

ANNO 2022

# **PIANO INTEGRATO DELLE ATTIVITA' E DELL'ORGANIZZAZIONE (P.I.A.O) - ASL 2 GALLURA**



## INDICE

<b>PREMESSA.....</b>	<b>3</b>
<b>SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE DELLA GALLURA .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA .....</b>	<b>5</b>
1.1.1 <i>Analisi di contesto esterno e interno.....</i>	<i>5</i>
<b>1.2 IL MANDATO ISTITUZIONALE, LA MISSIONE E LA VISIONE DELL'AZIENDA ...</b>	<b>16</b>
<b>SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 VALORE PUBBLICO .....</b>	<b>17</b>
2.1.1 <i>Strategia di creazione di Valore Pubblico .....</i>	<i>17</i>
2.1.2 <i>Indicatori di impatto di Valore Pubblico .....</i>	<i>20</i>
2.1.3 <i>Le procedure da reingegnerizzare.....</i>	<i>21</i>
<b>2.2 LA PERFORMANCE DELL'AZIENDA SANITARIA .....</b>	<b>21</b>
2.2.1 <i>Dimensioni di performance .....</i>	<i>22</i>
2.2.2 <i>Obiettivi strategici.....</i>	<i>23</i>
2.2.3 <i>Misurazione degli obiettivi strategici .....</i>	<i>24</i>
2.2.4 <i>La partecipazione dei cittadini e degli utenti alla valutazione della performance organizzativa .....</i>	<i>26</i>
<b>2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....</b>	<b>29</b>
2.3.1 <i>Valutazione di impatto del contesto esterno.....</i>	<i>30</i>
2.3.2 <i>Valutazione di impatto del contesto interno .....</i>	<i>30</i>
2.3.3 <i>Mappatura dei processi.....</i>	<i>31</i>
2.3.4 <i>Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti</i>	<i>31</i>
2.3.5 <i>Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio. ...</i>	<i>31</i>
2.3.6 <i>Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure.....</i>	<i>44</i>
2.3.7 <i>Programmazione dell'attuazione della trasparenza.....</i>	<i>45</i>
<b>SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....</b>	<b>47</b>
<b>3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA .....</b>	<b>47</b>
3.1.1 <i>Organigramma.....</i>	<i>47</i>
<b>3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....</b>	<b>48</b>
3.2.1 <i>Modalità attuative e di sviluppo del lavoro agile .....</i>	<i>50</i>
3.2.2 <i>Gli impatti interni ed esterni del lavoro agile .....</i>	<i>56</i>
3.2.3 <i>Obiettivi e indicatori del lavoro agile .....</i>	<i>57</i>
<b>3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE.....</b>	<b>58</b>
3.3.1 <i>Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente.....</i>	<i>59</i>
3.3.2 <i>Programmazione strategica delle risorse umane .....</i>	<i>61</i>
3.3.3 <i>Strategia di copertura del fabbisogno .....</i>	<i>62</i>
3.3.4 <i>Formazione del personale .....</i>	<i>63</i>
<b>3.4 PARI OPPORTUNITÀ E PIANO DELLE AZIONI POSITIVE .....</b>	<b>64</b>
3.4.1 <i>Piano delle azioni positive .....</i>	<i>65</i>
3.4.2 <i>Azioni e obiettivi.....</i>	<i>67</i>
<b>SEZIONE 4 MONITORAGGIO .....</b>	<b>68</b>
<b>ALLEGATI.....</b>	<b>68</b>

## Premessa

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O) è un documento di programmazione previsto dall'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 al fine di assicurare e garantire la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso. L'art. 6 prevede che *"le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, di seguito denominato Piano, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190."*

Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

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

inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;

Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni. Si tratta a livello strategico di una sorta di "mappatura del cambiamento" che consentirà di realizzare un monitoraggio costante e accurato del percorso di transizione amministrativa avviato con il PNRR.

Il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) della ASL GALLURA offre un'occasione per sollevare lo sguardo rispetto ai singoli adempimenti richiesti all'azienda e ricostruire una visione complessiva delle scelte di programmazione e di gestione: in questo modo, l'ASL GALLURA intende favorire una continuità logica e operativa tra la traiettoria della pianificazione strategica, la programmazione economico-finanziaria, gli interventi di traduzione della strategia a livello gestionale e operativo e le scelte sulla cosiddetta people strategy.

In altre parole, tende ad abbattere – laddove presenti – i silos organizzativi e darsi uno strumento concreto per accordare tutte le componenti della programmazione;

**Il PIAO della ASL GALLURA è diviso in 4 sezioni:**

- 1. Scheda anagrafica dell'amministrazione;**
- 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione;**
- 3. Organizzazione e capitale umano;**
- 4. Monitoraggio.**

# **SEZIONE 1 Scheda anagrafica dell'Azienda Socio-Sanitaria Locale della Gallura**

Con la legge regionale 11 settembre 2020, n. 24 recante "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" si è dato avvio alla riforma finalizzata a modificare l'organizzazione del Servizio sanitario regionale per renderlo maggiormente aderente ai bisogni della popolazione, superando la precedente organizzazione incentrata su un'unica azienda territoriale.

L'attuale assetto organizzativo dell'ASL GALLURA attraversa una fase di riorganizzazione conseguente alla riforma di cui alla legge regionale n. 24 del 11.9.2020, la quale ha soppresso l'ATS Sardegna e costituito, con decorrenza 1.1.2022, otto nuove ASL territoriali e l'Ares Sardegna, azienda deputata all'erogazione di servizi tecnici e amministrativi in forma accentrata per tutte le aziende del SSR. L'istituenda ASL GALLURA, dal 01.01.2022 opera attraverso le strutture e il personale ereditato dalla ex ATS Sardegna in liquidazione, in quanto allo stato attuale è in fase di definizione l'atto aziendale, la dotazione organica e il piano triennale del fabbisogno di personale 2022-2024.

## **1.1 Scheda anagrafica dell'azienda**

Con la delibera RAS n.46/24 del 25 novembre 2021, ai sensi di quanto disposto dall'art. 9 della legge regionale dell'11 settembre 2020 n.24, a far data dal 1 gennaio 2022 è stata costituita l'Azienda socio-sanitaria locale (ASL) n. 2 della Gallura.

L'Azienda socio-sanitaria locale della Gallura assicura, attraverso servizi direttamente gestiti, l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera; ha personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione; l'organizzazione e il funzionamento è disciplinato dall'atto aziendale, di cui all'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), e successive modifiche ed integrazioni.

La sede legale dell'Azienda socio-sanitaria locale n.2 della Gallura è in via Bazzoni Sicana n.2.

Il sito ufficiale è <https://www.aslgallura.it/>.

Il logo ufficiale è:



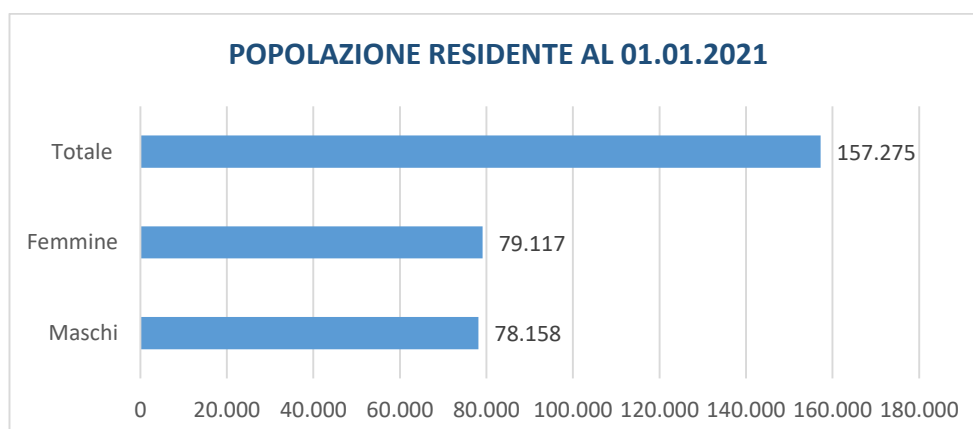
### **1.1.1 Analisi di contesto esterno e interno**

Il contesto in cui opera l'azienda è caratterizzato da una pluralità di bisogni e da rapidi mutamenti della struttura socio-demografica che comportano perciò una gestione improntata alla ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi.

Lo sviluppo di soluzioni per fronteggiare i rapidi mutamenti delle variabili demografiche ed epidemiologiche, rende necessario l'introduzione di politiche di governo clinico, ossia di un sistema incentrato sull'integrazione di numerosi fattori tra loro complementari, tra i quali la formazione continua, la gestione del rischio clinico, i percorsi assistenziali, la gestione del personale e l'accountability verso il cittadino.

A quanto premesso, si aggiunge la complessità dei processi di riorganizzazione assistenziali che l'azienda dovrà affrontare nel prossimo triennio che darà origine ad un profondo ripensamento nella organizzazione e gestione dei servizi con importanti cambiamenti sia nell'area ospedaliera che in quella territoriale, con una prospettiva che va verso la deospedalizzazione ed il potenziamento delle cure domiciliari, l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, delle Case della Comunità e delle Centrali Operative Territoriali (COT), e l'aumento del servizio di filtro territoriale per le patologie croniche, con l'auspicio che l'intero Servizio Socio Sanitario del territorio della Gallura si orienti verso una assistenza proattiva, ossia si attivi quella che viene definita medicina di iniziativa, sia nella fase di prevenzione che nell'assistenza primaria ed integrata.

La popolazione residente nel territorio di competenza dell'Azienda Sanitaria n. 2 Gallura alla data dell'01.01.2021 è pari a 157.275 abitanti di cui 78.158 maschi e 79.117 femmine con un decremento nominale rispetto all'anno precedente di 1.844 residenti (-1.16%).

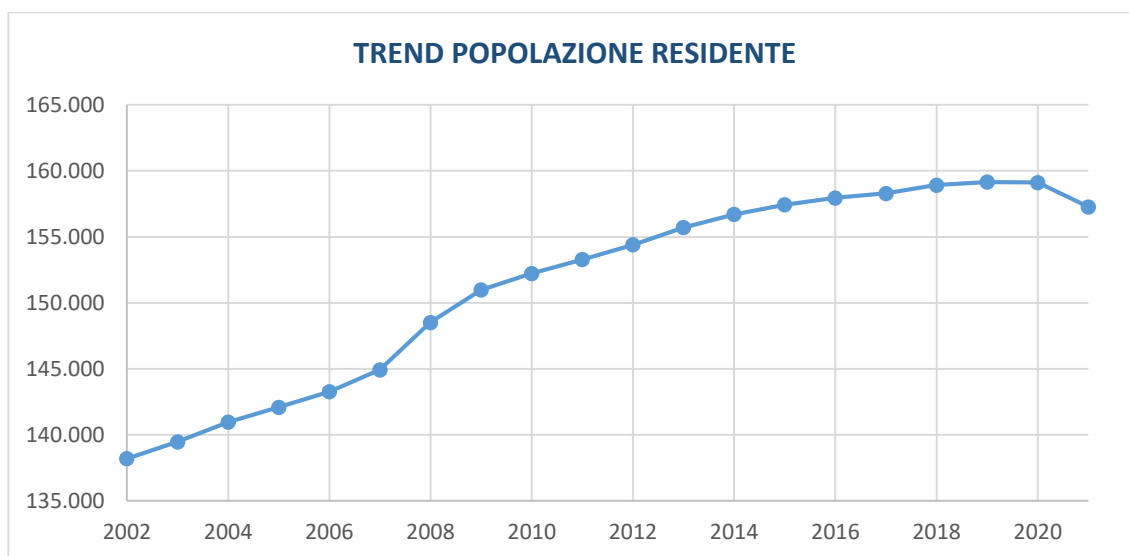


Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)

L'area si estende per 3.406 km<sup>2</sup>. con una densità di popolazione pari a 46 abitanti per km<sup>2</sup>. che corrisponde al 10% della popolazione regionale.

L'area si estende per 3.406 km<sup>2</sup>. con una densità di popolazione pari a 46 abitanti per km<sup>2</sup>. che corrisponde al 10% della popolazione regionale.

ASL	01.01.2020	01.01.2021	Δ nominale 2021-2020	Δ % 2021-2020
ASL N.2 GALLURA	159.119	157.275	-1.844	-1,16%
<b>Totale SARDEGNA</b>	<b>1.611.621</b>	<b>1.590.044</b>	<b>-21.577</b>	<b>-1,34%</b>



Questa tendenza di riduzione della popolazione residente è confermata dai valori registrati negli ultimi anni anche a livello regionale: la Sardegna nell'arco di dieci anni ha visto diminuire la popolazione residente di 47.802 individui mentre la differenza di residenti tra gli anni 2021 e 2020 è pari a -21.577; tale decremento che, a livello regionale è pari a -1,34%, ha interessato tutte le Aziende Sanitarie e, anche se in maniera minore rispetto al decremento percentuale regionale, anche l'Azienda Sanitaria N. 2 Gallura che ha registrato un decremento pari a -1,16%. Occorre evidenziare però che se negli anni dal 2002 al 2018 la popolazione gallurese è sempre cresciuta negli ultimi tre anni è diminuita.

La pandemia da Covid-19 che ha colpito l'Italia nel corso del 2020 ha lasciato strascichi molto evidenti a livello demografico nelle aree, come la Sardegna, che avevano già a che fare con problemi gravi sul piano economico e sociale. In tal senso, l'Isola risulta la regione col peggiore tasso di natalità, 5,1 nati per 1000 abitanti. Anche sul versante dei decessi, nel periodo ottobre-dicembre 2020, quando anche la Sardegna è stata interessata da forti ondate pandemiche, si è registrato nell'Isola un incremento di decessi pari al +34,9%. Ma la pandemia da Covid-19 con i diversi lockdown e limitazioni di spostamenti ha prodotto effetti non soltanto sulla mortalità ma anche sulla mobilità residenziale interna.

Nel corso del 2020, infatti, le migrazioni, ossia la componente demografica più dinamica negli ultimi anni, sono state limitate in quanto quasi tutti gli Stati, a causa della pandemia, hanno imposto barriere all'ingresso dei confini nazionali e limitazioni al movimento interno. Per tantissime persone è stato quindi impossibile spostarsi, indipendentemente dal fatto che si possedessero o meno validi motivi di lavoro, studio o familiari. Gli effetti del lockdown hanno poi determinato inevitabili ripercussioni sul versante dei trasferimenti di residenza.

Il riflesso di tali andamenti ha comportato una riduzione della popolazione residente.

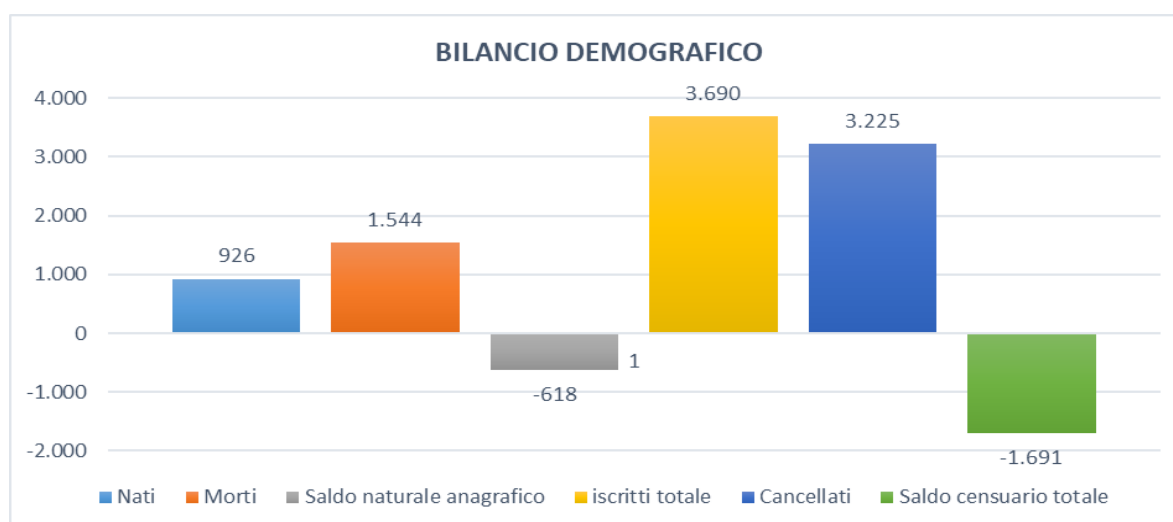
Passando ad analizzare più analiticamente i flussi di abitanti in entrata e uscita dall'Asl n.2 Gallura e in particolare il bilancio demografico aziendale si rileva un saldo naturale negativo pari a -618 dovuto ad un numero di nascite (926) inferiore rispetto a quello dei decessi (1.544) e ad un complessivo saldo censuario negativo pari a -1691. Volendo analizzare lo stesso bilancio demografico riferito ai 3 distretti socio-sanitari si rileva che il Distretto di Olbia è quello che

presenta, in valori percentuali in rapporto alla popolazione distrettuale, un maggior numero di nati (0,6% contro lo 0,5% circa degli altri distretti) e un minor numero di decessi (0,91% rispetto a 1,21% del distretto di Tempio e 0,96% di quello di La Maddalena. In riferimento al decremento della popolazione residente rapportata alla popolazione distrettuale si rileva una riduzione percentuale maggiore nel distretto di Tempio (-1,56%) contro -1,04% del Distretto di Olbia e -1,40 del Distretto di La Maddalena.

E' evidente che i dati del bilancio demografico riflettono anche il momento storico e la pandemia da Covid-19 che ha interessato la ASL e tutti i Paesi del mondo.

