

**PIANO INTEGRATO DI
ATTIVITA' E
ORGANIZZAZIONE
(PIAO)
2025/2027
ASL GALLURA**

INDICE

PREMESSA.....	4
SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE N°2 DELLA GALLURA.....	7
1.1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA.....	7
1.1.1 <i>Analisi di contesto esterno e interno.....</i>	<i>7</i>
1.2 IL MANDATO ISTITUZIONALE, LA MISSIONE E LA VISIONE DELL'AZIENDA ...	14
1.3 LA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA NELL'AZIENDA SANITARIA.....	14
SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	18
2.1 VALORE PUBBLICO	18
2.1.1 <i>Strategia di creazione di Valore Pubblico</i>	<i>18</i>
2.1.2 <i>Indicatori di impatto di Valore Pubblico.....</i>	<i>21</i>
2.1.3 <i>La Value-based healthcare.....</i>	<i>25</i>
2.1.4 <i>Le procedure da reingegnerizzare.....</i>	<i>26</i>
2.2 LA PERFORMANCE DELL'AZIENDA SANITARIA	31
2.2.2 <i>Obiettivi strategici.....</i>	<i>33</i>
2.2.3 <i>Misurazione degli obiettivi strategici.....</i>	<i>35</i>
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	36
2.3.1 <i>Valutazione di impatto del contesto esterno.....</i>	<i>37</i>
2.3.2 <i>Valutazione di impatto del contesto interno</i>	<i>37</i>
2.3.3 <i>Mappatura dei processi.....</i>	<i>38</i>
2.3.4 <i>Valutazione e individuazione del rischio: individuazione e progettazione di misure per il trattamento del rischio</i>	<i>38</i>
2.3.5 <i>Codice di Comportamento generale e Codice di Comportamento dell'ASL N 2 della Gallura, UPD e CUG.....</i>	<i>39</i>
2.3.6 <i>Obiettivi per la formazione dei dipendenti in materia di anticorruzione e trasparenza</i>	<i>40</i>
2.3.7 <i>Stato di attuazione complessivo della Programmazione dell'attuazione della Trasparenza</i>	<i>40</i>
SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	46
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	46
3.1.1 <i>Organigramma.....</i>	<i>47</i>
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	51
3.2.1 <i>Modalità attuative e di sviluppo del lavoro agile.....</i>	<i>53</i>
3.2.2 <i>Gli impatti interni ed esterni del lavoro agile</i>	<i>55</i>
3.2.3 <i>Obiettivi e indicatori del lavoro agile</i>	<i>57</i>
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE.....	58
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>60</i>
3.3.3 <i>Strategia di copertura del fabbisogno</i>	<i>61</i>
3.3.4 <i>La gestione del personale.....</i>	<i>62</i>
3.3.5 <i>Formazione del personale</i>	<i>63</i>
3.4 PARI OPPORTUNITÀ E PIANO DELLE AZIONI POSITIVE	67
3.4.1 <i>Piano delle azioni positive</i>	<i>69</i>
3.4.2 <i>Azioni e obiettivi.....</i>	<i>71</i>

SEZIONE 4 MONITORAGGIO72
ALLEGATI.....72

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 PIAO è lo strumento tramite cui programmare in modo integrato le performance attese e le misure di gestione dei rischi corruttivi, a partire dalla cura della salute organizzativa e professionale dell’ente, in modo funzionale alle strategie di creazione e protezione del Valore Pubblico. L’occasione di semplificazione, di miglioramento della programmazione e di ottimizzazione dei servizi al fine di accrescere il benessere dei cittadini è di portata storica: perciò, il PIAO non va inteso quale mera somma dei piani da assorbire (c.d. Piano dei Piani), bensì come Piano Integrato tra le varie prospettive programmatiche verso l’orizzonte Unico (PIU+) della generazione di + Valore Pubblico. Nella Tabella seguente si riportano i contenuti del PIAO e la loro articolazione espositiva (struttura), secondo un’interpretazione sostanziale delle indicazioni metodologiche contenute nelle Linee Guida allegate al DM sul PIAO.¹

SEZIONE 1) SCHEDA ANAGRAFICA					
PROGRAMMAZIONE	SEZIONE 2) VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE				
	Sottosezione + VALORE PUBBLICO				
	miglioramento del livello complessivo di benessere dei cittadini, delle imprese e degli stakeholders nelle varie prospettive [economica, sociale (occupazionale, giovanile, ecc.), ambientale, sanitaria, ecc.] da generare programmando strategie misurabili in termini di impatti, anche tramite indicatori BES e/o SDGs				
	PARTE GENERALE	Sottosezione +PERFORMANCE		Sottosezione -RISCHI (ANTICORRUZIONE e TRASPARENZA)	
		Contenuti generali del Piano delle Performance		Contenuti generali del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	
	PARTE FUNZIONALE	obiettivi operativi (specifici e trasversali) e indicatori di performance organizzativa (efficienza e efficacia), funzionali alle strategie di creazione di Valore Pubblico		misure di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza e indicatori di rischio e di trasparenza, funzionali agli obiettivi operativi e alle strategie di protezione del Valore Pubblico	
	SEZIONE 3) +SALUTE (ORGANIZZAZIONE e CAPITALE UMANO)				
	PARTE GENERALE	Salute Organizzativa (ORGANIZZAZIONE)		Salute Professionale (CAPITALE UMANO)	
		Sottosezione	Sottosezione	Sottosezione	Sottosezione
		Struttura organizzativa	Lavoro agile	Piano Triennale dei fabbisogni di personale	Formazione del personale
		Organigramma Livelli organizzativi Ampiezza organizzativa	Contenuti generali del POLA	Contenuti generali del Piano Triennale di Fabbisogno del Personale	Contenuti generali del Piano della Formazione
		PARTE FUNZIONALE	*azioni di sviluppo organizzativo	*condizioni abilitanti del lavoro agile *azioni organizzative agili e indicatori di performance	*azioni professionali per soddisfare il fabbisogno di personale
	funzionali al raggiungimento delle performance e al contenimento dei rischi e, quindi, alla creazione e protezione del Valore Pubblico				
	SEZIONE 4) MONITORAGGIO				

Tab.1Struttura PIAO

¹ Struttura e contenuti del PIAO (fonte: Deidda Gagliardo, 2021)

La "logica programmatica" di predisposizione del PIAO può essere sintetizzata con la seguente formula:



L'iter di predisposizione del PIAO dell'ASL GALLURA si propone di seguire la sequenza rappresentata dalla fig.1 a partire dalla definizione del Valore Pubblico atteso.



Fig.1 Iter di predisposizione del PIAO

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 n°2 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. La legge regionale n. 24 del 11.9.2020 ha soppresso l'ATS Sardegna e ha 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.

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:

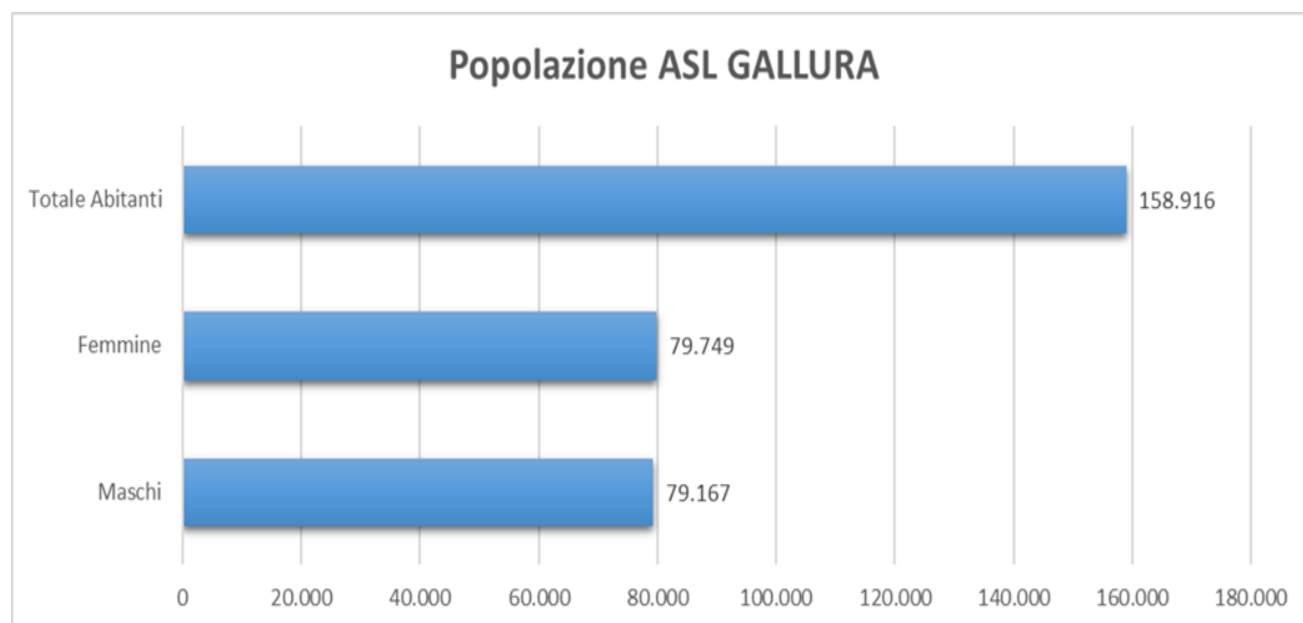


1.1.1 Analisi di contesto esterno e interno

La Gallura comprende la parte nord-orientale dell'isola, dal fiume Coghinas che la delimita a ovest, passando per il massiccio del Limbara, che ne delimita la parte meridionale, fino al massiccio del monte Nieddu a sudest, nei comuni di San Teodoro e Budoni.

È caratterizzata da un'economia solida dove prevalgono, oltre al rinomato settore turistico, l'industria del sughero e del granito, nelle quali ha raggiunto primati a livello internazionale.

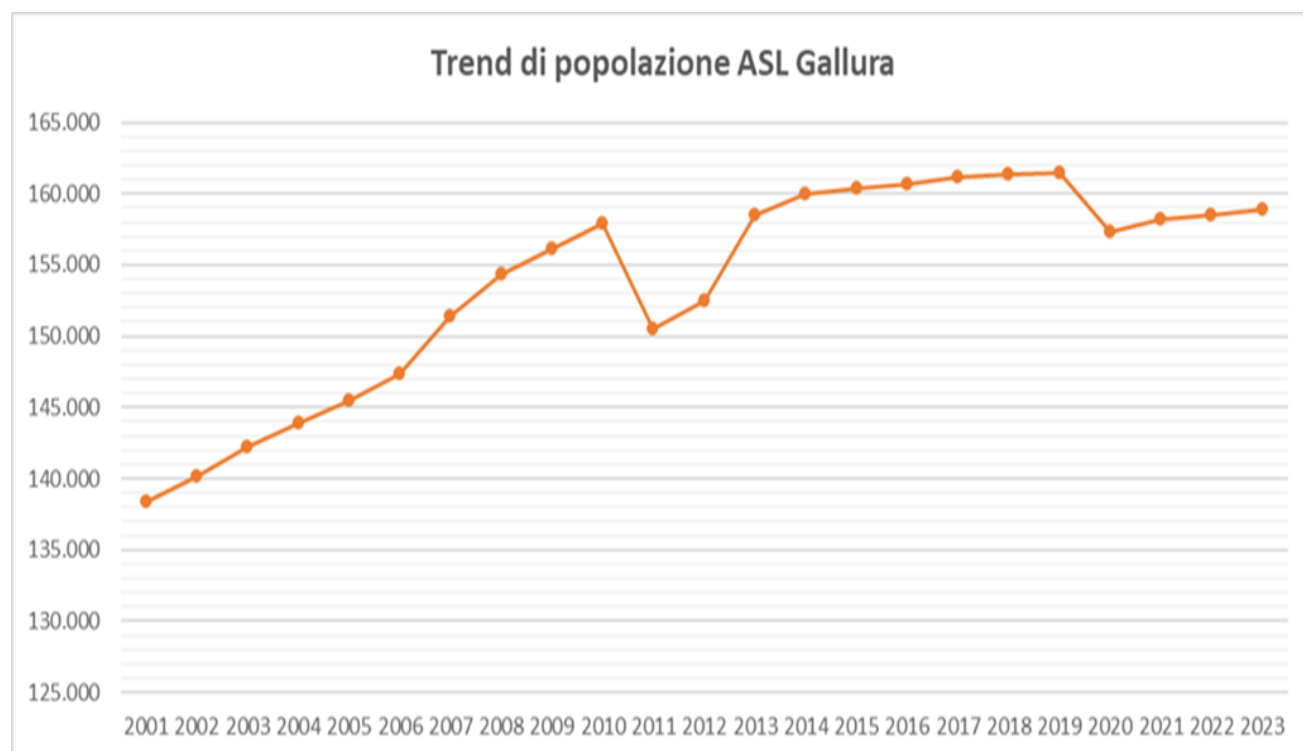
La popolazione del territorio di competenza della ASL Gallura al 01.01.2024 ammonta a 158.916 residenti.



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2024)

La maggior parte della popolazione risiede nei comuni di Olbia* (61.495 abitanti) Tempio Pausania (13.120 abitanti), Arzachena (13.407 abitanti) e La Maddalena (10.573 abitanti) e quindi prevalentemente lungo la costa nord orientale. La caratteristica dell'area geografica del Nord-Est Sardegna è stata quella di un costante incremento della propria popolazione residente; elemento che l'ha differenziata dalle tendenze in atto nel resto del territorio regionale.

8



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2024)

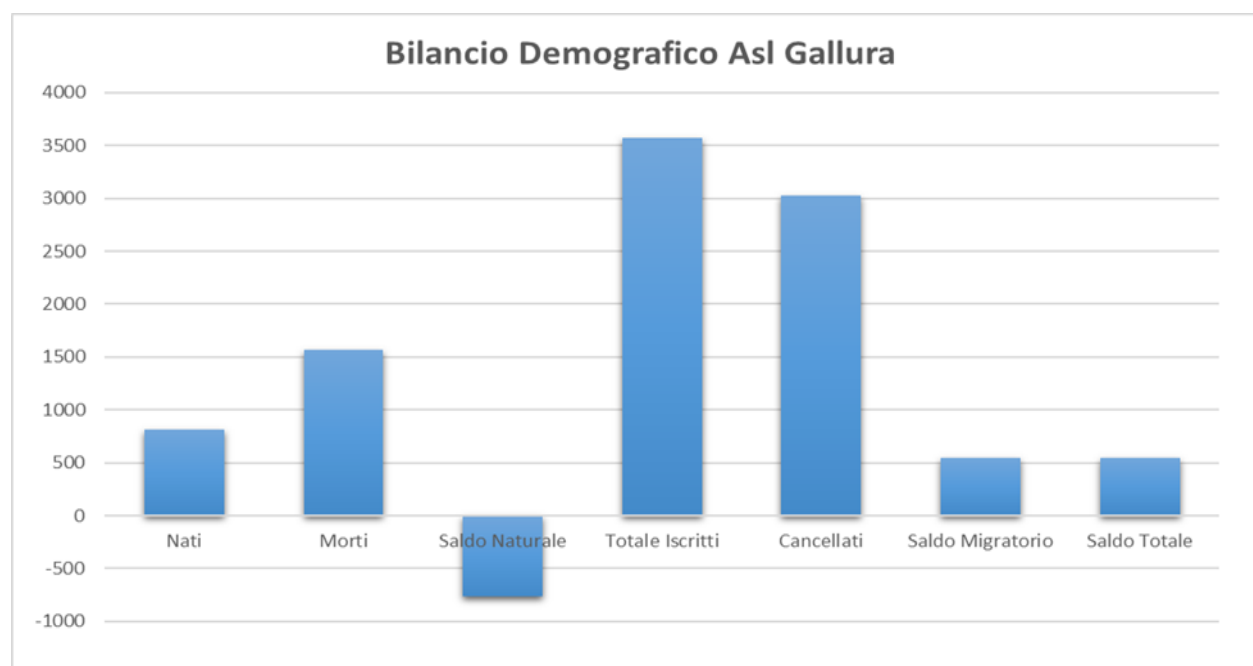
* unica città in Sardegna che cresce +0,53%

Fra il 1971 ed il 2018, l'incidenza della popolazione in Gallura, sul totale Sardegna, è passata dal 26% al 33%; infatti, negli ultimi 50 anni la popolazione è cresciuta mediamente di circa il 57% con valori percentuali importanti nei Comuni costieri a discapito di un significativo decremento nei Comuni interni. Quanto accaduto può aiutare a ritenere che la crescita della popolazione sia stata alimentata da altre Regioni d'Italia e da altre aree dell'Isola concorrendo a determinare un contesto territoriale in cui la popolazione ha stabilito la propria residenza nei Comuni costieri.

La maggioranza dei comuni che compongono il territorio di competenza della ASL Gallura sono però di piccole dimensioni ed altro elemento caratterizzante sono i nuclei residenziali di matrice rurale, che si manifestano con diversi gradi di densità abitativa.

Nonostante la densità demografica molto bassa (47 ab/km²) ed una estensione di 3.397 kmq, una popolazione ancora non particolarmente "invecchiata" (specie nel contesto sardo) questo si traduce in saldi tendenzialmente positivi.

Analizzando i dati, l'Azienda Sanitaria della Gallura registra in valore assoluto, per il periodo 2001-2023, un incremento della popolazione di circa 20.543 abitanti. La città di Olbia cresce in maniera costante superando la soglia dei 60mila abitanti, numero che non tiene conto delle migliaia di persone che vivono in città ma non risultano residenti. Vero punto di forza della Gallura è sempre stato il suo essere un punto focale per i lavoratori e per chi cerca un impiego, vista l'alta densità di aziende e attività.



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2024)

In Gallura è accaduto che stimoli, investimenti e risorse economiche abbiano introdotto elementi di dinamicità che ne stanno caratterizzando, nella storia recente, l'importante crescita economica e sociale. Lo sviluppo del settore del turismo ha sicuramente svolto un ruolo ed una funzione trainante su una molteplicità di attività non tutte ad esso strettamente connesse, ma capaci di interconnettersi e di creare nuove ulteriori occasioni di crescita. La localizzazione delle attività è avvenuta soprattutto nei Comuni costieri. Le imprese nei territori interni diminuiscono ma, in

alcuni settori, hanno mostrato capacità di tenuta e di competitività. Sempre più rilevante, l'incidenza delle imprese del settore terziario e il lento, graduale, impoverimento dei settori delle attività primarie e secondarie. Il settore agricolo, particolarmente nelle aree interne, dà segnali di positività misurandosi con diverse aspettative e proposte produttive, come per esempio l'affermazione della vitivinicoltura e l'avvio di interessanti esperienze enoturistiche che rappresentano una materializzazione dei nuovi orientamenti produttivi nel mondo rurale. Riveste una particolare importanza economica e sociale per le aree interne il distretto del granito, cresciuto nel numero di attività, fatturato ed esportazione fino ad assumere le caratteristiche proprie di distretto industriale. Analoga attenzione merita il distretto del sughero che annovera circa 150 aziende artigianali del settore.

Indicatori di struttura demografica popolazione ASL Gallura

Indice di vecchiaia	Indice di Dipendenza Strutturale	Indice di ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione	Indice di carico di figli per donna
207,2	52,9	159,7	162,7	14,6

Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2024)

L'analisi degli indicatori di struttura demografica confermano una popolazione caratterizzata da una numerosità statistica nelle fasce d'età giovanile e in età lavorativa. L'indice di vecchiaia della popolazione, espresso dal rapporto tra il numero degli ultra sessantacinquenni ogni 100 individui di età inferiore ai 15 anni, risulta pari a 207,2%, valore inferiore rispetto a quello regionale (252,8%), ma non a quello nazionale (193,1%). Allo stesso modo, anche l'indice di dipendenza strutturale, dato dal rapporto tra la popolazione inattiva su quella in età lavorativa, presenta un valore, pari al 52,9%, inferiore rispetto sia a quello regionale (57,8%) e a quello nazionale (57,4%). 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 che, rapportando percentualmente il numero degli individui di età compresa tra 40 e 64 anni con quello di individui di età compresa tra i 15 e i 39, indica il grado di invecchiamento della popolazione, si attesta al 162,7%, ciò significa che la fascia lavorativa più giovane inizia anche in Gallura a non prevalere su quella più "vecchia" il che rappresenta un rallentamento in termini di dinamismo della popolazione. Infine, l'indice di ricambio, che rapporta la popolazione in procinto di uscire dall'età lavorativa (60-64 anni) su quella che è appena entrata a farne parte, è pari al 159,7%: tale valore sottintende un aumento della tendenza alla disoccupazione dei giovani in cerca di prima occupazione e alla comparsa del fenomeno NEET anche in Gallura. Questo indice, considerando solo due classi quinquennali d'età, è soggetto a forti fluttuazioni e quindi risulta molto variabile. L'indice di carico di figli per donna, è il rapporto tra il numero dei bambini fino a 4 anni ed il numero di donne in età feconda (15-49), è pari a 14,6 e stima il "carico" di figli in età prescolare per donna in età fertile.

