.L. n. 34/2020, come convertito nella l. 77/2020 e s.m.i., dalla L. n. 234/2021 e s.m.i., L.R. RAS n. 17/2021 e s.m.i.- mediante la trasformazione in rapporti di lavoro a tempo indeterminato delle posizioni lavorative stabili ed istituzionali ricoperte con contratti di lavoro a tempo determinato;
- progressiva riduzione di tipologie di lavoro atipico - in particolare il lavoro interinale – di cui l'Azienda si è avvalsa negli anni appena trascorsi quale strumento immediato e tempestivo per rispondere alle

- esigenze assistenziali derivanti dall'emergenza Covid19 ed in particolare per sostenere l'avvio e l'implementazione della campagna vaccinale, in correlazione alle difficoltà di arruolamento con gli ordinari strumenti di reclutamento;
- progressiva riduzione del ricorso all'istituto delle prestazioni aggiuntive.

La programmazione delle procedure di reclutamento “dall'esterno” è condizionata da un elemento peculiare dell'attuale contesto giuridico-normativo del nostro SSR, ossia la competenza che la legge regionale di riforma n. 24/2020, assegna all'Azienda Regionale della Salute - ARES, in materia.

Infatti, ai sensi dell'art. 3, comma 3, lett. b) della citata normativa, l'ARES è deputata alla gestione centralizzata, per le altre Aziende del SSR, delle procedure di concorso del personale, sulla base delle esigenze rappresentate dalle singole aziende, ferma restando la possibilità di delegare alle aziende sanitarie, sole o aggregate, le procedure concorsuali per l'assunzione di personale dotato di elevata specificità.

In ragione di quanto sopra, sono stati avviati, nell'ambito del Tavolo di Coordinamento dei Direttori Generali delle Aziende del SSR, dei tavoli di confronto finalizzati alla corretta implementazione dei processi sinergici di collaborazione tra le ASL/AO e ARES che consenta, sulla base dei fabbisogni elaborati dalle Aziende, la virtuosa e razionale programmazione delle strategie assunzionali cui ARES dovrà dar corso, sia in termini di priorità temporale, che in termini di scelta della procedura da seguire (mobilità, concorso pubblico, processo di stabilizzazione etc.....).

Uno strumento utilizzato è stato il ricorso alle procedure previste originariamente dall'artt. 2 ter del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 (i cui termini sono stati più volte prorogati, da ultimo fino al 31/12/2026) ai sensi del quale, le Aziende e gli Enti del SSN possono procedere al reclutamento, per un periodo di sei mesi, prorogabili, dei medici specializzandi iscritti regolarmente all'ultimo e al penultimo anno di corso della scuola di specializzazione.

Sotto altro profilo e, in particolare, con riferimento alla valorizzazione delle competenze professionali acquisite dal personale a tempo indeterminato, si rappresenta che nel corso del 2025 e con programmazione anche per il triennio successivo, la ASL 5 di Oristano ha dato corso alle previsioni della normativa vigente in materia di progressione tra le Aree Contrattuali.

Nello specifico, ai sensi dell'art. 52, comma 1-bis, del D.L. 80/2021, convertito con L. 113/2021, è facoltà delle pubbliche amministrazioni prevedere, in sede di programmazione triennale dei fabbisogni di personale, l'attivazione di procedure selettive interne per consentire le progressioni tra le aree funzionali, fatta salva una riserva di almeno il cinquanta per cento delle posizioni disponibili destinata all'accesso dall'esterno.

Il sistema di classificazione del personale di cui all'art. 22 del CCNL comparto Sanità del 02/11/2022, confermato con integrazioni dal recente CCNL del 27/10/2025, relativo al triennio 2022/2024, è articolato nelle seguenti cinque aree, corrispondenti ad altrettanti differenti livelli di conoscenze, abilità e competenze professionali:

- area del personale di supporto;
- area degli operatori;
- area degli assistenti;
- area dei professionisti della salute e dei funzionari;
- area del personale di elevata qualificazione.

Il personale dipendente del comparto è inquadrato nelle aree di cui sopra e ripartito nei diversi profili professionali del ruolo sanitario, sociosanitario, amministrativo, tecnico e professionale, secondo quanto previsto dall'allegato A del CCNL citato.