<b>BILANCIO DEMOGRAFICO ANNO 2020 E POPOLAZIONE RESIDENTE AL 31.12.2020</b>	<b>ASL N. 2 GALLURA</b>	<b>Distretto di Olbia</b>	<b>Distretto di Tempio</b>	<b>Distretto di La Maddalena</b>
<b>Popolazione al 1° gennaio</b>	159.119	118.841	29.404	10.874
<b>Nati</b>	926	735	139	52
<b>Morti</b>	1.544	1.084	356	104
<b>Saldo naturale anagrafico</b>	-618	-349	-217	-52
<b>Iscritti da altri comuni</b>	3.124	2.459	503	162
<b>Iscritti dall'estero</b>	541	435	77	29
<b>Altri iscritti</b>	25	22	3	0
<b>Cancellati per altri comuni</b>	2.625	2.008	462	155
<b>Cancellati per l'estero</b>	367	290	66	11
<b>Altri cancellati</b>	233	178	49	6
<b>Saldo migratorio anagrafico estero</b>	174	145	11	18
<b>Unità in più/meno dovute a variazioni territoriali</b>	0	0	0	0
<b>Saldo censuario totale</b>	-1.691	-1.323	-249	-119
<b>Popolazione al 31 dicembre</b>	157.275	117.609	28.944	10.722
<b>Popolazione residente in famiglia al 31 dicembre</b>	156.644	117.394	28.535	10.715
<b>Popolazione residente in convivenza al 31 dicembre</b>	631	215	409	7
<b>Numero di convivenze al 31 dicembre da trattamento statistico dell'informazione di fonte anagrafica</b>	64	37	24	3

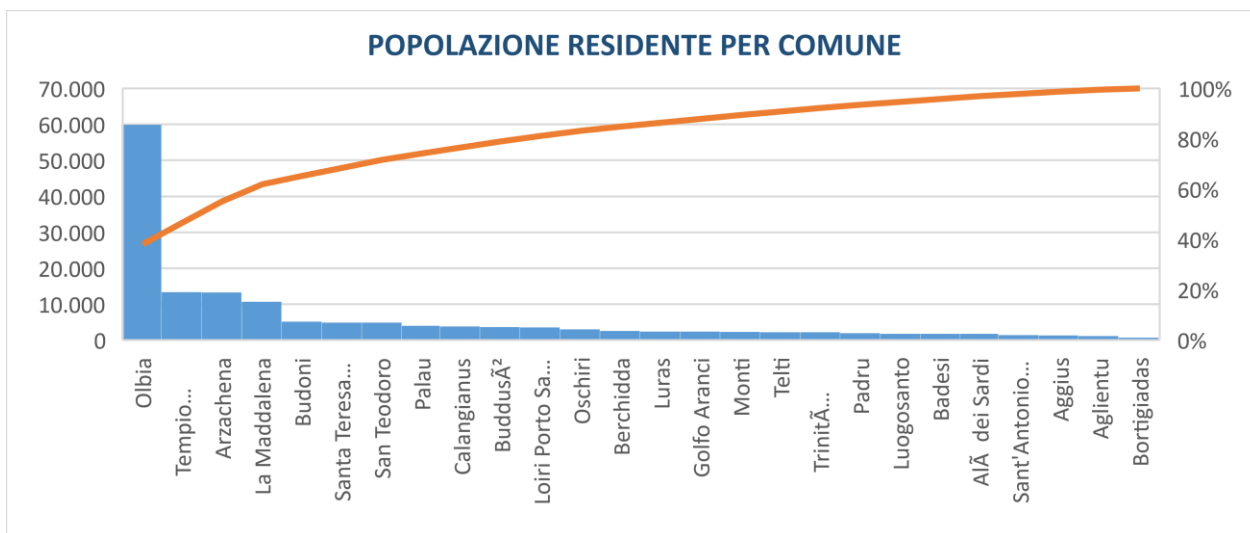
Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)



La maggior parte della popolazione risiede nei comuni più grandi quali Olbia, Tempio Pausania, Arzachena e La Maddalena e quindi prevalentemente lungo la costa nord orientale. La



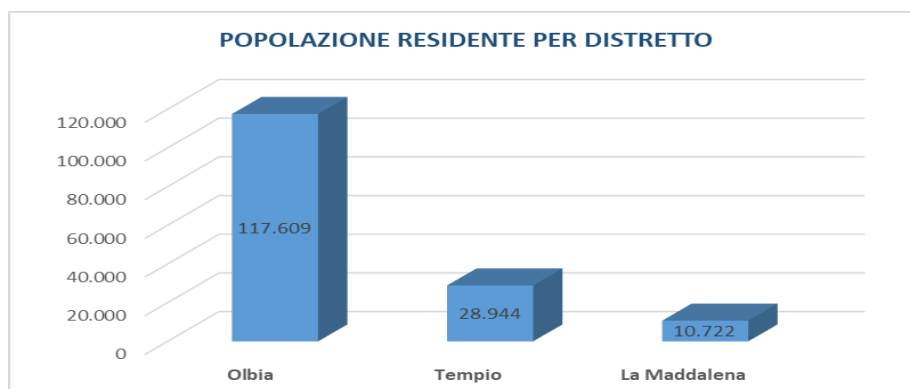
maggioranza dei comuni sono di piccole dimensioni ed altro elemento caratterizzante la Gallura sono i nuclei residenziali di matrice rurale che si manifestano con diversi gradi di densità abitativa.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)

L'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria n. 2 Gallura è articolata in tre Distretti Socio-Sanitari: **Distretto di Olbia, Distretto di Tempio Pausania e Distretto di La Maddalena.**

La distribuzione della popolazione per Distretto è fortemente disomogenea; il Distretto più popoloso è il Distretto di Olbia dove è concentrato il 75% della popolazione ovvero 117.609 abitanti, segue il Distretto di Tempio con il 18% ossia 28.944 residenti e il Distretto della Maddalena con il 7% del totale della popolazione residente ovvero 10.722 abitanti.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)

Di seguito si riporta in analitico il numero degli abitanti residenti nei diversi Comuni appartenenti ai tre Distretti Socio-Sanitari suddivisi per genere.

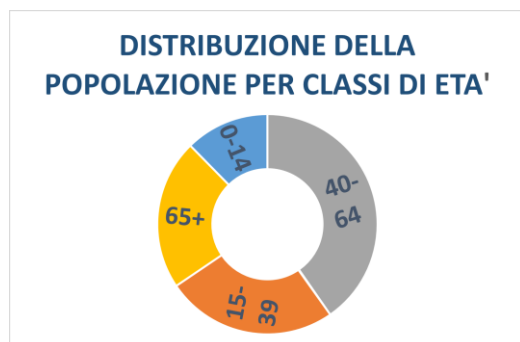
DISTRETTO DI OLBIA	Maschi	Femmine	TOTALE
Alà dei Sardi	887	900	1.787
Arzachena	6.712	6.625	13.337
Berchidda	1.306	1.330	2.636
Buddusò	1.842	1.824	3.666
Budoni	2.564	2.657	5.221
Golfo Aranci	1.163	1.243	2.406
Loiri Porto San Paolo	1.786	1.765	3.551
Monti	1.180	1.156	2.336
Olbia	29.574	30.374	59.948
Oschiri	1.548	1.526	3.074
Padru	1.026	998	2.024
Palau	2.064	2.013	4.077
San Teodoro	2.471	2.452	4.923
Santa Teresa Gallura	2.491	2.460	4.951
Sant'Antonio di Gallura	714	734	1.448
Telti	1.115	1.109	2.224
<b>Totale complessivo</b>	<b>58.443</b>	<b>59.166</b>	<b>117.609</b>

DISTRETTO DI TEMPIO	Maschi	Femmine	TOTALE
Aggius	670	739	1.409
Aglientu	598	581	1.179
Badesi	895	924	1.819
Bortigiadas	363	374	737
Calangianus	1.930	1.924	3.854
Luogosanto	912	909	1.821
Luras	1.196	1.270	2.466
Tempio Pausania	6.727	6.716	13.443
Trinità d'Agultu e Vignola	1.101	1.115	2.216
<b>Totale complessivo</b>	<b>14.392</b>	<b>14.552</b>	<b>28.944</b>

DISTRETTO DI LA MADDALENA	Maschi	Femmine	TOTALE
La Maddalena	5.323	5.399	10.722
<b>Totale complessivo</b>	<b>5.323</b>	<b>5.399</b>	<b>10.722</b>

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)

In riferimento alla struttura della popolazione, l'Azienda n.2 Gallura rileva una classe di età 0-14 anni costituita da 19.427 residenti che rappresenta il 12,4% dell'intera popolazione, posizionandosi al di sopra delle percentuali delle altre Asl e della media regionale (10,9%); nel contempo, si rileva la percentuale più bassa a livello regionale degli over 65 (22,1% contro il 25,3% a livello regionale).



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)

Classi d'età	Totale	%
0-14	19.427	12,4%
15-39	39.628	25,2%
40-64	63.430	40,3%
65+	34.790	22,1%
<b>TOTALE</b>	<b>157.275</b>	<b>100%</b>

### STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

Classi d'età	0-14	15-64	65+
ASL N.2 GALLURA	12,4%	65,5%	22,1%
SARDEGNA	10,9%	63,8%	25,3%
<b>Variazione %</b>	<b>1,5%</b>	<b>1,7%</b>	<b>-3,2%</b>

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)

INDICATORI DEMOGRAFICI	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza Strutturale	Indice di struttura della popolazione	Indice di dipendenza anziani
<b>ASL N.2 GALLURA</b>	179,1	52,6	160,1	33,8
<b>SARDEGNA</b>	231,5	56,7	161,1	39,6

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)

L'analisi degli indicatori di struttura demografica mostra una popolazione caratterizzata da una numerosità statistica nelle fasce d'età giovanile e in età lavorativa, ma interessata, anche se in misura minore rispetto alle altre Aziende Socio-Sanitarie regionali, da un progressivo processo di invecchiamento della popolazione.

Più analiticamente l'indice di vecchiaia della popolazione, espresso come rapporto tra il numero degli ultra sessantacinquenni ogni 100 individui di età inferiore ai 15 anni, è pari a 179,1%; tale valore nonostante sia cresciuto negli ultimi anni risulta sempre inferiore rispetto alla media regionale pari al 231,5%.

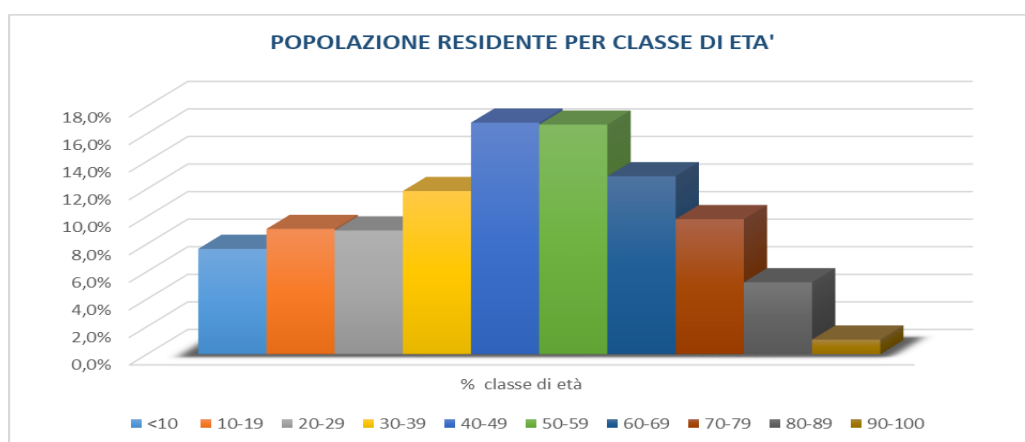
Anche l'indice di dipendenza strutturale, che rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva su quella attiva ed è calcolato come il rapporto tra la popolazione inattiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella in età lavorativa (15-64 anni), e che è pari al 52,6%, risulta essere inferiore rispetto al valore regionale pari al 56,7%. Si rammenta però che un indice di dipendenza strutturale superiore al 50% è sinonimo di un numero elevato di ragazzi e anziani di cui la popolazione attiva deve occuparsi complessivamente. L'indice di struttura della popolazione attiva, che indica il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa ed è calcolato quale rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni), si attesta al 160,1% contro una media regionale più elevata pari a 161,1%. Ciò significa che è la fascia lavorativa più "anziana" a prevalere su quella più giovane infatti per ogni 100 residenti di 15-39 anni ce ne sono circa 160 nella fascia di età 40-64 anni con indubbi svantaggi in termini di dinamismo e di adattamento al lavoro della popolazione.

Volendo analizzare più approfonditamente la struttura della popolazione e suddividendola in classi più piccole si rileva che le classi di età più rappresentative sono quelle centrali ossia quelle in età lavorativa e più analiticamente quella dei 40-49 anni con 26.428 residenti (16,8% della popolazione) di cui il 50,4% di genere maschile e quella dei 50-59 anni, che costituisce il 16,7% dell'intera popolazione e conta 26.202 residenti di cui il 50,3% di genere maschile; a queste classi di età segue quella dei 60-69 anni che rappresenta il 12,9% della popolazione e conta 20.309 residenti di cui il 50,3% di genere femminile e quella dei 30-39 anni (11,8% della popolazione)

con 18.620 residenti in cui le percentuali dei due generi si equivalgono. Importante evidenziare la fascia di età 0-9 anni che conta 12.022 bambini, di cui il 51,5% di genere maschile, costituendo il 7,6% dell'intera popolazione residente.

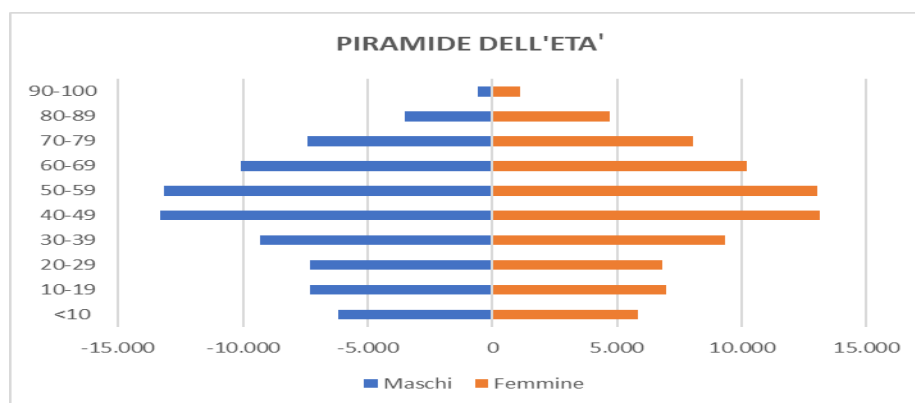
POPOLAZIONE PER CLASSI DI ETÀ'			
CLASSE DI ETÀ'	Maschi	Femmine	TOTALE
<10	6.187	5.835	12.022
10-19	7.316	6.977	14.293
20-29	7.299	6.821	14.120
30-39	9.316	9.304	18.620
40-49	13.312	13.116	26.428
50-59	13.171	13.031	26.202
60-69	10.093	10.216	20.309
70-79	7.390	8.022	15.412
80-89	3.503	4.702	8.205
90-100	571	1.093	1.664
<b>Totale</b>	<b>78.158</b>	<b>79.117</b>	<b>157.275</b>

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)



POPOLAZIONE PER CLASSI DI ETÀ' %			
CLASSE DI ETÀ'	Maschi	Femmine	% classe di età
<10	51,5%	48,5%	7,6%
10-19	51,2%	48,8%	9,1%
20-29	51,7%	48,3%	9,0%
30-39	50,0%	50,0%	11,8%
40-49	50,4%	49,6%	16,8%
50-59	50,3%	49,7%	16,7%
60-69	49,7%	50,3%	12,9%
70-79	47,9%	52,1%	9,8%
80-89	42,7%	57,3%	5,2%
90-100	34,3%	65,7%	1,1%
<b>Totale</b>	<b>49,7%</b>	<b>50,3%</b>	<b>100%</b>

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)



Se si analizza la distribuzione della popolazione residente nei diversi Distretti Socio-Sanitari afferenti all'Azienda si rilevano delle percentuali più alte delle classi di età più giovani, quali 0-14 e 15-39, nel Distretto di Olbia che raggiungono rispettivamente il 13% e il 26% contro il 10% e il 24% rilevati nei Distretti di Tempio Pausania e di La Maddalena. Inoltre, anche nelle classi di età più grandi, come quella over 65, il Distretto di Olbia rileva una percentuale migliore pari al 21% mentre il Distretto di Tempio e quello di La Maddalena registrano tassi più elevati pari rispettivamente al 26% e 25%. Ciò a dimostrazione di una popolazione più giovane residente nel Distretto di Olbia.

#### DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE PER CLASSI DI ETÀ' NEI DISTRETTI

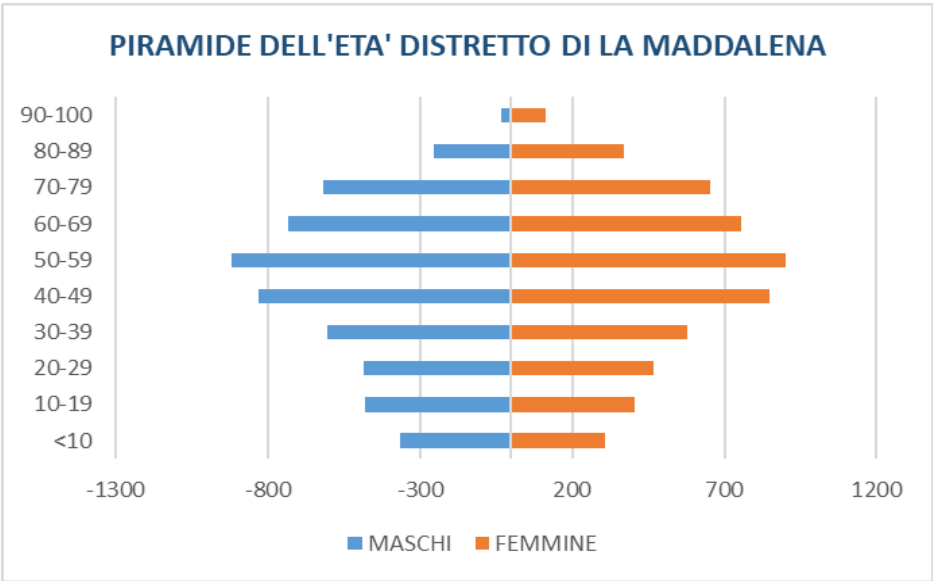
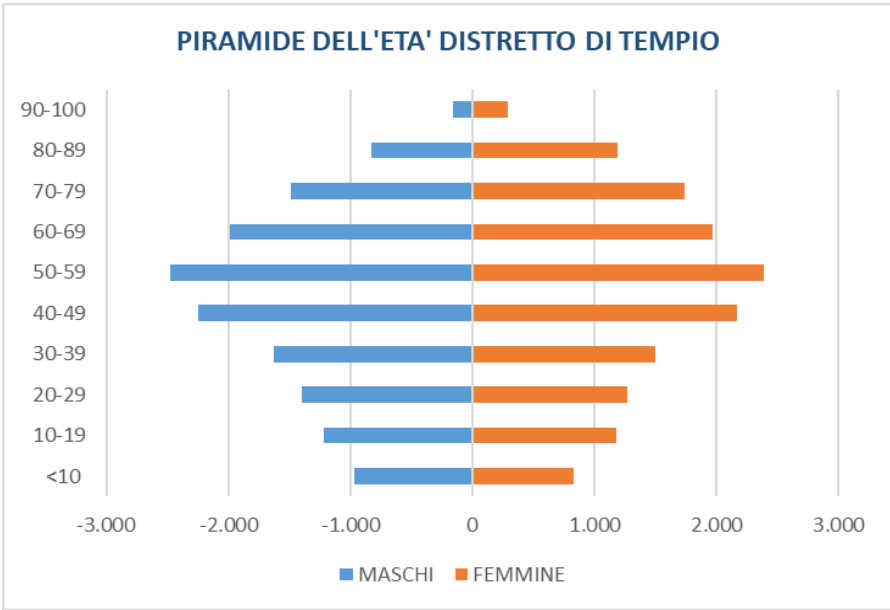
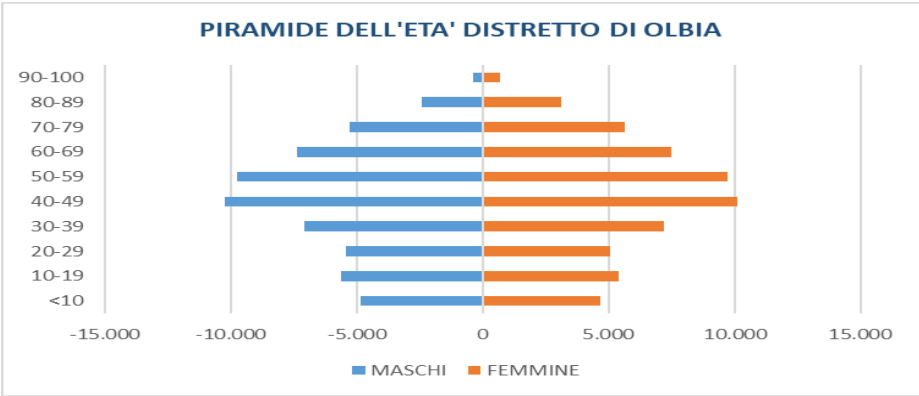
DISTRETTI CLASSI DI ETÀ'	0-14	15-39	40-64	65+	Totale
<b>OLBIA</b>	15.320	30.036	47.784	24.469	117.609
% sul totale	13%	26%	41%	21%	100%
<b>TEMPIO</b>	3.004	6.999	11.353	7.588	28.944
% sul totale	10%	24%	39%	26%	100%
<b>LA MADDALENA</b>	1.103	2.593	4.293	2.733	10.722
% sul totale	10%	24%	40%	25%	100%

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)

Tale analisi si evidenzia meglio, considerando anche il genere, attraverso le piramidi dell'età riferite ai singoli Distretti socio-sanitari.