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 futuro 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 delle Case della Comunità e l'aumento del servizio di filtro territoriale per le patologie croniche, con l'auspicio che l'intero servizio Socio- Sanitario del territorio 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.

Le linee strategiche regionali evidenziano l'esigenza di definire un processo di riorientamento del SSR con l'obiettivo di garantire:

- lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento;
- l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale che promuova lo sviluppo di équipe multidisciplinari che si prendano carico della persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità;
- l'integrazione ospedale-territorio e il potenziamento di forme alternative al ricovero;
- il potenziamento delle cure domiciliari integrate;
- la riorganizzazione della rete delle strutture territoriali per la salute mentale e le dipendenze;
- la riqualificazione dell'assistenza specialistica con l'obiettivo prioritario di ridurre le liste d'attesa.

In un contesto così delineato, frutto delle indicazioni regionali, l'analisi di contesto interno ed esterno genera azioni combinate tra di loro finalizzate alla riqualificazione dell'assistenza verso forme di appropriatezza sanitaria, con razionalizzazione di risorse e conseguenti nuove tipologie assistenziali. Con la finalità di analizzare il contesto interno ed esterno si ritiene utile elaborare un'analisi SWOT quale strumento di pianificazione strategica usato per valutare i punti di forza e di debolezza con riferimento al contesto interno e le opportunità e le minacce con riferimento al contesto esterno.

Analisi di contesto esterno: opportunità e minacce

Opportunità

Le opportunità sono i possibili vantaggi futuri che occorre saper sfruttare a proprio favore allocando le risorse in modo flessibile a tal punto da ottimizzare le performance della strategia. Pertanto le azioni strategiche aziendali si concentreranno sull'attivazione di processi di sistema che consentiranno il rafforzamento delle logiche di appropriatezza e governo clinico.

Minacce

Le minacce sono quegli eventi futuri che potrebbero avere un impatto negativo sui risultati della strategia, fino a comprometterne l'esito. Uno dei punti critici nello sviluppo e innovazione di un sistema organizzativo gestionale e di un sistema di qualità coerente con i bisogni dell'utente è l'esplicitazione delle esigenze e delle aspettative cui l'azienda deve far fronte. A questo proposito risulta molto utile l'introduzione del concetto di stakeholder, di "soggetto portatore di interessi", cioè di tutte quelle entità che sono interessate al buon funzionamento di un'organizzazione. Questo modo di procedere allarga notevolmente i ventagli degli aspetti da considerare ma è sicuramente più completo. Un opportuno livello di specificazione è quello che distingue le attività in macroprocessi "tipici" e altri che possiamo definire di "supporto", i primi sono quelli specifici di una azienda sanitaria (curare i malati in ospedale, realizzare interventi di prevenzione, fornire i farmaci per le cure domiciliari ecc) mentre gli altri sono comuni a tutte le organizzazioni (gestire il personale, acquistare i materiali, organizzare la logistica, ecc). Un compito importante è perciò quello di chiarire come si interfacciano tra di loro questi macro processi, dentro e fuori l'azienda, nella consapevolezza che i percorsi assistenziali utili ai pazienti risultano dalla loro concatenazione e attraversano le diverse strutture e unità operative, lungo una sorta di rete di processi in grado di garantire a ciascuno la catena assistenziale il più personalizzata possibile, composta da attività cliniche e organizzative.

Un altro punto critico è quello di presidiare tutti i processi aziendali (e non solo quelli assistenziali) con opportune azioni di pianificazione e di controllo anche se risulta difficile poiché questo richiede un incontro tra due mondi, quello dei clinici e quello del management, portatori di competenze diverse ma assolutamente complementari tra di loro.

Analisi del contesto interno: punti di forza e di debolezza

L'analisi del contesto interno evidenzia che gli elementi caratterizzanti e ritenuti fondamentali nel perseguimento degli obiettivi strategici sono costituiti dalle seguenti macro strutture aziendali:

DIPARTIMENTI AZIENDALI	
Dipartimento Direzionale Ospedale Territorio - DDHT;	
Dipartimento patologia acuta di Media intensità - DMI;	
Dipartimento per Donne e Minori - DDM;	
Dipartimento di Bassa Intensità Assistenziale e cronicità - DBIA;	
Dipartimento di Emergenza Clinica - DE;	
Dipartimento di Salute Mentale e dipendenze - DSMD;	
Dipartimento One Health della Prevenzione	
Dipartimento tecnico amministrativo	
Staff Direzione Generale	

I Punti di forza sono quei fattori che favoriscono lo sviluppo e le aree di eccellenza dell'azienda, per contro, i Punti di Debolezza, sono quelli elementi che ostacolano lo sviluppo e che necessariamente bisogna cercare di superare al fine di garantire il massimo miglioramento per non compromettere le scelte strategiche.

SWOT ANALYSIS

		PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
CONTESTO INTERNO		<p>Presenza di professionalità di elevata competenza e alte tecnologie;</p> <p>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;</p> <p>Riorganizzazione del territorio con 9 case di comunità, introduzione delle nuove figure professionali del DM 77/2022 (IFOC, ginecologo, ostetrico, FKT di comunità)</p> <p>Avvio del percorso di rinnovamento del sistema sanitario aziendale attraverso la rimodulazione della rete ospedaliera e completamento della rete di ricovero con la lungodegenza e la riabilitazione;</p> <p>Sviluppo e potenziamento dell'Assistenza Domiciliare quale servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza;</p> <p>Aumento dell'appropriatezza e miglioramento degli indicatori di performance dell'attività ospedaliera e territoriale;</p> <p>Consolidamento dell'attività di reporting per il monitoraggio dei dati di attività e dei costi;</p> <p>Consolidamento del processo di razionalizzazione e contenimento della spesa con specifico riferimento al costo del personale e al consumo dei beni e servizi sanitari e non sanitari.</p> <p>Integrazione Ospedale-Territorio - Telemedicina</p> <p>Diffusione della cultura legata alla qualità e governo clinico (PDTA, procedure, protocolli ecc.) introduzione dei PAI,PRI,PPI;</p>	<p>Riorganizzazione del SSR;</p> <p>Fase di assestamento organizzativo in relazione con i processi di riorganizzazione del servizio sanitario regionale; Carenza di personale</p> <p>Gravi carenze di MMG e di ore di specialistica ambulatoriale</p> <p>Le prestazioni inappropriate in ricovero ospedaliera e setting assistenziale inadeguato per alcune tipologie di ricovero;</p> <p>La carente offerta di posti letto per l'emergenza, lungodegenza e riabilitazione;</p> <p>La mobilità passiva;</p> <p>Lo storico sotto-finanziamento per quota capitaria;</p> <p>Il fattore comunicazione e condivisione degli impegni all'interno delle strutture aziendali;</p> <p>Resistenze degli operatori aziendali nel rispondere attivamente alle richieste di cambiamento organizzativo e culturale;</p> <p>Criticità derivanti dalla carenza di profili professionali specifici soprattutto personale sanitario (ripercussioni negative nelle aree del benessere organizzativo - operatori- e dei tempi di attesa e qualità della prestazione -utenti).</p>
		OPPORTUNITA'	MINACCE
	CONTESTO ESTERNO	<p>Presenza di linee di indirizzo, fondi vincolati (PNRR);</p> <p>Evoluzione della tecnologia a supporto della diagnosi e della cura - Sanità digitale ;</p> <p>Programmi ministeriali e regionali per lo sviluppo dei processi di governance, dei sistemi operativi organizzativo-gestionali e per il monitoraggio e il controllo dell'efficienza dei servizi (Joint Commission, accreditamento); Introduzione della cultura lean e 6 sigma;</p> <p>Cultura della partnership e azioni di collaborazione per interventi in rete su problematiche la cui gestione richiede una forte integrazione socio-sanitaria;</p> <p>Sviluppo della rete e dei percorsi assistenziali coerentemente con i bisogni del cittadino/utente; istituzione delle COT e introduzione dei PAI,PPI e PRI;</p> <p>Fondi e opportunità finanziarie finalizzati all'attuazione di progetti specifici per target particolari</p> <p>Collaborazione con gli Enti Locali per superare disagi derivanti dalla conformazione orografica del territorio</p> <p>Innovazione del sistema organizzativo gestionale;</p>	<p>Caratteristiche geografiche del territorio;</p> <p>Invecchiamento della popolazione - aumento delle patologie croniche;</p> <p>Pressioni degli stakeholder relativamente all'offerta di prestazioni e servizi ; Domanda inappropriata</p> <p>Vincoli nazionali e regionali sulle risorse destinate alle aziende sanitarie;</p> <p>Quadro normativo complesso e dinamico (ciclo performance, privacy, trasparenza, anticorruzione, etc) e molteplicità di adempimenti burocratici con tempistica stringente, spesso in assenza dei necessari adeguamenti/cambiamenti sul piano organizzativo e culturale;</p> <p>La mancanza di strutture di lungodegenza e di riabilitazione comporta spesso la necessità per l'azienda di dover soddisfare il bisogno di salute dei cittadini con setting assistenziali non appropriati;</p> <p>L'afflusso al pronto soccorso di un elevato numero di pazienti soprattutto nel periodo estivo i quali potrebbero soddisfare appropriatamente la loro domanda di salute in strutture ambulatoriali territoriali;</p>

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.

1.3 La programmazione integrata nell'azienda sanitaria

Il ciclo di funzionamento delle pubbliche amministrazioni prende avvio con la programmazione; nell'azienda sanitaria prende avvio con la programmazione socio-sanitaria dell'offerta di servizi assistenziali con l'obiettivo di garantire livelli di fruibilità e di disponibilità delle prestazioni in grado di saturare il bisogno di assistenza reale. L'individuazione della tipologia e della natura dei bisogni

sanitari, e quindi della domanda di salute, è di prioritaria importanza per poter individuare le scelte strategiche di programmazione sanitaria in linea con le specifiche esigenze territoriali. Una programmazione basata sui bisogni di salute deve svilupparsi, prioritariamente, dalla conoscenza del territorio, dalla sua complessità e dalla variabilità dal punto di vista demografico, socio economico ed epidemiologico

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° 14/28 del 29/04/2022 ha assegnato ai Direttori Generali gli obiettivi di mandato di cui all'art.11, comma 9, della suddetta legge regionale; gli obiettivi strategici dei Direttori Generali sono sintetizzabili come segue:

- Area della sostenibilità economico-finanziaria
- Area del rispetto delle milestone del piano Nazionale di ripresa e resilienza(PNRR);
- Area dell'avvio dei processi di riforma;
- Area della trasparenza.

Il ciclo di programmazione della performance dell'azienda sanitaria è un processo circolare ad ampio raggio che parte da una prima fase di pianificazione degli obiettivi attraverso la definizione delle Performance aziendali, una seconda fase che è quella della misurazione attraverso lo sviluppo del Sistema di Misurazione e valutazione delle Performance e termina con la fase di rendicontazione attraverso la Relazione sulla Performance, come di seguito evidenziato;

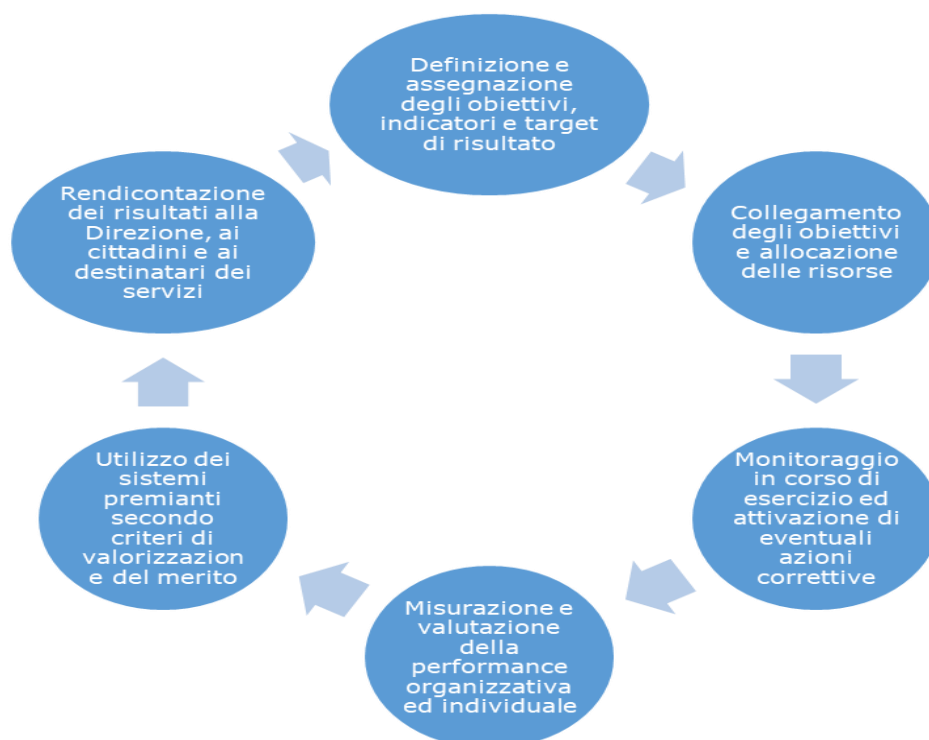


Fig. 1 Ciclo di programmazione

lo stesso ricorda molto da vicino il ciclo di Deming o metodo PDCA, (Fig.3) acronimo delle quattro fasi che lo caratterizzano: 1. Plan, Pianificare, 2. Do, Fare, 3. Check, Controllare e 4. Act, Agire.

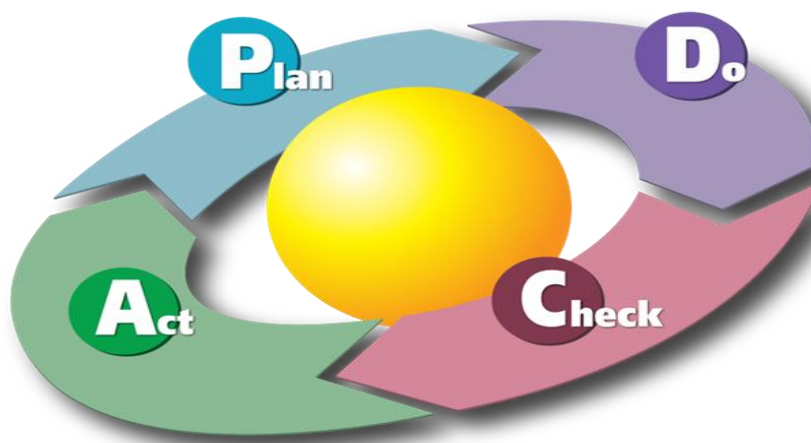


Fig. 3 Il metodo PDCA

Questo è il modello, integrato del DMAIC, che ha guidato il cambiamento in atto in azienda.

La programmazione delle Pubbliche Amministrazioni si è iper-specializzata dagli anni '90, sviluppandosi in silos programmatici indipendenti che hanno dato vita a diversi documenti recentemente censiti ai fini dell'assorbimento nel PIAO. Alcune spinte innovative all'integrazione delle performance e dell'anticorruzione sono state affidate alle indicazioni metodologiche provenienti sia dal Dipartimento della Funzione Pubblica (Linee Guida 2017-2020 sull'integrazione tra performance e risk management), sia dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), entrambe finalizzate verso l'orizzonte comune della creazione e della protezione del Valore Pubblico. L'integrazione programmatica finalizzata, ovvero la programmazione integrata tra le diverse prospettive programmatiche verso la generazione di Valore Pubblico ha acquisito notevole forza legislativa con il recente d.l. 80/2021, convertito dalla l. 113/2021, che ha introdotto all'art. 6 il PIAO. Il modello di creazione di Valore Pubblico valorizza i risultati conseguiti dalle amministrazioni pubbliche, nel contesto socio-economico di riferimento, ai fini della valutazione dell'azione amministrativa. Nel solco di queste coordinate, l'adozione di un sistema di governance orientato alla creazione di Valore Pubblico consente di arrivare a definire un modello multidimensionale e integrato di misurazione e valutazione delle performance, fondato su queste articolazioni:

- la sostenibilità istituzionale, sociale ed ambientale;
- la qualità dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni;
- la competitività territoriale e le dimensioni dell'etica e della responsabilità sociale;
- la trasparenza, come capacità di render conto ai diversi portatori e gruppi di interesse, interni ed esterni all'organizzazione (accountability);
- l'equità nei confronti di gruppi di utenti e di stakeholder esterni a debole capacità contrattuale;
- l'efficienza tecnica ed economica che garantisce la produttività;
- l'efficacia (come rapporto tra risultati ed obiettivi) e l'economicità (come capacità, nel lungo periodo, di soddisfare in modo adeguato i bisogni della comunità di riferimento).

La gestione di un'azienda richiede informazioni che riguardano molteplici dimensioni e aspetti (ad es. processi operativi, gestione economico-finanziaria, risorse umane, capacità di innovazione) che devono venire misurati e gestiti in modo bilanciato e coerente con la strategia generale

dell'azienda. Attraverso l'uso della Balanced Scorecard (BSC) è possibile valutare le performance dell'azienda in un'ottica sia strategica sia operativa: essa, infatti, riflette l'equilibrio raggiunto fra obiettivi a breve e a lungo termine, fra misure finanziarie e non, fra indicatori ritardati e di tendenza, fra prospettive della performance interna ed esterna. Questo strumento parte dal presupposto che, per avere una visione esauriente dell'intera situazione aziendale, nessun indicatore di performance deve essere preso singolarmente, ma occorre costruire un insieme organizzato di indicatori che, collegati tra loro, consentano una valutazione globale dei risultati aziendali. Il fulcro applicativo di questa tecnica manageriale di pianificazione, allineamento degli obiettivi e valutazione delle prestazioni è la scomposizione degli obiettivi strategici in sotto obiettivi tra loro collegati da ipotesi di relazioni causa-effetto. L'idea generale di una Balanced Scorecard in sanità è che i risultati economici e finanziari possano essere conseguiti soddisfacendo adeguatamente i pazienti; i pazienti possano essere soddisfatti sviluppando processi interni eccellenti e, processi interni eccellenti, possano essere progettati ed implementati agendo sull'apprendimento, dunque sulle persone, sulla loro selezione, motivazione, competenza, conoscenza. Monitorando le prestazioni lungo tali dimensioni si è in grado di valutare sistematicamente quanto l'impresa sia efficace nell'implementare la strategia.

Per garantire questo assunto di base, la Balanced Scorecard valuta le performance sulla base di quattro dimensioni o prospettive rilevanti:

- **la prospettiva economico finanziaria** che pone in relazione i risultati ottenuti dall'azienda con il rispetto del BEP;
- **la prospettiva degli utenti** che fa riferimento alla necessità di orientare l'attività svolta alla soddisfazione delle esigenze manifestate dagli utenti;
- **la prospettiva dei processi interni** all'azienda che è diretta all'individuazione dei fattori critici di successo per la soddisfazione degli utenti in conseguenza delle iniziative di miglioramento per il raggiungimento degli obiettivi ai vari livelli aziendali;
- **la prospettiva dell'apprendimento e crescita** che è strettamente connessa alla innovazione di processo ed all'apprendimento che consentono uno sviluppo globale dell'organizzazione.

In ambito sanitario, soprattutto pubblico, è possibile ipotizzare anche una quinta prospettiva, che tenga più approfonditamente conto degli interessi della comunità, in relazione all'equità e contenere, ad esempio, indicatori di accesso e di livelli d'assistenza.

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.²

Il paradigma della *public governance* implica, l'introduzione di una logica multidimensionale nella valutazione delle *performance* della amministrazione pubblica³: 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"⁴ 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.