Lo stesso CCNL triennio 2019/2021 aveva disciplinato, agli artt. 20 e 21 le progressioni verticali, rispettivamente nella loro forma “ordinaria” e “in deroga”; con Deliberazione del Direttore Generale n. 204 del 27/03/2024 la ASL di Oristano ha adottato, a seguito di confronto con le OO.SS., il Regolamento aziendale finalizzato a definire i requisiti di partecipazione e le modalità di svolgimento delle procedure selettive interne per le progressioni tra le aree di cui all'art. 20 del suddetto CCNL, nonché delle procedure valutative derogatorie di cui al successivo art. 21 dello stesso CCNL, in attuazione del citato art. 52, comma 1-bis, del D.Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii.

Il nuovo CCNL ha sancito, all'art. 19 la possibilità per le Aziende del SSN di attivare le progressioni “in deroga” fino alla data del 31/12/2026.

Scopo dell'Azienda è, nell'ambito di riferimento, quello di definire un sistema di mobilità verticale in grado di valorizzare le professionalità interne maturate, l'esperienza e le conoscenze già acquisite dal personale, nonché le competenze e le capacità atte a svolgere le attività di una diversa e superiore area funzionale, mediante la programmazione di opportunità di carriera in grado di coniugare la crescita professionale del personale con le esigenze di una più ampia funzionalità dei servizi.

Le progressioni verticali si svolgono con modalità che garantiscono il rispetto dei principi di pari opportunità, di imparzialità, trasparenza, efficacia ed efficienza, il rispetto dei principi generali stabiliti dall'art. 35, comma 3, del D.Lgs. 165/2001 e delle disposizioni normative e contrattuali vigenti in materia, nonché il rispetto dei vincoli di bilancio.

Nel corso del 2024 e del 2025 la ASL n. 5 di Oristano ha attivato selezioni interne finalizzate alla progressione verticale tra le Aree. Nello specifico, con Deliberazione del Direttore Generale n. n. 551 del 07/08/2024 è stata indetta la procedura per la copertura di n. 2 posti di Coadiutore Amministrativo senior – Area degli operatori, i cui atti sono stati ratificati, con il conferimento ai vincitori del passaggio all'Area superiore, con successiva Deliberazione n. 687 del 17/10/2024. Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 62 del 27/06/2025 è stata indetta la selezione per la progressione verticale ai profili di Collaboratore Amministrativo – Area dei professionisti della salute e dei funzionari (n. 4 posti), di Operatore Tecnico Specializzato – Area degli Operatori (n. 1 posto) e di Operatore socio-sanitario senior – Area degli Assistenti (n. 2 posti). La procedura è attualmente in corso di definizione.

Il Piano del fabbisogno 2026/2028 prevede l'assunzione di 4 Collaboratori Amministrativi dell'area dell'Elevata Qualificazione; il 50% degli stessi potrà essere assunto all'esito di una procedura di selezione interna per progressione verticale, mentre il restante 50% attraverso il reclutamento dall'esterno.

#### **TRATTENIMENTO IN SERVIZIO (art. 1, comma 165 della legge 30 dicembre 2024, n. 207).**

L'articolo 1, comma 165, della legge di bilancio per il 2025, ha introdotto la possibilità, per tutte le pubbliche amministrazioni di trattenere in servizio, non oltre il compimento del settantesimo anno di età e nel limite massimo del 10 per cento delle facoltà assunzionali disponibili a legislazione vigente, il personale, dirigenziale e non dirigenziale, di cui, ad esclusiva valutazione dell'amministrazione, si renda necessario continuare ad avvalersi anche per far fronte ad attività di tutoraggio e di affiancamento ai nuovi assunti e per esigenze funzionali non diversamente assolvibili.