L'aspetto piramidale della popolazione del Distretto di Olbia evidenzia, in generale rispetto agli altri due Distretti, una maggiore numerosità in termini percentuali delle classi più giovani e una minore numerosità di quelle più vecchie. Più analiticamente, nel Distretto di Olbia le classi di età più rappresentative sia in termini assoluti che percentuali sono quelle centrali ossia 40-49 anni e 50-59 anni che rappresentano entrambe il 17% dell'intera popolazione distrettuale con una lievissima maggioranza del genere maschile (50,2%). Nel Distretto di Tempio P. invece la classe di età più numerosa sia in termini assoluti che percentuali è quella dei 50-59 anni che rappresenta, come per il Distretto di Olbia e quello di La Maddalena, il 17% dell'intera popolazione distrettuale con una lievissima maggioranza del genere maschile. L'altra classe di età centrale ossia quella dei 40-49 anni è più bassa nel Distretto di Tempio dove raggiunge la percentuale del 15% mentre risale al 16% nel distretto di La Maddalena. E' inoltre interessante evidenziare che se le classi di età over 60 anni rappresentano nel Distretto di Olbia il 28% dei residenti, nel Distretto di Tempio

e in quello di La Maddalena raggiungono la percentuale del 33% denotando una popolazione più vecchia. D'altra parte anche la classe di età minore di 10 anni rileva una percentuale maggiore solo nel Distretto di Olbia dove raggiunge l'8% circa mentre in entrambi gli altri Distretti è pari al 6%.



## ANALISI DI CONTESTO INTERNO

L'Azienda socio-sanitaria locale n°2 della Gallura provvede all'erogazione dei Servizi Sanitari nel territorio di sua competenza, attraverso i propri servizi o attraverso l'acquisto di prestazioni da strutture pubbliche o private accreditate.

L'analisi del contesto interno evidenzia che gli elementi caratterizzanti e fondamentali per il perseguimento degli obiettivi strategici sono costituiti dalle seguenti strutture:

- n° 3 Presidi Ospedalieri: presidio ospedaliero Giovanni Paolo II ad Olbia, il Paolo Dettori a Tempio Pausania e il Paolo Merlo a La Maddalena;
- n° 3 Distretti socio –sanitari ad Olbia, Tempio Pausania e La Maddalena;
- n° 1 Dipartimento di Prevenzione;
- n° 1 Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze;
- N° 2 strutture di Staff della Direzione Generale (Programmazione e controllo di gestione e servizio giuridico amministrativo).

Più specificatamente attualmente assicura l'erogazione delle prestazioni attraverso le seguenti macro-articolazioni:

PRESIDIO OSPEDALIERO ASL GALLURA		
ASL GALLURA	PRESIDIO OSPEDALIERO DI AREA OMOGENEA	Stabilimento Giovanni Paolo II- Olbia
		Stabilimento Paolo Dettori - Tempio
		Stabilimento Paolo Merlo - La Maddalena

DISTRETTI ASL GALLURA	
ASL GALLURA	Distretto di Olbia
	Distretto di Tempio P.
	Distretto di La Maddalena*

\*Istituito dall'art.9 della Legge Regionale n°17 del 27 luglio 2016 e di cui all'allegato 1 della delibera di adozione dell'Atto aziendale ATS Sardegna n° 943 del 05/10/2017

DIPARTIMENTI PREVENZIONE E DI SALUTE MENTALE
Dipartimento di Prevenzione Nord
Dipartimento Salute Mentale e dipendenze Nord

STAFF DIREZIONE GENERALE
SC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE
SC STRUTTURA GIURIDICO-AMMINISTRATIVA

## **1.2 Il mandato istituzionale, la missione e la visione dell'azienda**

L'Azienda socio-sanitaria locale n.2 della Gallura concorre alla realizzazione della missione del Servizio Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna, contribuendo alla tutela e promozione del benessere degli individui e della collettività nel territorio di competenza, e al mantenimento e miglioramento dello stato di salute, come diritto fondamentale della persona e interesse della collettività, ed esercita le proprie funzioni in maniera sinergica con gli altri soggetti del sistema sanitario regionale. L'Azienda promuove le attività di prevenzione, cura e riabilitazione in modo unitario ed in stretta connessione con i soggetti pubblici e privati presenti nel contesto socio-ambientale del proprio territorio in una logica di fiducia, di cooperazione, di integrazione socio-sanitaria e, al proprio interno, promuove la formazione e la crescita professionale per mantenere elevati i livelli qualitativi dei servizi offerti.

L'azione dell'Azienda socio-sanitaria locale n.2 della Gallura è finalizzata in maniera fondamentale al miglioramento dello stato di salute della popolazione, alla qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati, all'appropriatezza e continuità di cura nei percorsi assistenziali, alla capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico-finanziario nella gestione del sistema azienda. Al tempo stesso la sua azione è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sulla continuità e sulla qualità dei servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni, persegue la tutela della salute degli individui e della popolazione realizzando un sistema organizzativo capace di assicurare appropriatezza, efficacia, orientato al miglioramento continuo della qualità, alla valorizzazione degli operatori e all'uso ottimale delle risorse assegnate.

L'Azienda socio-sanitaria locale n.2 della Gallura svolge la propria attività nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità ed assicura, attraverso i servizi direttamente gestiti:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- l'assistenza distrettuale;
- l'assistenza ospedaliera.

I principi-guida e i valori fondamentali ai quali l'Azienda ispira l'azione gestionale per la creazione di valore pubblico sono:

- il rispetto della dignità umana, l'equità e l'etica professionale;
- la centralità della persona, intesa come singolo soggetto autonomo, responsabile e capace ed il costante riferimento alla comunità locale;
- la qualità clinico-assistenziale, l'appropriatezza, il coinvolgimento e la qualificazione continua delle risorse umane;
- la compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti.



## Sezione 2 Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

### 2.1 Valore Pubblico

Per Valore Pubblico s'intende: *il livello di benessere economico-sociale-ambientale-salute, della Collettività di riferimento di un'amministrazione, e più precisamente dei destinatari di una sua politica o di un suo servizio*. L'amministrazione genera valore Pubblico quando persegue (e consegue) un miglioramento congiunto, degli impatti di una politica o di un servizio sulle diverse categorie di utenti e stakeholder, rispetto alle condizioni di partenza.

La Pubblica amministrazione crea Valore se consegue un miglioramento congiunto ed equilibrato degli:

- impatti esterni (economico-sociale- ambientale delle politiche);
- impatti interni (salute dell'ente);

ovvero se migliora il benessere e la salute nel caso specifico dell'azienda sanitaria dei cittadini, senza dimenticare di curare la salute del proprio contesto interno ed esterno.

#### 2.1.1 Strategia di creazione di Valore Pubblico

Il Valore Pubblico non s'inventa ma si progetta e infatti rappresenta il risultato di un processo progettato, governato e controllato.

Per accrescere il Valore Pubblico le pubbliche amministrazioni devono essere condotte secondo modelli di Public Value Governance e il Valore Pubblico dovrebbe diventare la nuova frontiera delle performance.<sup>1</sup>

Il paradigma della *public governance* implica, l'introduzione di una logica multidimensionale nella valutazione delle *performance* della amministrazione pubblica<sup>2</sup>: ad efficacia, efficienza ed economicità si aggiungono le dimensioni dell'equità, particolarmente rilevante nei confronti di gruppi di utenti e di *stakeholder* esterni a debole capacità contrattuale, di trasparenza dell'azione pubblica, del rispetto dell'etica, del miglioramento della qualità, della sostenibilità economico, sociale ed ambientale delle diverse politiche di intervento messe in atto dalle amministrazioni pubbliche e della capacità di render conto (*accountability*) ai diversi portatori e gruppi di interesse, interni ed esterni alle amministrazioni pubbliche

Il modello di "Public Value Governance"<sup>3</sup> capace di governare i flussi di generazione del valore è rappresentato tramite la "Piramide del VP" (Figura 1): la logica piramidale di accumulazione progressiva di valore si fonda sulla manovra coordinata degli indicatori contenuti nei vari livelli della performance; il valore viene accumulato progressivamente di livello in livello e trova la sua misura sintetica nel primo.

---

<sup>1</sup> Enrico Deidda Gagliardo. Performance e Valore Pubblico.

<sup>2</sup> MENEGUZZO M., CEPIKU D., FERRARI D., (2004), *Governance e coordinamento strategico delle reti aziendali: sistemi sanitari a confronto*,

<sup>3</sup>. Enrico Deidda Gagliardo –Papi (2002-2015-2018) Il modello della piramide del valore pubblico.



Fig. 1

I principali caratteri di questo paradigma derivano da una visione dell'azienda pubblica e, in particolare quella sanitaria, più aderente alla sua natura:

- si mira non soltanto all'efficienza, ma anche all'efficacia generale delle aziende pubbliche;
- si cerca di raggiungere le condizioni di economicità compatibilmente con gli obiettivi che queste si pongono;
- maggior coinvolgimento degli stakeholder in generale e dei cittadini in particolare;

### **Creare valore sanitario è il vero obiettivo strategico delle aziende sanitarie.**

Nelle aziende sanitarie la creazione di Valore pubblico è determinato da pilastri e basamenti riconducibili alle seguenti categorie:

- appropriatezza dei percorsi assistenziali;
- equilibrio economico finanziario;
- capitale umano;
- qualità percepita dall'utenza, intesa come capacità di comunicare e far percepire la qualità sanitaria.



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

Nell'ottica della creazione di Valore Pubblico l'Azienda si impegna a trasferire nel modo più rapido ed efficace l'avanzamento delle conoscenze di base nell'intento di favorire un'attività socio-sanitaria sempre più qualificata a servizio della popolazione.

Questi valori fondamentali si concretizzano con azioni finalizzate a garantire:

### **Equità**

Garantire pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni e ai servizi su tutto il territorio regionale, a parità di bisogno di salute. Il contrasto alle disuguaglianze di salute emergono, infatti, sempre più come elementi imprescindibili di un servizio sanitario di respiro universalistico che abbia in sé le caratteristiche di efficacia, efficienza ed equità; l'azienda garantisce, a parità di bisogno, l'equità territoriale, realizzando per quanto possibile uniformità e tempestività nell'accesso alle prestazioni per tutti i cittadini residenti al fine di assicurare livelli di assistenza appropriati e di qualità oltreché economicamente sostenibili;

### **Centralità del cittadino/paziente**

Prendersi cura dei pazienti, rispondendo in modo adeguato ai loro bisogni di salute, ponendo attenzione alla centralità della persona e perseguendo l'umanizzazione nei rapporti interpersonali tra operatori sanitari ed utenti- pazienti, con nuovi modelli organizzativi in grado di trasferire la propria azione dall'idea di curare la malattia all'idea di farsi carico del malato;

la centralità del cittadino/paziente assume valore strategico ed è perseguita mediante specifiche politiche di comunicazione al cittadino/paziente tese a rendere disponibili e accessibili le informazioni necessarie per orientarsi, scegliere e accedere alle prestazioni di cui hanno necessità; l'informazione sistematica e tempestiva ha lo scopo di favorire un utilizzo appropriato dei servizi e delle prestazioni sanitarie;

### **Qualità**

La qualità viene garantita attraverso lo sviluppo di programmi di revisione della pratica clinica e professionale, fondati sui principi delle evidenze scientifiche; con le pratiche cliniche dell'*Evidence Based Medicine* (EBM) e dell'*Evidence Based Nursing* (EBN) l'Azienda pone in essere interventi sanitari mirati a produrre risultati positivi di salute, salvaguardando le risorse disponibili, utilizzandole nel miglior modo possibile ed evitando sprechi e costi inutili. Promuove inoltre l'accreditamento istituzionale di tutte le strutture;

### **Economicità**

L'economicità viene garantita attraverso la ricerca delle soluzioni in grado di minimizzare i costi di produzione e si concretizza anche attraverso l'individuazione di soluzioni organizzative capaci di rendere condivise, tra più articolazioni aziendali, le risorse strutturali e il patrimonio tecnologico e

professionale dell'Azienda e nella realizzazione di soluzioni improntate ad un principio di essenzialità e non ridondanza, in una visione sistemica che abbia come punto di riferimento l'intera rete assistenziale;

### **Legalità**

Garantire la legalità, assicurando che tutti gli atti e i comportamenti posti in essere dall'azienda siano rispondenti alle disposizioni normative vigenti. Vigilerà infatti sul rispetto dei vincoli di buona prassi di gestione dei servizi sanitari e di qualità delle prestazioni in quanto elementi necessari al conseguimento degli obiettivi di output;

### **Trasparenza e semplificazione dei processi amministrativi**

Garantire ai portatori di interessi, relazioni trasparenti volte al raffronto produttivo e collaborativo con le istituzioni locali, le organizzazioni sindacali e le associazioni di volontariato esponenziali di interessi diffusi; la trasparenza è garantita mediante l'accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività svolta dall'ASL allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sull'utilizzo delle risorse pubbliche e sul perseguimento dei fini istituzionali;

### **Sviluppo competenze, ricerca e innovazione**

Garantire la crescita professionale a tutti coloro che mettono la loro professionalità a servizio dell'Azienda con idonei percorsi formativi in relazione alle capacità di ognuno. La valorizzazione della professionalità degli operatori è determinante ai fini della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni.

## **2.1.2 Indicatori di impatto di Valore Pubblico**

La dimensione dell'impatto esprime l'effetto generato da una politica o da un servizio sui destinatari diretti o indiretti, nel medio-lungo termine, nell'ottica della creazione di Valore Pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere rispetto alle condizioni di partenza. Gli indicatori di questo tipo sono tipicamente utilizzati per la misurazione degli obiettivi specifici triennali.

L'amministrazione crea valore pubblico quando persegue (e consegue) un miglioramento congiunto ed equilibrato degli impatti esterni ed interni delle diverse categorie di utenti e stakeholder: per generare valore pubblico sui cittadini e sugli utenti, favorendo la possibilità di generarlo anche a favore di quelli futuri, l'amministrazione deve essere efficace ed efficiente tenuto conto della quantità e della qualità delle risorse disponibili.

L'Azienda concorre alla realizzazione della missione del Servizio Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna, contribuendo alla tutela e promozione del benessere degli individui e della collettività nel territorio di competenza, e al **mantenimento e miglioramento dello stato di salute**, come diritto fondamentale della persona e interesse della collettività, ed esercita le proprie funzioni in maniera sinergica con gli altri soggetti del sistema sanitario regionale.

A tal fine, concorre, nell'ambito della specificità del proprio ruolo e delle proprie competenze, allo sviluppo del sistema sanitario regionale e a tale scopo opera a livello aziendale nell'ambito del proprio territorio al fine di perseguire l'appropriatezza degli interventi, l'ottimizzazione delle risorse e la valorizzazione e lo sviluppo delle risorse umane e delle competenze.

### 2.1.3 Le procedure da reingegnerizzare

Nell'ambito dei processi di digitalizzazione sono in corso di sviluppo quei progetti volti alla dematerializzazione della documentazione clinica, in particolare il passaggio verso la Cartella Clinica Elettronica e la dematerializzazione dei referti destinati ad alimentare il Fascicolo Sanitario Elettronico, il numero unico 116117 per le cure mediche non urgenti e il progetto SICP ossia il portale di accesso alle cure primarie.

Con il PNRR Salute e con il nuovo decreto DM 77/2022 *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del servizio sanitario nazionale*, si apre una fase importante in cui l'ASL GALLURA sarà chiamata a reingegnerizzare le procedure di presa in carico e gestione dei pazienti cronici, le procedure di integrazione ospedale-territorio e sviluppo delle cure domiciliari integrate; in tale ambito verranno sviluppate inoltre tutte le nuove procedure relative alla grande sfida del futuro dell'azienda sanitaria che è la telemedicina.

L'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali favorisce un approccio integrato alla cura del paziente e alla prevenzione delle malattie e consente di misurare e valutare l'assistenza prestata.