² Enrico Deidda Gagliardo. Performance e Valore Pubblico.

³ MENEGUZZO M., CEPIKU D., FERRARI D., (2004), *Governance e coordinamento strategico delle reti aziendali: sistemi sanitari a confronto*,

⁴. Enrico Deidda Gagliardo –Papi (2002-2015-2018) Il modello della piramide del valore pubblico.



Fig. 4 La Piramide del VP

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 Pubblico è il vero obiettivo strategico dell'azienda sanitaria.

19

Nell'azienda sanitaria 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.**



Fig. 5 I pilastri del Valore Pubblico nell'azienda 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

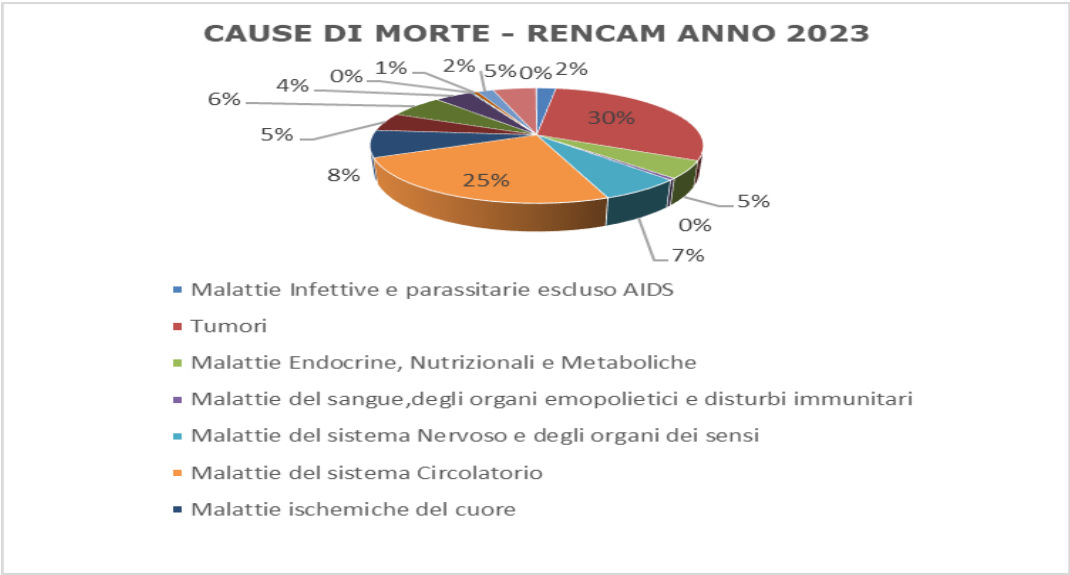
La dimensione dell'impatto esprime l'effetto generato da una politica o da un servizio sui destinatari diretti o indiretti, nel medio-lungo termine, nell'ottica della creazione di Valore Pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere rispetto alle condizioni di partenza. Gli indicatori di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

gli indicatori di **Benessere Equo Sostenibile Istat/Cnel**. Il Benessere Equo e Sostenibile (BES) è un insieme di indicatori che hanno lo scopo di valutare il progresso della società non solo dal punto di vista economico, ma anche sotto l'aspetto sociale e ambientale. Dal 2018 gli indicatori BES sono stati inclusi tra gli strumenti di programmazione e valutazione della politica economica nazionale. Gli indicatori di benessere equo e sostenibile sono stati infatti introdotti nell'ordinamento legislativo italiano come strumento di programmazione economica dall'articolo 14 della legge n. 163/2016, di riforma della legge di contabilità (legge n. 169 del 2009). Un Comitato per gli indicatori di benessere equo e sostenibile (BES) - presieduto dal Ministro dell'economia e delle finanze e composto dal Presidente dell'ISTAT, dal Governatore della Banca d'Italia, da due esperti della materia provenienti da università ed enti di ricerca - è stato incaricato di selezionare gli indicatori utili alla valutazione del benessere sulla base dell'esperienza maturata a livello nazionale e internazionale.

DOMINIO	INDICATORE		FONTE	
Benessere economico	1	Reddito disponibile lordo corretto pro-capite	Istat - Contabilità Nazionale (NA)	
	2	Disuguaglianza del reddito netto (S80/S20)	Istat - Eu-Silo	
	3	Indice di povertà assoluta	Istat - Indagine sulle spese delle famiglie (HBSs)	
Salute	4	Speranza di vita in buona salute alla nascita	Istat - Indagine Aspetti della vita quotidiana (AVQ)	Istat - Tavole di mortalità popolazione italiana
	5	Eccesso di peso	Istat - Indagine Aspetti della vita quotidiana (AVQ)	
Istruzione e Formazione	6	Uscita precoce dal sistema di istruzione e formazione	Istat - Rilevazione sulle Forze di lavoro (RLF)	
Lavoro e conciliazione dei tempi di vita	7	Tasso di mancata partecipazione al lavoro		
	8	Rapporto tra tasso di occupazione donne 25-49 anni con figli età prescolare e delle donne senza figli		
Sicurezza	9	Indice di criminalità predatoria	Ministero Interno - Denunce alle Forze dell'ordine	Istat - Indagine sulla Sicurezza dei cittadini
Politica e istituzioni	10	Indice di efficienza della giustizia civile	Ministero Giustizia - Dir. Gen. Statistica e Analisi Organizzativa	
Ambiente	11	Emissioni di CO ₂ e altri gas clima alteranti	Istat-Ispra - Inventario e conti delle emissioni atmosferiche	
Paesaggio patrimonio culturale	12	Abusivismo edilizio	Centro ricerche economiche sociali di mercato per l'edilizia e il territorio (Cresme)	

Per la **salute** sono stati scelti due indicatori: la "speranza di vita in buona salute alla nascita" e l'"eccesso di peso". Con riferimento alla speranza di vita, appare opportuno rilevare che l'analisi dei dati Rencam sulle cause di morte per l'anno 2023, per il territorio dell'Asl Gallura, evidenziano che la maggior parte dei decessi è ascrivibile a un numero limitato di cause di morte: tumori (30%), malattie cardiovascolari (25%), malattie ischemiche (8%), malattie del sistema nervoso

(7%), malattie dell'apparato respiratorio (6%), dunque le strategie per ridurre la mortalità vanno quindi scelte in base alle diverse situazioni . Nei Paesi più ricchi il cancro è diventato la principale causa di morte in seguito da un lato ai miglioramenti di prevenzione e cura di altre malattie e dall'altro lato a cambiamenti nelle abitudini, nella dieta e nelle esposizioni ambientali che complessivamente hanno portato a un aumento dei tumori collegati agli stili di vita.



L’ASL Gallura concorre a costruire valore pubblico perseguendo l'obiettivo "salute" inteso quale miglioramento complessivo della qualità della vita della popolazione, secondo un approccio sinergico ed integrato con il sistema degli enti locali, la RAS e con le altre agenzie regionali che si occupano dello sviluppo economico, di tutela ambientale, dell'urbanistica, dei trasporti, dell'agricoltura, dello sport e tempo libero, per l'impatto che le stesse hanno sullo stato di salute. La salute psicofisica è infatti ormai comunemente intesa come il risultato di diversi fattori, non solo di mero benessere fisico, ma anche di altra natura. Un’integrazione e un dialogo tra i diversi stakeholder coinvolti risulta dunque necessario e irrinunciabile per il raggiungimento degli obiettivi che l’azienda si propone. La tabella seguente individua il set di indicatori di impatto per la valutazione delle prospettive di salute e benessere.

INDICATORI DI IMPATTO							
DIMENSIONE	INDICATORE	FORMULA	RESPONSABILE	PESO	BASELINE	TARGET DI VALORE PUBBLICO ATTESO 2025-2027	Fonte
SOCIO- OCCUPAZIONALE	% di under 35 occupati	Numero di under 35 assunti/ numero totale di assunzioni	AREA RISORSE UMANE E FORMAZIONE	5	32,47%	36%	SISAR - HR
	Rispetto del tempo medio di pagamento nei termini di legge e/o contrattuali al fine di ridurre gli interessi di mora	Tempo medio di pagamento <= 60gg	CONTABILITA' E BILANCIO	15	-21,78	<=60	SISAR- AMC
ECONOMICA	Efficientamento dei fattori produttivi impiegati	Report trimestrali di monitoraggio del target dei costi di produzione definiti nel BEP	PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO		4	4	SISAR- AMC
	Riduzione dei costi per gli approvvigionamenti energetici;	Numero di impianti installati per incrementare la quota di energia prodotta da fonte FV presso le strutture aziendali	AREA TECNICA		5	8	AREA TECNICA

INDICATORI DI IMPATTO							
DIMENSIONE	INDICATORE	FORMULA	RESPONSABILE	PESO	BASELINE	TARGET DI VALORE PUBBLICO ATTESO 2025-2027	Fonte
AMBIENTALE	Garantire l'efficientamento energetico per migliorare la sostenibilità ambientale	Numero di apparecchi luminosi dotati di tecnologia Led sostituiti nei presidi ospedalieri/Numero totale di corpi illuminanti con lampade a vapori di sodio presenti nei presidi ospedalieri *100	AREA TECNICA	30	0	60%	AREA TECNICA
		Numero di sistemi di regolazione di tensione, power quality, protezione sovratensioni e rifasatori installati nelle strutture aziendali/ Numero totale di strutture aziendali *100	AREA TECNICA		0	60% UU.OO PRESIDI	AREA TECNICA
		Numero di corsi di sensibilizzazione sui temi del risparmio energetico realizzati/ numero totale dei corsi sui temi del risparmio energetico programmati	AREA RISORSE UMANE E FORMAZIONE		0	100%	AREA RISORSE UMANE E FORMAZIONE
	Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura	N° piani di lavoro per bonifica amianto (ex art. 256 punto 2 D. Lgs. 81/08) e N° notifiche (ex art. 250 D. Lgs. 81/08) esaminati	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		100%	100%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SANITARIA	Tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	N° di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annuo*100	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	50		T. cervice=40%; T. colon retto=30%; T.mammella=35%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
	% di ultra 65 enni in CDI	% di ultra 65 enni in CDI /totale popolazione residente anziana età >=65*100	DISTRETTI			>4%	FLUSSO ADI
	Aumento della percentuale di interventi per frattura di femore operata entro 2 gg	% interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2 gg / N° interventi per frattura del femore *100	ORTOPEDIA		57,46%	>=70%	FILE A
	Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui all'allegato B del Patto per la Salute	% DRG a rischio di inappropriatezza in DO	UU.OO ASSISTENZA OSPEDALIERA		7,98%	<=20%	FILE A
	Proporzione di infarti miocardici acuti trattati con PTCA entro 2 giorni	numero di pazienti colpiti da IMA che vengono sottoposti a PTCA entro 48 ore dal ricovero	UTIC		49,54%	60%	FILE A
	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Numero colecistectomie laparoscopiche in DS e RO 0-1 gg/ Numero totale di colecistectomie laparoscopiche	CHIRURGIA		75;96%	>=85% entro 3gg	FILE A

INDICATORI DI IMPATTO							
DIMENSIONE	INDICATORE	FORMULA	RESPONSABILE	PESO	BASELINE	TARGET DI VALORE PUBBLICO ATTESO 2025-2027	Fonte
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	Numero parti cesarei primari/numero totale di parti cesarei*100	GINECOLOGIA E OSTETRICIA		28%	15%-20%	FILE A
	Garantire l'attuazione del progetto Progetto Psico Smart	% dipendenti che hanno ottenuto un miglioramento del benessere psicofisico a seguito dell'adesione al progetto	PSICOLOGIA CURE PRIMARIE		0%	100%	PSICOLOGIA CURE PRIMARIE
	Garantire la promozione e il potenziamento dei fattori di protezione (lifeskill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo, alcool) nella popolazione giovanile e adulta	Numero di corsi realizzati/ numero totale dei corsi programmati	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE -DSMD		100%	100%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - DSMD
	Promuovere le attività formative per la valorizzazione delle competenze di leadership e le soft skill, necessarie per guidare e accompagnare le persone nei processi di cambiamento associati alle diverse transizioni in atto, le competenze per l'attuazione delle transizioni amministrativa, digitale e ecologica e di quelle che caratterizzano tutti i processi di innovazione dell'azienda.	Numero ore di formazione sui temi della leadership e delle soft skills/anno	AREA FORMAZIONE		n.d	>=40 ore entro l'anno 2027	AREA FORMAZIONE

Il valore pubblico in senso ampio creato dall'ASL Gallura verrà calcolato come media delle quattro dimensioni di performance.

2.1.3 La Value-based healthcare

In un periodo storico in cui i sistemi sanitari di tutto il mondo si trovano sotto fortissima pressione, il bisogno di ripensare i paradigmi alla base della gestione sanitaria è diventato sempre più evidente. Questo vale in particolar modo per l'Italia, dove il sistema universalistico rappresenta uno dei beni più preziosi per la cittadinanza. La visione di una sanità value based healthcare, in grado di mettere al centro i bisogni di assistenza sanitaria delle persone, fornisce una direzione per affrontare le sfide presenti e future.

Il valore, definito da Porter come il rapporto tra gli esiti di salute (patient outcomes) e i costi reali sostenuti sull'intero ciclo di cura, deve essere il faro che accomuna e coordina gli sforzi di tutti gli attori coinvolti nell'ecosistema sanità.

Solo partendo dal miglioramento degli esiti più rilevanti per i pazienti si può rispondere anche ai bisogni di razionalizzazione della spesa sanitaria per i quali non sono più sufficienti interventi incrementali. Il Value Based Healthcare rappresenta quindi un potente modello di gestione del sistema salute che vuole fornire gli strumenti per il disegno di una nuova sanità basata sul valore. La Value-based healthcare è la sanità basata sul valore delle cure, ovvero sul rapporto tra il benessere reale delle persone e i costi sostenuti sul ciclo di cura. Per funzionare ha bisogno di un efficiente big data management. Per questo la Asl Gallura ha ridefinito la sua riorganizzazione costituendo i dipartimenti sulla domanda (Prevenzione, Acuzie, Cronicità, Emergenza).

Nel modello sanitario basato sul valore trasferito in primo luogo al paziente, il dato assume un'enorme rilevanza, poiché, grazie alla sua misurazione e valutazione, si possono creare dei percorsi di cura efficienti, in grado di ridurre non solo i costi delle terapie ma anche le possibili variazioni di esiti a favore del benessere del paziente stesso.

L'implementazione di questi modelli si è dovuta scontrare con ostacoli strutturali e con la scarsità di risorse. Ostacoli che in parte si stanno superando, grazie all'impulso innovatore e agli investimenti del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, che, attraverso **la Missione 6 "Salute" (M6)**, prevede una modernizzazione dell'intero Sistema Sanitario Nazionale (SSN):

- favorendo la costruzione e rigenerazione delle strutture in ottica digitale ed inclusiva;
- garantendo equità di accesso alle cure;
- rafforzando la prevenzione e i servizi sul territorio;
- promuovendo la ricerca.

All'interno della M6 vi sono in particolare due interventi volti alla creazione di nuovi modelli di cura enfatizzando la raccolta e l'interoperabilità dei dati sanitari:

- l'intervento **C1, 1.2 "Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina"**
- l'intervento **C2 1.3.1 "Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)".**

Il FSE rappresenta uno degli asset fondamentali per la raccolta dei dati sui pazienti e la piattaforma che potrebbe abilitare lo sviluppo del **modello della Connected Care** e potrebbe costituire la base su cui implementare servizi innovativi aggiuntivi.

Il **modello della CONNECTED CARE** è un "ecosistema" per la cura della salute disegnato attorno al cittadino/paziente che, formato e ingaggiato, può accedere a servizi e informazioni attraverso piattaforme digitali che integrano e coinvolgono attivamente tutti gli attori del sistema salute, rendendo disponibili in modo selettivo e sicuro dati e canali di comunicazione e collaborazione per supportarli in tutte le fasi del percorso di cura e prevenzione. Si abilita così la **medicina delle 4 P**:

- **Preventiva;**
- **Partecipativa;**
- **Personalizzata;**
- **Predittiva.**

2.1.4 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 è aperta una fase importante in cui l'ASL GALLURA ha iniziato la reingegnerizzazione delle 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 sono state 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. Si rammenta inoltre il progetto relativo al PNRR - MISSIONE 1 - COMPONENTE 1 - INVESTIMENTO 1.4 "SERVIZI E CITTADINANZA DIGITALE" - Misura 1.4.3 – Adozione piattaforma Pago PA - altri enti (Regioni/Province autonome, Aziende sanitarie locali e ospedaliere, Università, Enti di ricerca e AFAM).

La misura è collegata all'articolo 5 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 recante il codice dell'amministrazione digitale (nel seguito "CAD") che ha previsto in capo alle pubbliche amministrazioni, ai gestori di pubblici servizi e alle società a controllo pubblico come individuati dall'art. 2 del CAD, l'obbligo di accettare, tramite la piattaforma pago PA, i pagamenti spettanti a qualsiasi titolo attraverso sistemi di pagamento elettronico. Le pubbliche amministrazioni, quindi, sono obbligate ad aderire al sistema pago PA per consentire alla loro utenza di eseguire pagamenti elettronici nei loro confronti. In aggiunta, l'articolo 65, comma 2, del decreto legislativo 13 dicembre 2017, n. 217, così come modificato dall'articolo 24, comma 2, lettera a), del decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 settembre 2020, n. 120 (c.d. "Semplificazioni"), stabilisce che l'obbligo, per i prestatori di servizi di pagamento abilitati, di utilizzare esclusivamente la piattaforma pago PA di cui all'articolo 5, comma 2, del decreto legislativo n. 82 del 2005 per i pagamenti verso le pubbliche amministrazioni decorre dal 28 febbraio 2021. Tali disposizioni hanno lo scopo di favorire una completa digitalizzazione dei pagamenti effettuati a favore delle pubbliche amministrazioni, con conseguente semplificazione per i cittadini. Il suddetto progetto, ammesso a finanziamento dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri con decreto del Dipartimento per la trasformazione digitale n.128-1/2022-PNRR-2023, prevede l'acquisto di un servizio di supporto informatico per l'integrazione dei nostri sistemi di CUP con la piattaforma GovPay Enterprise. Il progetto è finalizzato al supporto all'integrazione dei sistemi applicativi in uso dalla ASL Gallura con il portale CUP di Regione Sardegna per quanto riguarda l'abilitazione su pagoPA del pagamento dei seguenti servizi:

- Ticket Sanitario; Pagamento ALPI; Copia Cartella Clinica; Vaccinazioni non Obbligatorie; Porto d'armi / Patenti; Servizio Veterinario; Tassa concorso; Iscrizione corsi; Proventi da prestazioni della medicina del lavoro; Perizie medico legali; Degenze a pagamento; Vitto familiari di degenti; Accesso Atti; Servizio Verifica Impiantistiche.

L'obiettivo del suddetto progetto è di inserire sulla piattaforma PagoPa la ASL Gallura entro giugno 2026 e il risultato atteso è quello di poter garantire a tutti gli utenti della ASL Gallura l'utilizzo smart del pagamento tramite la piattaforma pago PA e contestualmente monitorare in modo univoco il flusso dei pagamenti a favore dell'azienda con indicazione certa del debitore. Infatti il sistema pagoPA collega in modo univoco pagamento con il debitore e con la causale di versamento.

L'Asl Gallura ritiene, inoltre, prioritario introdurre ulteriori interventi volti al perseguimento di obiettivi specifici, collegati alla semplificazione e alla digitalizzazione, attraverso l'utilizzo di

strumenti formativi, organizzativi e tecnologici. Si riportano di seguito le principali iniziative adottate dall'Asl Gallura.

Fascicolo Sanitario Sardegna (FSE)

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è uno degli strumenti in cui si concretizza la Sanità Digitale, insieme alle ricette elettroniche, alla telemedicina, le app e a tutti quegli interventi, che si basano sull'impiego delle tecnologie e strumenti ICT, compreso l'impiego dell'IA e dei Big Data, in ambito sanitario per riorganizzare e potenziare i servizi, coordinare l'attività dei diversi operatori, garantire una migliore e più semplice comunicazione e interazione con utenti coinvolti. Esso è concepito per raccogliere "l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito" (DPCM n.179/2015) e si colloca in una ampia gamma di attività relative all'erogazione di servizi sanitari, dalla prevenzione alla verifica della qualità delle cure.