Il Ministero della Pubblica Amministrazione ha emanato apposite direttive in ordine all'applicazione della suddetta norma, in particolare evidenziando quanto segue:

- ai fini del ricorso all'istituto in oggetto, la base di calcolo da considerare per l'individuazione del limite massimo del 10% è quella relativa alle facoltà assunzionali "ordinarie" derivanti dal turn over e da eventuali autorizzazioni ad assumere previste da specifiche misure normative;
- la disposizione non attribuisce al lavoratore alcun diritto o automatismo al trattenimento in servizio e non ipotizza, in alcun modo, la presentazione, da parte sua, di richieste/istanze in tal senso;
- non è previsto un interpello da parte dell'Amministrazione;
- è attribuita esclusivamente alla parte "datoriale" il potere di individuare il personale di cui ritiene necessario il trattenimento in servizio;
- le esigenze organizzative possono essere quelle di attività di tutoraggio e di affiancamento ai neoassunti e quelle riconducibili ad esigenze funzionali non diversamente assolvibili, da intendersi come espletabili solamente dal personale individuato;
- il trattenimento in servizio è condizionato dalla valutazione del merito; in ragione di ciò non potranno essere trattenuti in servizio dipendenti che non abbiano conseguito una valutazione della performance ottima o eccellente (o giudizio corrispondente secondo il rispettivo ordinamento);
- il trattenimento è subordinato al consenso dell'interessato.

In coerenza con quanto previsto dalla normativa citata e dalle indicazioni fornite dal Ministero, l'Amministrazione previa valutazione della sussistenza e della "dimensione" delle esigenze funzionali sopra indicate, ha provveduto, nel corso del 2025, da dare applicazione alla norma in parola, con riferimento alla posizione di due Dirigenti rispettivamente di Area Amministrativa e di Area Sanitaria; nel corso del 2026 sarà valutata, sulla base del contesto di riferimento e nel rispetto dei limiti previsti, l'eventualità di un ulteriore utilizzo dell'istituto.

Di seguito la sintesi del Prospetto 1 del Piano del Fabbisogno 2026/2028.

Annualità 2026		Posti coperti al 1/01/2026	Cessazioni 2026	Assunzioni 2026	Posti coperti al 31/12/2026
Comparto	<b>Ruolo Amministrativo</b>	146	11	16	151
	<b>Ruolo Professionale</b>	3	1	2	4
	<b>Ruolo socio-sanitario</b>	254	8	11	257
	<b>Ruolo tecnico</b>	109	6	9	112
	<b>Ruolo sanitario</b>	910	13	44	941
	<b>Totale Comparto</b>	<b>1422</b>	<b>39</b>	<b>82</b>	<b>1465</b>
Dirigenza	<b>Ruolo Amministrativo</b>	7	0	1	8
	<b>Ruolo Professionale</b>	3	0	0	3
	<b>Ruolo socio-sanitario</b>	0	0	0	0
	<b>Ruolo tecnico</b>	1	0	0	0
	<b>Ruolo sanitario</b>	385	46	88	427
	<b>Totale Dirigenza</b>	<b>396</b>	<b>46</b>	<b>89</b>	<b>439</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>1818</b>	<b>85</b>	<b>171</b>	<b>1904</b>

Annualità 2027		Posti coperti al 1/01/2026	Cessazioni 2026	Assunzioni 2026	Posti coperti al 31/12/2026
Comparto	<b>Ruolo Amministrativo</b>	151	0	5	156
	<b>Ruolo Professionale</b>	4	0	0	4
	<b>Ruolo socio-sanitario</b>	257	0	9	266
	<b>Ruolo tecnico</b>	112	0	2	114
	<b>Ruolo sanitario</b>	941	0	8	949
	<b>Totale Comparto</b>	<b>1465</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>1489</b>
Dirigenza	<b>Ruolo Amministrativo</b>	8	0	0	8
	<b>Ruolo Professionale</b>	3	0	0	3
	<b>Ruolo socio-sanitario</b>	0	0	0	0
	<b>Ruolo tecnico</b>	1	0	0	1
	<b>Ruolo sanitario</b>	427	0	6	433
	<b>Totale Dirigenza</b>	<b>439</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>445</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>1904</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>1934</b>