## 2.2 La Performance dell'azienda sanitaria

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

L'azienda opera in relazione alle politiche regionali ed agli obiettivi assegnati dall'Assessorato alla sanità e alle Politiche Sociali, al fine di raggiungere i risultati individuati nella programmazione regionale in un'ottica di sinergia sistemica.

Al fine di dare attuazione alle disposizioni della L.R.24/2020 e a quanto contenuto nei provvedimenti regionali di programmazione, la RAS con deliberazione n°14/30 del 29/04/ 2022 ha approvato gli obiettivi strategici dei Direttori Generali delle aziende sanitarie per l'anno 2022, e gli stessi sono stati articolati in tre aree:

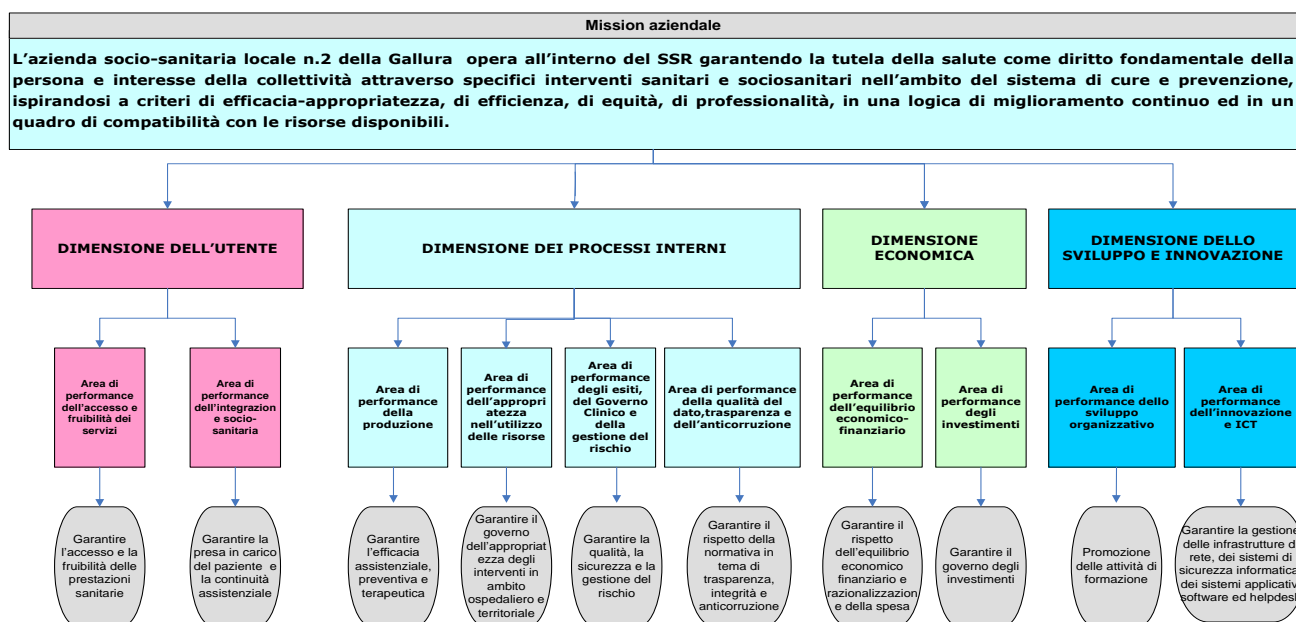
- Area Obiettivi tempi di pagamento dei debiti commerciali;
- Area dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e della qualità:
  - Area della sanità pubblica e della promozione della salute umana;
  - Area della qualità e governo clinico;
  - Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare;
  - Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR.
- Area della sostenibilità economico-finanziaria:
  - Area della razionalizzazione e contenimento della spesa;
  - Area della gestione amministrativo-contabile.

## 2.2.1 Dimensioni di performance

Le dimensioni di performance dell'Azienda socio-sanitaria locale della Gallura richiamano le tipiche dimensioni della Balance Scorecard, la quale consente di attivare un processo di traduzione e scomposizione della missione e delle strategie dell'azienda lungo quattro prospettive per ciascuna delle quali sono stati individuati obiettivi, indicatori e target. L'Albero della Performance dell'Azienda socio-sanitaria locale della Gallura è un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. Tale rappresentazione grafica dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione. Ricevute le indicazioni regionali (da Piano sanitario regionale e da obiettivi annuali assegnati alla Direzione Generale), integrate con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno, le stesse vengono tradotte in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi strategici e obiettivi operativi assegnati ai Direttori di macrostruttura e di struttura. Le strategie, gli obiettivi e le azioni sono riferibili alle seguenti dimensioni di performance:

1. Dimensione dell'utente/paziente
2. Dimensione dei processi interni
3. Dimensione economica
4. Dimensione dello sviluppo e innovazione

Ogni dimensione identifica specifiche Aree di performance e obiettivi strategici.



Rispetto alle quattro Dimensioni sono individuate specifiche Aree strategiche di performance e definiti gli obiettivi strategici da conseguire.

**Dimensione dell'Utente/paziente** sono individuate Aree di performance tese a garantire l'accessibilità e fruibilità dei servizi, l'appropriatezza dei percorsi assistenziali quale capacità nel dare risposta adeguata e tempestiva al bisogno di salute, nella fase di prevenzione e cura.

- Area di performance dell'accesso e fruibilità dei servizi;
- Area di performance dell'integrazione socio-sanitaria.

**Dimensione dei processi interni** sono individuate Aree di performance tese a garantire il governo della assistenza ospedaliera e territoriale, l'attività di prevenzione e promozione della salute, il governo clinico e la gestione del rischio e tutte le attività tese alla prevenzione della corruzione e all'attuazione della trasparenza.

- Area di performance della produzione;
- Area di performance dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse;
- Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio;
- Area di performance della qualità del dato, Trasparenza e dell'anticorruzione.

**Dimensione economica** sono individuate Aree di performance tese a garantire il perseguimento dell'equilibrio economico attraverso il monitoraggio della spesa con la finalità di garantire la razionalizzazione e il contenimento della spesa e l'utilizzo appropriato delle risorse disponibili in funzione della migliore efficacia.

- Area di Performance dell'equilibrio economico,
- Area di performance degli investimenti.

**Dimensione dello sviluppo e innovazione** sono individuate Aree di performance tese a garantire la promozione di attività formative e la valorizzazione delle capacità tecniche e umane del personale,

- Area di performance dello sviluppo organizzativo;
- Area di performance dell'innovazione e ICT.

## **2.2.2Obiettivi strategici**

La performance organizzativa annuale è l'elemento principale del processo di budget ed è espressa prevalentemente in termini di efficacia, efficienza ed economicità ed è riferita sia all'azienda nel suo complesso, sia alle singole strutture organizzative.

La Direzione ha definito gli obiettivi strategici che ritiene coerenti rispetto ai bisogni degli assistiti e alle finalità istituzionali aziendali oltreché alle scelte strategiche relative all'attuale contesto di riorganizzazione del servizio sanitario.

Per l'anno 2022 la Direzione ha definito i seguenti obiettivi strategici che rappresentano i pilastri dell'intero processo di budget e nell'allegato 1 del presente Piano si riporta il dettaglio degli obiettivi strategici e operativi.



## OBIETTIVI STRATEGICI: I 7 PILASTRI DEL PROCESSO DI BUDGET

1. Garantire l'efficientamento della rete territoriale attraverso lo sviluppo di un modello di assistenza territoriale in linea con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi definiti dal DM 77/2022;
2. Garantire l'efficientamento della rete ospedaliera attraverso il miglioramento degli indicatori del PNE e l'individuazione delle attività a basso volume di erogazione o con scarsi esiti in coerenza con il PNE e il DM 70/2015;
3. Garantire il recupero delle attività di ricovero ospedaliero e ambulatoriale non erogate a causa della pandemia da SARS-CoV-2;
4. Garantire l'efficienza dei fattori produttivi impiegati con la finalità di massimizzare l'output (beni prodotti e/o servizi erogati) minimizzando i costi di produzione;
5. Promuovere l'adozione del ciclo di clinical competence/privilege con la finalità di definire una mappa delle conoscenze specialistiche e garantire un efficace sviluppo del personale;
6. Promuovere il benessere organizzativo dell'equipe al fine di tutelare e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale di tutte le risorse che operano al suo interno;
7. Rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti in relazione ai servizi erogati.

Il Ciclo di Gestione della Performance dell'ASL GALLURA che prende avvio da questo Piano si sviluppa secondo le seguenti fasi:

- definizione degli obiettivi aziendali di interesse regionale su cui è misurata la performance aziendale;
- definizione degli obiettivi strategici e operativi di macrostruttura e di struttura;
- negoziazione degli obiettivi strategici e operativi di budget con i direttori di macrostruttura e di struttura su cui è misurata la performance organizzativa;
- monitoraggio periodico e reporting della performance organizzativa aziendale;
- misurazione e valutazione della performance organizzativa;
- valutazione della performance individuale
- redazione della Relazione Performance;
- validazione del ciclo di gestione della performance da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- pubblicazione in Amministrazione Trasparente dei risultati di performance.

### 2.2.3 Misurazione degli obiettivi strategici

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



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

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

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

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

1. evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
2. chiarire e comunicare che cosa ci si attende dalla singola persona, che agisce nel rispetto delle disposizioni normative e regolamentari vigenti, in termini di risultati e comportamenti;
3. supportare le singole persone nel miglioramento della loro performance;
4. valorizzare la performance e comunicare i risultati e le aspettative future alla singola persona;
5. contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole;
6. premiare la performance attraverso opportuni sistemi incentivanti;
7. promuovere una corretta gestione delle risorse umane.

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

Le Dimensioni che compongono la performance individuale sono i:

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

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

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

Per il restante personale la valutazione è legata:

- a) al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;
- b) alla qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi.

Gli obiettivi di performance individuale collegati alla performance organizzativa saranno declinati a partire dalle attività definite in sede di programmazione annuale; quest'ultime saranno formalizzate nell'ambito del processo di budget attraverso l'assegnazione degli obiettivi a tutti i Direttori di struttura secondo le modalità definite nel Sistema di misurazione e valutazione della performance consentendo in tal modo di assicurare la coerenza temporale fra le due valutazioni.

#### **2.2.4 La partecipazione dei cittadini e degli utenti alla valutazione della performance organizzativa**

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

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

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

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

- la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione.

Il coinvolgimento di cittadini e utenti nel processo di valutazione della performance, oltre a rispondere al quadro normativo sopra delineato, è funzionale al perseguimento delle finalità intrinseche dei sistemi di valutazione delle prestazioni (performance management). Questi, infatti, non sono dei semplici sistemi informativi interni, ma puntano ad incidere su dimensioni quali l'impatto delle politiche e dei servizi pubblici sulla collettività e la fiducia dei cittadini nelle amministrazioni pubbliche. Attraverso tale coinvolgimento è possibile cogliere i vari significati e la differente rilevanza che i diversi utenti e stakeholder attribuiscono ai risultati conseguiti dall'azienda.

L'ASL GALLURA, sulla base degli indirizzi emanati dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP), applica il modello di valutazione partecipativa; a tal fine promuovere la partecipazione dei cittadini utenti alla valutazione delle performance organizzative, attraverso le indagini di customer

satisfaction volte a rilevare il grado di soddisfazione degli utenti in relazione ai servizi erogati dall'azienda sanitaria, focus group e tavoli tematici. L'azienda favorisce la convergenza fra i servizi erogati e i bisogni dell'utente sia nella fase di progettazione delle caratteristiche qualitative dei servizi erogati, sia in fase di misurazione e di valutazione della performance organizzativa. A tale scopo procede alla rilevazione della qualità dei servizi sanitari percepita dal cittadino, alla mappatura degli utenti esterni e interni individuando il collegamento con le attività, i processi e i progetti.

In considerazione delle difficoltà connesse alla progettazione e all'utilizzo di strumenti di valutazione partecipativa e del grado di maturità dell'azienda, le anzidette indicazioni del Dipartimento della Funzione Pubblica saranno implementate in maniera graduale e in un arco temporale pari al triennio, secondo la scala di sviluppo di seguito riportata:

<b>SCALA DI SVILUPPO DELLA VALUTAZIONE PARTECIPATIVA</b>				
<b>REQUISITI</b>		<b>FASE DI AVVIO</b>	<b>FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO</b>	<b>FASE DI SVILUPPO AVANZATO</b>
<b>CONTENUTISTICI</b>	Esplicitazione del modello di valutazione partecipativa nel SMVP	<b>X</b>		
	Effetti del modello di valutazione partecipativa sulla performance organizzativa	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>METODOLOGICI</b>	<b>Annualità:</b> La valutazione partecipativa viene effettuata con cadenza annuale			
	<b>Inclusione:</b> L'azienda sanitaria garantisce che la partecipazione al processo di valutazione sia il più possibile accessibile, inclusiva e aperta, assicurando la possibilità di partecipare a tutte le persone interessate		Definizione e classificazione di una mappa di stakeholder interessati agli obiettivi e all'attività dell'azienda. Definizione delle modalità di coinvolgimento nella valutazione partecipativa	Definizione e classificazione di una mappa di utenti interni che si avvalgono di servizi strumentali e di supporto dell'azienda e dei processi amministrativi. Definizione delle modalità di coinvolgimento nella valutazione partecipativa
	<b>Responsabilizzazione:</b> Il modello di valutazione nella fase di sviluppo avanzato consentirà la riconoscibilità dei valutatori e, quindi la loro responsabilizzazione		<b>X</b>	
	<b>Privacy e sicurezza:</b> Il modello adottato garantisce il rispetto della privacy e della sicurezza per tutti i valutatori	<b>X</b>		
	<b>Verificabilità:</b> Il modello adottato consente la verificabilità dei dati da parte dell'OIV.	<b>X</b>		

SCALA DI SVILUPPO DELLA VALUTAZIONE PARTECIPATIVA				
REQUISITI		FASE DI AVVIO	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO	FASE DI SVILUPPO AVANZATO
	<b>Rilevanza:</b> Il modello adottato assicura che siano oggetto di valutazione partecipativa le attività e le prestazioni individuate nella fase di avvio	I servizi sanitari e gli eventi clinici di interesse sono i seguenti: - Accessi in Pronto Soccorso - Ricoveri Ospedalieri - Visite Ambulatoriali - Accessi in Guardia Medica	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>TECNOLOGICI</b>	<b>Supporto digitale:</b> La rilevazione della qualità dei servizi sanitari percepita dal cittadino è effettuata su supporto informatico			
<b>INFORMATIVI</b>	<b>Trasparenza:</b> Il modello adottato assicura la massima trasparenza per le diverse fasi e e per gli esiti del processo di valutazione		<b>X</b>	<b>X</b>

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

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

Il software adottato per la rilevazione del grado di soddisfazione dell'utente per le prestazioni sanitarie ricevute dal paziente è perfettamente integrato con i sistemi SISAR (PSWEB, ADTWEB e AMBWEB) che gestiscono tali processi.

Con il sistema adottato, i sistemi SISAR coinvolti (PSWEB, ADTWEB e AMBWEB, generano per ciascun accesso un codice univoco all'interno del territorio regionale (token).

Questo codice verrà presentato (unitamente al link a cui collegarsi per effettuare il questionario di gradimento) all'interno delle stampe prodotte dagli applicativi e consegnate al paziente.

Nello specifico queste informazioni verranno inserite nelle seguenti stampe:

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

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

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

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

- per eliminare l'autoreferenzialità: la *performance* organizzativa non deve essere valutata nella sola ottica dell'azienda, ma anche secondo la prospettiva degli utenti, poiché la generazione di valore pubblico va osservata pure secondo la loro percezione e realizzata con la loro partecipazione;
- per rafforzare i sistemi di gestione della *performance*: attraverso una maggiore coerenza tra le diverse dimensioni della *performance* organizzativa (efficienza, efficacia quantitativa e qualitativa, impatti) si favorisce la finalizzazione dei suddetti sistemi verso il miglioramento del livello di qualità dei servizi erogati e di benessere di cittadini ed utenti;
- per soddisfare i requisiti normativi minimi, di cui al decreto 150/2009 così come modificato dal d.lgs. 25 maggio 2017, n. 74.

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

Con riferimento alle modalità attraverso le quali i cittadini e gli utenti dell'azienda sanitaria possono contribuire alla misurazione della *performance* organizzativa, l'OIV verifica la disponibilità sul sito internet aziendale – sezione OIV delle seguenti informazioni:

- le modalità da seguire per la trasmissione di una segnalazione;
- il nome e i contatti dell'ufficio competente a ricevere la segnalazione;
- l'indirizzo di posta elettronica;
- un format di segnalazione che presenti i seguenti elementi: le generalità di chi fa la segnalazione, l'oggetto della segnalazione, la struttura organizzativa interessata, il periodo di riferimento, la descrizione sintetica dell'episodio di contatto con l'azienda sanitaria, la valutazione nel rispetto della normativa sulla privacy.

## **2.3 Rischi Corruttivi e Trasparenza**

A seguito della emanazione della legge 6 agosto 2021, n. 113, e delle indicazioni pervenute dal Dipartimento della Funzione Pubblica circa la redazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, nonché alla luce delle precisazioni fatte da ANAC con il documento "Orientamenti per la Pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022", si è proceduto alla stesura della Sezione Anticorruzione.

La formulazione della strategia nazionale di prevenzione della corruzione si basa principalmente sui seguenti obiettivi:

- conseguire la riduzione delle opportunità di manifestazione dei fenomeni di corruzione;

- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Questi tre obiettivi si sviluppano a livello decentrato, in ogni pubblica amministrazione, nella individuazione e attuazione di una serie di misure obbligatorie e specifiche che sono indicate all'interno del Piano triennale di prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza. È intendimento dell'Azienda inserire gli strumenti introdotti dalla normativa anticorruzione al suo interno omogeneizzandoli in un sistema di meccanismi di controllo interno orientati al miglioramento continuo dell'efficienza e qualità dei processi aziendali di supporto e di erogazione delle prestazioni.

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

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

Per questo motivo si tenderà a perseguire la collaborazione dei vari soggetti interni ed esterni nella condivisione di strategie e strumenti finalizzati a promuovere e diffondere la legalità e l'integrità, contribuendo così in maniera attiva a garantire la tutela dell'interesse della collettività. Inoltre, la strategia per la prevenzione della corruzione aziendale seguirà un approccio sistemico, nel senso che strumenti e misure dovranno essere indirizzati, in maniera intercorrelata e sinergica, al perseguimento di un risultato efficace e in grado di generare valore su più fronti nella prevenzione della corruzione.