L'ASL Gallura promuove l'utilizzo del FSE tramite l'App Fascicolo Sanitario Sardegna. L' App è scaricabile sia da Google Play per sistemi Android, sia da App Store per sistemi iOS e consente a tutti gli assistiti di consultare la propria storia clinica ed utilizzare i principali servizi del Fascicolo Sanitario Elettronico comodamente dal proprio telefono o dal proprio tablet. In particolare l'utente può:

- disporre in tempo reale dei referti, delle ricette, del certificato vaccinale evitando di doversi recare di persona per il ritiro;
- accedere alle informazioni sul medico di famiglia e alimentare il proprio taccuino sanitario personale. È possibile personalizzare il proprio Fascicolo stabilendo quali notifiche ricevere, se condividere le proprie informazioni con i medici o se oscurare determinati documenti, nominare persone di fiducia come delegati. Gli utenti possono accedere alla APP con la propria identità digitale SPID o con la Carta d'Identità Elettronica (CIE).

Migrazione in Cloud

Nell'ottica della semplificazione e ottimizzazione della gestione delle risorse IT, il ricorso al Cloud Computing, o Cloud, riveste un ruolo centrale ai fini della riduzione dei costi e l'introduzione di nuove tecnologie digitali. La Strategia Cloud Italia, realizzata dal Dipartimento per la trasformazione digitale e dall'Agenzia per la cybersicurezza nazionale (ACN), in coerenza con gli obiettivi della Missione 1 Componente 1 del PNRR, è nata per favorire l'adozione del modello cloud computing nelle pubbliche amministrazioni italiane, infatti contiene gli indirizzi strategici per il percorso di migrazione verso il cloud di dati e servizi digitali, prevedendo che gli Enti della Pubblica Amministrazione migrino la propria infrastruttura informatica verso i diversi servizi Cloud qualificati a livello nazionale entro il primo semestre del 2026. La strategia risponde a tre sfide principali:

- assicurare l'autonomia tecnologica del Paese;
- garantire il controllo sui dati;
- aumentare la resilienza dei servizi digitali.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 115 del 16.02.2024, l'Asl Gallura ha proceduto al recepimento della convenzione tra ARES Sardegna e ASL Gallura per i servizi di migrazione in Cloud

per le PA locali. Per tale misura è stata anche collaudata la linea di intervento migrata su Cloud PSN denominata "Rischio clinico".

Il Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha approvato le istanze ammesse con Decreto n. 48 – 4 /2023 - PNRR assegnando all'Asl Gallura un finanziamento di euro 531.180,00 sulla Misura 1.1 "Infrastrutture digitali" e euro 429.030,00 sulla Misura 1.2 "Abilitazione al cloud per le PA locali".

La ASL Gallura come soggetto attuatore ha implementato un Piano di migrazione dei sistemi, applicativi e dati relativi ai servizi dell'amministrazione verso il PSN e/o infrastruttura della PA adeguata e/o cloud qualificato (comprensivo per ciascun servizio di tutte le attività necessarie ad eseguire e completare la migrazione assessment, pianificazione della migrazione, esecuzione e completamento della migrazione, formazione, attivazione canoni cloud); la migrazione al Cloud permette di fornire servizi digitali e di disporre di infrastrutture tecnologiche sicure, efficienti ed affidabili, in linea con i principi di tutela della privacy, mantenendo le necessarie garanzie di sicurezza e controllo sui dati.

Piattaforma di acquisto di beni elettromedicali, ICT, servizi sanitari e non - Software di Rilevazione Fabbisogni parco apparecchiature

Al fine di snellire le procedure dirette al potenziamento del parco apparecchiature la Asl ha adottato una piattaforma di acquisto di beni elettromedicali, ICT, servizi sanitari e non; lo strumento informatico consente ai responsabili delle strutture il caricamento a sistema delle richieste di acquisto, garantendo il monitoraggio dei fabbisogni e lo snellimento delle procedure di acquisizione, sino al livello della singola Unità Operativa aziendale.

Il progetto è nato da una "best practice" di collaborazione tra i servizi del Dipartimento Sanità Digitale di Ares Sardegna e la Struttura Complessa di Tecnologia e Transizione digitale della Asl Gallura. La messa a regime della piattaforma software garantisce l'appropriatezza e il continuo aggiornamento del patrimonio tecnologico, portando benefici nell'ottimizzazione delle risorse e nell'erogazione dei servizi ai cittadini.

Cultura Lean e supporto dell'efficientamento organizzativo in ambito CUP, Case di Comunità e PagoPA

Un altro importante progetto sostenuto dall'Asl Gallura nell'ambito della digitalizzazione è un percorso Formativo ai fini dell'introduzione della cultura Lean/6 sigma e supporto dell'efficientamento organizzativo in ambito CUP, Case di Comunità e PagoPA per l'annualità 2024 e 2025, proposto con delibera del Direttore Generale n. 971 del 14/11/2024. Negli ultimi anni si è sviluppata un'attenzione crescente verso modelli innovativi, tra i quali il *Lean Thinking*, nati nel contesto manifatturiero e che, nel tempo sono stati applicati anche nel mondo dei servizi sanitari. Il *Lean Thinking* rappresenta una modalità gestionale finalizzata ad apportare valore aggiunto ai prodotti e/o servizi di un'organizzazione, attraverso l'identificazione e la successiva riduzione degli sprechi insiti nei propri processi. Il *Lean* rappresenta anche e soprattutto un diverso atteggiamento, un nuovo modo di ragionare, teso ad accrescere la flessibilità dell'azienda attraverso un ripensamento dell'intero flusso di creazione del valore. Tale approccio porta continuamente a domandarsi non solo qual è il valore che l'utente (esterno ma anche interno

all'organizzazione) si aspetta dai nostri servizi, ma anche come sarebbe possibile incrementarlo costantemente andando ad eliminare tutte quelle attività che non sono considerate a valore aggiunto. Diversamente dai modelli organizzativo-gestionali di matrice tradizionale, focalizzati principalmente sui processi a maggior valore aggiunto ma con scarsa attenzione al cliente, il Lean Thinking parte proprio da una rivisitazione critica del concetto di "valore", per ripensare, sulla base di questo, a tutto il flusso delle attività aziendali. All'interno dei processi di cambiamento organizzativo ed istituzionale, si ritiene fondamentale avere una classe dirigente che sviluppi e consolidi competenze di lean management, al fine di rendere l'intera organizzazione aziendale in grado di gestire gli strumenti più appropriati per conseguire i risultati, ma soprattutto realizzare i necessari interventi per migliorare l'organizzazione al fine di sostenere gli sviluppi futuri dell'azienda.

Lo scopo dell'azione formativa infatti, non rappresenta soltanto un modo diverso di svolgere attività e processi, ma un profondo e diffuso cambiamento culturale, una filosofia che deve essere acquisita ed interiorizzata da tutti i livelli dell'organizzazione ed infine trasformata in un *modus operandi*. I principali obiettivi del corso sono:

- Favorire all'interno dell'organizzazione la diffusione dell'approccio culturale legato al pensiero Lean che dovrebbe diventare un *modus operandi* dei partecipanti;
- Trasmettere ai partecipanti metodologie, strumenti e tecniche per applicare alla propria realtà aziendale il nuovo modello gestionale legato alla metodologia Lean;
- Permettere ai partecipanti di rappresentare con strumenti semplici e di facile utilizzo i macro-processi;
- Migliorare la qualità del servizio erogato in un'ottica continua.

30

Gestione del protocollo informatico, dei flussi documentali e degli archivi.

Con delibera del Direttore Generale n. 256 del 26/03/2024 si è proceduto all'adozione del Manuale di gestione del protocollo informatico, dei flussi documentali e degli archivi ai fini di un adeguato piano di sviluppo del sistema informativo,

Il Manuale di gestione documentale, adottato ai sensi delle Linee guida dell'Agenzia per l'Italia Digitale – AgID è uno strumento di base sul quale avviare il processo di ammodernamento e di trasparenza dell'attività amministrativa. Esso fornisce le istruzioni necessarie per eseguire correttamente le operazioni di formazione, registrazione, classificazione, fascicolazione e archiviazione dei documenti, oltre che per la gestione dei flussi documentali, dei procedimenti dell'Amministrazione. Regola, inoltre, le fasi operative per la gestione informatica dei documenti, nel rispetto della normativa vigente in materia di trasparenza degli atti amministrativi, di tutela della privacy e delle politiche di sicurezza.

Realtà Virtuale immersiva come strumento per alleviare la chemio

Un'altra interessante iniziativa intrapresa dall'Asl Gallura è quella che si è svolta all'interno della struttura ospedaliera Giovanni Paolo II e che ha coinvolto la SC di Oncologia, individuata come unico centro sperimentatore di uno studio innovativo e tecnologico, sulla Virtual Reality, attraverso il quale è stato possibile dimostrare che la nuova tecnologia può apportare un beneficio concreto ai pazienti oncologici durante il percorso terapeutico. Ai fini dello studio, i pazienti, per quattro mesi, sono stati suddivisi in tre gruppi durante la chemioterapia, un campione di pazienti ha

sperimentato il trattamento con la Virtual Reality, mentre gli altri pazienti si sottoponevano al trattamento con la Medicina Narrativa basato sulla scrittura libera e altri ancora attraverso l'approccio standard, durante i quali potevano effettuare attività a piacere. Coloro che utilizzavano la realtà virtuale venivano dotati dagli infermieri di un visore ad alta definizione, con immagini di qualità compresa tra 4K e 8K e una visualizzazione a 360 gradi. I video della durata di trenta minuti rappresentavano principalmente paesaggi naturalistici, spiagge, deserti e ambienti sottomarini. Alla fine dei trattamenti sono stati esaminati i tre valori di: ansia, fatica e dolore; i risultati sono stati molto positivi rispetto a quelli registrati per le altre due tipologie di cura, con una diminuzione dei tre valori di riferimento per i pazienti che sceglievano la Virtual Reality immersiva. Inoltre, non è stata rilevata la presenza dei sintomi della Cybersickness, ovvero la sensazione di disturbi provocati dall'utilizzo della realtà virtuale. I risultati dello studio sono stati illustrati durante il Congresso nazionale dell'Associazione Italiana Oncologia Medica (Aiom), a Roma, e ha ricevuto il primo premio. Lo studio proposto è stato pubblicato sul Tumori Journal ed è stato registrato anche sull'US National Institutes of Health.

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 nazionali e 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.

Il Ministro della Salute, nell'ambito del Forum della Qualità e Risk Management tenutosi ad Arezzo dal 26 al 29.11.2024, ha individuato le seguenti priorità per la programmazione sanitaria:

- Garantire la sostenibilità al SSN basato sui principi di universalità, uguaglianza ed equità;
- Ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure e nello stato di salute della popolazione nei diversi ambiti regionali e per classi socio economiche;
- Recuperare la fiducia dei cittadini e degli operatori sanitari verso il sistema sanitario pubblico attraverso un modello di organizzazione in grado di coniugare umanizzazione ed efficienza;
- Creare le condizioni per garantire a tutti i cittadini l'accesso ai LEA in modo omogeneo e a medesimi standard quali-quantitativi.

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° 14/28 del 29/04/2022 ha assegnato ai Direttori generali gli **obiettivi di mandato** di cui all'art.11, comma 9, della suddetta legge regionale; gli obiettivi strategici dei Direttori Generali sono sintetizzabili come segue:

- Area della sostenibilità economico-finanziaria
- Area del rispetto delle milestone del piano Nazionale di ripresa e resilienza(PNRR);
- Area dell'avvio dei processi di riforma;
- Area della trasparenza.

Alla data della stesura del presente documento la RAS, per l’anno 2025, non ha ancora assegnato gli obiettivi strategici ai Direttori Generali delle aziende sanitarie; successivamente all’assegnazione, l’allegato 1 obiettivi e indicatori di performance del presente Piano sarà integrato con gli obiettivi strategici attribuiti al Direttore Generale per l’anno 2025.

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.

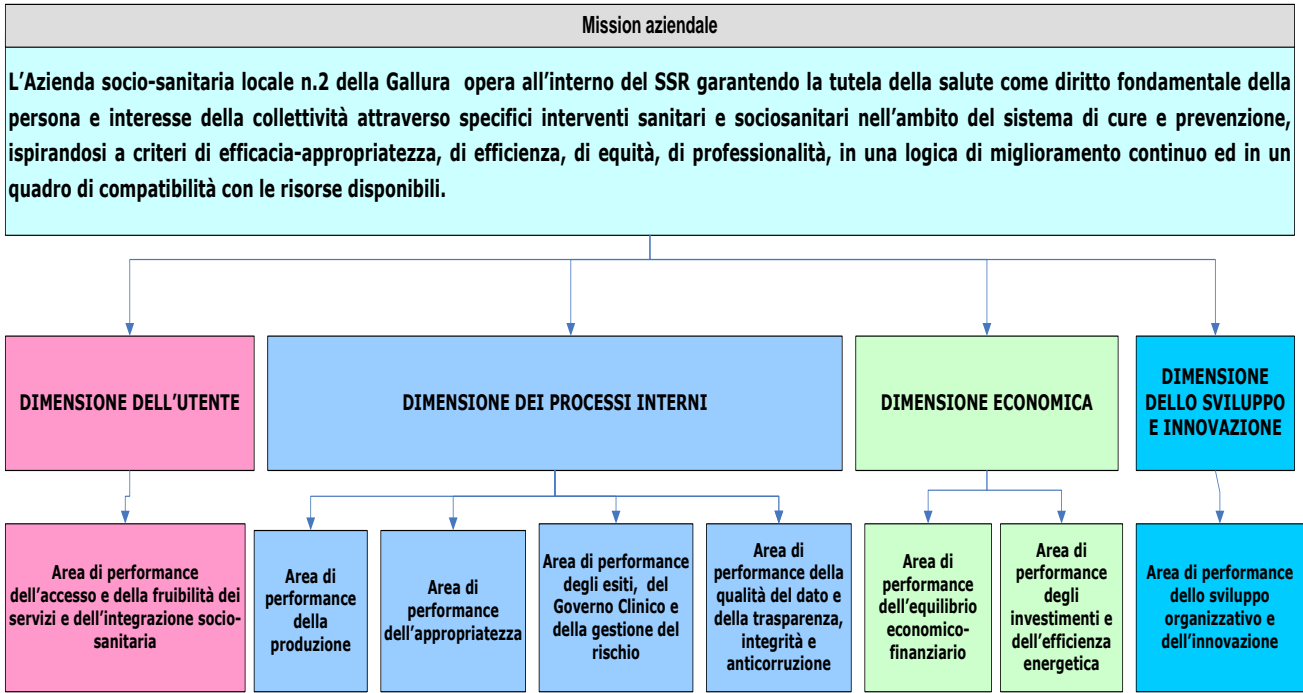


Fig. 6 L'albero della performance

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'integrazione socio-sanitaria e 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 e 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;
- Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio;
- Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e 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 e dell'efficienza energetica;

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 e dell'innovazione;

2.2.2 Obiettivi strategici

La performance organizzativa annuale è l'elemento principale del processo di budget ed è espressa prevalentemente in termini di efficacia, efficienza, economicità e appropriatezza 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 il triennio 2025 -2027 la Direzione ha definito i seguenti obiettivi strategici che rappresentano i pilastri dell'intero processo di budget:

- *Garantire il Governo delle Liste d'Attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio attraverso percorsi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di gestione delle priorità cliniche al fine di assicurare la tempestiva esecuzione della prestazione;*
- *Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai Programmi di Screening Oncologico organizzato;*

- *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;*
- *Garantire l'efficientamento della rete ospedaliera attraverso il miglioramento degli indicatori del PNE e NUOVO SISTEMA DI GARANZIA (NSG);*
- *Garantire l'attuazione del Piano Regionale di prevenzione (PRP) per dare concreta attuazione al Livello Essenziale di Assistenza (LEA) "Prevenzione collettiva e sanità pubblica".*
- *Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza;*
- *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;*
- *Garantire il rispetto del tempo medio di pagamento nei termini di legge e/o contrattuali al fine di ridurre gli interessi di mora;*
- *Garantire la razionalizzazione della spesa farmaceutica;*
- *Garantire la programmazione del fabbisogno di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nell'ambito territoriale di riferimento attraverso l'uso di strumenti di HPM;*
- *Garantire l'attuazione dei processi organizzativi finalizzati all'attuazione dell'atto aziendale e alla programmazione del fabbisogno di risorse umane al fine di rendere l'assetto organizzativo coerente e funzionale alle scelte strategiche aziendali.*
- *Promuovere il risparmio energetico e l'uso intelligente e razionale dell'energia attraverso il coinvolgimento e la responsabilizzazione delle risorse umane e gli investimenti per il rinnovo di impianti ed apparecchiature ad alta efficienza energetica e per l'installazione di impianti fotovoltaici;*
- *Garantire la diminuzione di un generalizzato livello di rischio per episodi corruttivi nelle Aree a rischio generale e specifico individuate nella sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO;*
- *Promozione delle attività formative per la valorizzazione e lo sviluppo delle capacità tecniche e del benessere del personale;*
- *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;*
- *Promuovere il benessere organizzativo dell'equipè al fine di tutelare e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale di tutte le risorse che operano al suo interno;*
- *Promuovere la rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti in relazione ai servizi erogati.*

Nell'allegato 1 Obiettivi e indicatori di performance del presente Piano si riporta il dettaglio degli obiettivi strategici e operativi per il triennio 2025-2027.

Il Ciclo di Gestione della Performance dell'ASL GALLURA prende avvio da questo Piano e 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.

2.3 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 del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) 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 ha sviluppato atteggiamenti corretti frutto di riflessioni da parte dei diversi soggetti, tenendo una serie di incontri con tutti i direttori di dipartimento e delle strutture afferenti, al fine di evitare comportamenti di adeguamento passivo ad una regola imposta.

Per questo motivo il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) 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.

La presente sottosezione – di cui all'allegato 2 Rischi Corruttivi e Trasparenza - è stata predisposta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge n. 190 del 2012 e formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore pubblico, come declinati nel presente documento ed in riferimento alle indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2022 dell'ANAC .

Nella presente sezione, viene fatto un riferimento sintetico di alcuni aspetti concernenti la materia che verranno ripresi, integrati e completati con altri contenuti nell'Allegato A) Sezione Prevenzione Eventi Corruttivi e Trasparenza, redatto in coerenza con le indicazioni previste dalla normativa di riferimento, in particolare ricordiamo le Linee Guida Ministeriali (Decreto 30 giugno 2022, n. 132 Regolamento recante definizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, ANAC (Delibera n. 7/2023 - PNA 2022).

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 l'analisi di contesto interno si rinvia al paragrafo 1.1 della sezione 1 Scheda anagrafica dell'azienda

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 Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza - Allegato C Tabella Rischi e Misure.

2.3.4 Valutazione e individuazione del rischio: individuazione e progettazione di misure per il trattamento del rischio

In questa fase transitoria per la misurazione del rischio è stata utilizzata la stessa metodologia già in uso; dalle analisi effettuate, sono stati aggregati conformemente alle aree di rischio generali e specifiche alcuni processi a medio e alto rischio di corruzione, così come individuate dall'aggiornamento al PNA e alle specificità emerse dall'esame del contesto esterno e interno, sui quali è stata focalizzata l'attenzione al fine di individuare appropriate e concrete misure di prevenzione e riduzione del rischio.

Nell'allegato F1 alla presente sezione sono contenute le schede con l'individuazione di: Processi a rischio; Singole misure di prevenzione e contenimento; Grado di rischio; Tempi del monitoraggio; Struttura o Strutture di riferimento; Responsabile/i delle misure.

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

I Piani Nazionali Anticorruzione e nello specifico quello del 2022 e smi in riferimento anche alla fase di gestione dei fondi a valere sui progetti del PNRR, così come la Sez. Anticorruzione e Trasparenza del PIAO aziendale focalizzano essenzialmente tre obiettivi:

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

Tra le misure di ordine generale che l'Azienda intende focalizzare in questa fase transitoria al fine di prevenire il rischio di corruzione, riservandosi di adottarne delle ulteriori nel momento dell'implementazione della progressiva attivazione del proprio Atto Aziendale, ricordiamo le seguenti:

Monitoraggio delle misure adottate per il personale (Rispetto dei contenuti del Codice di Comportamento, sistema di attribuzione degli incarichi, UDP e CUG); Patto d'integrità negli affidamenti; Trasparenza e pubblicazione degli atti; Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile; Gestione e monitoraggio del sistema di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito con i canali definiti in base alle recenti indicazioni ricevute.