Annualità 2026		Posti coperti al 1/01/2026	Cessazioni 2026	Assunzioni 2026	Posti coperti al 31/12/2026
Comparto	<b>Ruolo Amministrativo</b>	151	0	5	156
	<b>Ruolo Professionale</b>	4	0	0	4
	<b>Ruolo socio-sanitario</b>	257	0	9	266
	<b>Ruolo tecnico</b>	112	0	2	114
	<b>Ruolo sanitario</b>	941	0	8	949
	<b>Totale Comparto</b>	<b>1465</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>1489</b>
Dirigenza	<b>Ruolo Amministrativo</b>	8	0	0	8
	<b>Ruolo Professionale</b>	3	0	0	3
	<b>Ruolo socio-sanitario</b>	0	0	0	0
	<b>Ruolo tecnico</b>	1	0	0	1
	<b>Ruolo sanitario</b>	427	0	6	433
	<b>Totale Dirigenza</b>	<b>439</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>445</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>1904</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>1934</b>

#### **OBIETTIVI PER FAVORIRE LE PARI OPPORTUNITÀ E L'EQUILIBRIO DI GENERE**

La ASL 5 di Oristano ha provveduto, con Deliberazione n. 495 del 30/10/2023, all'Istituzione del Comitato Unico di Garanzia (CUG) ed è stata indetta una manifestazione di interesse riservata ai dipendenti dell'Azienda con lo scopo di individuare la componente di parte aziendale; sono state altresì acquisite le indicazioni delle OO.SS. finalizzate all'individuazione dei componenti di parte sindacale.

La procedura di cui sopra non ha consentito di individuare un numero sufficiente di risorse; nel corso del 2025, pertanto, saranno riaperti i termini di partecipazione e, in caso di insufficiente adesione, l'Azienda provvederà ad individuare i componenti necessari a completare l'organico del CUG.

La composizione del Comitato è stata quindi integrata con la Deliberazione 248 del 4/12/025, che ha preso atto degli esiti della suddetta procedura. In data 18/12/2025 si è tenuta la prima riunione del CUG, convocata dalla Direzione Strategica, nell'ambito della quale l'Organismo ha provveduto ad individuare il proprio Presidente.

Al CUG sarà affidata la definizione di una proposta per l'adozione del Piano Triennale delle Azioni Positive.

## **FORMAZIONE DEL PERSONALE**

Il Piano Annuale della Formazione (PAF) rappresenta uno strumento organico e articolato, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi formativi del personale afferente alle aziende del SSR. La formazione in sanità svolge una funzione strategica, in quanto strumento di innovazione, diffusione delle conoscenze e sviluppo di competenze. Contribuisce in modo determinante alla diffusione della cultura della tutela della salute e ad assicurare un'offerta di servizi sanitari efficaci e appropriati.

Tutta l'attività formativa proposta per il 2026 rispetta i criteri previsti dal modello regionale di accreditamento dei provider della Sardegna, così come definito dalla D.G.R. 4/14 del 5.2.2014 e dalla D.G.R. 31/15 del 19.6.2018.

L'ARES, come previsto dalla Legge regionale 11 settembre 2020 n. 24 e ss.ii.mm, svolge in maniera centralizzata le funzioni di supporto tecnico all'attività di formazione del personale del servizio sanitario regionale e le procedure di accreditamento ECM.

In coerenza con la disposizione sopra richiamata, nel corso del 2025 ARES Sardegna ha proceduto alla raccolta dei fabbisogni formativi delle diverse ASL e, quindi, all'adozione, con Deliberazione del proprio Direttore Generale n. 342 del 30/12/2025, all'approvazione del Piano Annuale della Formazione

### **Programma Formativo Anno 2026**

L'adozione del Piano Formativo tende a garantire pari opportunità formative a tutti i dipendenti, fatta salva la sostenibilità dei costi e l'appropriatezza delle azioni.

Le aree individuate per lo sviluppo della formazione nel corso del 2026 possono essere distinte in tre ambiti fondamentali:

- Formazione Generale: comprende interventi formativi trasversali, volti a sviluppare competenze di base e aggiornamenti obbligatori comuni a tutto il personale.
- Formazione Tecnico-Professionale Specifica: riguarda attività formative mirate al potenziamento delle competenze specialistiche richieste per specifiche mansioni o ruoli professionali.
- Formazione conseguente a Indirizzi Regionali e/o Ministeriali: include programmi formativi attuati in risposta a direttive normative o linee guida provenienti da organi istituzionali a livello regionale o nazionale.