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

### **2.3.1 Valutazione di impatto del contesto esterno**

L'analisi del contesto esterno riguarda le caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio in cui opera l'azienda socio- sanitaria locale che possano condizionare impropriamente l'attività dell'amministrazione ai fini dell'esposizione al rischio corruttivo. Per l'analisi di contesto esterno si rinvia al paragrafo 1.1 della sezione 1 Scheda anagrafica dell'azienda.

### **2.3.2 Valutazione di impatto del contesto interno**

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che possono in qualche maniera presentare criticità tali da poter dare origine a fenomeni corruttivi.

Per il contesto interno, sotto il profilo organizzativo, si rinvia al paragrafo 3.1 della sezione 3 Organizzazione e capitale umano.

### 2.3.3 Mappatura dei processi

La mappatura consiste nella individuazione e analisi dei processi organizzativi propri dell'azienda socio- sanitaria locale, con l'obiettivo di esaminare gradualmente l'intera attività svolta per l'identificazione di aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

I processi a rischio sono stati mappati nell'allegato 2 Rischi e Misure

### 2.3.4 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti

La valutazione del rischio è la fase del processo in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive per il trattamento del rischio.

La valutazione del rischio si articola in tre fasi: l'identificazione, l'analisi e la ponderazione.

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

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

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

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

### 2.3.5 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio.

Il trattamento del rischio consiste nell'individuazione, progettazione e programmazione delle misure generali e specifiche finalizzate a ridurre il rischio corruttivo identificato. Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera azienda e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione e per la loro stabilità nel tempo. Le misure specifiche, che si affiancano ed aggiungono sia alle misure generali, sia alla trasparenza, agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi e si caratterizzano per l'incidenza su problemi peculiari.

Il trattamento del rischio è effettuato mediante:

a) l'individuazione delle misure generali e specifiche, verificando:

- 1) la presenza e l'adeguatezza di misure generali e/o di controlli specifici pre-esistenti per valutarne il livello di attuazione e l'adeguatezza rispetto al rischio e ai suoi fattori abilitanti e la capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio;
- 2) l'adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione;
- 3) la gradualità delle misure rispetto al livello di esposizione del rischio residuo;

b) la programmazione delle misure, sia generali che specifiche, in cui devono essere individuate le fasi (e/o modalità) di attuazione della misura, le tempistiche di attuazione della misura e/o delle sue fasi, le responsabilità connesse all'attuazione della misura (e/o ciascuna delle fasi/azioni in cui la misura si articola), gli indicatori di monitoraggio.

Gli elementi essenziali contenuti in questa parte relativa al trattamento del rischio sono i seguenti:

- 1) Le misure generali;
- 2) Le misure specifiche.

Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera azienda sanitaria e incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione. Ad esse si devono affiancare le misure specifiche al fine di agire in maniera puntuale su alcuni rischi che meritano di essere trattate con un'azione puntuale e mirata. Da esse, comunque, prende avvio tutto il processo di mappatura.

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

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

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

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

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

### **CODICE DI COMPORTAMENTO**

I Codici di comportamento rappresentano uno strumento fondamentale nell'ambito delle misure per l'anticorruzione, in quanto finalizzati alla disciplina dei comportamenti del personale dipendente.

L'Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 2 della Gallura, costituita dal 01.01.2022, come da DGR n. 46/24 del 25.11.2021 della Regione Autonoma della Sardegna (RAS), non ha ancora definito il proprio assetto organizzativo ed è priva di Atto Aziendale (gli indirizzi per l'adozione dell'Atto



Aziendale sono stati pubblicati con DGR n. 12/15 del 7.04.2022 e ad oggi sono all'esame della competente Commissione Consiliare).

Ci si trova, pertanto in un contesto caratterizzato da una fase transitoria di implementazione della riforma di cui alla L.R. 24/2020.

L'ASL n. 2 della Gallura, non ha ancora avuto la possibilità di redigere un proprio Codice di Comportamento e, pertanto, nelle more della sua predisposizione ha recepito il Codice di Comportamento dell'ATS Sardegna, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 501 del 29/06/2017, ai sensi dell'art. 54 del D.Lgs n. 165/2001, che integra e specifica il codice adottato dal D.P.R. n. 62 del 16/04/2013, tiene conto delle Linee guida emanate da ANAC con deliberazione n. 358/2017 e disciplina i seguenti ambiti:

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

## **CONFLITTO DI INTERESSI**

Uno strumento efficace per evitare fenomeni corruttivi è l'individuazione e la gestione del conflitto di interessi. La situazione di conflitto di interessi si realizza in presenza di circostanze di fatto che potenzialmente potrebbero influenzare il comportamento del funzionario nel raggiungimento del pubblico interesse laddove lo stesso potrebbe confliggere con interessi personali del funzionario medesimo. Il rischio che si verifichino dei casi di *maladministration* impone una corretta gestione del conflitto di interesse, a prescindere dal verificarsi o meno di una condotta illegittima.

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

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

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

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

I medesimi soggetti hanno il dovere di segnalazione della possibile situazione di conflitto.

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

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

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

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

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

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

Saranno attivati dei controlli a campione da parte del RPCT della avvenuta verifica delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi e della relativa pubblicazione per quanto riguarda i collaboratori e consulenti.

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

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

### **INCOMPATIBILITÀ/INCONFERIBILITÀ INCARICHI**

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

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

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

L'ASL n. 2 della Gallura applica le seguenti misure di prevenzione:

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

L'ASL n. 2 della Gallura disciplinerà la materia in ordine alla materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi extraistituzionali ai sensi dell'art. 53 del D.Lgsn. 165/2001 e s.m.i.".

L'Azienda detta i criteri oggettivi e predeterminati, tali da escludere casi d'incompatibilità, sia di diritto sia di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni

attribuite al dipendente nonché le procedure per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di attività/incarichi extraistituzionali del personale dipendente che abbiano carattere di occasionalità e temporaneità e non siano compresi nei compiti e nei doveri d'ufficio.

Allo stato nelle more della definizione del processo di riorganizzazione delle nuove Aziende Sanitarie, al fine di garantire continuità anche in questa materia, l'ASL n. 2 della Gallura ha provvisoriamente adottato le linee guida emanate dall'ATS Sardegna.

### **REVOLVING DOOR-PANTOUFLAGE**

L'art. 53 del d.lgs. 165/2001 il c. 16-ter dispone il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

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

L'Azienda precisa all'interno dei bandi di gara e negli atti prodromici all'affidamento di appalti la predetta condizione tra i requisiti di partecipazione. Analoghe previsioni in merito a detto divieto sono contenute negli atti di assunzione del personale nonché negli atti di cessazione dal servizio, e consegna apposita informativa (secondo il fac-simile sotto riportato), con contestuale sottoscrizione di dichiarazione in calce circa l'avvenuta consegna della stessa.

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

L'AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE (ASL) N. 2 DELLA GALLURA CON LA PRESENTE NOTA INTENDE INFORMARE LA S.V. IN MERITO AL DISPOSTO DI CUI ALL'ART. 53, COMMA 16 TER, DEL D.LGS. N. 165/2001, CONSISTENTE NEL DIVIETO DI PRESTARE ATTIVITA' LAVORATIVA (A TITOLO DI LAVORO SUBORDINATO O AUTONOMO), PER I TRE ANNI SUCCESSIVI ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI PUBBLICO IMPIEGO IN ESSERE, NEI CONFRONTI DEI DESTINATARI DI PROVVEDIMENTI ADOTTATI O DI CONTRATTI CONCLUSI CON IL PROPRIO APPORTO DECISIONALE NEGLI ULTIMI TRE ANNI DI SERVIZIO (\*).

L'ASL N. 2 DELLA GALLURA POTRA' AGIRE IN GIUDIZIO PER OTTENERE IL RISARCIMENTO DEI DANNI NEL CASO SIA ACCERTATA LA VIOLAZIONE DEL DIVIETO CONTENUTO NELL'ART. 53, COMMA 16 TER, D.LGSN. 165/2001.

/ /

IO SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ DIPENDENTE DELL'ASL N. 2 DELLA GALLURA CON LA QUALIFICA DI \_\_\_\_\_ DIMISSIONARIO A FAR DATA DA \_\_\_\_\_ DICHIARO DI AVER RICEVUTO COPIA DELL'INFORMATIVA DI CUI SOPRA IN DATA ODIERNA.

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

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

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

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

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

### **FORMAZIONE**

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

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

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

- livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, anche con modalità FAD: riguarda le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale) che debbono coinvolgere tutti i dipendenti ed i collaboratori a vario titolo dell'amministrazione, debbono riguardare il contenuto del Codice di Comportamento e del Codice Disciplinare e devono ricomprendere anche l'esame di casi concreti;
- livello specifico per figure professionali, rivolto al Responsabile della Prevenzione, ai Referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio: in tema di fattispecie di reato, strumenti utilizzati per la prevenzione (PTPCT, Codice di Comportamento e tematiche settoriali), in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione;
- livello specifico per settori di attività: è prevista l'organizzazione di appositi focus group, composti da un numero ristretto di dipendenti e guidati da un Dirigente o un operatore esperto con funzione di animatore, nell'ambito dei quali vengono esaminate ed affrontate problematiche concrete di prevenzione della corruzione, calate nel contesto dell'attività di settore, al fine di far emergere il principio comportamentale eticamente adeguato nelle diverse situazioni.

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

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

### **PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI**

Le articolazioni organizzative competenti in materia di procedure di affidamento e gestione degli appalti di lavori, servizi e forniture di cui al D.Lgs n. 50 del 18 aprile 2016, della ASL n. 2 della Gallura inseriranno il Patto di Integrità in tutte le procedure bandite. Il Patto di Integrità costituirà parte integrante dei contratti stipulati dall'ASL n. 2 della Gallura.

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

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

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

Nelle more della predisposizione di un Patto di Integrità da parte della ASL n. 2 della Gallura, si provvederà a recepire il Patto di Integrità di cui alla Deliberazione del Direttore Generale ATS n. 437 del 04/06/2019.

### **LA ROTAZIONE ORDINARIA E STRAORDINARIA**

La rotazione "ordinaria" del personale, in particolare di quello addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, rappresenta una misura fondamentale tra le misure di prevenzione della corruzione, in base a quanto previsto espressamente dalla legge 190/2012.

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

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

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

Va, inoltre, sottolineato che la rotazione ordinaria rappresenta soprattutto un criterio organizzativo che, nell'ottica del rispetto dei canoni di buona amministrazione ex art. 97 della Costituzione, può contribuire alla crescita del personale rispetto alle conoscenze ed alle competenze, favorendo lo sviluppo professionale del lavoratore.

In tale ottica, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale ai fini del miglior utilizzo delle risorse umane disponibili.

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

La rotazione non deve essere considerata come misura da applicare acriticamente ed in modo generalizzato a tutte le posizioni lavorative. Deve, altresì, essere rimarcato che nel quadro

dell'attuazione del principio di rotazione, fatti salvi gli effetti normo/economici di eventuali diverse ed autonome valutazioni negative del dipendente, non dovrà darsi luogo a riduzioni del trattamento economico attribuito al personale interessato.

In particolare, la rotazione ordinaria - da realizzarsi nel rispetto delle competenze professionali - è considerata nel suddetto Piano, oltre che misura di contrasto dei rischi potenziali di tipo corruttivo, leva organizzativa strategica in grado di favorire lo sviluppo di interessi e competenze. All'uopo si osserva che il quadro normativo di riferimento, confermato dalla più recente giurisprudenza della Corte di Cassazione, prevede l'istituto della rotazione come prassi ordinaria nell'ambito dei rapporti lavorativi nel sistema pubblico privatizzato ex D. Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- applicazione della doppia sottoscrizione del provvedimento conclusivo, sia da parte del soggetto istruttore della pratica, sia del titolare del potere di adozione dell'atto finale;
- audit dipartimentali incrociati sulle attività svolte;



- composizione delle Commissioni con criteri di rotazione casuale;
- individuazione di uno o più soggetti estranei all'ufficio di competenza, anche con funzioni di segretario verbalizzante, in aggiunta a coloro che assumono decisioni nell'ambito di procedure di gara;
- separazione delle funzioni di programmazione rispetto alle funzioni ispettive;
- verbali relativi ai sopralluoghi sempre sottoscritti dall'utente destinatario;
- supervisione/valutazione degli esiti della vigilanza da parte del responsabile gerarchico.

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

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

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

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

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

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

La rotazione dei dirigenti per quanto riguarda le UOC avverrà a livello intradipartimentale in modo da evitare potenziali criticità riconducibili allo svolgimento di attività troppo distanti o scarsamente affini rispetto a quelle precedentemente svolte e sarà preceduta da un periodo di affiancamento e tutoraggio. I dirigenti interessati dalla rotazione dovranno segnalare tempestivamente alla Direzione strategica ed ai competenti uffici gli eventuali fabbisogni formativi specifici correlati all'assunzione del nuovo incarico e potranno comunque avvalersi, anche al termine del periodo di affiancamento, dopo l'assunzione formale del nuovo incarico, dell'attiva collaborazione e dell'accompagnamento del dirigente con il quale si è realizzato l'interscambio all'interno dello stesso Dipartimento.

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

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

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

### **Rotazione straordinaria del personale**

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

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

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

Il trasferimento può avvenire con un trasferimento di sede o con una attribuzione di diverso incarico nella stessa sede. Pur non trattandosi di un provvedimento sanzionatorio, di carattere disciplinare, è necessario che venga dato all'interessato la possibilità di contraddittorio, senza, però, che vengano pregiudicate le finalità di immediata adozione di misura di tipo cautelare.

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

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

L'art. 16, comma 1, lett. I *quater*, del D.Lgs n. 165/2001 richiama la fase di "avvio di procedimenti penali e disciplinari per condotte di natura corruttiva", senza ulteriori specificazioni (a differenza dell'art. 13 della legge n. 97/2001 che prevede il trasferimento del dipendente a seguito di "rinvio a giudizio"). La parola "procedimento" nel codice penale viene intesa con un significato più ampio rispetto a quella di "processo", perché comprensiva anche della fase delle indagini preliminari, laddove la fase "processuale", invece, inizia con l'esercizio dell'azione penale. Per quanto sopra,

l'ANAC (Delibera n. 215/2019) ritiene che l'espressione "avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva" di cui all'art. 16, comma 1, lett. l *quater*, del D.Lgsn. 165/2001, non può che intendersi riferita al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 c.p.p.. Ciò in quanto è proprio con quell'atto che inizia un procedimento penale. Considerato che l'amministrazione può venire a conoscenza dello svolgimento del procedimento penale anche relativamente alle sue diverse fasi, si deve ritenere che il provvedimento debba essere adottato (con esito positivo o negativo, secondo le valutazioni che l'amministrazione deve compiere) sia in presenza del solo avvio del procedimento, sia in presenza di una vera e propria richiesta di rinvio a giudizio. Un provvedimento con esito negativo in caso di mero avvio del procedimento potrebbe avere diverso contenuto in caso di richiesta di rinvio a giudizio.

### **Durata della rotazione straordinaria**

L'ASL n. 2 della Gallura provvederà caso per caso motivando adeguatamente sulla durata della misura.

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

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

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

### **TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (WHISTLEBLOWING)**

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

Il *whistleblower* è chi testimonia un illecito o un'irregolarità sul luogo di lavoro, durante lo svolgimento delle proprie mansioni, e decide di segnalarlo a una persona o un'autorità che possa agire efficacemente al riguardo. Pur rischiando personalmente atti di ritorsione a causa della segnalazione, egli svolge un ruolo di interesse pubblico, dando conoscenza, se possibile tempestiva, di problemi o pericoli all'ente di appartenenza o alla comunità. Il *whistleblowing* consiste nelle attività di regolamentazione delle procedure volte a incentivare e proteggere tali segnalazioni.

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

Per garantire tempestività di azione ed evitare la "fuoriuscita" incontrollata di segnalazioni in grado di compromettere l'immagine dell'Azienda, le segnalazioni devono essere indirizzate al

*Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza.* Le segnalazioni sono considerate riservate e l'identità del segnalante è conosciuta solo da chi riceve la segnalazione.

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

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

### **2.3.6 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure**

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

Il monitoraggio e il riesame hanno come scopo quello di:

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

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

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

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

- richiedere ai Servizi/UU.OO., dati e documenti relativi a determinate attività;

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

### **2.3.7 Programmazione dell'attuazione della trasparenza**

La Trasparenza è intesa come accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni. Questo principio, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di uguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa, ed è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, dei diritti, civili politici e sociali.

L'azienda ha provveduto all'istituzione dell'apposita sezione Amministrazione Trasparente dell'ASL GALLURA. All'interno della sezione sono pubblicati, in ossequio a quanto disposto dalla normativa di riferimento i dati relativi ad: Disposizioni Generali, Organizzazione, Consulenti e Collaboratori, Personale, Performance, Bilanci, Attività e procedimenti, Bandi di gara e contratti, Servizi erogati, Opere pubbliche ect, con l'obiettivo fondamentale di favorire la prevenzione della corruzione, attivare un nuovo tipo di "controllo sociale" (accesso civico), sostenere il miglioramento delle performance e migliorare l'accountability dei manager pubblici. I contenuti del PTPCT sono oggetto di costante aggiornamento con lo scopo di addivenire ad un arricchimento graduale della quantità di informazioni a disposizione del cittadino.

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

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

Tutti i documenti pubblicati dovranno riportare al loro interno fonte, data, periodo di riferimento o validità e l'oggetto al fine di garantire l'individuazione della natura dei dati e la validità degli stessi, anche se il contenuto informativo è reperito o letto al di fuori del contesto in cui è ospitato. L'aggiornamento dei dati contenuti nella sezione "Amministrazione Trasparente" dovrà avvenire ogni qualvolta si rendano necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazione di documenti urgenti.

In questo modo, attraverso la pubblicazione *on line*, si offre la possibilità agli *stakeholder* di conoscere sia le azioni ed i comportamenti strategici adottati con il fine di sollecitarne e agevolarne

la partecipazione ed il coinvolgimento, sia l'andamento della *performance* ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel *ciclo di gestione delle performance*.

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

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

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

## Sezione 3 Organizzazione e Capitale Umano

### 3.1 Struttura Organizzativa

Allo stato attuale l'organizzazione aziendale della ASL GALLURA è caratterizzata dalle componenti strutturali previste dall'atto aziendale adottato, in ossequio a quanto disposto dall'art.3, comma 1 bis, del Decreto Legislativo 502/92 e ss.mm.ii. dal Direttore Generale dell'Azienda Tutela della Salute (ATS) con delibera n°943 del 5/10/2017, in relazione alla precedente riforma del Servizio Sanitario Regionale legata alla Legge Regionale n°17 del 2016.