Alcune delle misure individuate potranno, stante il perdurare di questa fase transitoria, essere applicate con gradualità e/o più o meno integralmente in funzione della disponibilità delle risorse umane e organizzative necessarie nelle more della riorganizzazione prevista nell'Atto Aziendale.

2.3.5 Codice di Comportamento generale e Codice di Comportamento dell'ASL N 2 della Gallura, UPD e CUG

Il 19 giugno 2013 è entrato in vigore il nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, pubblicato sulla G. U. del 4 giugno 2013), che definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare.

L'ASL n. 2 della Gallura con Deliberazione n. 640 del 10/10/2023 ha adottato il "Codice di Comportamento dei Dipendenti dell'ASL n. 2 della Gallura" che definisce, ai sensi dell'articolo 54, comma 5 del D.Lgs. 165/2001 ss.mm.ii., i doveri che i dipendenti sono tenuti ad osservare al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei principi costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta al servizio e alla cura esclusivi dell'interesse pubblico. Con l'approvazione del codice l'Azienda ha inteso ribadire il proprio concreto impegno nell'attività di prevenzione delle condotte riconducibili a fenomeni corruttivi, di seguito meglio identificati, in particolare attraverso la trasparenza completa dell'attività amministrativa, la promozione dell'etica e dell'integrità del proprio personale nella sua interezza, a prescindere dal ruolo occupato all'interno dell'Azienda o dalla tipologia di contratto che alla stessa li lega, con la precipua finalità di concorrere alla garanzia di un servizio sanitario efficiente, efficace e innovativo, nell'ottica della miglior tutela dei diritti del malato e del cittadino, valorizzando il profilo ed il ruolo dei dipendenti.

In particolare:

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 162 del 23/03/2023 è stato istituito l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD). L'UPD è l'organismo al quale compete la gestione dei procedimenti disciplinari nei confronti di tutto il personale dipendente dall'Asl n. 2 Gallura. La sua competenza riguarda tutti i rapporti di lavoro a tempo indeterminato e determinato, ivi compresi quelli derivanti da comando da altri Enti e Amministrazioni. L'UPD è competente per tutte le sanzioni da applicare in relazione all'infrazione commessa, di entità più grave del rimprovero verbale, come previsto ai sensi dell'art. 55-bis del D. Lgs. n°165/2001 e smi., si pronuncia su fatti e comportamenti aventi rilievo disciplinare, che rientrano nelle indicazioni del Contratto Integrativo Decentrato del Comparto e della Dirigenza, nel Codice di Comportamento dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni di cui al DPR n. 62/2013 nonché nel Codice di Comportamento dell'Asl n. 2 Gallura.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 200 del 12/04/2023 è stato costituito poi il Comitato Unico di garanzia nella prospettiva di creare un ambiente di lavoro in grado di garantire pari opportunità, benessere e sicurezza rendendo efficace e efficiente l'organizzazione aziendale come previsto dalla Direttiva del 4 marzo 2011 della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dalla Direttiva n. 2/2019 del Dipartimento della Funzione pubblica.

2.3.6 Obiettivi per la formazione dei dipendenti in materia di anticorruzione e trasparenza

Il Piano Nazionale Anticorruzione attribuisce importanza preminente alla formazione del personale ed in particolar modo alla formazione destinata a coloro che operano nelle aree a maggior rischio. Al fine di garantire una diffusione capillare delle informazioni inerenti la normativa anticorruzione e i relativi provvedimenti che l'azienda adotta nel proprio ambito di competenza (es. codice di comportamento), e mantenere comunque elevato il livello di conoscenza di tali tematiche tra i propri dipendenti, nonché favorire la condivisione di comportamenti organizzativi virtuosi, improntati al rispetto dei valori etici e di legalità, l'Azienda, in ottemperanza a quanto stabilito dalla norma, attua un programma di interventi formativi, da realizzarsi entro il 15 dicembre di ogni anno.

Attualmente, le attività formative sono gestite dal Servizio Formazione ARES. E si articolano su due livelli:

1. il primo prevede la realizzazione di eventi formativi destinati a tutti i dipendenti e collaboratori dell'azienda da compiersi sia a livello centrale che a livello di articolazione aziendale sui temi dell'etica e della legalità, della conoscenza della normativa di riferimento sulla prevenzione della corruzione. Il processo di informazione/formazione dovrà essere facilitato e rafforzato dai Responsabili delle strutture;
2. il secondo livello di approfondimento riguarda il RPCT, i componenti degli organismi di controllo, i dirigenti e i funzionari addetti che svolgono la loro attività in settori che presentano un elevato grado di rischio di corruzione. Gli argomenti del secondo livello di formazione riguarderanno l'analisi approfondita della responsabilità nei procedimenti amministrativi, delle norme penali in materia di reati contro la P.A., e più in generale sulla normativa volta alla prevenzione e al contrasto della corruzione.

Nel corso del 2025 si procederà, compatibilmente con l'implementazione organizzativa a seguito di attuazione dell'Atto Aziendale, con iniziative di formazione/informazione base rivolte ai dipendenti con interventi diretti del RPCT, con l'obiettivo di coinvolgere il maggior numero di risorse possibili, privilegiando i neoassunti.

2.3.7 Stato di attuazione complessivo della 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'ASL della Gallura nelle more della concreta progressiva attuazione dell'Atto Aziendale, alla luce delle recenti disposizioni normative in materia di trasparenza e obblighi di pubblicazione, nel presente documento, ha predisposto apposita sezione Trasparenza e Anticorruzione, nella quale si sta procedendo all'implementazione dei flussi informativi necessari a garantire l'individuazione ed elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati.

In tale schema si prevede di indicare i soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali servizi/uffici tenuti alla individuazione, alla elaborazione dei dati, alla trasmissione e alla pubblicazione sul sito web istituzionale, appena si attribuiranno gli incarichi dirigenziali e si delinearanno le risorse umane.

Sono invece individuati i soggetti responsabili in relazione ai monitoraggi e sono specificati i termini, le frequenze e le periodicità dei relativi aggiornamenti. Stante il perdurare dell'attuale fase transitoria e riorganizzativa del sistema sanitario regionale, come già illustrato, alcuni obblighi di pubblicazione e trasparenza non sono nella disponibilità dell'Azienda in quanto i relativi dati e flussi che sono ancora nella disponibilità dell'ARES e di tale condizione viene data evidenza nel programma per la trasparenza, così come anche per i casi in cui non è possibile pubblicare i dati previsti dalla normativa in quanto non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative o funzionali dell'Amministrazione.

Dalle risultanze dell'attività specifica del RPCT relativa alla gestione appena conclusa e dal monitoraggio effettuato da parte dell'OIV, si evidenzia come il sito web istituzionale (albo pretorio e sezione amministrazione e trasparenza) sia sufficientemente popolato di dati ed informazioni e come lo stesso sia in continua evoluzione con l'obiettivo di garantire pienamente gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte dell'Azienda, offrendo la possibilità agli stakeholder di conoscere sia le azioni ed i comportamenti strategici adottati con il fine di sollecitarne e agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento, sia l'andamento della performance ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel ciclo di gestione delle performance. Per il 2025 è stata prevista una attività di revisione e implementazione sia del sito aziendale (Intranet e Internet) che dell'apposita sezione Amministrazione Trasparente, per rendere maggiormente fruibili tutte le informazioni a garanzia della massima Trasparenza e Accessibilità e inoltre, essendo state evidenziate alcune criticità legate alla procedura per quanto attiene la trasmissione di flussi, compatibilmente con la disponibilità di risorse umane, strutturali ed economiche, è opportuno apportare alcuni correttivi prevedendo periodici incontri con i referenti di ogni singola sezione, uno scadenziario e modalità informatizzate di trasmissione dei flussi in modo da poter consentire la pubblicazione integrale degli accessi nel rispetto degli obblighi e di quanto previsto dalla normativa. È importante segnalare che la ASL Gallura ha approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 829 del 21.12.2023 "il Regolamento aziendale in materia di accesso agli atti", documentale, civico semplice e civico generalizzato.

Come analiticamente ripreso nell'approfondimento che seguirà, dal 1° gennaio 2024 acquista piena efficacia la disciplina del nuovo Codice dei contratti pubblici, approvato con decreto

legislativo 31 marzo 2023 n. 36, che prevede la digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dei contratti pubblici che, come previsto all'art. 28 del nuovo Codice, stabilisce gli obblighi di pubblicazione per adempiere alle prescrizioni in materia di trasparenza dei contratti pubblici e demanda all'ANAC l'individuazione delle informazioni, dei dati e delle relative modalità di trasmissione. La digitalizzazione dei contratti pubblici semplifica anche l'assolvimento dei relativi obblighi di pubblicazione a fini di trasparenza. Infatti, la gestione del ciclo di vita dei contratti tramite piattaforme di approvvigionamento digitale certificate assicura anche il rispetto degli obblighi di trasparenza per tutti i dati trasmessi alla BDNCP. L'Azienda ha investito su una piattaforma digitale che, attraverso le sue diverse funzionalità e potenzialità (Modulo Trasparenza PA, che prevede, tra le altre cose, la gestione integrata delle Banche Dati nella sezione bandi di gare e contratti e il Modulo Accesso Civico), garantirà maggiore controllo e responsabilizzazione sugli obblighi e maggiore accessibilità ai contenuti, dati e informazioni previsti.

2.3.8 Collegamento con la sezione 2 Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione: monitoraggio Integrato

Il collegamento tra la sezione Performance e la sezione Rischi corruttivi è attuato attraverso la definizione dell'Albero della Performance, diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e operativi dell'azienda nell'ambito di quattro dimensioni di performance. Nella Dimensione Processi Interni sono individuate quattro aree di cui una specifica - *Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione* - dove sono definiti tutti gli obiettivi e indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione e per la promozione di maggiori livelli di trasparenza.

42

2.3.9 Approfondimento: Il Nuovo Codice degli Appalti e i conseguenti obblighi di Trasparenza derivanti dall'avvio del processo di digitalizzazione

Il Decreto Legislativo del 31/3/2023, n. 36 (Codice dei contratti pubblici) e i successivi provvedimenti dispositivi e di attuazione, hanno dato luogo ad un acceso dibattito in materia sia di natura generale che per la conseguente necessità di dare luogo a quanto previsto in materia di Trasparenza e dell'avvio del processo di digitalizzazione che ha avuto luogo dal mese di gennaio 2024. Gli effetti delle nuove norme sul sistema degli appalti pubblici appaiono controversi. Infatti, a fronte degli indubbi benefici derivanti dalla semplificazione e velocizzazione delle procedure si intravedono significativi costi in termini di trasparenza, controllabilità e concorrenza.

In prima battuta, procurarsi opere, servizi e forniture di interesse pubblico con appalti rapidi va nella direzione dell'efficienza; aumentare le soglie per gli affidamenti diretti e le procedure negoziate riduce la parità fra imprese. Peraltro, una maggiore discrezionalità può deprimere l'efficienza attraverso la selezione di appaltatori inadeguati amici della stazione appaltante. Nell'ipotesi peggiore amplia gli spazi per il malaffare, trovare un bilanciamento fra elementi contrapposti non è mai agevole, soprattutto quando a sostegno delle diverse tesi si rincorrono argomenti normativi e positivi. Tuttavia, almeno su quest'ultimo profilo, ovvero della conoscenza empirica dei fenomeni di interesse, proprio in questi anni l'Italia ha fatto enormi passi avanti,

culminati nel progetto Misurazione del rischio di corruzione a livello territoriale e promozione della trasparenza, promosso dall'ANAC nell'ambito del PON 2014/2020.

Dal 1° gennaio 2024 acquista piena efficacia la disciplina del nuovo Codice dei contratti pubblici, approvato con decreto legislativo 31 marzo 2023 n. 36, che prevede la digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dei contratti pubblici.

Indicazioni dettagliate relativamente all'avvio del processo digitalizzazione sono fornite nel Comunicato adottato, d'intesa con il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, con la delibera n. 582 del 13 dicembre 2023, consultabile sul sito ANAC al seguente link:

<https://www.anticorruzione.it/-/delibera-n.-582-del-13-dicembre-2023-adozione-comunicato-relativo-avvio-processo-digitalizzazione>

Sempre a decorrere dal 1° gennaio 2024, l'acquisizione del CIG viene effettuata direttamente dalle piattaforme di approvvigionamento digitale certificate che gestiscono il ciclo di vita del contratto, mediante lo scambio di dati e informazioni con la BDNCP. Di conseguenza, il CIG non deve più essere acquisito inserendo dati in un sistema separato, come succedeva con SIMOG/SmartCIG. Non esiste più lo SmartCIG, ora tutti i contratti sono gestiti mediante acquisizione del CIG. La gestione del contratto sulla piattaforma di approvvigionamento digitale certificata consente di acquisire immediatamente il CIG, al momento della gestione della specifica fase del contratto che lo richiede, mediante scambio di dati in modalità interoperabile tra BDNCP e la piattaforma. L'acquisizione del CIG è obbligatoria non solo per tutti i contratti pubblici che sono sottoposti alla disciplina del Codice, ma anche per diversi tipi di contratti esclusi dal Codice, nonché per tutte quelle fattispecie sottoposte agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136.

Pubblicità legale e Trasparenza dei Contratti Pubblici

L'avvio della digitalizzazione prevede notevoli novità in tema di pubblicità legale di bandi e avvisi relativi ai contratti pubblici in ambito europeo e in ambito nazionale.

Per la pubblicità in ambito europeo, dal 1° gennaio 2024 l'ANAC diventa e-sender nazionale, ossia l'unico soggetto deputato a trasmettere bandi e avvisi all'Ufficio delle pubblicazioni dell'UE.

Di conseguenza le stazioni appaltanti e gli enti concedenti non devono più provvedere autonomamente a tale trasmissione. Per la pubblicità in ambito nazionale, la Piattaforma per la pubblicità legale presso la BDNCP sostituisce la Gazzetta ufficiale della Repubblica italiana, serie speciale relativa ai contratti pubblici. Di conseguenza, bandi e avvisi relativi a procedure avviate dopo il 1° gennaio 2024 sono pubblicati sulla Piattaforma per la pubblicità legale presso la BDNCP e i relativi effetti giuridici decorrono dalla data di pubblicazione su quest'ultima.

L'articolo 28 del Codice stabilisce gli obblighi di pubblicazione per adempiere alle prescrizioni in materia di trasparenza dei contratti pubblici e demanda all'ANAC l'individuazione delle informazioni, dei dati e delle relative modalità di trasmissione.

La digitalizzazione dei contratti pubblici semplifica anche l'assolvimento dei relativi obblighi di pubblicazione a fini di trasparenza. Infatti, la gestione del ciclo di vita dei contratti tramite

piattaforme di approvvigionamento digitale certificate assicura anche il rispetto degli obblighi di trasparenza per tutti i dati trasmessi alla BDNCP.

In concreto, le stazioni appaltanti e gli enti concedenti pubblicano, sul sito istituzionale, sezione "Amministrazione trasparente" (AT), sottosezione Bandi di gara e contratti, l'insieme di dati e atti relativi al ciclo di vita del contratto. Rimane fermo l'obbligo, per le stazioni appaltanti e gli enti concedenti, di pubblicare sul sito istituzionale, sezione "Amministrazione trasparente" (AT), sottosezione Bandi di gara e contratti, tutto l'insieme di dati e atti relativi al ciclo di vita del singolo contratto che non sono comunicati alla BDNCP e che sono oggetto di pubblicazione obbligatoria. Tali dati e atti sono individuati dall'allegato alla delibera n. 264/2023.

Per l'approfondimento della parte generale riguardo ai protagonisti della prevenzione e della corruzione aziendale, la valutazione del diverso livello di esposizione al rischio di corruzione delle articolazioni aziendali, le misure per prevenire il rischio di corruzione, la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio e il programma per la trasparenza, si rinvia **all'allegato 2 Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza e i suoi allegati (da A -F).**

Allegato A Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza
 Allegato B Obblighi di Pubblicazione
 Allegato C Tabella Rischi e Misure
 Allegato D Informativa Pantouflage
 Allegato E Normativa di Riferimento
 Allegato F e F/1 Misurazione del Rischio e Catalogo dei Procedimenti

Di seguito una declinazione degli obiettivi e indicatori di rischio corruttivo e trasparenza

DIMENSIONE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	RESPONSABILE	TARGET	FONTE
Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Valutazione dell'indice di rischio corruttivo dei processi aziendali a rischio corruzione	Aggiornare il livello di rischio di corruzione dei processi aziendali	RESPONSABILI DI STRUTTURA RPTC	MONITORAGGIO PERIODICO	RPTC
	Prevenzione dei rischi specifici di corruzione di elevata priorità: A) procedure di concessione sovvenzioni, contributi, sussidi e vantaggi economici B) procedure di autorizzazione e liquidazione assistenza protesica e integrativa C) procedure di inserimento presso le strutture accreditate	Definire/aggiornare/attuare e rendicontare le misure di trattamento dei rischi specifici	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE, DIPARTIMENTO DSMD, SC FARMACIA TERRITORIALE, DISTRETTI, SSD SUPPORTI AMMINISTRATIVI	MONITORAGGIO SEMESTRALE	RPTC
		Valutare/Monitorare l'efficacia delle misure di trattamento / controlli	RPTC	MONITORAGGIO SEMESTRALE	RPTC
	Prevenzione rischi specifici di corruzione di elevata priorità: A) procedure di autorizzazione e liquidazione assistenza protesica e integrativa: B) procedura autorizzazione, concessione, sanzionatorie prestazioni Area Clinica, Sanità Animale e Farmaci PCT	Definire/aggiornare/attuare e rendicontare le misure di trattamento dei rischi specifici	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA CLINICA E SANITA' ANIMALE - SC FARMACIA TERRITORIALE - INTERNAL AUDIT	MONITORAGGIO SEMESTRALE	RPTC
		Completare e portare a regime il processo di implementazione del sistema informativo aziendale e della modalità di pagamento PagoPA	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA CLINICA E SANITA' ANIMALE - SC FARMACIA TERRITORIALE - INTERNAL AUDIT e DIREZIONE AMMINISTRATIVA	MONITORAGGIO SEMESTRALE	RPTC
	Garantire il rispetto del Piano Aziendale di Audit e l'implementazione del sistema dei controlli interni	Attuazione competenza definite dalle produrre e dal Piano di Audit	AREA ECONOMICO FINANZIARIA, AREA TECNICA E AREA DATA MANAGEMENT - INTERNAL AUDIT	MONITORAGGIO SEMESTRALE	RPTC
		Verifica e rendicontazione delle attività di Audit e del rispetto del Piano	INTERNAL AUDIT E DIREZIONE AMMINISTRATIVA	MONITORAGGIO SEMESTRALE	RPTC
	Garantire la rotazione ordinaria del personale o l'attuazione di misure alternative	Attuare la rotazione ordinaria o individuare, proporre e applicare misure alternative	RESPONSABILI DI STRUTTURA	MONITORAGGIO SEMESTRALE	RPTC
		Predisporre un regolamento interno per la rotazione del personale	RESPONSABILI DI STRUTTURA	MONITORAGGIO SEMESTRALE	RPTC
	Aggiornare e informare il personale sugli obblighi e adempimenti	Riunione periodica con il personale dirigente, preposto e comunque coinvolto in processi decisionali e organizzativi	RESPONSABILI DI STRUTTURA	MONITORAGGIO SEMESTRALE	RPTC
	Gestione e prevenzione del conflitto di interessi	Verifica e aggiornamento autodichiarazioni e condivisione processi organizzativi al fine di "governare" il conflitto di interessi	RESPONSABILI DI STRUTTURA - AREA AFFARI GENERALI E CAPITALE UMANO	MONITORAGGIO SEMESTRALE	RPTC

DIMENSIONE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	RESPONSABILE	TARGET	FONTE
		anche potenziale: report attività, criteri e misure			
		Controllo dell'avvenuta raccolta delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi del personale, dei consulenti e collaboratori e della relativa pubblicazione delle stesse	AREA AFFARI GENERALI E CAPITALE UMANO - RPCT	MONITORAGGIO SEMESTRALE	RPTC
	Garantire il rispetto delle norme relative all'inconferibilità e all'incompatibilità degli incarichi	Verifica e aggiornamento dichiarazioni di incompatibilità/incompatibilità Direzione strategica, Dirigenti, preposti ed eventuale diverso personale interessato	AREA AFFARI GENERALI E CAPITALE UMANO	MONITORAGGIO SEMESTRALE	RPTC
	Garantire il rispetto dei divieti di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001	Acquisizione autocertificazioni e relativa verifica e puntuale controllo	AREA AFFARI GENERALI E CAPITALE UMANO	MONITORAGGIO ANNUALE	RPTC
	Garantire l'applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali	Aggiornamento regolamento aziendale per lo svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali e rispetto degli adempimenti e obblighi di pubblicazione	AREA AFFARI GENERALI E CAPITALE UMANO	MONITORAGGIO ANNUALE	RPTC
	Garantire la diffusione del divieto di Pantouflage - revolving doors	Nelle procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi prevedere obbligo di autocertificazione, da parte delle ditte interessate, circa il fatto di non avere stipulato rapporti di collaborazione/ lavoro dipendente con i soggetti individuati dall'art. 53 c. 16 ter d.lgs. 165/2001.	AREA SERVIZIO ECONOMICO E FINANZIARIO E DEGLI ACQUISTI, AREA TECNICA E AREA TECNOLOGIA E TRANSIZIONE DIGITALE	MONITORAGGIO ANNUALE	RPTC
		Sottoscrizione delle dichiarazioni da parte del personale dipendente che cessa	AREA AFFARI GENERALI E CAPITALE UMANO	MONITORAGGIO ANNUALE	RPTC
		Nei contratti di assunzione del personale è inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.	AREA AFFARI GENERALI E CAPITALE UMANO	MONITORAGGIO ANNUALE	RPTC
	Garantire riservatezza e anonimato nelle segnalazioni di illeciti	Diffondere la conoscenza della piattaforma informatica per le segnalazioni	RPTC	MONITORAGGIO ANNUALE	RPTC
		Gestire segnalazioni pervenute	RPTC	MONITORAGGIO ANNUALE	RPTC
	Garantire l'applicazione del patto di integrità e dei protocolli di legalità	Inserimento del patto/protocollo o delle relative clausole nella documentazione di gara	AREA SERVIZIO ECONOMICO E FINANZIARIO E DEGLI ACQUISTI, AREA TECNICA E AREA TECNOLOGIA E TRANSIZIONE DIGITALE	MONITORAGGIO SEMESTRALE	RPTC
	Garantire la corretta gestione del ciclo di approvvigionamento	Affidamenti diretti/totale acquisti	AREA SERVIZIO ECONOMICO E FINANZIARIO E DEGLI ACQUISTI, AREA TECNICA E AREA TECNOLOGIA E TRANSIZIONE DIGITALE	MONITORAGGIO SEMESTRALE	RPTC
		Acquisti beni infungibili/totale acquisti effettuati	AREA SERVIZIO ECONOMICO E FINANZIARIO E DEGLI ACQUISTI, AREA TECNICA E AREA TECNOLOGIA E TRANSIZIONE DIGITALE	MONITORAGGIO SEMESTRALE	RPTC
		Numero di proroghe e rinnovi/totale acquisti effettuati	AREA SERVIZIO ECONOMICO E FINANZIARIO E DEGLI ACQUISTI, AREA TECNICA E AREA TECNOLOGIA E TRANSIZIONE DIGITALE	MONITORAGGIO SEMESTRALE	RPTC
		Puntuale alimentazione delle banche dati e delle piattaforme	AREA SERVIZIO ECONOMICO E FINANZIARIO E DEGLI ACQUISTI, AREA TECNICA E AREA TECNOLOGIA E TRANSIZIONE DIGITALE	MONITORAGGIO SEMESTRALE	RPTC
	Garantire la corretta gestione dell'attività libero professionale intramuraria	Numero di prestazioni effettuate in intramoenia/totale prestazioni attività istituzionale	DIPARTIMENTO OSPEDALE TERRITORIO E STRUTTURE DI RIFERIMENTO	MONITORAGGIO ANNUALE	RPTC

DIMENSIONE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	RESPONSABILE	TARGET	Fonte
Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Garantire l'inserimento e la pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione "Amministrazione Trasparente".	Focus sull'utilizzo della nuova piattaforma digitale Amministrazione Trasparente: puntuale pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione da parte dei Responsabili indicati nell'Elenco Obblighi di Pubblicazione (EOP)	RESPONSABILI DI STRUTTURA COINVOLTI DALL'OBLIGO - RPTC	MONITORAGGIO TRIMESTRALE	RPTC
	Garantire l'aggiornamento, l'inserimento, pubblicazione e l'accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dall'azienda, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini e promuovere al tempo stesso la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali.	Focus sull'utilizzo e gestione della nuova piattaforma digitale Accesso Civico: accessi, numero istanze ricevute ed evase nei termini di legge, corretta alimentazione del libro degli accessi	AREA DATA MANAGEMENT E TECNOLOGIA E TRANSIZIONE DIGITALE	MONITORAGGIO TRIMESTRALE	RPTC
		Revisione della struttura e contenuti del sito Internet e intranet aziendale	AREA DATA MANAGEMENT E TECNOLOGIA E TRANSIZIONE DIGITALE	MONITORAGGIO TRIMESTRALE	RPTC
		Aggiornamento, inserimento, pubblicazione di dati e implementazione dell'accessibilità a informazioni e documenti nel sito Internet e intranet aziendale. Focus su Regolamenti e Modulistica	AREA AFFARI GENERALI E CAPITALE UMANO, DATA MANAGEMENT- RPTC	MONITORAGGIO TRIMESTRALE	RPTC
	Garantire la rendicontazione e diffusione della sezione rischi corruttivi e trasparenza	Rendicontazione dell'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza, verificando lo stato avanzamento dei progetti/attività e presentazione della rendicontazione ai referenti del RPCT	RESPONSABILI DI STRUTTURA	MONITORAGGIO SEMESTRALE	RPTC
		Presentazione della rendicontazione ad ANAC, alla Direzione e all'OIV	RPTC	MONITORAGGIO ANNUALE	RPTC
	Garantire la pubblicazione in "Amministrazione trasparente" della relazione annuale RPCT	Pubblicazione della relazione annuale del RPCT	RPTC	MONITORAGGIO ANNUALE	RPTC

Sezione 3 Organizzazione e Capitale Umano

3.1 Struttura Organizzativa

L'art. 3, comma 1-bis, del decreto legislativo n. 502/1992, recante *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"* prevede che, in funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le aziende socio sanitarie locali disciplinano l'organizzazione ed il funzionamento con l'adozione di un atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti dalle disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica. L'organizzazione aziendale della ASL GALLURA è caratterizzata dalle componenti strutturali previste dall'atto aziendale adottato in via preliminare, con delibera del Direttore Generale n. 403 del 18.11.2022; successivamente con delibera del Direttore Generale n. 44 del 27.01.2023 l'atto aziendale è stato integrato con le osservazioni richieste dalla Regione Sardegna con la DGR 1/1 del 03.01.2023; infine la RAS con DGR 4/65 del 16.02.2023 *"Atto aziendale dell'Azienda socio-sanitaria locale della Gallura. Esito verifica di conformità ai sensi dell'art. 16, comma 2, L.R. 11.9.2020, n. 24"*, ha dichiarato conforme, ai sensi dell'art. 16, comma 2, della L.R. 11 settembre 2020, n. 24, l'atto aziendale definitivo approvato dall'Azienda socio-sanitaria locale n. 2 della Gallura, con la deliberazione n. 44 del 27.1.2023, e con delibera del Direttore Generale n. 94 del 24.02.2023 l'Atto Aziendale dell'ASL n. 2 della Gallura è stato adottato in via definitiva.

L'atto aziendale individua in particolare le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale soggette a rendicontazione analitica, le competenze dei relativi responsabili

e disciplina l'organizzazione dell'ASL secondo il modello dipartimentale e i compiti e le responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto socio-sanitario.

Il dipartimento è il modello ordinario di gestione operativa a livello aziendale quale struttura sovraordinata e di coordinamento, di orientamento, di consulenza, di supervisione, di governo unitario dell'offerta e di gestione integrata delle risorse assegnate alle strutture in esso aggregate, essendo costituito da articolazioni aziendali che svolgono processi comuni, simili o affini, omogenei o complementari, per i profili tecnici e disciplinari o processi che richiedono un coordinamento unitario delle funzioni attribuite alle unità operative afferenti, ovvero una tensione specifica al conseguimento di un comune risultato, per strategicità rispetto al governo dell'Azienda o di un'area assistenziale e/o organizzativa.

I Dipartimenti strutturali sono costituiti dall'aggregazione di più strutture complesse e di strutture semplici dipartimentali; sono dotati di autonomia tecnico-professionale nonché possono essere dotati, di autonomia gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti, e di apposito budget, assegnato dal Direttore Generale, la cui gestione è affidata al Direttore di Dipartimento; sono finalizzati a migliorare l'efficiente utilizzo delle risorse, in particolare di quelle professionali, e l'efficacia dei servizi e delle prestazioni.

L'ASL GALLURA attraverso il modello dipartimentale, intende perseguire, per quanto più possibile, l'aggregazione di compiti, processi e percorsi al fine di razionalizzare le risorse, di realizzare economie di apprendimento o di esperienza, di scala e di gestione, e di migliorare la qualità delle prestazioni in coesione multi-professionale; ciò, inoltre, al fine di perseguire il massimo coordinamento di processi unitari o omogenei che interessano più presidi ospedalieri, più dipartimenti, più distretti e, contestualmente, ospedale e territorio.

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. 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 e Direttore amministrativo);
- strutture 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;

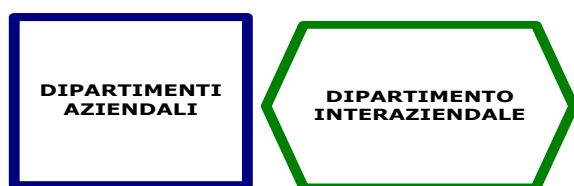
- strutture della linea intermedia, individuate nelle Direzioni di distretto e di presidio;
- strutture della linea operativa: complesso delle attività di produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, nonché delle connesse attività di stretto supporto che concorrono direttamente alla produzione ed erogazione dei detti servizi e prestazioni.

Di seguito la legenda dell'Assetto Organizzativo dell'ASL GALLURA:

➤ **Direzione, Organi e Organismi sono così rappresentati:**



➤ **Macro-articolazioni:**



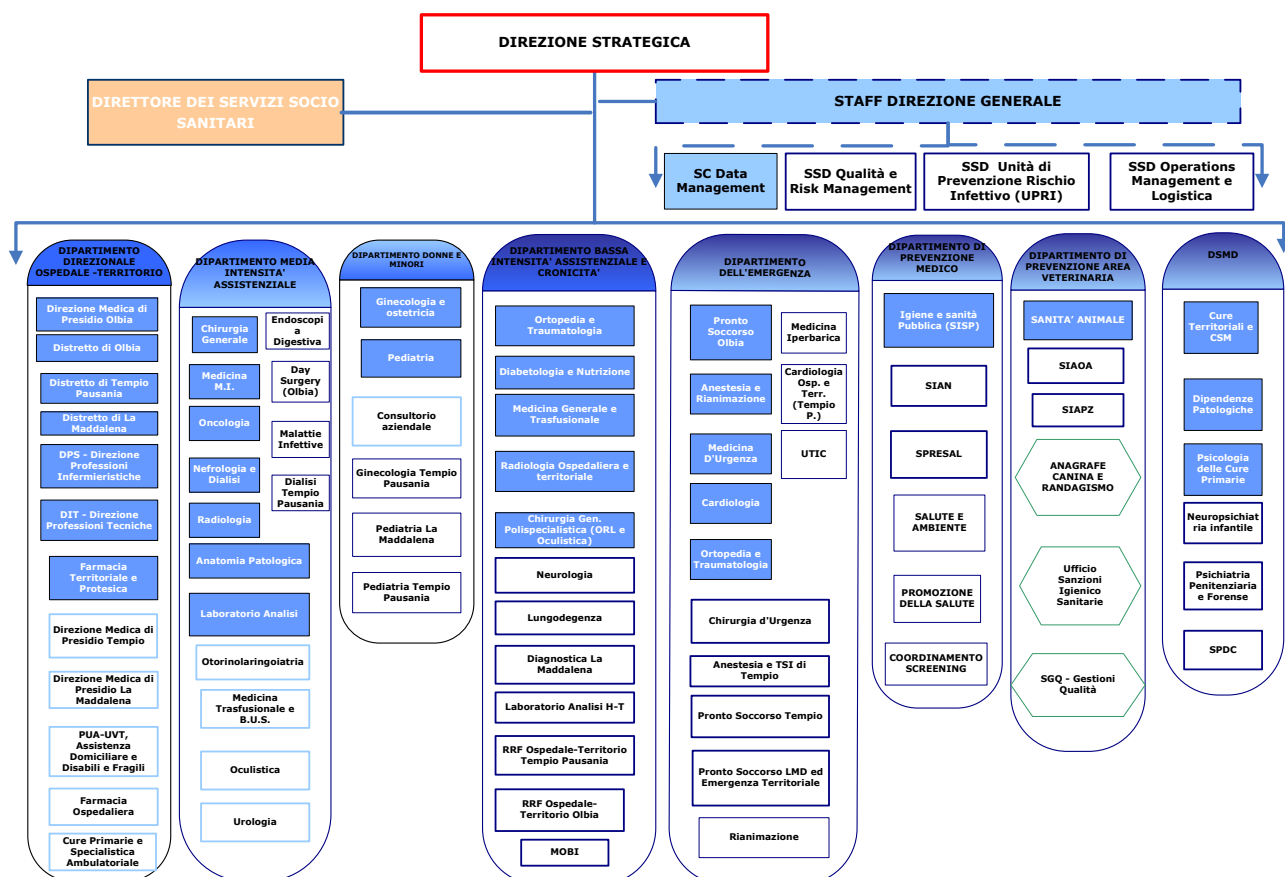
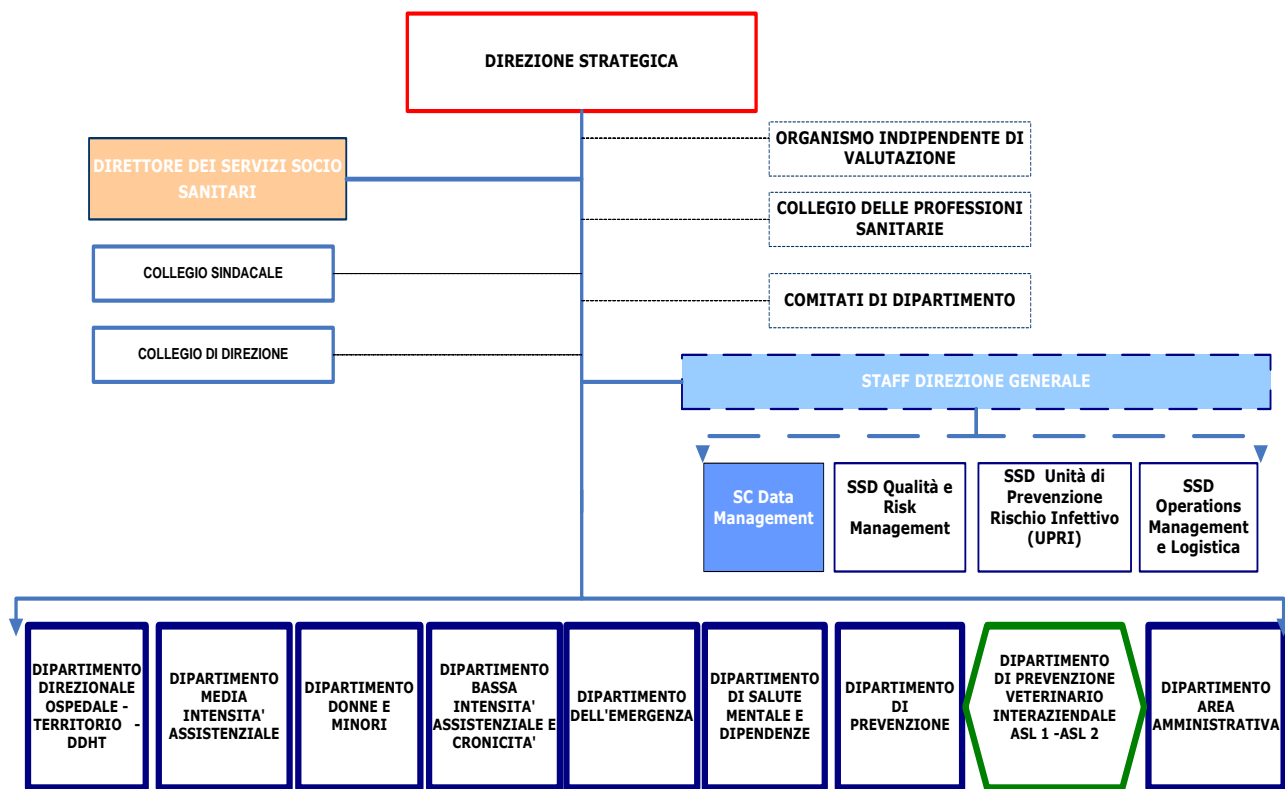
➤ **Articolazioni:**

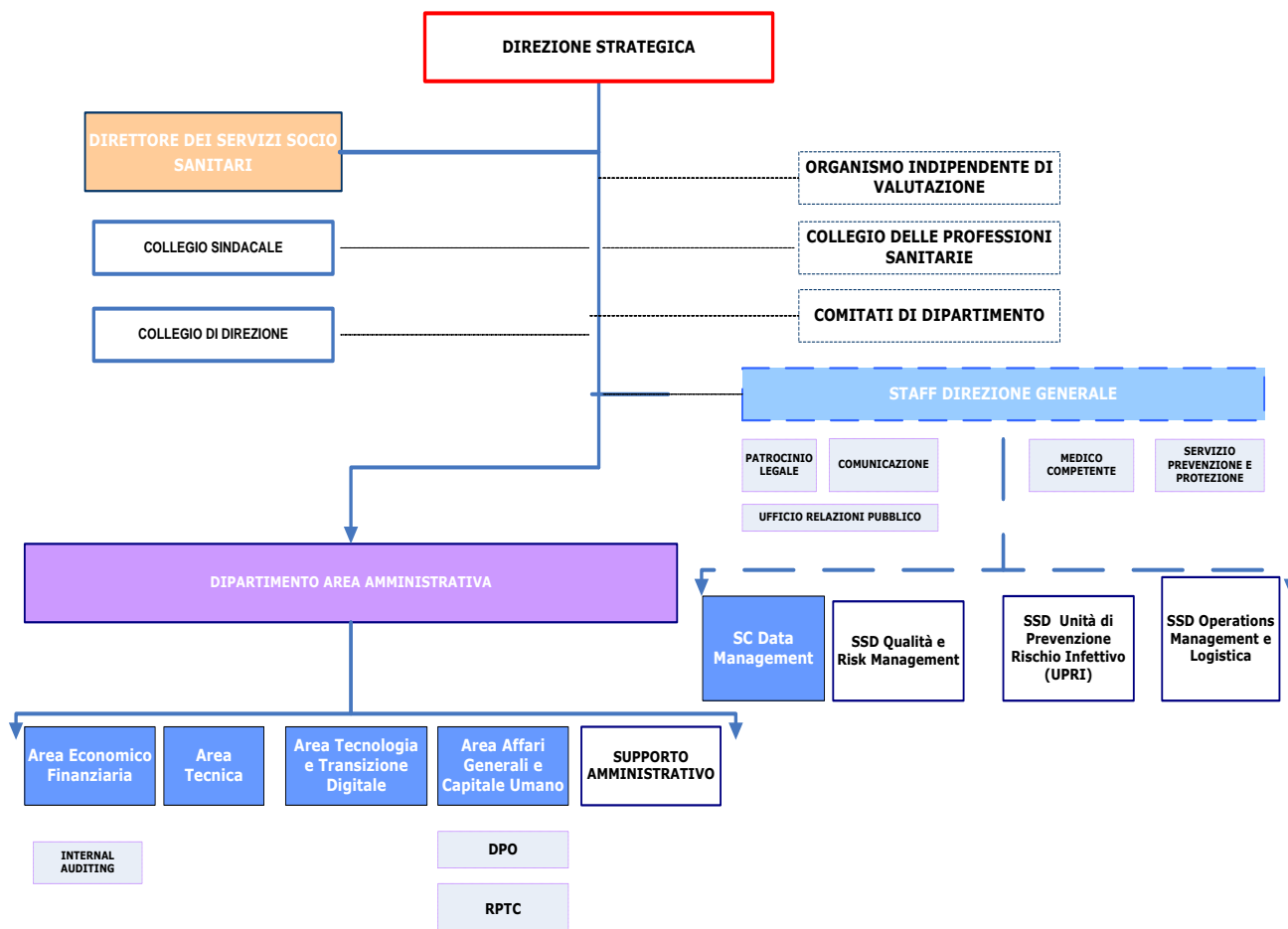


➤ **Relazioni:**

Dipendenza gerarchica —————

Coordinamento - - - - -





Con riferimento all'organizzazione delineata dal nuovo atto aziendale, il Direttore Generale con delibera n°114 del 03.03.2023 ha attivato in via **provvisoria** i seguenti Dipartimenti aziendali:

DIPARTIMENTI E STAFF DIREZIONE GENERALE ASL GALLURA
Dipartimento Direzionale Ospedale Territorio - DDHT;
Dipartimento patologia acuta di Media intensità - DMI;
Dipartimento per Donne e Minori - DDM;
Dipartimento di Bassa Intensità Assistenziale e cronicità - DBIA;
Dipartimento di Emergenza Clinica - DE;
Dipartimento di Salute Mentale e dipendenze - DSMD;
Dipartimento One Health della Prevenzione
Dipartimento tecnico amministrativo
Coordinamento Staff Direzione Generale

L'attivazione si è resa necessaria per presidiare le funzioni sanitarie e amministrative di competenza dell'ASL GALLURA, nelle more dell'adozione dei regolamenti per l'organizzazione ed il funzionamento dei dipartimenti aziendali e dei regolamenti di conferimento e graduazione degli incarichi dirigenziali per l'Area contrattuale della Dirigenza dell'Area Sanità e dell'Area PTA.

L'approvazione dell'atto aziendale segue ad un processo di trasformazione radicale del modello organizzativo preesistente e la sua implementazione è un'attività complessa ed articolata che non può che procedere per gradi attivando tutte le procedure previste dalla specifica normativa in materia, per la costituzione delle nuove strutture e per l'attribuzione dei relativi incarichi.

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.

A seguito dell'emergenza sanitaria determinata dalla pandemia da Covid-19, il lavoro agile è stato promosso nelle amministrazioni pubbliche quale "modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa" per preservare la salute dei dipendenti pubblici e, nel contempo, garantire la continuità dell'azione amministrativa. Conseguentemente, la fase di attuazione sperimentale del lavoro agile, avviata dalla legge n. 124 del 2015, è stata dichiarata chiusa.

La disciplina del lavoro agile nella fase emergenziale è stata affidata ad una serie di provvedimenti normativi che, anche in relazione alla prevedibile evoluzione della pandemia, hanno fissato le percentuali di dipendenti pubblici incaricati di svolgere le proprie prestazioni lavorative da remoto, disciplinato le modalità operative del lavoro agile e, più in generale, quelle relative alla organizzazione degli uffici in modo da assicurare adeguati livelli di performance.

Il Ministro della pubblica amministrazione ha definito, attraverso l'adozione di circolari e direttive, indicazioni per tutte le amministrazioni pubbliche volte alla promozione e alla diffusione del lavoro agile, e strumenti operativi per monitorarne l'applicazione.

Una delle principali innovazioni della disciplina normativa in materia di lavoro agile riguarda l'introduzione del **"Piano organizzativo del lavoro agile" (POLA)**. Attualmente, infatti, il comma 1 dell'art. 14, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (come modificato dall'art. 87-bis, comma 5, D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 aprile 2020, n. 27, dall'art. 263, comma 4-bis, lett. a), D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla L. 17

luglio 2020, n. 77, e, successivamente, dall'art. 11-bis, comma 2, lett. a), b) e c), D.L. 22 aprile 2021, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla L. 17 giugno 2021, n. 87) prevede che, entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigano, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del Piano della performance. 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, 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. 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.

La direttiva n° 29 del 29 dicembre 2023 del Ministro per la Pubblica Amministrazione evidenzia la necessità di garantire ai lavoratori che documentano "gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari" la possibilità di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, "anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza".

Nell'ambito dell'organizzazione di ogni amministrazione, sarà dunque responsabilità di ciascun dirigente individuare le misure organizzative che si rendono necessarie in tal senso, attraverso specifiche previsioni nell'ambito degli accordi individuali.

Con riferimento all'azienda sanitaria si tratta, sicuramente, di una rivoluzione culturale, in quanto proprio per la specificità dell'attività svolta, il lavoro agile 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).

Il nuovo Regolamento del Ministero dell'interno sul lavoro agile 2024 apporta delle integrazioni che interessano tutti i lavoratori in situazioni di fragilità in attuazione di quanto previsto dalla Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29 dicembre 2023; all'art. 8, comma 5 precisa che il diniego parziale di ammissione al lavoro agile dovrà essere motivato e comunicato al lavoratore richiedente. Gli accordi di lavoro agile già in essere restano validi ed efficaci, mentre sarà necessario procedere alla stipulazione di un nuovo accordo di lavoro agile per le situazioni di fragilità.

3.2.1 Modalità attuative e di sviluppo del lavoro agile

L'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.

L'ASL Gallura con delibera del Direttore Generale n.888 del 17/10/2024 ha adottato il regolamento aziendale per la disciplina del lavoro a distanza per il personale del comparto e delle aree dirigenziali dell'ASL Gallura per stabilire un quadro regolamentare chiaro per l'implementazione del lavoro a distanza, creando un ambiente di lavoro efficiente, flessibile e in grado di rispondere alle esigenze dei dipendenti e dei cittadini. Una regolamentazione attenta assicura che tali istituti di flessibilità non compromettano gli obiettivi istituzionali ma, al contrario, rappresentino leve per migliorare l'organizzazione e la qualità dei servizi offerti.

Il regolamento, in coerenza con i CCNL in materia, distingue due ipotesi di lavoro a distanza che presentano significative differenze in relazione al grado di flessibilità offerto:

1. **lavoro agile** (Capo I): la prestazione lavorativa viene eseguita in parte all'interno dei locali dell'Azienda e in parte all'esterno di questi, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale;

2. **lavoro da remoto** (Capo II): è svolto, con vincolo di tempo e nel rispetto dei conseguenti obblighi di presenza derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro, attraverso una modificazione del luogo di adempimento della prestazione lavorativa, che comporta la effettuazione della prestazione in luogo idoneo e diverso dalla sede dell'ufficio al quale il dipendente è assegnato. L'ASL Gallura ha scelto di implementare, in via sperimentale e nel limite delle postazioni disponibili, il lavoro da remoto nella forma del telelavoro domiciliare, che comporta la prestazione dell'attività lavorativa dal domicilio del dipendente.

Il Capo III del regolamento disciplina le disposizioni comuni ai due istituti contrattuali.

Vengono inoltre allegati al testo regolamentare i modelli di tutti gli atti relativi ai procedimenti di attivazione, rinnovo e recesso di entrambi i modelli di svolgimento della prestazione lavorativa.

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 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.

3.2.2 Gli impatti interni ed esterni del lavoro agile

Il lavoro agile non si limita a contribuire alla *performance* organizzativa e alle *performance* individuali, ma può avere degli **impatti, positivi o negativi**:

- sia all'**interno** dell'amministrazione: ad esempio impatti sul livello di salute dell'ente, sulla struttura e sul personale (da verificare, ad esempio, attraverso periodiche indagini di clima);
- sia all'**esterno** dell'amministrazione: ad esempio, migliori condizioni di pari opportunità nella gestione del rapporto tra tempi di vita e di lavoro, soprattutto per le donne su cui ricade ancora oggi il maggior carico di cura; non solo in termini di accresciuto benessere legato alle modalità di lavoro, spostando la logica del rapporto dal controllo alla fiducia, dalla mansione all'obiettivo.

In relazione alla fase di sperimentazione del lavoro agile ordinario 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 SVILUPPO INTERMEDIO 2025	FASE DI SVILUPPO AVANZATO 2026
	SALUTE ORGANIZZATIVA	SALUTE ORGANIZZATIVA: Adeguatezza dell'organizzazione dell'azienda sanitaria all'introduzione del lavoro agile		
		Presenza di un sistema di programmazione per obiettivi, per progetti e per processi	SI	SI
		Presenza di un coordinamento organizzativo del lavoro agile	NO	SI
		Presenza di un sistema di monitoraggio del lavoro agile	NO	SI
		Presenza di un Help desk informatico dedicato al lavoro agile	NO	SI
	SALUTE PROFESSIONALE	SALUTE PROFESSIONALE: Adeguatezza dei profili professionali dell'azienda sanitaria rispetto a quelli necessari		
		Competenze direzionali: capacità di programmazione, coordinamento, misurazione e valutazione da parte del management		
		% Dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno	60%	100%
		% Dirigenti/posizioni organizzative che adottano un approccio per obiettivi e per progetti per coordinare i collaboratori	60%	100%
		Competenze organizzative :capacità di lavorare per obiettivi, per progetti, per processi, capacità di autorganizzarsi		
		% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno	100%	100%
		Competenze digitali: capacità di utilizzare le tecnologie		
		% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali nell'ultimo anno	100%	100%
		% lavoratori agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione	100%	100%
	SALUTE DIGITALE	SALUTE DIGITALE		
		% di lavoratori agili che possono accedere al sistema VPN	100%	100%
		% di lavoratori agili che utilizzano sistemi di collaboration (documenti in cloud)	100%	100%
		% di applicativi consultabili in lavoro agile	100%	100%

Per misurare l'impatto, l'Asl Gallura valuterà gli impatti positivi che potrebbero derivare dalla diversa modalità di organizzazione del lavoro su diversi ambiti:

Impatti Esterni del lavoro agile	
DIMENSIONI	INDICATORI DI IMPATTO
Impatto Sociale	POSITIVO per i lavoratori: <ul style="list-style-type: none"> Riduzione degli infortuni in itinere dovuti alla riduzione del numero degli spostamenti casa-lavoro e per servizio;
Impatto ambientale	POSITIVO per la collettività: <ul style="list-style-type: none"> Riduzione dei costi di utilizzo dei veicoli aziendali e costi di rimborsi delle trasferte per il mancato spostamento del personale per lo svolgimento di riunioni, formazione, ecc.;

Impatti Esterni del lavoro agile	
DIMENSIONI	INDICATORI DI IMPATTO
	<ul style="list-style-type: none"> • Minore quantità di stampe
Impatto Economico	POSITIVO per i lavoratori: <ul style="list-style-type: none"> • Risorse economiche risparmiate per riduzione commuting casa-lavoro;

Impatti Interni del lavoro agile	
DIMENSIONI	INDICATORI DI IMPATTO
Impatto sulla Salute dell'ente	POSITIVO per l'ente: <ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della salute organizzativa e di clima; • Miglioramento della salute digitale; • Diminuzione delle assenze del personale.
	POSITIVO per l'ente: <ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della salute professionale; • Riduzione dei costi di riscaldamento/raffrescamento, energia elettrica della postazione di lavoro; • Riduzione dei costi di utilizzo dei veicoli aziendali e costi di rimborsi delle trasferte per il mancato spostamento del personale per lo svolgimento di riunioni, formazione, ecc.
	POSITIVO per l'ente: <ul style="list-style-type: none"> • Riduzione e ottimizzazione degli spazi.

3.2.3 Obiettivi e indicatori del lavoro agile

Il lavoro agile non è un obiettivo in sé, 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.

Come evidenziato nel Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) è necessaria l'individuazione di specifici obiettivi, con correlati indicatori e target, di breve, medio e lungo periodo. È utile sottolineare come alla dirigenza sia richiesto di improntare le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca, spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per i risultati. I dirigenti sono chiamati a operare un monitoraggio mirato e costante, in itinere ed ex-post, riconoscendo maggiore fiducia alle proprie risorse umane ma, allo stesso tempo, ponendo maggiore attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica del riflesso sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa.

È evidente, quindi, come il tema della misurazione e valutazione della performance assuma un ruolo strategico nell'implementazione del lavoro agile, in particolare, relativamente alla performance individuale, non solo perché lo svolgimento della prestazione in modalità agile impone ancor più la necessità di individuare in maniera puntuale i risultati attesi, ma anche perché deve essere chiaro che il sistema di misurazione e valutazione è unico e prescinde dal fatto che la prestazione sia resa in ufficio, in luogo diverso o in modalità mista.

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 incrementare la produttività e al contempo favorire la conciliazione dei tempi di vita e lavoro e accrescere il benessere organizzativo;	%di lavoratori agili effettivi
		% 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

A seguito dell'adozione del regolamento per la disciplina del lavoro sarà effettuato un monitoraggio sull'applicazione del Regolamento, sia in termini di modalità di utilizzo sia di raggiungimento degli obiettivi, sull'efficacia dello stesso e sul sistema degli indicatori allo scopo di individuare eventuali azioni integrative e/o correttive.

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.

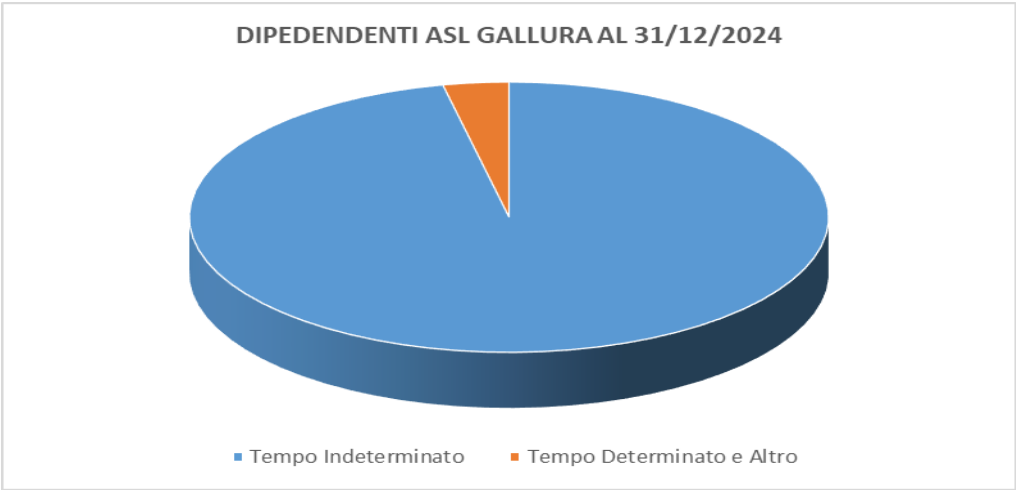
Il decreto prevede, inoltre, che i PTFP delle Aziende del SSN siano approvati dalle rispettive regioni di appartenenza. Il piano triennale dei fabbisogni di personale, previsto dagli articoli 6 e 6 ter del decreto legislativo 165 del 2001, così come novellato dal D.Lgs n. 75 del 2017, è uno strumento 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 31/12/2024			
RUOLO	TEMPO		Totale
	INDETERMINATO	DETERMINATO E ALTRO	
RUOLO AMMINISTRATIVO	146	8	154
RUOLO PROFESSIONALE	2	1	3
RUOLO SANITARIO	1.038	37	1075
RUOLO SOCIO-SANITARIO	180	2	182
RUOLO TECNICO	62	1	63
TOTALE	1.428	49	1.477



La tabella seguente riporta la distribuzione del Personale suddiviso per ruolo in base alla categoria di appartenenza al 31/12/2024.

Descrizione Ruolo/Tipo dipendente	TEMPO DETERMINATO	TEMPO INDETERMINATO	Totale
RUOLO AMMINISTRATIVO	8	146	154
Comparto	5	144	149
Dirigenza	3	2	5
RUOLO PROFESSIONALE	1	2	3
Comparto	1		1
Dirigenza		2	2
RUOLO SANITARIO	37	1.038	1.075
Comparto	22	705	727
Dirigenza	15	333	348
RUOLO TECNICO	1	62	63
Comparto	1	62	63
Dirigenza			0

RUOLO SOCIO-SANITARIO	2	180	182
Comparto	2	180	182
Dirigenza			0
TOTALE COMPARTO	31	1.091	1.122
TOTALE DIRIGENZA	18	337	355
Totale complessivo	49	1.428	1.477

Nell'analisi delle risorse umane, si riportano di seguito, gli indicatori dei caratteri quali-quantitativi relativi al personale e un'analisi di genere al 31/12/2024 e al 31/12/2023 ed il relativo confronto.

Analisi caratteri qualitativi/quantitativi			
Dipendenti ASL GALLURA	Numero al 31.12.2024	Numero al 31.12.2023	VARIAZIONE 2024-2023
Numero totale dipendenti	1.477	1.440	37
Numero totale dipendenti ruolo sanitario	1.075	1.068	7
Numero totale dipendenti ruolo tecnico	63	47	16
Numero totale dipendenti ruolo socio-sanitario	182	173	9
Numero totale dipendenti ruolo professionale	3	3	0
Numero totale dipendenti ruolo amministrativo	154	149	5
Numero totale donne	1.080	1.047	33
Numero totale uomini	397	393	4
Età media del personale	51	51	0
Età media del personale a tempo indeterminato	51	51	0
Età media del personale non a tempo indeterminato	40	43	-3
Numero totale dei dirigenti	355	367	-12
Età media dei dirigenti	52	52	0
Età media dei dirigenti a tempo indeterminato	52	53	-1
Età media dei dirigenti non a tempo indeterminato	44	44	0
Età media del personale dirigente femminile	51	51	0
Età media del personale dirigente femminile a t. indet.	52	51	1
Età media del personale dirigente femminile non a t. indet.	44	42	2
Età media del personale dirigente maschile a t. indet.	54	55	-1
Età media del personale dirigente maschile non a t. indet.	44	47	-3
Età media del personale dirigente maschile	53	55	-2
% di dirigenti donne (sul totale dirigenti)	62%	62%	0
% di dirigenti uomini (sul totale dirigenti)	38%	38%	0
% di dirigenti donne (sul totale personale)	15%	16%	0
% di dirigenti uomini (sul totale personale)	9%	10%	0
Numero totale dipendenti a tempo indeterminato	1.428	1.388	40
Numero totale dipendenti a tempo indeterminato donne	1.050	1.018	32
Numero totale dipendenti a tempo indeterminato uomini	378	370	8

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 2025-2027. 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, sanitario e socio-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 della nuova organizzazione aziendale definita con il nuovo atto aziendale 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 2025-2027, con il dettaglio del numero di teste, costo tabellare e percentuale suddiviso per ruolo di appartenenza, tuttavia, si precisa che tale documento potrebbe essere suscettibile di revisione. L'aumento del costo del personale è necessario per garantire la riorganizzazione dell'assistenza territoriale che fissa come punto di riferimento la Sanità di Iniziativa e le Case di Comunità in ottemperanza con quanto previsto dal DM 77/2022 e per sopperire alla cronica carenza di personale nell'ambito dell'assistenza ospedaliera che da anni attanaglia la nostra azienda; a ciò si aggiunge inoltre il personale da assumere per l'attuazione dei progetti aziendali a valenza regionale/ministeriale quali ad esempio il PNRR, PNES.

PTFP 2025-2027 - NUMERO TESTE E COSTI PER RUOLO						
RUOLO	AL 31.12.2025		AL 31.12.2026		AL 31.12.2027	
	TESTE	COSTI	TESTE	COSTI	TESTE	COSTI
SANITARIO	1.227	45.171.570 €	1.227	48.667.842 €	1.227	48.667.842 €
PROFESSIONALE	5	169.020 €	5	216.567 €	5	216.567 €
TECNICO	80	1.637.567 €	80	1.862.411 €	80	1.862.411 €
AMMINISTRATIVO	181	4.224.315 €	181	4.628.356 €	181	4.628.356 €
SOCIO-SANITARIO	202	4.482.692 €	202	4.735.530 €	202	4.735.530 €
TOTALE	1.695	55.685.163 €	1.695	60.110.706 €	1.695	60.110.706 €

PTFP 2025-2027 - NUMERO TESTE PER RUOLO						
% RUOLI	AL 31.12.2025		AL 31.12.2026		AL 31.12.2027	
	TESTE	% SUL TOTALE	TESTE	% SUL TOTALE	TESTE	% SUL TOTALE
SANITARIO	1.227	72,39%	1.227	72,39%	1.227	72,39%
PROFESSIONALE	5	0,29%	5	0,29%	5	0,29%
TECNICO	80	4,72%	80	4,72%	80	4,72%
AMMINISTRATIVO	181	10,68%	181	10,68%	181	10,68%
SOCIO-SANITARIO	202	11,92%	202	11,92%	202	11,92%
COMPARTO	1.255	74,04%	1.255	74,04%	1.255	74,04%
DIRIGENZA	440	25,96%	440	25,96%	440	25,96%
TOTALE	1.695	100%	1.695	100%	1.695	100%

3.3.4 La gestione del personale

La gestione delle persone non rappresenta più un fattore complementare rispetto al funzionamento dell'organizzazione ma assume un ruolo costitutivo nella costruzione e nella determinazione del successo dell'organizzazione stessa. L'obiettivo centrale della Gestione del Personale è l'allineamento tra aspettative individuali e aspettative dell'organizzazione.

Nella visione sistemica il modello di gestione delle risorse umane può essere fondamentale per stimolare le capacità di innovazione dell'organizzazione ovvero per sviluppare e consolidare un diverso modello culturale coerente con una strategia volta all'evoluzione ambientale. Il sistema si avvale di una strumentazione dedicata (reclutamento, selezione, inserimento; valutazione posizioni, prestazioni e potenziale; formazione, sviluppo; carriera, retribuzione).

La gestione delle risorse umane è l'insieme delle decisioni e delle azioni riguardanti il coerente impiego degli individui nell'ambito del sistema organizzativo. I sistemi di gestione delle persone sono efficaci quando realizzano l'allineamento fra le prestazioni individuali e le aspettative dell'organizzazione. Gli strumenti per la gestione del personale sono:

- **JOB DESCRIPTION:** riferito alla Posizione;
- **JOB PROFILE:** riferito al Ruolo.

La JOB DESCRIPTION fa riferimento alla posizione ossia all'insieme delle attività (mansioni, compiti) e degli obiettivi/responsabilità assegnati ad una casella organizzativa indipendentemente dalla persona che la occupa; la JOB PROFILE fa riferimento al ruolo ossia è il documento

aziendale che formalizza il contributo atteso dall'azienda nei confronti del titolare della posizione rispetto ad una posizione (attività).

Al fine di facilitare la predisposizione dei suddetti strumenti l'azienda ha avviato un progetto formativo con la finalità di agevolare la valutazione delle risorse umane;

Tutta l'attività formativa di questo progetto è mirata a responsabilizzare tutti i ruoli di direzione e di coordinamento cercando di orientare i comportamenti manageriali al fine di valutare le posizioni definendo i seguenti strumenti:

1. definire le JOB DESCRIPTION riferite alle Posizioni individuate dall'organizzazione e le JOB PROFILE riferite ai Ruoli per favorire la responsabilizzazione manageriale;
2. favorire la JOB ANALYSIS per ricostruire l'insieme dei compiti e delle responsabilità legate ad una specifica casella dell'organigramma aziendale;
3. favorire la JOB EVALUATION per definire il valore relativo di ogni posizione in modo da associare un valore e un peso a ciascuna posizione, cioè una sorta di graduatoria delle posizioni;
4. promuovere un sistema di valutazione integrato;
5. finalizzare la valutazione verso il miglioramento delle performance individuali, permettendo a ciascun professionista di essere messo nelle condizioni di poter verificare l'esito della valutazione mediante confronto-colloquio con il valutatore;
6. Integrarsi pienamente con il sistema formativo aziendale per lo sviluppo del potenziale professionale.

La valutazione è un processo finalizzato ad esprimere un giudizio sul valore dei contributi dei membri dell'organizzazione in rapporto ai fattori critici di successo dell'azienda al fine di migliorare i risultati gestionali. La valutazione della posizione è fondamentale per la definizione della retribuzione attribuita ad una specifica posizione.

Il sistema di valutazione degli incarichi rappresenta per le organizzazioni sanitarie un elemento fondamentale per la gestione dei professionisti; questo insieme di strumenti influisce direttamente sulla qualità e sulla sicurezza delle prestazioni che la ASL Gallura eroga e per far questo s'ispira ai principi della promozione, della valorizzazione e dello sviluppo delle competenze, di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi e delle relazioni interne.

La valutazione delle posizioni sarà integrata all'interno di tutti gli altri meccanismi operativi di valutazione ed in particolare:

- il sistema di individuazione delle competenze cliniche (*clinical competence*) e il sistema di valutazione delle competenze richiesto dal dossier formativo ECM;
- il sistema di definizione degli obiettivi delle unità operative (performance organizzativa) e il sistema di valutazione individuale annuale (performance individuale).

3.3.5 Formazione del personale

La direttiva “*Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti*” del Ministro della Pubblica amministrazione del 14/01/2025, specifica che lo sviluppo del capitale umano delle amministrazioni pubbliche è al

centro della strategia di riforma e di investimento promossa dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): la formazione e lo sviluppo delle conoscenze, delle competenze e delle capacità delle persone costituiscono uno strumento fondamentale nella gestione delle risorse umane delle amministrazioni e si collocano al centro del loro processo di rinnovamento. Il disegno e la concreta ed efficace attuazione delle politiche di formazione del personale sono una delle principali responsabilità del datore di lavoro pubblico e della dirigenza pubblica che ne esercita per legge le funzioni, specialmente quando preposta ad uffici dirigenziali con competenze generali in materia di gestione del personale. È compito del dirigente gestire le persone assegnate, sostenendone lo sviluppo e la crescita professionale. La promozione della formazione costituisce, quindi, uno specifico obiettivo di performance di ciascun dirigente che deve assicurare la partecipazione attiva dei dipendenti alle iniziative formative in modo da garantire il conseguimento dell'obiettivo del numero di ore di formazione pro-capite annue, a partire dal 2025, non inferiore a 40, pari ad una settimana di formazione per anno.

Occorre che le persone e le amministrazioni si appropriino della dimensione "valoriale" della formazione, aumentando ovvero migliorando la consapevolezza del fatto che le iniziative di sviluppo delle conoscenze e delle competenze devono produrre valore per tre insiemi di soggetti: le persone che lavorano nelle amministrazioni quali beneficiari diretti delle iniziative formative, innanzi tutto; le amministrazioni stesse; i cittadini e le imprese quali destinatari dei servizi erogati dalle amministrazioni.

Muovendo da queste premesse, la Direttiva, rivolta a tutte le amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del d.lgs. n.165/2001, esplicita le finalità e gli obiettivi strategici della formazione che devono ispirare l'azione delle amministrazioni pubbliche.

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.

In relazione alla formazione è importante evidenziare che il 13 novembre presso l'Aula Magna di UniOlbia, in via Porto Romano, è stato inaugurato il nuovo Corso di Laurea in Infermieristica, un progetto ambizioso nato dalla sinergia tra la Regione Sardegna, l'Università degli Studi di Sassari, il Comune di Olbia, la ASL locale e il Mater Olbia Hospital, che ospita il corso nei propri spazi.

Il nuovo corso di laurea di Olbia intende fornire una risposta strutturale alla carenza di infermieri in Sardegna e, più in generale, in Italia. Non si tratta solo di un nuovo percorso accademico, ma di un progetto di largo respiro per rafforzare l'intero sistema sanitario del territorio. L'obiettivo è

rendere il Nord Sardegna un modello di eccellenza, dove pubblico e privato lavorano sinergicamente per garantire un servizio di alta qualità».

Appare importante sottolineare che l'azienda ha strutture innovative appositamente progettate per i corsi di formazione che offre un ambiente attrezzato, moderno, simulato realistico, completo di scenari di lavoro reali, attrezzature specializzate e tecnologie all'avanguardia per massimizzare l'esperienza di apprendimento con le seguenti aule:

- n.1 Aula magna 5 colonne;
- n.2 Aule Direzione generale;
- n.3 Aule centro di simulazione.

La Legge Regionale di riforma sanitaria del SSR n. 24 del 11 settembre 2020 colloca in capo ad ARES SARDEGNA le funzioni di supporto tecnico all'attività di formazione del personale del servizio sanitario regionale e le procedure di accreditamento ECM e il ruolo di Provider unico per tutte le Aziende del SSR per i progetti formativi previsti nell'ambito del PNRR.

ARES SARDEGNA ha avviato la rilevazione dei Bisogni Formativi 2025 di tutte le aziende del SSR attraverso le seguenti fasi:

- raccolta del fabbisogno formativo espresso dai diversi servizi delle Aziende del SSR;
- acquisizione ed elaborazione dei dati a cura della S.C. Formazione e accreditamento ECM;
- invio alle diverse direzioni Generali del fabbisogno acquisito per la validazione;
- rimodulazione del piano ed integrazione con le attività formative contingenti previste dal PNRR, dai Fondi Sociali Europei (FSE) e altri Fondi;
- validazione da parte del Comitato scientifico.

Le aree della formazione che si intendono sviluppare nel corso del 2025 con il Piano di formazione 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.**

Il Piano Formativo 2025 risulta articolato in tre sezioni:

- **Formazione con Fondi Aziendali**
- **Formazione PNRR**
- **Formazione Regionale**

In seguito all'impattante carico formativo per i professionisti previsto dal PNRR, si è reso necessario anche per l'anno 2025, d'intesa con la Regione, inserire per ciascuna Azienda nella sezione "Formazione con Fondi Aziendali", la formazione in tema di sicurezza nei luoghi di lavoro, di gestione dell'emergenza-urgenza ed un numero limitato di progetti formativi ritenuti strategici da ciascuna Azienda del SSR oltre ad eventuali progetti formativi in adempimento di specifici obblighi di legge. I progetti formativi indicati dalla Direzione Generale Sanità (Vedi Allegato C), per i quali al momento non si hanno a disposizione tutti gli elementi minimi e che potrebbero differire nelle edizioni erogate dalle diverse aziende, andranno ad integrare come formazione extra piano la formazione prevista. Per la realizzazione dei percorsi formativi sono ritenute appropriate le seguenti tipologie formative che vengono considerate di notevole importanza nel percorso di crescita sia dei singoli professionisti che dell'organizzazione aziendale:

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

B. La formazione sul campo (FSC), attraverso l'interazione di un gruppo di lavoro si favorisce il processo di miglioramento, si contribuisce all'integrazione interprofessionale e interdisciplinare e si rafforza il "lavoro di squadra" e il senso di appartenenza alla unità organizzativa.

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

Queste tipologie formative e le metodologie didattiche che le accompagnano si ritengono indispensabili per azioni di diffusione ed implementazione di linee guida, procedure o protocolli, audit clinici ed organizzativi, attività di analisi e revisioni sistematiche dei processi assistenziali, soprattutto in un'organizzazione orientata al Miglioramento continuo della qualità.

Il budget provvisorio per l'anno 2025 relativo ai Fondi Aziendali ammonta a € 9.628.435,99 calcolato per ciascuna Azienda sulla stima dell'1% del Monte Salari dei dipendenti delle Aziende del SSR come indicato nella tabella sottostante che evidenzia un budget provvisorio pari a € **677.405,00**.

AZIENDA	BUDGET PROVVISORIO	IMPEGNO DI SPESA PAF	STIMA COSTI ECM	BUDGET AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE	RISORSE NON IMPEGNATE
ARES SARDEGNA	€ 315.438,72	€ 238.407,75	€ 8.500,00	€ 31.543,87	€ 36.987,10
ASL CAGLIARI	€ 1.645.504,94	€ 376.665,47	€ 9.180,00	€ 164.550,49	€ 1.095.108,98
ASL GALLURA	€ 677.405,00	€ 362.662,23	€ 13.600,00	€ 90.500,00	€ 210.642,77
ASL MEDIO CAMPIDANO	€ 399.028,40	€ 219.369,23	€ 10.200,00	€ 39.902,84	€ 129.556,33
ASL NUORO	€ 1.089.305,62	€ 433.689,23	€ 10.200,00	€ 108.930,56	€ 536.485,83
ASL OGLIASTRA	€ 264.828,18	€ 223.239,23	€ 15.640,00	€ 25.948,95	€ 0,00
ASL ORISTANO	€ 500.000,00	€ 176.269,23	€ 3.740,00	€ 80.000,00	€ 239.990,77
ASL SASSARI	€ 1.039.204,78	€ 882.609,23	€ 17.340,00	€ 103.920,48	€ 35.335,07
ASL SULCIS	€ 526.544,61	€ 337.806,43	€ 14.620,00	€ 52.654,46	€ 121.463,72
AOU CAGLIARI	€ 670.694,98	€ 315.769,23	€ 8.840,00	€ 201.208,49	€ 144.877,26
AOU SASSARI	€ 1.191.262,28	€ 380.513,31	€ 9.860,00	€ 119.126,23	€ 681.762,74
AREUS	€ 181.870,41	€ 164.656,47	€ 10.540,00	€ 0,00	€ 6.673,94
ARNAS G. BROTZU	€ 1.127.348,07	€ 240.974,23	€ 19.040,00	€ 507.306,63	€ 360.027,21
TOTALE	€ 9.628.435,99	€ 4.352.631,27	€ 151.300,00	€ 1.525.593,00	€ 3.598.911,72

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

Nell'attuale contesto economico e sociale, caratterizzato da impetuosi avanzamenti tecnologici, continui cambiamenti delle aspettative dei cittadini e degli utenti dei servizi, e sfide globali, la formazione del personale è indispensabile per consentire alle amministrazioni pubbliche di raggiungere adeguate performance che, per quantità e qualità, possano soddisfare le domande e i bisogni espressi da persone e comunità del proprio contesto di riferimento.

La formazione del personale costituisce, quindi, nella prospettiva del PIAO (e non solo), una delle determinanti della creazione di valore pubblico.

La direttiva *“Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti”* del Ministro della Pubblica amministrazione del 14/01/2025 richiama l'obbligatorietà, per tutte le amministrazioni, della formazione in materia di:

- attività di informazione e di comunicazione delle amministrazioni (l. n. 150 del 2000, art. 4);
- salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (d.lgs. n. 81 del 2008, art. 37);
- prevenzione della corruzione (l. n. 190 del 2012, art. 5);
- etica, trasparenza e integrità;
- contratti pubblici;
- lavoro agile;
- pianificazione strategica.

In termini più generali, la disciplina del PIAO stabilisce che gli obiettivi formativi annuali e pluriennali devono essere “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

L'azienda sanitaria definisce le politiche e i programmi formativi per l'attuazione dei principi e degli obiettivi del PNRR in materia di formazione, delle norme e degli atti di indirizzo emanati dal Ministro per la pubblica amministrazione, in coerenza con la propria missione istituzionale e con i propri fabbisogni, riportando per ciascuno degli interventi formativi previsti le informazioni minime (area di competenza, destinatari e target, modalità di erogazione, numero di ore, tempi e risorse). È responsabile del conseguimento dei target PNRR in materia di formazione, promuove la formazione dei propri dipendenti (obiettivo di 40 ore/anno, a partire dal 2025 e assegna a ciascun dirigente, quale obiettivo annuale di performance, la formazione per 40 ore/anno, a partire dal 2025, prioritariamente sui temi della leadership e delle soft skills.

Nel corso del triennio 2025-2027 procederà inoltre alla registrazione sulla Piattaforma Syllabus e abilerà tutti i dipendenti alla fruizione dei corsi e infine monitorerà e renderà conto l'attuazione dei programmi formativi e ne valuterà risultati e impatti in termini di crescita delle persone, performance individuale e organizzativa e valore pubblico.

L'allegato 4 evidenzia i corsi di formazione specifici per l'ASL GALLURA.

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'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. **Con delibera del Direttore Generale n°200 del 12 aprile 2023 è stato costituito il 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 Comitato Unico di Garanzia (GUG) 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.

Nel corso del 2023 il Comitato Unico di Garanzia ha intrapreso le azioni propedeutiche necessarie all'avvio delle attività di competenza e con delibera del Direttore Generale n. 541 del 05 settembre 2023 è stato approvato e pubblicato il Regolamento del Comitato Unico di Garanzia.

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 il Piano delle Azioni Positive per il triennio 2025/2027 di prossima adozione 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 vita 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
Contrasto a qualsiasi forma di discriminazione e di violenza	Promozione della cultura di genere; Contrasto alle aggressioni agli operatori sanitari.	Azioni di sensibilizzazione sulle specifiche tematiche;
Benessere Organizzativo	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
	Garantire l'attuazione del progetto Progetto Psico Smart	% di dipendenti presi in carico
Politiche di conciliazione	Garantire adeguata pubblicità attraverso la rete INTRANET e il costante aggiornamento della normativa in materia di tutela della maternità e paternità.	Aggiornamento INTRANET aziendale
	Promuovere l'uso dei congedi genitoriali, permessi 104/92 per assistenza ai disabili e part-time in ottica di genere; promozione dell'uso di tali istituti da parte del genere maschile; promozione l'uso del lavoro agile	% di utilizzo degli istituti contrattuali
	Progettare e attuare i piani di reinserimento e/o coinvolgimento nella realtà lavorativa del personale assente per lunghi periodi; Progettare e attuare piani per l'accoglienza e l'inserimento nella realtà lavorativa del personale per nuovi ingressi e neoassunti	Progetti personalizzati
	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
Promozione delle pari Opportunità e della cultura di genere	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

Lo scenario in cui oggi è inserita qualsiasi realtà lavorativa è caratterizzato da un uso massiccio delle tecnologie, oltre che dagli stravolgimenti dovuti a pandemia e guerre. Tutti questi fattori portano a un aumento dell'incertezza, del carico e del ritmo di lavoro, pressioni emotive, precarietà e scarso equilibrio tra vita privata e vita professionale, generando situazioni di stress lavoro correlato che possono sfociare in una vera e propria malattia professionale come il burnout.

Il benessere psicologico in ambito lavorativo rappresenta un importante obiettivo da raggiungere per garantire la massima tutela della salute dei lavoratori e coinvolge sia l'azienda sia ogni singola persona nel processo di attuazione delle misure per prevenirlo, eliminarlo o ridurlo.

Il benessere psicologico in ambito lavorativo si riferisce al senso di soddisfazione, realizzazione e equilibrio emotivo che si sperimenta nel contesto del proprio lavoro. Include diversi aspetti come sentirsi valorizzati e riconosciuti, il mantenimento di relazioni positive con colleghi e superiori, la possibilità di sviluppare le proprie competenze e capacità, il controllo sul proprio lavoro e la capacità di gestire lo stress e le pressioni legate alla professione.

Con la finalità di tutelare il benessere psicologico di tutti gli operatori, l'azienda ha promosso il progetto "Psico Smart" con uno sportello di ascolto accessibile tramite l'indirizzo e-mail: psicosmart@aslgallura.it

L'Obiettivo dell'intervento psicologico per il benessere in ambito lavorativo è trasmettere e rafforzare le competenze necessarie ad aumentare la resilienza del lavoratore, così da ridurre lo stress lavoro correlato e il rischio di burnout e aumentare la capacità di affrontarli efficacemente nel caso in cui dovessero verificarsi.

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 Data Management-programmazione e controllo di gestione - Struttura Tecnica Permanente - Staff Direzione Generale;
2. Performance – SC Data Management-programmazione e controllo di gestione - Struttura Tecnica Permanente - Staff Direzione Generale;
3. Rischi corruttivi e trasparenza – Responsabile RPCT, SC Affari Generali –Capitale Umano – Dipartimento Area Amministrativa;
4. Lavoro Agile – SC Affari Generali –Capitale Umano – Dipartimento Area Amministrativa;
5. Piano Triennale dei Fabbisogni del personale - SC Data Management-programmazione e controllo di gestione - Struttura Tecnica Permanente - Staff Direzione Generale;
6. Piano delle Azioni Positive - CUG - RSPP - SC Affari Generali –Capitale Umano – Dipartimento Area Amministrativa;

ALLEGATI

Allegato 1 Obiettivi, indicatori e target;

Allegato 2 Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza;

Allegato 3 Piano triennale del fabbisogno del personale;

Allegato 4 Piano formazione.