Il Piano Formativo 2026 è strutturato in tre sezioni operative, ognuna delle quali si caratterizza per la diversa fonte di finanziamento e le finalità degli interventi formativi:

- Formazione con Fondi Aziendali: attività formative finanziate direttamente dall'azienda, finalizzate a soddisfare le esigenze formative interne, in linea con gli obiettivi strategici aziendali.
- Formazione PNRR: progetti formativi specifici sostenuti attraverso i fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, destinati a sostenere l'innovazione e la modernizzazione del sistema sanitario.
- Formazione Regionale: interventi formativi promossi e finanziati a livello regionale, in coerenza con le priorità e gli indirizzi strategici del Servizio Sanitario Regionale.

Questa articolazione consente di rispondere in maniera strutturata e integrata alle diverse necessità formative del personale, garantendo al contempo una gestione efficiente delle risorse disponibili.

In considerazione dell'elevato carico formativo richiesto dal PNRR, anche per il 2026, l'ARES in accordo

con la Regione Sardegna, ha ritenuto necessario includere nella sezione "Formazione con Fondi Aziendali" alcune priorità essenziali. Tra queste, si trovano:

- La formazione sulla sicurezza nei luoghi di lavoro.
- La gestione dell'emergenza-urgenza.
- Progetti obbligatori per il rispetto di normative specifiche.

Per l'erogazione della formazione, si ritengono particolarmente efficaci tre modalità:

1. Formazione Residenziale Interattiva e in Videoconferenza Sincrona (RES): questa metodologia favorisce un apprendimento attivo, grazie all'interazione diretta tra partecipanti e docenti, e utilizza tecniche come lavori di gruppo, esercitazioni pratiche, role-playing e simulazioni.
2. Formazione sul Campo (FSC): basata su gruppi di lavoro, studio o miglioramento, questa modalità permette l'apprendimento attraverso la collaborazione tra pari. È particolarmente utile per promuovere l'integrazione interprofessionale e interdisciplinare, migliorando il lavoro di squadra e il senso di appartenenza all'organizzazione.
3. Formazione a Distanza (FAD) Asincrona: attraverso la piattaforma e-learning aziendale, la FAD consente ai partecipanti di apprendere senza vincoli di tempo e luogo. Questa metodologia riduce i costi formativi, ottimizza l'intervento del docente e amplia il numero di partecipanti, grazie alla possibilità di distribuire materiali interattivi online.

Le tipologie formative adottate rivestono un ruolo importante per garantire la diffusione e l'implementazione di linee guida, procedure operative, protocolli, audit clinici e organizzativi, nonché per l'analisi e il miglioramento continuo dei processi assistenziali.

Gli obiettivi, le metodologie e le finalità del PAF sono volti a garantire la coerenza con:

- Gli obiettivi formativi nazionali, regionali e aziendali;
- Le scelte strategiche aziendali;
- L'analisi del fabbisogno formativo espresso dalle articolazioni aziendali;
- Le competenze scientifiche delle varie professionalità;
- Il miglioramento qualitativo degli eventi formativi.

Vista l'imminente conclusione della formazione prevista dal PNRR, per l'anno 2026 è stato richiesto a ciascuna Azienda che venissero indicati i corsi obbligatori previsti per l'area sicurezza ed emergenza urgenza e, per il tramite dei Direttori dei Dipartimenti, dei Presidi Ospedalieri, delle Strutture Complesse e delle Strutture Semplici Dipartimentali, gli ulteriori fabbisogni formativi, con un massimo di due corsi per ciascuna struttura. Questo ha comportato un evidente incremento dei corsi programmati per il 2026 rispetto al PAF 2025.

## Risorse Economiche

Il budget per la formazione è costituito per ciascuna Azienda sulla stima dell'1% del Monte Salari dei dipendenti delle Aziende del SSR.

Oltre al budget provvisorio per la formazione con Fondi Aziendali andranno ad integrare il budget della formazione i finanziamenti previsti per la formazione PNRR e dei progetti formativi finanziati con fondi extra aziendali (Regionali, Nazionali e Comunitari).