La struttura organizzativa della ASL GALLURA risulta ancora in fase di definizione in quanto non è stato ancora approvato il nuovo Atto Aziendale in relazione alla riorganizzazione di cui alla Legge regionale n°24 del 2020.

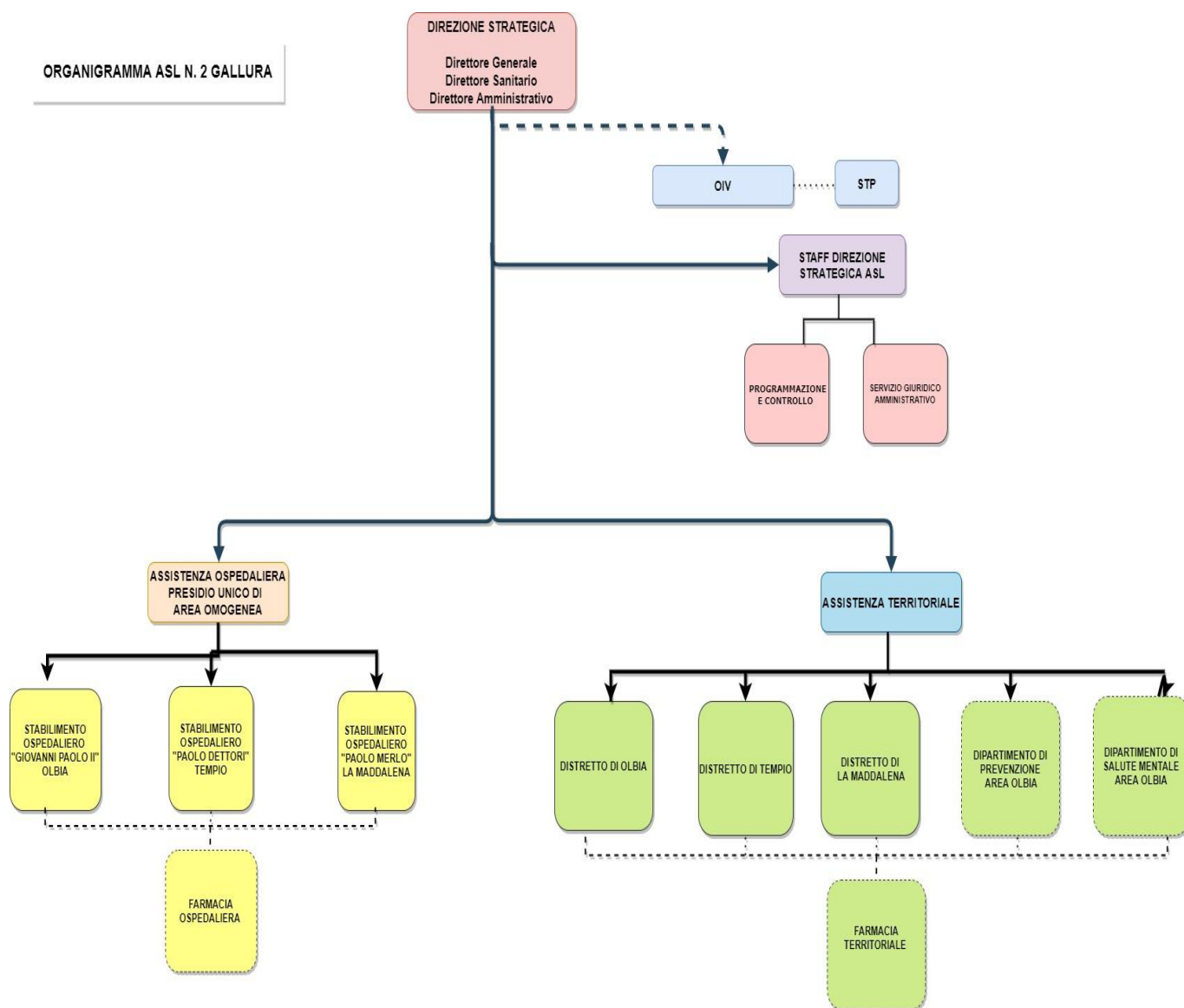
La dimensione organizzativa dell'azienda sanitaria è forse la più rilevante e al tempo stesso la prima da definire nel processo di cambiamento attualmente in corso.

#### 3.1.1 Organigramma

L'organigramma è il principale strumento, a livello macro, di formalizzazione della reale gerarchia organizzativa di una azienda. Esso è la rappresentazione grafica della struttura organizzativa finalizzato a rappresentare le strutture, e a descrivere sinteticamente funzioni, compiti e rapporti gerarchici esistenti nell'ambito di una determinata struttura organizzativa. Allo stato attuale l'organizzazione aziendale è delineata dal seguente organigramma che consente, di identificare le responsabilità relative alle diverse aree di attività dell'organizzazione e di evidenziare le linee di dipendenza gerarchica e funzionale esistenti.

Il modello organizzativo delineato evidenzia la:

- direzione strategica: direzione aziendale (Direttore generale; Direttore sanitario; Direttore amministrativo);
- strutture e funzioni di staff della direzione aziendale: supporto tecnico e metodologico alla direzione aziendale per lo svolgimento delle attività di governo ed indirizzo strategico, di pianificazione, programmazione e controllo e di definizione degli standard di funzionamento dell'Azienda;
- strutture e funzioni amministrative e tecniche della direzione aziendale organizzate in dipartimenti strutturali: attività di supporto operativo per l'efficiente ed efficace gestione dell'Azienda; ricerca dell'efficienza organizzativa attraverso la realizzazione di buone pratiche gestionali; gestione dei processi al servizio della produzione ed erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- strutture della linea intermedia, individuate nelle Direzioni di distretto e di presidio;
- strutture della linea operativa: complesso delle attività di produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, nonché delle connesse attività di stretto supporto che concorrono direttamente alla produzione ed erogazione dei detti servizi e prestazioni.



### 3.2 Organizzazione del Lavoro Agile

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

La legge 22 maggio 2017, n.81, recante "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato", che al capo II (artt. 18-24) configura la disciplina del lavoro agile quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con



forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa è eseguita in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno, senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva. Detta disciplina si applica anche ai rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, in quanto compatibile, come previsto dall'articolo 18 comma 3 della medesima legge. n. 81/2017.

L'art.263 comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n°34 (c.d. Decreto rilancio) , convertito , con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020 n°77 modifica l'art.14 della legge 7 agosto 2015, n. 124, focalizza l'attenzione sul Piano Organizzativo del lavoro Agile (POLA) e sugli indicatori di performance e stabilisce che *"entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a) , del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, 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. In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 30 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano. Il raggiungimento delle predette percentuali è realizzato nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente. Le economie derivanti dall'applicazione del POLA restano acquisite al bilancio di ciascuna amministrazione pubblica".*

Successivamente il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 settembre 2021 "Disposizioni in materia di modalità ordinaria per lo svolgimento del lavoro nelle pubbliche amministrazioni", il Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica dell'8 ottobre 2021, il quale detta le modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni, prescritto dal DPCM del 23 settembre 2021 su citato e rimodula i requisiti per l'applicazione del lavoro agile, la circolare 5 gennaio 2022, a firma congiunta dei Ministri per la pubblica amministrazione e del lavoro e delle politiche sociali, contenente ulteriori indicazioni operative sulle modalità di svolgimento del lavoro agile e infine lo schema di Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del Decreto del Ministro per la pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni.

Come specificato dalle linee guida del dipartimento della funzione pubblica il lavoro agile supera *la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l'amministrazione e il lavoratore basato sul principio guida "FAR BUT CLOSE", ovvero "lontano ma vicino".* Tale principio si basa sui diversi fattori: flessibilità dei modelli organizzativi autonomia

nell'organizzazione del lavoro, responsabilizzazione sui risultati, tecnologie digitali e benessere del lavoratore.

**Tra questi fattori, rivestono un ruolo strategico la cultura organizzativa e le tecnologie digitali in una logica di "change management", ovvero di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie.**

Le tecnologie digitali sono fondamentali per rendere possibili nuovi modi di lavorare; sono da considerarsi, quindi, un fattore indispensabile del lavoro agile. Ma oltre alla digitalizzazione, le linee guida specificano, che le esperienze di successo mostrano come la vera chiave di volta sia l'affermazione di una cultura organizzativa basata sui risultati, capace di generare autonomia e responsabilità nelle persone, di apprezzare risultati e merito di ciascuno.

Le amministrazioni quindi possono definire le attività compatibili con il lavoro agile e tenerne conto ai fini dell'accesso a tale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro da parte dei dipendenti che ne fanno richiesta. Ciascuna pubblica amministrazione, per agevolare l'adesione al lavoro agile è chiamata ad adottare misure specifiche volte a favorire la conciliazione dei tempi di vita e lavoro attraverso un'organizzazione del lavoro non più incentrata sulla presenza fisica ma sui risultati obiettivamente misurabili e sulla performance e ad attuare, compatibilmente con l'organizzazione degli uffici e del lavoro, la disciplina in materia di lavoro agile a favore di coloro che si trovano in situazioni di svantaggio personale, sociale e familiare e dei dipendenti impegnati in attività di volontariato.

Durante le fasi più acute dell'emergenza pandemica il lavoro agile ha rappresentato la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, in virtù dell'articolo 87, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito con la legge 24 aprile 2020, n. 27. In questa maniera si è sicuramente consentito di garantire la continuità del lavoro in sicurezza per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni e, di conseguenza e per quanto possibile, la continuità dei servizi erogati dalle amministrazioni.

Tuttavia, risulta necessario porsi nell'ottica del superamento della gestione emergenziale individuando quale via ordinaria per lo sviluppo del lavoro agile nella pubblica amministrazione quella della contrattazione collettiva, come stabilito dal Patto per il lavoro pubblico e la coesione sociale del 10 marzo 2022

Con riferimento all'azienda sanitaria si tratta, sicuramente, di una rivoluzione culturale, in quanto proprio per la specificità dell'attività svolta, lo smart working riguarda il personale del ruolo amministrativo, alcune qualifiche del ruolo tecnico, in quanto sono escluse le attività socio-assistenziali e di cura che richiedono un contatto diretto con i pazienti, quelle da prestare su turni o che prevedono l'utilizzo costante di strumentazione non utilizzabili da remoto ad eccezione di limitati casi ( es. lavoratori fragili).

### **3.2.1 Modalità attuative e di sviluppo del lavoro agile**

L'istituenda azienda sanitaria n.2 della Gallura intende attuare e sviluppare il lavoro agile in aderenza a quanto disposto dalle Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica

amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni; le suddette linee hanno l'obiettivo di fornire indicazioni per la definizione di una disciplina che garantisca condizioni di lavoro trasparenti, che favorisca la produttività e l'orientamento ai risultati, concili le esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con le esigenze organizzative delle pubbliche amministrazioni, consentendo, ad un tempo, il miglioramento dei servizi pubblici e dell'equilibrio fra vita professionale e vita privata.

Più specificatamente delinea la modalità di svolgimento della prestazione lavorativa c.d. agile avendo riguardo al diritto alla disconnessione, al diritto alla formazione specifica, al diritto alla protezione dei dati personali, alle relazioni sindacali, al regime dei permessi e delle assenze ed alla compatibilità con ogni altro istituto del rapporto di lavoro e previsione contrattuale.

Allo stato attuale l'azienda, nelle more dell'adozione del POLA, specifica che le attività che possano essere espletate in modalità agile devono possedere specifici requisiti, ossia:

- attività che possono essere svolte in autonomia dal personale interessato;
- attività per le quali è possibile fissare obiettivi, generali o specifici, che possono essere monitorati;
- attività che possono essere delocalizzate, almeno in parte per il lavoro agile, senza che sia necessaria la costante presenza fisica nella sede di lavoro;
- attività che possono essere svolte adeguatamente con il supporto delle strumentazioni tecnologiche;
- le comunicazioni inerenti alla prestazione lavorativa di pertinenza, sia con interlocutori interni sia esterni, possono aver luogo con la medesima efficacia mediante il supporto delle strumentazioni tecnologiche;
- i risultati conseguiti (sia in termini qualitativi che quantitativi) possono essere monitorati e valutati in maniera accurata per l'attività condotta al di fuori della sede di lavoro.

Con la circolare dispositiva dell'ATS Sardegna PG/2021/0358059 del 03.11.2021 è stato dato avvio alla fase di sperimentazione del lavoro agile ordinario.

La suddetta circolare ha delineato i tratti distintivi della modalità di svolgimento della prestazione lavorativa a distanza nonché le misure organizzative, nel rispetto delle norme e dei principi in tema di sicurezza sul luogo di lavoro, tutela della riservatezza dei dati e verifica dell'adempimento della prestazione lavorativa. Inoltre, il medesimo atto organizzativo ha previsto la soglia del 15 per cento del personale in modalità flessibile per l'anno 2022 si estende anche per la ASL n°2 della Gallura.

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

In attesa della definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi allo smart working, lo svolgimento della prestazione in modalità agile è subordinata, ai sensi dell'art.1, comma 3 del Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica dell'8 ottobre 2021, alle seguenti specifiche condizioni:

- a) l'invarianza dei servizi resi all'utenza;

- b) l'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza;
- c) l'adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- d) la necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- e) la fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore;
- f) la stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, cui spetta il compito di definire:
  - 1. gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;
  - 2. le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione;
  - 3. le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile;
- g) il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
- h) la rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

**In relazione alle modalità attuative per il lavoro agile la suddetta circolare, che si richiama integralmente per l'accesso al lavoro agile per i dipendenti dell'istituenda ASL GALLURA, ha formulato le seguenti indicazioni.**

#### **DESTINATARI**

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

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

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

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

- ai dipendenti affetti da patologie tali da esporli a un maggiore rischio di contagio (trapiantati, immunodepressi, etc.) e/o in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- alle richieste di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile formulate dalle lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'articolo 16 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al Decreto legislativo 26 marzo 2001, n.

- 151, ovvero dai lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (comma 3 bis dell'art. 18 della Legge 81/2017);
- alle donne in stato di gravidanza;
  - ai dipendenti con esigenze di cura nei confronti di figli minori di 14 anni;
  - per disagi correlati a maggiore tempo di percorrenza per raggiungere la sede di lavoro.

#### **DOMANDA DI ACCESSO AL LAVORO AGILE**

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

- le informazioni identificative del dipendente e della struttura di appartenenza;
- la descrizione delle attività che saranno svolte in modalità agile, così come concordate con il Direttore/ Responsabile della Struttura;
- le giornate settimanali/mensili di smart-working;
- le fasce orarie di contattabilità;
- la strumentazione tecnologica necessaria per espletamento dell'attività e relativo software;
- luogo di prestazione del lavoro agile.
- Il dipendente è tenuto a rendicontare al proprio Direttore/responsabile l'attività svolta in regime di lavoro agile e i risultati raggiunti con cadenza periodica (su base settimanale o quindicinale o mensile).

#### **ACCORDO INDIVIDUALE**

L'attivazione del lavoro agile è subordinata alla sottoscrizione dell'accordo individuale tra il dipendente e l'Azienda - nella persona del Direttore/Responsabile della Struttura di assegnazione. L'accordo stipulato per iscritto disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali aziendali. La domanda costituisce parte integrante e sostanziale dell'accordo.

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

Inoltre sono definiti:

- gli obiettivi da raggiungere;
- gli indicatori di verifica quantitativi e qualitativi e le modalità di valutazione;
- la tempistica prevista per il raggiungimento dell'obiettivo (settimanale/mensile/ annuale);
- la durata del progetto;
- le forme di esercizio del potere direttivo del dirigente di riferimento;
- gli adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro e trattamento dati;
- modalità di recesso (termine non inferiore a 30 giorni, salve le ipotesi ex art. 19 L. 81/2017 ovvero 90 giorni per i lavoratori disabili). Gli indicatori rappresentano l'unità di misura degli obiettivi scelti. L'inserimento nella domanda di tutte le attività che s'intendono svolgere in lavoro agile nelle giornate concordate con il Direttore/Responsabile, rapportate ai relativi obiettivi e indicatori, permetterà di verificare il lavoro svolto da remoto, all'interno dell'arco temporale previsto.

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

## **LUOGHI DI LAVORO**

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

## **ORARIO DI LAVORO E DISCONNESSIONE**

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

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

## **DOTAZIONE TECNOLOGICA**

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

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

## **RISERVATEZZA, PRIVACY E SECURITY**

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

## **FORMAZIONE, COMUNICAZIONE E SUPPORTO**

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

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

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

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

### **POTERE DIRETTIVO, DI CONTROLLO E DISCIPLINARE**

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

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

### **SICUREZZA SUL LAVORO**

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

Riguardo alla sicurezza sul lavoro l'Amministrazione:

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

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

Ai sensi dell'art. 23 della L. 81/2017, il lavoratore è tutelato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.

Il lavoratore è altresì tutelato contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello eventualmente diverso prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa – luogo di lavoro agile - nei limiti e alle condizioni di cui al terzo comma dell'articolo 2 del testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni.

In attuazione del Piano sperimentale del lavoro agile della ex ATS SARDEGNA, anche per la ASL GALLURA, si richiama la mappatura delle linee di attività di natura amministrativa che possono essere svolte in modalità agile.

In particolare si tratta di attività comuni alle strutture attualmente presenti nell'ASL GALLURA come ad esempio:

- attività di protocollazione atti in entrata e uscita;
- attività di trasmissione documenti in uscita (a mezzo PEC o per mezzo di posta ordinaria);
- attività di archiviazione elettronica di documenti e atti;
- attività di analisi, studio e ricerca;
- attività di analisi dati e reportistica;
- attività di monitoraggio dati e documenti, pertinenti con le competenze delle strutture;



- redazione di atti giuridico - amministrativi;
- attività di validazione delle domande presentate per i procedimenti ad iniziativa di parte;
- attività di valutazione della documentazione presentata a corredo dei procedimenti a iniziativa d'ufficio e a iniziativa di parte;
- attività di rassegna stampa e aggiornamento sito istituzionale;
- attività d'informazione sui farmaci agli operatori sanitari;
- attività di formazione al personale;
- attività di notifica telematica di provvedimenti amministrativi autorizzativi;
- attività di gestione giuridica ed economica del personale;
- attività in materia di gestione del bilancio economico e finanziario;
- adempimenti relativi agli obblighi di trasparenza e pubblicità;
- gestione flussi informativi: sistema documentale, posta elettronica, protocollazione di atti anche cartacei;
- attività in materia di economato, contrattualistica, approvvigionamento beni e servizi, ottimizzazione spazi allocativi
- attività di gestione gare e contratti;
- attività in materia di anticorruzione e trasparenza;
- attività correlate al Ciclo della Performance.