Si riporta di seguito la tabella costi del Piano Formativo Aziendale per l'anno 2026:

BUDGET PROVVISORIO	IMPEGNO DI SPESA PAF	STIMA COSTI ECM	AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE	RISORSE NON IMPEGNATE
€ 575.000,00	€ 278.867,78	€ 13.770,00	€ 100.000,00	€ 179.298,26

#### **PNRR – Missione 6 Salute - Formazione e aggiornamento del personale sanitario**

La formazione e l'aggiornamento del personale sanitario rappresentano un elemento cardine per il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale, ed è proprio in questa direzione che si concentra un significativo investimento finalizzato a garantire competenze adeguate sia nell'utilizzo delle nuove tecnologie sia nell'applicazione di modelli di cura innovativi. Questo intervento si colloca nell'ambito del PNRR e in particolare alla componente denominata “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”

In tale contesto, un'attenzione particolare è riservata all'investimento mirato allo “Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario” un progetto strategico che punta a rafforzare la preparazione e l'adattamento dei professionisti sanitari alle sfide poste dall'evoluzione tecnologica e dai cambiamenti nei modelli organizzativi e di cura. A supporto di questa iniziativa, sono stati programmati da ARES, anche per il 2026, specifici sub-investimenti, che si articolano in una serie di attività e programmi mirati a promuovere lo sviluppo continuo delle competenze del personale, in particolare:

- Corso di formazione in infezioni ospedaliere: esteso a tutto il personale dell'area ospedaliera rafforzando le conoscenze e le competenze nella prevenzione, gestione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.
- Corso di formazione manageriale: rivolto principalmente a posizioni apicali delle aziende sanitarie, che mira a fornire ai professionisti del SSN competenze manageriali e digitali attraverso un percorso formativo dedicato.
- Progetto Formativo MEDS (Medicina Digitale Sardegna): che ha l'obiettivo di incrementare le competenze digitali e raggiungere il target di 29.000 professionisti del servizio sanitario.

La Formazione Aziendale che afferisce alla Struttura Semplice Dipartimentale Risk Management, Qualità e Formazione Permanente ha avuto un ruolo importante, promuovendo la partecipazione di tutti i dipendenti a questo corso.

#### **Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 14 gennaio 2025**

La Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 14 gennaio 2025, intitolata “Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti”,

fornisce una guida strategica per il miglioramento continuo del sistema sanitario e la creazione di valore pubblico nelle amministrazioni. In sinergia con le direttive del PNRR, essa propone un quadro innovativo per la gestione e lo sviluppo delle risorse umane, focalizzandosi su formazione, conoscenze e competenze come leve fondamentali per modernizzare il settore pubblico, inclusa la sanità.

La Direttiva, stabilisce che ogni dipendente pubblico debba garantire, a partire dal 2025, un minimo di 40 ore di formazione pro capite annue, con l'obiettivo di potenziare il livello complessivo delle competenze all'interno delle organizzazioni.

Per realizzare questo obiettivo le amministrazioni pubbliche sono chiamate a rafforzare e ampliare in modo coordinato l'offerta formativa, uno strumento centrale di questo processo, a cui la nostra azienda ha aderito è la piattaforma Syllabus, che fornisce percorsi personalizzati volti a sviluppare sia le competenze di base sia quelle specialistiche. Attraverso un sistema di assessment iniziale, Syllabus identifica i gap individuali di competenza e propone percorsi di apprendimento autonomo promuovendo la crescita professionale di ciascun dipendente. Le aree tematiche affrontate includono leadership, competenze digitali, etica, lavoro agile e soft skills, garantendo una preparazione completa e orientata alle sfide del sistema pubblico.

La descrizione dettagliata degli eventi formativi previsti nel Piano Formativo Aziendale (PFA) anno 2026 è riportata in allegato al presente piano.

#### **Sezione 4 - Monitoraggio**

Il monitoraggio delle sottosezioni Valore pubblico e Performance avverrà secondo quanto previsto dal decreto legislativo n. 150 del 2009 mentre il monitoraggio della sezione Rischi corruttivi e trasparenza secondo le indicazioni di ANAC. Per quanto riguarda la Sezione Organizzazione e capitale umano il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance adottato da questa azienda copre sia l'area dei comportamenti che quella dei risultati e riguarda sia la performance organizzativa delle strutture che la performance individuale di tutti i dirigenti e di tutto il personale non dirigenziale. Il processo di budgeting è pertanto uno degli elementi a cui è ancorata la valutazione.