### **3.2.2 Gli impatti interni ed esterni del lavoro agile**

In relazione alla fase di sperimentazione del lavoro agile ordinario di cui alla circolare dispositiva dell'ATS Sardegna PG/2021/0358059 del 03.11.2021, appare opportuno sottolineare come sia necessario individuare le condizioni abilitanti del lavoro agile e, più specificatamente, individuare il presupposto che aumenta le probabilità di successo della suddetta misura organizzativa.

Nel caso del lavoro agile occorre innanzitutto menzionare un presupposto generale e imprescindibile, ossia l'orientamento dell'azienda sanitaria a migliorare i risultati di performance organizzativa e individuale.

Come specificato dalle Linee guida del Dipartimento della funzione pubblica gli altri fattori fanno riferimento ai livelli di stato delle risorse o livelli di salute dell'ente funzionali all'implementazione del lavoro agile. Si tratta di fattori abilitanti del processo di cambiamento che l'azienda dovrebbe misurare prima dell'implementazione della policy e sui quali dovrebbe incidere in itinere o a posteriori, tramite opportune leve di miglioramento, al fine di garantire il raggiungimento di livelli standard ritenuti soddisfacenti.

Come indicato dalle suddette linee, l'ASL GALLURA, intende procedere a un'analisi preliminare del suo stato di salute, al fine di individuare eventuali elementi critici che possono ostacolare l'implementazione del lavoro agile, oltre che di eventuali fattori abilitanti che potrebbero favorirne il successo. In particolare, valuterà la:

- salute organizzativa
- salute professionale
- salute digitale



CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE	DIMENSIONI	INDICATORI	FASE DI AVVIO 2022	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO 2023	FASE DI SVILUPPO AVANZATO 2024
	SALUTE ORGANIZZATIVA	<b>SALUTE ORGANIZZATIVA: Adeguatezza dell'organizzazione dell'azienda sanitaria all'introduzione del lavoro agile</b>			
		Presenza di un sistema di programmazione per obiettivi, per progetti e per processi	SI		
		Presenza di un coordinamento organizzativo del lavoro agile	NO	SI/NO	SI/NO
		Presenza di un sistema di monitoraggio del lavoro agile	NO	SI/NO	SI/NO
		Presenza di un Help desk informatico dedicato al lavoro agile	NO	SI/NO	SI/NO
	SALUTE PROFESSIONALE	<b>SALUTE PROFESSIONALE: Adeguatezza dei profili professionali dell'azienda sanitaria rispetto a quelli necessari</b>			
		<b>Competenze direzionali: capacità di programmazione, coordinamento, misurazione e valutazione da parte del management</b>			
		% Dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno	10%	30%	60%
		% Dirigenti/posizioni organizzative che adottano un approccio per obiettivi e per progetti per coordinare i collaboratori	10%	30%	60%
		<b>Competenze organizzative :capacità di lavorare per obiettivi, per progetti, per processi, capacità di autorganizzarsi</b>			
		% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno	10%	60%	80%
		<b>Competenze digitali: capacità di utilizzare le tecnologie</b>			
		% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali nell'ultimo anno	10%	60%	80%
		% lavoratori agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione	10%	60%	80%
	SALUTE DIGITALE	<b>SALUTE DIGITALE</b>			
		% di lavoratori agili che possono accedere al sistema VPN	10%	60%	80%
		% di lavoratori agili che utilizzano sistemi di collaborazione (documenti in cloud)	10%	60%	80%
		% di applicativi consultabili in lavoro agile	30%	60%	90%

### 3.2.3 Obiettivi e indicatori del lavoro agile

Il lavoro agile non è un obiettivo insé, ma una politica di change management, e lo stesso interviene sulle risorse (processi, persone e infrastrutture) per ottenere un miglioramento in termini di efficacia, efficienza ed economicità dei servizi alla collettività. Al fine di presidiare il monitoraggio delle politiche di lavoro agile nell'azienda sanitaria sono stati definiti i seguenti obiettivi e indicatori.

DIMENSIONI	OBIETTIVO	INDICATORE
IMPLEMENTAZIONE LAVORO AGILE	Promuovere una nuova visione dell'organizzazione del lavoro per stimolare l'autonomia, la responsabilità e la motivazione dei lavoratori, con la finalità di	%di lavoratori agili effettivi

DIMENSIONI	OBIETTIVO	INDICATORE
	incrementare la produttività e al contempo favorire la conciliazione dei tempi di vita e lavoro e accrescere il benessere organizzativo;	% giornate lavoro agile
		Livello di soddisfazione di dirigenti/posizioni organizzative e dipendenti
EFFICIENZA	Riduzione delle giornate di assenza	% di assenze
	Riduzione dei tempi di lavorazione delle pratiche ordinarie	Numero di gg di elaborazione pratiche
ECONOMICITA'	Riduzione della presenza in ufficio dei dipendenti coinvolti con la finalità di ridurre i costi legati alla logistica	mq/dipendente
		Riduzione costi utenze
EFFICACIA	Garantire un incremento della produttività	Numero di pratiche erogate in modalità agile
	Promuovere il benessere organizzativo del lavoratore agile	% di obiettivi individuali raggiunti
	Garantire l'incremento del grado di soddisfazione degli utenti dei servizi erogati in modalità agile	Grado di soddisfazione dell'utente del servizio erogato in modalità agile

### 3.3 Piano Triennale dei fabbisogni del personale

L'art. 4 del D.Lgs. 25.5.2017 n. 75, modificando l'art. 6 del D.Lgs. n. 165/2001 e introducendo il nuovo art. 6-ter, ha innovato le disposizioni in materia di dotazioni organiche e piani dei fabbisogni del personale per le pubbliche amministrazioni. In particolare, l'art. 6 prevede che le amministrazioni adottino un Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) e l'art. 6-ter rimanda a un successivo decreto ministeriale l'approvazione di linee di indirizzo per la predisposizione dei piani suddetti. Tali linee di indirizzo, le quali contengono una sezione dedicata alle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, sono state adottate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione con Decreto del 08.05.2018 e pubblicate nella G.U.R.I. n. 173 del 27.07.2018.

Il D.M. del 08.05.2018 prevede che i PTFP delle Aziende sanitarie siano redatti in termini di valori finanziari di spesa oltre che del numero di "teste" e che rispettino i vincoli finanziari nazionali e regionali in materia di personale, pena il divieto di procedere a nuove assunzioni.

Il decreto prevede, inoltre, che i PTFP delle Aziende del SSN siano approvati dalle rispettive regioni di appartenenza.

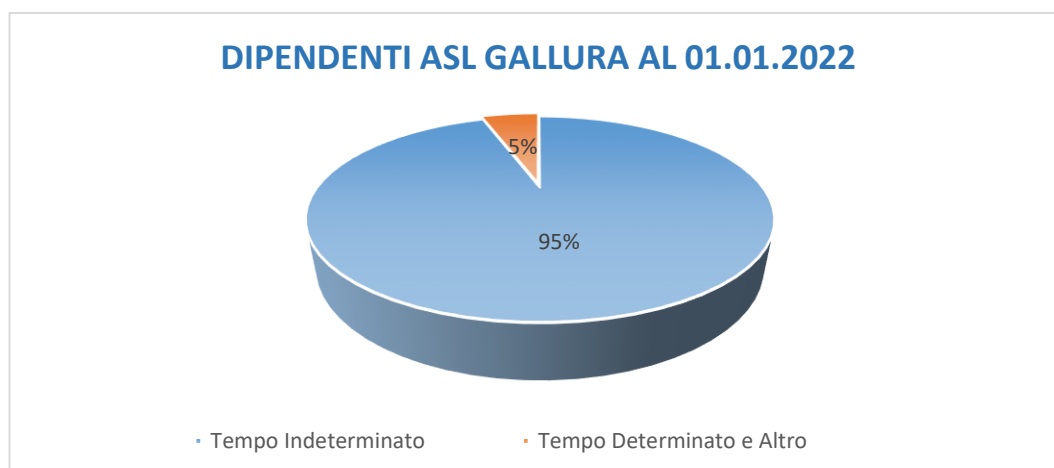
Il piano triennale dei fabbisogni di personale, previsto dagli articoli 6 e 6 ter del decreto legislativo 165 del 2001, così come novellato dal d.lgs n. 75 del 2017, è uno strumento volto a coniugare l'impiego ottimale delle risorse pubbliche e gli obiettivi di performance delle amministrazioni in un'ottica di efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini e di assicurare, da parte delle amministrazioni destinatarie, il rispetto degli equilibri di finanza pubblica.

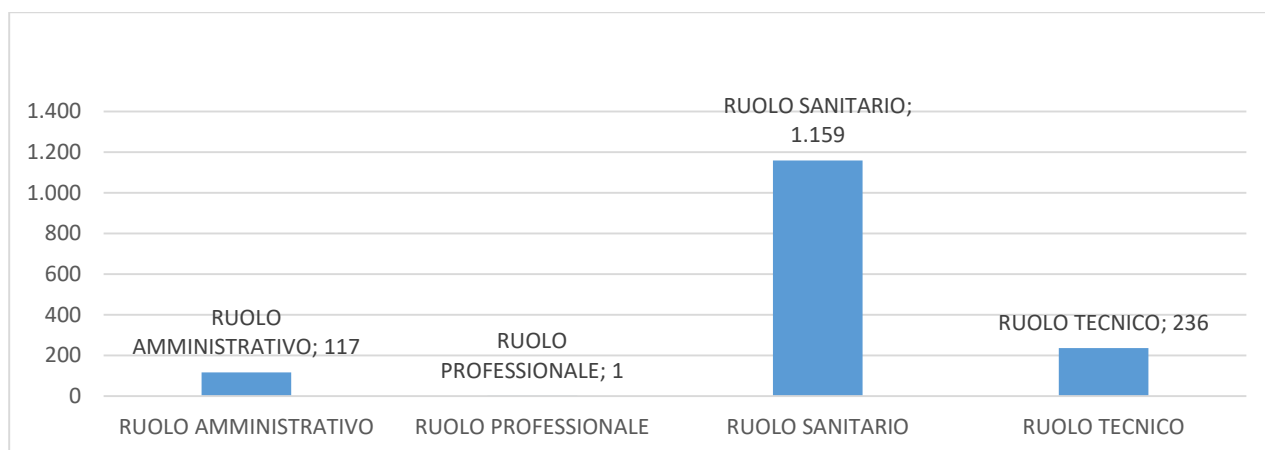
Pianificare il personale significa prevedere, in termini temporali, quantitativi e qualitativi, quali saranno le necessità di risorse umane nel medio periodo. La nuova metodologia per la definizione della programmazione dei fabbisogni di personale introdotta nel panorama legislativo nazionale dal decreto legislativo n. 75 del 2017, induce a una complessiva rivisitazione dell'approccio culturale nella ricerca di quelle condizioni di flessibilità che consentano all'Azienda di decidere in ordine al dimensionamento quali-quantitativo del proprio organico in ragione delle contingenze e delle emergenze interne ed esterne.

### 3.3.1 Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente

L'organico attuale rappresenta l'elemento fondamentale, caratterizzante e distintivo dell'Azienda socio-sanitaria n.2 della Gallura nel perseguimento della missione aziendale. Di seguito l'organico dell'azienda suddiviso per Ruolo e per tipologia contrattuale.

PERSONALE ASL GALLURA AL 01.01.2022			
RUOLO	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO E ALTRO	Totale
RUOLO AMMINISTRATIVO	94	23	117
RUOLO PROFESSIONALE	1	0	1
RUOLO SANITARIO	1.037	122	1.159
RUOLO TECNICO	220	16	236
<b>TOTALE</b>	<b>1.352</b>	<b>161</b>	<b>1.513</b>





La tabella seguente riporta la distribuzione del Personale pari a n° 1513 teste al lordo dei dipendenti assunti per l'emergenza COVID-19, suddiviso per ruolo in base alla categoria di appartenenza tra le varie strutture al 31/12/2021:

ASL N.2 GALLURA PERSONALE AL 31.12.2021														
PERSONALE AL 31.12.2021 PER MACRO- STRUTTURA	RUOLO AMM.VO		RUOLO AMM. TOTALE	RUOLO PROF. COMP.	RUOLO PROF. TOTALE	RUOLO SANITARIO				RUOLO SAN. TOTALE	RUOLO TECNICO		RUOLO TEC. TOTALE	TOTALE GENERALE
	COMP.	DIRIG.				COMP.	DIRIG.	DIRIG._MED.	DIRIG._VET.		COMP.	DIRIG.		
AREA AMMINISTRATIVA E DI STAFF														
AREA AMM.VA E STAFF	46	3	49	0	0	7	1	0	0	8	5	1	6	63
AREA DISTRETTUALE														
AREA DISTRETTUALE	17	0	17	0	0	105	3	34	0	142	16	0	16	175
AREA DELLA PREVENZIONE														
AREA DELLA PREVENZIONE	24	0	24	0	0	58	1	15	41	115	7	0	7	146
AREA DELLA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE														
AREA DELLA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	0	0	0	0	0	38	6	27	0	71	14	0	14	85
AREA OSPEDALIERA														
STAB. OSP. GIOVANNI PAOLO OLBIA	14	1	15	0	0	378	9	184	0	571	125	0	125	711
STAB. OSP. PAOLO DETTORI TEMPIO PAUSANIA	9	0	9	1	1	132	2	61	0	195	56	0	56	261
STAB. OSP. PAOLO MERLO LA MADDALENA	3	0	3	0	0	42	0	15	0	57	12	0	12	72
AREA OSPEDALIERA	26	1	27	1	1	552	11	260	0	823	193	0	193	1.044
TOTALE GENERALE	113	4	117	1	1	760	22	336	41	1.159	235	1	236	1.513

Nell'analisi delle risorse umane, si riportano di seguito, gli indicatori dei caratteri quali-quantitativi relativi al personale e un'analisi di genere al 31/12/2021.

Analisi caratteri qualitativi/quantitativi	
DIPENDENTI ASL GALLURA	Numero al 01.01.2022
Numero totale dipendenti	1.513

Analisi caratteri qualitativi/quantitativi	
DIPENDENTI ASL GALLURA	Numero al 01.01.2022
Numero totale dipendenti ruolo sanitario	1.159
Numero totale dipendenti ruolo tecnico	236
Numero totale dipendenti ruolo professionale	1
Numero totale dipendenti ruolo amministrativo	117
Numero totale dipendenti altro ruolo (ex SGB)	0
Numero totale donne	1.081
Numero totale uomini	432
Età media del personale	50
Età media del personale a tempo indeterminato	51
Età media del personale non a tempo indeterminato	39
Numero totale dei dirigenti	404
Età media dei dirigenti	52
Età media dei dirigenti a tempo indeterminato	53
Età media dei dirigenti non a tempo indeterminato	46
Età media del personale dirigente femminile	51
Età media del personale dirigente femminile a t. indet.	51
Età media del personale dirigente femminile non a t. indet.	44
Età media del personale dirigente maschile a t. indet.	56
Età media del personale dirigente maschile non a t. indet.	48
Età media del personale dirigente maschile	55
% di dirigenti donne (sul totale dirigenti)	61%
% di dirigenti uomini (sul totale dirigenti)	39%
% di dirigenti donne (sul totale personale)	16%
% di dirigenti uomini (sul totale personale)	10%
Numero totale dipendenti a tempo indeterminato	1.352
Numero totale dipendenti a tempo indeterminato donne	973
Numero totale dipendenti a tempo indeterminato uomini	379

### 3.3.2 Programmazione strategica delle risorse umane

Nella predisposizione del piano triennale del fabbisogno del personale (PTFP), l'Azienda si pone l'ambizioso obiettivo di rispettare i vincoli finanziari, in armonia con gli obiettivi di performance e soprattutto con la missione istituzionale di garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza ai propri residenti.

Il PTFP rappresenta infatti il fabbisogno effettivo di personale nei limiti delle risorse finanziarie effettivamente disponibili. Pertanto il PTFP, in primo luogo, contiene le previsioni di spesa non superiori alle risorse previste nel Bilancio Economico Preventivo (BEP) per l'anno 2022. Si precisa altresì che il BEP unitamente al corrispondente modello CE, rispetta i tetti di spesa previsti dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali in materia quali quelli applicabili al personale dipendente, ai contratti di somministrazione e ai contratti a tempo determinato.

Il PTFP è redatto secondo gli schemi Prospetto 1 e 2 riportati dalla delibera RAS n°46/42 del 22/11/2019.

Il PTFP è organizzato per ruolo (amministrativo, professionale, tecnico e sanitario) e dettagliato per profilo professionale.

Il ruolo sanitario riporta separatamente la dirigenza sanitaria non medica e la dirigenza medica e, quest'ultima, è dettagliata per disciplina.

I valori relativi alle teste sono espressi in unità di personale a tempo pieno equivalente (FTE). I valori in termini di costo sono indicati al netto degli oneri accessori, dell'IRAP e dei fondi contrattuali, e tali informazioni sono indicate nel prospetto n. 2.

Per le cessazioni e assunzioni previste in corso d'anno il numero di teste è indicato per intero mentre i costi/risparmi sono riportati pro-quota.

Lo schema per la quadratura finanziaria di cui al prospetto n. 2 (personale dipendente) consente la quadratura con la corrispondente voce del modello CE, ovvero la voce BA2080 per il personale dipendente. Nel prospetto n. 2, oltre al costo complessivo relativo ai posti coperti al 31/12 riportato nel prospetto n. 1, sono indicati gli oneri accessori, i fondi contrattuali e le eventuali altre voci a carico del bilancio aziendale.

Per il dettaglio delle voci indicate nel Prospetto 1 e 2 si rimanda all'allegato 3.

### 3.3.3 Strategia di copertura del fabbisogno

I fabbisogni relativi a questa programmazione sono ovviamente da intendersi modificabili alla luce dell'organizzazione aziendale che sarà definita con il nuovo atto aziendale – in fase di definizione - e alla luce dei futuri possibili piani di sviluppo che potrebbero essere necessari in funzione dei cambi di strategia aziendali.

Tenuto conto delle frequenti situazioni di carenza di organico per le quali le forme di reclutamento ordinarie risultano inadeguate sia dal punto di vista dell'esistenza di graduatorie che della tempestività degli ingressi in relazione alle esigenze, ai fini della garanzia della continuità dei servizi, l'ulteriore strumento al quale l'Azienda può ricorrere è l'attivazione di specifici progetti di attività aggiuntiva.

Le tabelle seguenti rappresentano la sintesi della strategia di copertura del fabbisogno triennale di personale, per il triennio 2022-2024, con il dettaglio del numero di teste, costo e percentuale suddiviso per ruolo di appartenenza, tuttavia, si precisa che allo stato attuale tale documento è ancora in fase di definizione.

PTFP 2022-2024 - NUMERO TESTE E COSTI PER RUOLO						
RUOLO	AL 31.12.2022		AL 31.12.2023		AL 31.12.2024	
	TESTE	COSTI	TESTE	COSTI	TESTE	COSTI
<b>SANITARIO</b>	<b>1.259</b>	<b>38.177.920,14 €</b>	<b>1235</b>	<b>41.643.381,88 €</b>	<b>1246</b>	<b>41.667.059,68 €</b>
<b>PROFESSIONALE</b>	<b>2</b>	<b>30.525,06 €</b>	<b>1</b>	<b>40.700,09 €</b>	<b>1</b>	<b>24.420,05 €</b>
<b>TECNICO</b>	<b>233</b>	<b>4.750.360,91 €</b>	<b>228</b>	<b>4.737.594,40 €</b>	<b>219</b>	<b>4.611.202,07 €</b>
<b>AMMINISTRATIVO</b>	<b>129</b>	<b>2.742.511,49 €</b>	<b>126</b>	<b>3.061.953,38 €</b>	<b>133</b>	<b>3.222.558,34 €</b>
<b>TOTALE</b>	<b>1.623</b>	<b>45.701.317,61 €</b>	<b>1.590</b>	<b>49.483.629,75 €</b>	<b>1.599</b>	<b>49.525.240,14 €</b>

PTFP 2022-2024 - NUMERO TESTE PER RUOLO						
% RUOLI	AL 31.12.2022		AL 31.12.2023		AL 31.12.2024	
	TESTE	% SUL TOTALE	TESTE	% SUL TOTALE	TESTE	% SUL TOTALE
<b>SANITARIO</b>	<b>1.259</b>	<b>77,6%</b>	<b>1235</b>	<b>77,7%</b>	<b>1246</b>	<b>77,9%</b>
<b>PROFESSIONALE</b>	<b>2</b>	<b>0,1%</b>	<b>1</b>	<b>0,1%</b>	<b>1</b>	<b>0,1%</b>
<b>TECNICO</b>	<b>233</b>	<b>14,4%</b>	<b>228</b>	<b>14,3%</b>	<b>219</b>	<b>13,7%</b>
<b>AMMINISTRATIVO</b>	<b>129</b>	<b>7,9%</b>	<b>126</b>	<b>7,9%</b>	<b>133</b>	<b>8,3%</b>
<b>TEMPO DETERMINATO</b>	<b>306</b>	<b>18,9%</b>	<b>321</b>	<b>20,2%</b>	<b>119</b>	<b>7,4%</b>
<b>TEMPO INDETERMINATO</b>	<b>1.317</b>	<b>81,1%</b>	<b>1269</b>	<b>79,8%</b>	<b>1480</b>	<b>92,6%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>1.623</b>	<b>100%</b>	<b>1.590</b>	<b>100%</b>	<b>1.599</b>	<b>100%</b>

### 3.3.4 Formazione del personale

La formazione intesa come sviluppo professionale del personale è un asset strategico dell'Azienda che ha il fine di supportare il personale nell'operatività quotidiana, permettendo il raggiungimento di elevati livelli di efficacia e qualità, promuovendo un clima di lavoro positivo e collaborativo e contribuendo alla cultura di genere.

La formazione in sanità svolge una funzione strategica, in quanto strumento di innovazione e diffusione delle conoscenze, volto al miglioramento continuo della organizzazione, all'umanizzazione dei Servizi, allo sviluppo complessivo delle competenze e relazionali della comunità professionale, alla realizzazione degli obiettivi programmatici del sistema sanitario regionale.

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

La Legge Regionale di riforma sanitaria del SSR n. 24 del 11 settembre 2020 colloca la formazione nella costituenda ARES.

La SC Formazione Ricerca e Cambiamento Organizzativo nel Piano Formativo 2022 ha previsto specifiche iniziative di formazione nei seguenti ambiti:

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

Tutta l'attività formativa proposta per il 2022 rispetta i criteri previsti dal modello regionale di accreditamento dei provider della Sardegna, così come definito dalla D.G.R. 4/14 del 5.2.2014 e dalla D.G.R. 31/15 del 19.6.2018

La SC Formazione Ricerca e Cambiamento Organizzativo programma attività formative che garantiscano pari opportunità a tutti i dipendenti, che siano sostenibili nei costi e di dimostrata efficacia.

Le aree della formazione che si intendono sviluppare nel corso del 2022 possono essere identificate sostanzialmente con:

- Area della formazione generale
- Area della formazione specifica tecnica professionale

➤ Area della formazione conseguente a indirizzi Regionali e/o Ministeriali

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

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

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

- **La formazione residenziale interattiva e in videoconferenza sincrona (RES):** perché attribuisce ai partecipanti un ruolo attivo e permette un elevato livello di interazione tra loro e i docenti, soprattutto con il ricorso ad appropriate metodologie didattiche quali **"lavori di gruppo"**, **"esercitazioni"**, **"role playing"**, **"simulazioni"**, etc.
- **La formazione sul campo (FSC)**, in particolare con l'utilizzo di **Gruppi di lavoro/studio/miglioramento** perché l'apprendimento avviene attraverso l'interazione di un gruppo di pari, favorisce il processo di miglioramento, contribuisce all'integrazione interprofessionale e interdisciplinare ed è fondamentale per favorire/rafforzare il "lavoro di squadra" e il senso di appartenenza alla unità organizzativa.
- **La Formazione a distanza (FAD) asincrona** sulla piattaforma aziendale. La FAD essendo svincolata dal tempo, dallo spazio e dai luoghi di fruizione dell'apprendimento superando i limiti posti dalla presenza dei discenti in un luogo fisico come l'aula tradizionale, riduce i costi complessivi dell'intervento didattico, razionalizza l'intervento del docente con la possibilità di distribuire *on-line* varie tipologie di documenti e materiali audiovisivi anche interattivi, permette un ampliamento della platea dei destinatari della formazione.

Nel 2022 la gran parte dell'attività formativa sarà realizzata in house con la collaborazione anche di strutture esterne avanzate nel campo della simulazione e delle nontechnical skills, e si svilupperà attraverso corsi residenziali interattivi e corsi di formazione sul campo.

L'allegato 4 evidenzia i corsi di formazione specifici per l'ASL GALLURA e i corsi di formazione generale a cui possono accedere tutte le risorse interessate.

### 3.4 Pari opportunità e Piano delle azioni positive

Il tema delle pari opportunità costituisce un elemento di fondamentale importanza nell'ottica dello sviluppo delle risorse umane e ancor più nelle pubbliche amministrazioni, dove si caratterizza



come elemento trasversale per il perseguimento della missione e il rispetto dei valori che guidano le attività e i processi decisionali, sia di carattere strategico che operativo.

Il tema delle pari opportunità va comunque esaminato non solo nell'ambito della prospettiva interna ed esterna dell'azienda ma analizzando anche le diverse dimensioni del tema, quali genere, razza ecc.

L'art. 21 della legge n. 183 del 04/11/2010, recante "Misure atte a garantire pari opportunità, benessere di chi lavora ed assenza di discriminazioni nelle amministrazioni pubbliche", in conformità alla Direttiva del 04/03/2011, emanata di concerto, dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dal Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, avente ad oggetto: "Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni", ha previsto che le pubbliche amministrazioni costituiscano al proprio interno il **Comitato Unico di Garanzia** al fine di dare attuazione ad apposite valutazioni sul livello di sensibilità dei bisogni rilevati rispetto a possibili discriminazioni (di genere, disabilità, razza, etnia, gruppi sociali ed altro ancora).

L'istituenda ASL GALLURA intende promuovere il miglioramento continuo in termini di contrasto a qualsiasi forma di discriminazione e di violenza, il benessere organizzativo, lo sviluppo delle politiche di conciliazione e le pari opportunità di cultura e di genere per tutti i suoi dipendenti.

Tenuto conto della riorganizzazione di cui alla legge regionale n.24 dell'11 settembre 2020 attualmente in corso l'ASL GALLURA provvederà entro breve tempo alla nomina del Comitato Unico di Garanzia (CUG).

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG), per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni dura in carica quattro anni, ha una composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un numero pari di rappresentanti dell'Amministrazione, nonché da altrettanti componenti supplenti, al fine di assicurare la presenza paritaria di entrambi i generi e da un Presidente designato dall'Amministrazione.

Il CUG ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro, consentendo il miglioramento dell'efficienza delle prestazioni mediante la garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica nei confronti dei lavoratori. Al Comitato sono attribuiti tutti i compiti propositivi, consultivi e di verifica negli interventi per concorrere alla tutela della sicurezza nei luoghi di lavoro (artt. 8-9 D.Lgs 81/08 e succ. modifiche e integrazioni) garantendo pari opportunità, benessere organizzativo e sicurezza, rendendo efficace e efficiente l'organizzazione dell'azienda.

### 3.4.1 Piano delle azioni positive

Il Piano di azioni positive è lo strumento per poter attuare le politiche di genere di tutela dei lavoratori diretto a garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa attraverso la valorizzazione delle risorse umane. È importante considerare che le pubbliche amministrazioni

ricoprono un importante ruolo propositivo e propulsivo ai fini della promozione e dell'attuazione del principio delle pari opportunità e della valorizzazione nelle politiche del personale, sia nell'ambito del reclutamento e della gestione del personale, che della formazione e della cultura organizzativa.

Al fine di perseguire la promozione e l'attuazione delle pari opportunità con il Piano delle azioni positive intende raggiungere i seguenti obiettivi:

### **Contrasto a qualsiasi forma di discriminazione e di violenza**

Al fine di evitare situazioni conflittuali determinate, ad esempio, da pressioni o molestie sessuali, casi di mobbing, atteggiamenti mirati ad avvilire il/la dipendente anche in forma indiretta, nonché atti vessatori correlati alla sfera privata della lavoratrice o del lavoratore, si rende opportuno individuare azioni specifiche con l'obiettivo di tutelare il/la dipendente nell'ambiente di lavoro. A questo scopo l'azienda intende definire, con la collaborazione anche della Consigliera Regionale di Parità nonché delle RSU e OO.SS., un **Codice di condotta** che integri e ricomprenda "Buone Prassi" da osservare per la prevenzione o la rimozione di situazioni di discriminazione, violenza sessuale, morale e/o psicologica; prevedere nel Codice di Condotta la nomina di Consigliere/a di Fiducia allo scopo di garantire ai dipendenti un adeguato supporto nei casi di segnalazione di situazioni di disagio e infine definire, in collaborazione con le strutture aziendali e con il Servizio Prevenzione e Protezione, la mappatura dei luoghi aziendali soggetti a maggiori rischi da aggressione da parte di persone esterne all'ente (ad esempio: Pronto soccorso; SERD; CSM; Punti di Guardia Medica) e l'articolazione di specifiche misure protettive al riguardo.

Si richiama a tal proposito il Decreto n. 29 del 30 luglio 2018 dell'Assessorato dell'igiene, sanità e assistenza sociale avente ad oggetto l'istituzione di un tavolo Regionale di coordinamento della rete contro la violenza di genere per la prevenzione, il contrasto delle discriminazioni e stereotipi legati ai ruoli di genere e al sessismo, rafforzamento del sistema di protezione delle donne vittima di violenza e il potenziamento delle attività di sostegno alle stesse.

### **Benessere Organizzativo**

Il "*benessere organizzativo*" riguarda la qualità della relazione esistente tra le persone e il contesto di lavoro. Produrre benessere organizzativo significa, per una organizzazione, promuovere e mantenere il più alto grado di benessere fisico, psicologico e sociale in ciascun lavoratore in ogni tipo di occupazione.

È dimostrata la correlazione fra questi ambiti ed un più elevato livello di salute e di minor stress, da cui conseguono minori assenteismo e malattia. È ormai convinzione diffusa che un ambiente professionale attento anche alla dimensione privata e alle relazioni familiari produca maggiore responsabilità e produttività. L'azione dell'azienda è impegnata nell'applicazione dei vari istituti relativi all'organizzazione del lavoro e alla flessibilità dell'orario di lavoro nei confronti di tutti i lavoratori, ispirandosi a criteri di equità e imparzialità, in un quadro che contemperi le esigenze del dipendente con le necessità di funzionalità organizzativa dell'Azienda con l'obiettivo di promuovere e garantire le corrette condizioni lavorative per tutti i dipendenti.

### **Politiche di conciliazione**

La tematica ricorrente della difficoltà della conciliazione dei tempi di vita familiare e di lavoro

dei/delle dipendenti, ha come problema predominante quello della gestione e dell'accudimento dei figli soprattutto nei primi anni di vita, dei familiari anziani o delle persone con disabilità. In particolare in ambito ospedaliero dove è necessario conciliare i tempi di lavoro professionale non solo con le esigenze di vita private e familiari ma anche con la necessità di cure dei pazienti. Pertanto si rende necessario individuare soluzioni che agevolino le/ i dipendenti nel loro ruolo di genitori e lavoratori professionali. L'azienda intende favorire i dipendenti nell'individuazione di strumenti normativi e regolamentari che consentono di migliorare la conciliazione della via familiare con quella lavorativa attraverso la diffusione e il costante aggiornamento della normativa in materia di tutela della maternità e paternità.

### **Promozione delle pari Opportunità e della cultura di genere**

Il concetto di pari opportunità riassume l'intento di garantire uguali condizioni e prospettive a tutti i dipendenti, attraverso la definizione di politiche e iniziative finalizzate alla rimozione degli ostacoli che impediscono un'effettiva parità.

Il Piano delle Azioni Positive si propone di superare condizioni, organizzazione e distribuzione del lavoro che provocano effetti diversi, a seconda del sesso, con pregiudizio nella formazione, nell'avanzamento professionale e di carriera, ovvero nel trattamento economico e retributivo; di favorire la crescita professionale e di carriera promuovendo l'inserimento delle donne nei settori di attività, nei livelli professionali e nelle posizioni apicali di coordinamento, in cui eventualmente siano sottorappresentate; di intervenire nella cultura di gestione delle risorse umane all'interno dell'organizzazione dell'azienda, favorendo il cambiamento e la realizzazione di interventi specifici, verso forme di sviluppo delle competenze e del potenziale professionale di donne e uomini e infine di favorire, attraverso una diversa organizzazione del lavoro, delle condizioni e del tempo di lavoro, l'equilibrio fra responsabilità familiari e professionali e una migliore ripartizione tra i due sessi, garantendo l'eliminazione di ogni forma di discriminazione e affermazione di condizioni di parità e pari opportunità per tutto il personale.

L'azienda intende favorire da un lato l'informazione e la sensibilizzazione sui compiti e gli obiettivi del C.U.G al fine di facilitare l'accessibilità e la diffusione delle informazioni e al contempo valorizzare il ruolo e l'attività dello stesso, e dall'altro favorire l'attivazione di percorsi formativi sui temi delle pari opportunità e della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

### **3.4.2 Azioni e obiettivi**

L'azienda si adopererà per garantire il raggiungimento degli obiettivi, indicati nella seguente tabella, attraverso un dettagliato crono programma da condividere con tutti i soggetti coinvolti con riunioni periodiche, anche al fine di rilevare le eventuali criticità durante la vigenza del Piano. A fine anno è prevista la stesura di una Relazione sullo stato di attuazione delle azioni del Piano a cura del C.U.G. Nel corso del triennio, con appositi provvedimenti deliberativi, le azioni e gli obiettivi previste potranno essere modificate, integrate ed ampliate sulla base dei cambiamenti organizzativi e dei bisogni che potranno emergere.

AZIONE	OBIETTIVO	INDICATORE
<b>Contrasto a qualsiasi forma di discriminazione e di violenza</b>	Predisposizione e adozione del Codice di Condotta contro le molestie sessuali e morali per la tutela della dignità delle persone	Delibera di adozione del Codice di comportamento
<b>Benessere Organizzativo</b>	Garantire la realizzazione di un'indagine per la rilevazione del livello di benessere organizzativo, rivolta ad acquisire ogni informazione utile sullo stato di salute della condizione lavorativa nell'ASL GALLURA	Rilevazione del livello di benessere organizzativo
<b>Politiche di conciliazione</b>	Garantire adeguata pubblicità attraverso la rete INTRANET e il costante aggiornamento della normativa in materia di tutela della maternità e paternità.	Aggiornamento INTRANET aziendale
	Garantire la partecipazione dei dipendenti ai corsi di formazione e aggiornamento professionale attraverso la promozione dell'utilizzo di modalità organizzative idonee a favorirne la partecipazione e consentire la conciliazione tra vita professionale e vita familiare	% corsi di formazione in modalità FAD sincrona e asincrona
<b>Promozione delle pari Opportunità e della cultura di genere</b>	Promuovere l'attivazione di percorsi formativi sui temi delle pari opportunità e della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro	% di percorsi formativi sui temi delle pari opportunità e della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro

## Sezione 4 Monitoraggio

Il monitoraggio delle sottosezioni Valore pubblico e Performance avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, mentre il monitoraggio della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza avviene secondo le indicazioni di ANAC, al fine di intervenire con gli eventuali correttivi che si dovessero rendere necessari per ciascuno degli ambiti sopra riportati.

Più specificatamente, il monitoraggio delle azioni descritte nelle sezioni precedenti, è effettuato dai seguenti attori:

1. Valore Pubblico dell'ASL GALLURA – sc programmazione e controllo di gestione - Struttura Tecnica Permanente - Staff Direzione Generale;
2. Performance – sc programmazione e controllo di gestione - Struttura Tecnica Permanente - Staff Direzione Generale;
3. Rischi corruttivi e trasparenza – Responsabile RPCT;
4. Lavoro Agile – sc servizio giuridico amministrativo - Staff Direzione Generale;
5. Piano Triennale dei Fabbisogni del personale - sc servizio giuridico amministrativo - Staff Direzione Generale;
6. Piano delle Azioni Positive - sc servizio giuridico amministrativo - Staff Direzione Generale;

## ALLEGATI

- Allegato 1 Obiettivi, indicatori e target;
- Allegato 2 Rischi e misure;
- Allegato 3 Piano triennale del fabbisogno del personale;
- Allegato 4 Piano formazione.