Per quanto attiene alla misurazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi individuati, la verifica e la misurazione definitiva è preceduta da verifiche intermedie e da almeno un incontro intermedio tra Direttori delle Strutture e Direzione Generale, al fine di poter evidenziare eventuali criticità rispetto alla realizzazione dell'obiettivo e porre in essere eventuali azioni correttive.

La rendicontazione degli obiettivi avviene utilizzando i dati fruibili dalle fonti ufficiali dell'azienda o acquisendo la documentazione e/o le relazioni dalle strutture, in modo tale da rendere la dimostrazione del raggiungimento del target richiesto dall'obiettivo e la sua misurazione il più possibile oggettiva. Si rileva tuttavia un non sempre coerente e non completo sviluppo dei sistemi informativi a supporto dell'intero processo che limita l'attività di individuazione di obiettivi e indicatori e non sempre è possibile la misurazione tempestiva degli stessi.

La misurazione dei risultati raggiunti, rispetto agli obiettivi strategici declinati in questo piano, saranno rendicontati nella Relazione sulla Performance entro il mese di giugno dell'anno successivo rispetto all'anno oggetto di monitoraggio. La Relazione sulla Performance è pubblicata nel sito internet aziendale nella sezione "Performance" dell'Amministrazione Trasparente.

Il ciclo di gestione del rischio si completa con l'attività di monitoraggio, diretta a verificare l'attuazione e l'efficacia delle misure operative e della politica della ASL di prevenzione dei fenomeni corruttivi definite nel Piano. La logica di integrazione e coordinamento del PIAO trova attuazione nel monitoraggio integrato che pone le condizioni per verificare la sostenibilità degli obiettivi organizzativi e delle scelte di pianificazione fatte nel PIAO e come tali attività hanno contribuito al raggiungimento di VP.

Il monitoraggio della sezione "Anticorruzione e Trasparenza", avviene secondo le indicazioni di ANAC, al fine di intervenire con gli eventuali correttivi che si dovessero rendere necessari per l'ambito sopra riportato.

Il sistema di monitoraggio è stato progettato su 2 livelli:

nel primo livello, i soggetti responsabili dell'attuazione del monitoraggio sono i Responsabili dipartimentali/servizi/uffici/referenti, competenti per le misure. Comunicano al RPCT se e come le misure di trattamento del rischio vengono attuate, dando atto anche di una valutazione delle stesse rispetto agli eventuali rischi corruttivi da contenere o da prevedere. In generale, seguono verifiche del RPCT in merito alle informazioni rese in autovalutazione anche mediante incontri diretti o posta semplificata (mail). Tali verifiche vengono svolte anche attraverso il controllo degli indicatori e dei target attesi previsti per l'attuazione delle misure all'interno del Piano nonché con richiesta di informazioni o elementi che possano comprovare l'effettiva azione svolta;

nel secondo livello, l'attuazione del monitoraggio è compito del RPCT che mette in atto le azioni necessarie relative alla verifica dell'attuazione delle misure generali e specifiche predisposte dall'Azienda e all'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel presente Piano. Lo stesso effettua il monitoraggio interno della trasparenza verificando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, e in particolare:

- monitora sistematicamente l'adempimento degli obblighi di pubblicazione, nel rispetto di tempi e modalità indicate nella tabella contenuta nell'Allegato;
- predispone una relazione annuale che viene pubblicata sul sito aziendale;
- collabora con l'OIV nel processo di gestione del rischio e della trasparenza. Più specificatamente, il monitoraggio delle azioni descritte nella sottosezione del presente PIAO è effettuato da: RPCT e OIV nell'ambito dei propri compiti di vigilanza.

Per ulteriori dettagli si rimanda alla sottosezione 2.3.

Il monitoraggio, pertanto, si rivela uno strumento utile, durante il corso dell'anno, per monitorare i processi e i rischi, calcolare gli indicatori, analizzare i risultati ed eventualmente attivare le leve necessarie a porre in essere le azioni correttive.

La sezione Anticorruzione e Trasparenza, la cui attuazione sarà oggetto di valutazione della Performance individuale dei Dirigenti da parte dell'OIV, detta obiettivi specifici per ciascun Direttore/Dirigente/Responsabile quali misure ulteriori in materie di corruzione, quali la relazione infra-annuale (semestrale) che coinvolge tutte le Direzioni, le pubblicazioni obbligatorie in materia di trasparenza, il rispetto generalizzato delle misure anticorruzione, che si pongono in linea di continuità con il pregresso anno 2025.

A tale scopo è stato approntato un attento lavoro con la SC Programmazione e Controllo per creare le condizioni della eterointegrazione dei documenti programmatici tra di loro allo scopo di realizzare una *mission* comune.

L'attività riferita alla rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti è relativa alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e ai ricoveri ospedalieri, a cura dell'Ufficio Comunicazione.

I reclami e le segnalazioni sono gestiti dall'Urp aziendale mentre le segnalazioni Whistleblowing dal RPCT.

Si precisa inoltre che nell'anno 2025 non vi sono stati procedimenti disciplinari, come da comunicazione dell'UPD, mentre è stata presentata una (1) segnalazione tramite la piattaforma Whistleblowing non pertinente alla corruzione.

A cura del RPCT, per il tramite del Forum Integrità in Sanità, è stata realizzata un'iniziativa per migliorare le strategie e per promuovere maggiormente la cultura dell'etica e dell'integrità in Azienda, consistente nella rilevazione sull'indice di percezione della corruzione. Tutti i dipendenti sono stati invitati a partecipare alla compilazione del questionario anonimo e riservato, e per garantire una maggiore adesione è stato inviato un QR Code ai Direttori/Referenti da affiggere nelle zone-pausa. La rilevazione, conclusasi a dicembre 2025, verteva sui seguenti temi: percezione ed esperienza della corruzione, conoscenza delle misure anticorruzione, identificazione delle aree più a rischio, informazioni sul PIAO e Valore Pubblico. I dati raccolti, riportati nell'Allegato 2.3 al paragrafo 9 del presente documento, saranno analizzati al fine di individuare ulteriori misure per far fronte alle criticità ed essere inseriti nel successivo PIAO. Il metodo utilizzato sarà riproposto nel triennio per garantire una rilevazione sempre più improntata alla partecipazione attiva, al confronto, all'efficienza e alla trasparenza

Sulla base delle risultanze e della valutazione dei dati, informazioni, proposte e suggerimenti acquisiti in sede di monitoraggio e di quelli ulteriori eventualmente ricevuti, quali anche, tramite piattaforma o procedura whistleblowing, il RPCT predispone la propria Relazione annuale, curando la trasmissione alla Direzione Generale e all'OIV e la pubblicazione sul sito internet aziendale entro la data stabilita dall'ANAC.

Quindi tutte le risultanze del monitoraggio, comprensive delle singole relazioni semestrali e delle criticità emerse vengono riportate nell'ambito della Relazione annuale 2025.

Attualmente non vi è la possibilità di avvalersi di strumenti e procedure digitalizzate, idonei a facilitare l'attività di monitoraggio, tranne che con il Registro di Accesso agli Atti. Mentre invece sono stati attivati gli strumenti di ascolto per valutare le rilevazioni di soddisfazione degli *stakeholder* e della società civile, a cura del Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza. Nello specifico, sono stati pubblicati nel sito web, sezione Amministrazione Trasparente: avviso, invito a cittadini, dipendenti, associazioni, sindacati o altre forme di organizzazioni portatrici di interessi collettivi e diffusi a presentare proposte, suggerimenti, osservazioni sull'aggiornamento della sezione "Anticorruzione e Trasparenza", anche tramite un modulo proposte, all'uopo predisposto, unitamente all'informativa sul trattamento dei dati personali.

Inoltre, prima dell'approvazione del presente documento, la ASL ha pubblicato a gennaio 2026 un avviso di consultazione pubblica per garantire la più ampia condivisione nella redazione della sottosezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza".