



# **PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE ANNI 2022\_2024**

(art. 6 decreto legge n. 80/2021, convertito con modificazioni dalla Legge n. 113/2021)

## Sommario

<b>PREMESSA.....</b>	<b>2</b>
<b>SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Articolazione dell'attività aziendali.....</b>	<b>8</b>
<b>1.2 Risorse economiche.....</b>	<b>16</b>
<b>1.3 Contesto di riferimento .....</b>	<b>17</b>
<b>1.4. Amministrazione in cifre.....</b>	<b>24</b>
<b>SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....</b>	<b>25</b>
<b>Sottosezione 2.1 Valore Pubblico.....</b>	<b>25</b>
<b>Sottosezione 2.2 Performance.....</b>	<b>27</b>
2.2.1 Obiettivi e risultati del 2021.....	27
2.2.2 Produzione 2021 in sintesi.....	30
2.2.3 La pianificazione triennale: Obiettivi Generali e Piano Regionale dei Servizi sanitari - anni 2022-2024.....	39
2.2.4 - Obiettivi specifici e strategici di mandato anno 2022 .....	51
<b>Sottosezione 2.3 Rischi corruttivi e Trasparenza.....</b>	<b>64</b>
<b>SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....</b>	<b>72</b>
<b>Sottosezione 3.1 Struttura organizzativa.....</b>	<b>72</b>
<b>Sottosezione 3.2 Organizzazione del lavoro agile .....</b>	<b>77</b>
<b>Sottosezione 3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale.....</b>	<b>83</b>
3.3.1 Piano triennale dei fabbisogni del personale 2022/2024 .....	83
3.3.2 Formazione del Personale.....	85
<b>SEZIONE 4. MONITORAGGIO E MIGLIORAMENTI DEL PROCESSO .....</b>	<b>88</b>

**Allegato 1** - Sezione Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione - Sotto sezione Performance  
- Piano degli obiettivi;

**Allegato 2** - Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza dell'Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 3 di Nuoro (ASL n. 3) Anni 2022-2024;

**Allegato 3** - Piano triennale del Fabbisogno del personale (2022-2024)

## PREMESSA

Con il D.L. n. 80 del 09/06/2021, “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”, il cosiddetto “Decreto Reclutamento” convertito con L. 113 del 06/08/2021, è stato introdotto il nuovo atto di programmazione per le Pubbliche Amministrazioni, il PIAO - Piano integrato di attività e organizzazione, che racchiude in uno strumento unico di programmazione e organizzazione gli adempimenti in materia di performance, gestione delle risorse umane e prevenzione della corruzione.

Potremmo definirlo come una sorta di “testo unico” della programmazione, creato per la semplificazione degli adempimenti a carico degli enti, ma anche per perseguire lo scopo di una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo delle amministrazioni.

In particolare, confluiscono nel nuovo Piano:

- il piano della **performance**;
- il piano della **prevenzione della corruzione e della trasparenza**;
- il piano dei **fabbisogni di personale**;
- il piano per il **lavoro agile**;
- la programmazione dei **fabbisogni formativi**.

L’articolo 6 del D.L. n. 80 del 09/06/2021 al primo comma individua quali finalità del Piano “assicurare la qualità e la trasparenza 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.”.

Il PIAO ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e sinteticamente definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- 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;
- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell’attività e dell’organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- 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;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

In sede di prima applicazione il termine stabilito dal D.L. 80 del 09/06/2021, del 31 gennaio 2022 è stato

differito al 30 aprile 2022 dal comma 6-bis dell'art. 6, introdotto dal decreto "milleproroghe" (D.L. n. 228/2021), scadenza successivamente rinviata con Decreto Legge 30 aprile 2022, n. 36 al 30 giugno 2022.

In riferimento alle Linee Guida, per quanto non ancora definitive, come individuate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, il PIAO è strutturato in quattro sezioni:

1. **Scheda anagrafica dell'amministrazione**
2. **Valore pubblico, performance e anticorruzione**, dove sono definiti i risultati attesi, in termini di obiettivi generali e specifici;
3. **Organizzazione e capitale umano**, dove verrà presentato il modello organizzativo adottato dall'Amministrazione o dall'Ente;
4. **Monitoraggio**, dove saranno indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, insieme alle rilevazioni di soddisfazioni degli utenti e dei responsabili.

Si fa presente che l'azienda di Nuoro, non dispone attualmente di tutte le risorse e competenze interne per poter predisporre il presente Piano secondo la logica di integrazione che il documento richiede, pertanto si è operato nella consapevolezza che un perfezionamento in tal senso non potrà che avvenire se non gradualmente.

Infatti è doveroso evidenziare che il nuovo processo programmatico, così come dettato dal D.L. n. 80 del 09/06/2021, si inserisce in un contesto caratterizzato da importanti cambiamenti organizzativi determinati dall'avvio della riforma dell'intero Sistema Sanitario Regionale approvata con la Legge Regionale 11 settembre 2020, n. 24, attuata a partire dall'anno 2022.

Con la riforma si è passati, infatti, da una unica azienda regionale, l'Azienda per la Tutela della Salute (ATS) costituita con la legge regionale del 27 luglio 2016, allo scorporo della stessa con l'istituzione di otto Aziende Socio Sanitarie, corrispondenti alle province della Regione e all'istituzione dell'Azienda regionale della Salute (ARES), quest'ultima con compiti e funzioni centralizzate di carattere tecnico-amministrativo a supporto delle nuove ASL e delle altre Aziende Sanitarie già presenti nella regione Sardegna, ARNAS-Brotzu, AREUS e AOU di Cagliari e Sassari.

Con la presente riforma ci si trova pertanto in uno scenario totalmente cambiato che ha solo parzialmente ripristinato gli assetti organizzativi delle vecchie ASL modificandone l'organizzazione e le competenze rispetto al recente passato (riforma 2017-2021) in cui ogni Azienda era privi di una propria identità gestionale ed economica.

Si è passati pertanto, da una organizzazione che fino al 31/12/2021 prevedeva Aree a basso potere gestionale, con funzioni prioritariamente di tipo sanitario (ospedaliero e territoriali) e con funzioni tecnico-amministrative gestite a livello centralizzato attraverso appositi Dipartimenti autonomi, all'istituzione ex novo delle otto Aziende Sanitarie che dovranno riappropriarsi di tutte le funzioni dettate dal D.lgs 502/1992 e ss.mm.ii. e quindi personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione.

Il nuovo modello individuato dalla riforma continua comunque a prevedere attività delegate alla nuova azienda ARES, da consolidarsi attraverso appositi atti di convenzione, che nella fase di passaggio tra il

vecchio e il nuovo sistema e nelle more della definizione dei nuovi assetti organizzativi degli atti aziendali, è stata incaricata di garantire la continuità delle funzioni e dei servizi già erogati da ATS in continuità con l'anno 2021, che dovranno transitare successivamente nei nuovi Enti, con una previsione temporale che abbraccia al momento l'intero primo semestre del 2022.

Come previsto dalla Legge di riforma e poi meglio esplicitato nella DGR 36/47 del 31/08/2021 "Piano preliminare regionale di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari. L.R. n. 24/2020, art. 47. Approvazione preliminare.", l'ARES avrà il compito di gestire per conto di tutte le Aziende Sanitarie regionali, coordinandosi con le stesse diverse attività tra cui:

- a) La funzione di centrale di committenza con gare centralizzate per l'acquisto di beni e servizi, resta salva la facoltà di tutte le aziende di procedere direttamente all'acquisizione di beni e servizi nei limiti di quanto previsto dall'articolo 37 del decreto legislativo n. 50 del 2016;
- b) La gestione delle procedure di selezione e concorso del personale del Servizio sanitario regionale sulla base delle esigenze rappresentate dalle singole aziende;
- c) La funzione di omogeneizzazione della gestione dei bilanci e della contabilità delle singole aziende;
- d) La funzione di omogeneizzazione della gestione del patrimonio;
- e) Il supporto tecnico all'attività di formazione del personale del servizio sanitario regionale;
- f) I servizi tecnici per la valutazione delle tecnologie sanitarie (Healthtechnologyassessment - HTA), servizi tecnici per la fisica sanitaria e l'ingegneria clinica;
- g) La gestione delle infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi dati in un'ottica di omogeneizzazione e sviluppo del sistema ICT;
- h) La gestione della committenza inerente l'acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da privati sulla base dei piani elaborati dalle aziende sanitarie;
- i) I controlli di appropriatezza e di congruità dei ricoveri ospedalieri di qualunque tipologia, utilizzando metodiche identiche per tutte le strutture pubbliche e private.

ARES, nella figura del suo Direttore Generale, ha assunto inoltre il compito di liquidare tutte le posizioni attive e passive di ATS in qualità di Commissario Liquidatore.

Pertanto considerato che sono ancora in fase di definizione:

- l'adozione dell'Atto Aziendale;
- i rapporti tra ARES e ASL regionali attraverso specifici atti convenzionali;
- la definizione dell'assetto organizzativo conseguente all'approvazione dell'Atto Aziendale;

in questa fase mancano molti degli elementi per una corretta programmazione e gestione aziendale.

Elemento necessario, infatti, per una compiuta definizione dell'attività programmatica è certamente la definizione dell'Atto Aziendale, che dovrà essere adottato secondo le Linee di indirizzo della RAS al momento deliberate in via preliminare con DGR 12/15 del 07/04/2022 e in attesa di approvazione da parte del Consiglio Regionale. Una volta definito l'assetto organizzativo che dovrà assumere l'Asl di Nuoro, sia per la parte sanitaria territoriale ed ospedaliera e ancor più per quella tecnico amministrativa, che ha sofferto maggiormente gli effetti della riforma sanitaria, considerato che ogni ASL manca a tutt'ora di funzioni e

apparati propri, quali Servizio del Personale, del Bilancio, degli Acquisti, del Servizio Tecnico, dell' Ingegneria Clinica, tutte attività che al momento sono gestite prioritariamente dall'ARES, che ha mantenuto i Servizi e le unità di personale degli ex Dipartimenti ATS, si potrà dar seguito in modo compiuto alla gestione di tutti i processi aziendali di competenza.

In questa fase si sottolinea pertanto che non è possibile definire in modo compiuto il Piano in tutte le sezioni previste secondo le linee guida di riferimento, e pertanto il presente documento costituisce un atto parziale e provvisorio, in attesa della definizione dell'assetto aziendale.

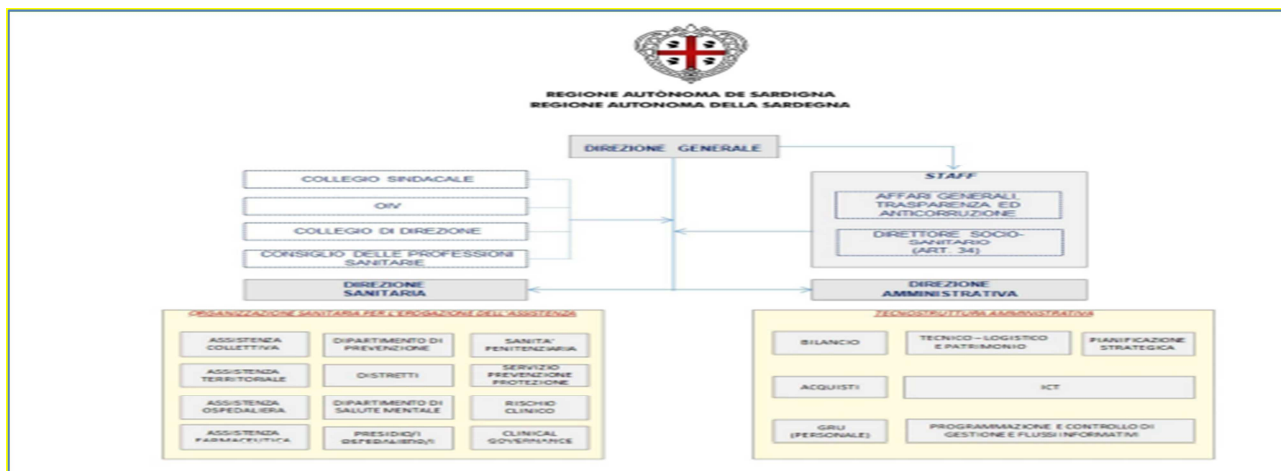
## SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Come già rappresentato in premessa, l'Azienda di Nuoro ha riassunto a partire dall'anno 2022, la propria identità di Azienda Sanitaria a tutti gli effetti con una organizzazione che prevede al momento funzioni ristrette sotto l'aspetto tecnico amministrativo in quanto in parte sono confluite nella nuova azienda ARES.

Sotto l'aspetto prettamente sanitario l'Azienda continuerà a garantire l'assistenza attraverso la gestione delle Strutture presenti nel proprio territorio, Distretti Sanitari e Presidi Ospedalieri, riacquisendo inoltre la diretta gestione dell'attività del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze e del Dipartimento di Prevenzione, anche se entrambi ereditano dalla precedente organizzazione un modello centralizzato tra più ASL. Ai Dipartimenti nominati di Area Centro infatti confluiscono attualmente le strutture delle ASL di Nuoro, Oristano e Lanusei, e sono ancora da definire i ruoli dei Direttori di Dipartimento rispetto alle singole Aziende e alle diramazioni territoriali dei diversi servizi di cui si compongono.

Premesso ciò, si ritiene opportuno in questa fase riportare quanto disposto dalla Giunta Regionale con la DGR n. 36/47 del 31 agosto 2021 "Piano preliminare regionale di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari. L.R. n. 24/2020, art. 47" in merito ai Piani operativi delle singole aziende sanitarie, che ha previsto una prima organizzazione provvisoria in attesa della definizione del nuovo atto aziendale, confermata anche dagli indirizzi preliminari all'adozione dell'atto aziendale emanati con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 12/15 del 07/04/2022.

### Modello di organizzazione delle ASL. Figura 5 – Allegato n. 1 alla Delib.G.R. n. 36/47 del 31.8.2021



Preciando al momento della futura organizzazione che l'ASL assumerà a seguito del prossimo Atto Aziendale, si riportano di seguito gli attuali elementi identificativi:

L'Azienda Sanitaria Locale di Nuoro ha sede in Nuoro in Via Amerigo Demurtas n. 1, Codice Fiscale e Partita iva 01620480911 rappresentata dal seguente logo:

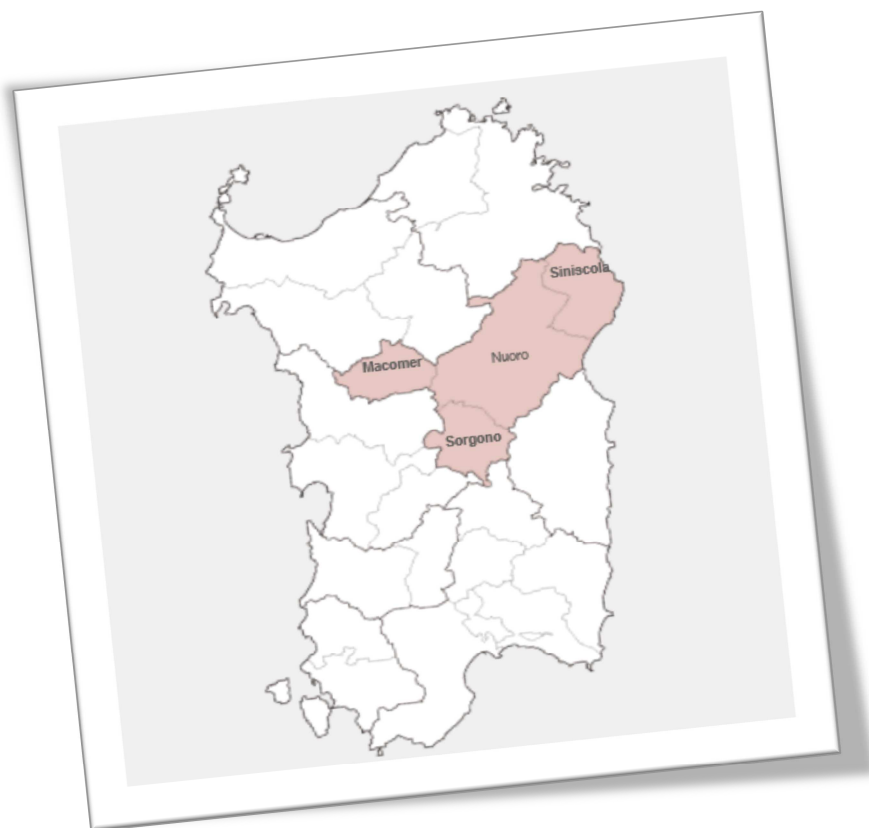


il sito web ufficiale è : <https://nuovo.aslnuoro.it/>.

## **1.1 Articolazione dell'attività aziendali**

L'Azienda opera attraverso le sue strutture sanitarie: 4 Distretti Socio-Sanitari, 3 Presidi ospedalieri e le articolazioni del Dipartimento di Prevenzione e Salute Mentale:

- Distretto di Nuoro
- Distretto di Siniscola
- Distretto di Macomer
- Distretto di Sorgono
- Presidio Ospedaliero San Francesco (Nuoro)
- Presidio Ospedaliero Cesare Zonchello (Nuoro)
- Presidio Ospedaliero San Camillo (Sorgono).



L'articolazione sul territorio favorisce il perseguimento dell'obiettivo di rendere l'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari omogenea ed equamente accessibile, nonché la possibilità di leggere in modo unitario e coerente i bisogni di salute dei cittadini, nella prospettiva di fornire risposte appropriate su più livelli di complessità.

Obiettivo strategico rimane quello di realizzare un sistema il più efficiente possibile, anche in questa fase post emergenziale dovuta alla pandemia Covid-19 che ha stravolto un intero Sistema assistenziale in termini di nuovi percorsi di cura nel rispetto della sicurezza del paziente e dell'operatore sanitario e non, tenendo comunque il focus sul rispetto delle regole di economicità ed ottimizzazione delle risorse al fine di contribuire a garantire la compatibilità e la sostenibilità economica dell'intero sistema sanitario regionale.

Specificatamente le specialità erogate presso i Distretti Socio-sanitari presenti nel territorio sono:



- Assistenza Territoriale
- Assistenza Ospedaliera
- Specialistica Ambulatoriale
- Assistenza Domiciliare Integrata
- Residenze Assistenziali Sanitarie RSA – CDI
- Riabilitazione Globale
- Hospice
- Assistenza Carceraria

L'Azienda Sanitaria Locale di Nuoro, relativamente alle aree di assistenza garantisce:

## DISTRETTO DI NUORO



Comune	Maschi	Femmine	Totale
Bitti	1.284	1.377	2.661
Dorgali	4.155	4.133	8.288
Fonni	1.804	1.948	3.752
Gavoi	1.257	1.270	2.527
Lodine	163	146	309
Lula	647	630	1.277
Mamoiada	1.168	1.245	2.413
Nuoro	16.477	18.183	34.660
Oliena	3.281	3.441	6.722
Ollolai	592	610	1.202
Olzai	404	388	792
Onani	184	191	375
Oniferi	446	452	898
Orani	1.358	1.384	2.742
Orgosolo	1.999	1.992	3.991
Orotelli	954	962	1.916
Orune	1.103	1.082	2.185
Osidda	105	118	223
Ottana	1.105	1.119	2.224
Sarule	785	811	1.596
<b>Totale complessivo</b>	<b>39.271</b>	<b>41.482</b>	<b>80.753</b>

Geodemo Istat all'01.01.2021

## ASSISTENZA OSPEDALIERA

**San Francesco – Nuoro:** Cardiologia UTIC, Cardiologia interventistica, Pronto Soccorso, Anestesia, Chirurgia Generale, Chirurgia Plastica, Chirurgia Vascolare, Endoscopia, Neurochirurgia, Oculistica, Odontostomatologia, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Urologia; Dermatologia, Dietologia, Ematologia, Paziente Fragile, Malattie infettive, Medicina interna, Fisiatria, Nefrologia e Dialisi, Neurologia, Neuropsichiatria infantile, Pediatria- Isolamento pediatrico-Terapia intensiva neonatale - Nido; Centro microcitemie, Centro di Tipizzazione Tessutale, Anatomia Patologica, Laboratorio, SIT; Diagnostica per immagine e Ecografia, Radioterapia, SPDC, Oncologia

**Cesare Zonchello – Nuoro:** Allergologia, Cardiologia, Diagnostica per Immagini e ecografia, Fisiopatologia Respiratoria, Pneumologia, Tisiologia, Terapia antalgica e Cure Palliative

L'organizzazione Dipartimentale nella fase ATS, prevedeva la presenza oltre che dei due Dipartimenti, Chirurgico e Medico, anche di una serie di ulteriori Dipartimenti strutturali quali: emergenza, dei servizi, che non hanno mai assunto una piena operatività. Con il nuovo Atto Aziendale sarà compito dell'Amministrazione definire gli stessi secondo le nuove logiche aziendali.

## ASSISTENZA TERRITORIALE

**Poliambulatorio di Nuoro:** Cardiologia, Chirurgia Generale, Dermatologia, Diagnostica Per Immagini e Ecografia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Geriatria, Neurologia, Oculistica, Odontostomatologia, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Reumatologia, Urologia

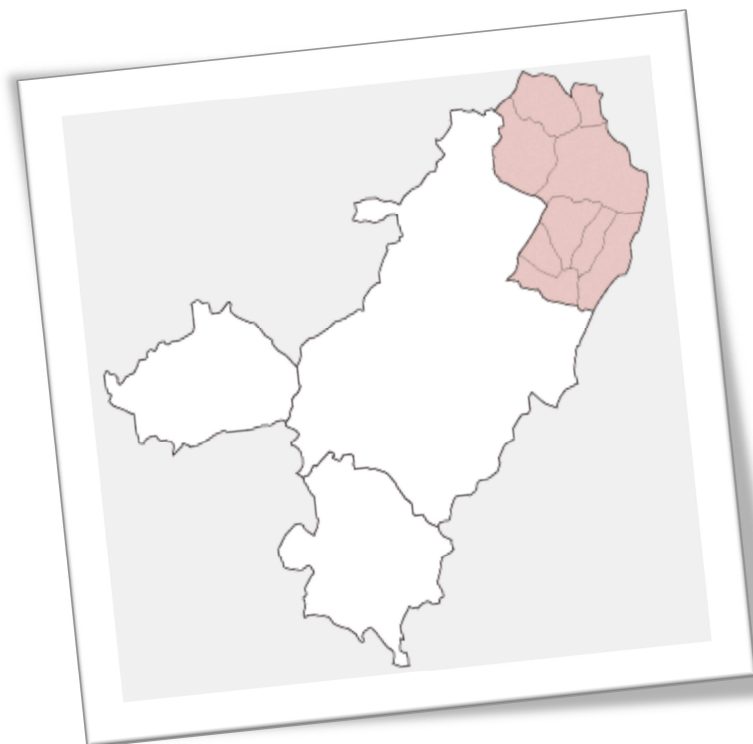
**Altre Strutture Territoriali:** Diabetologia (c/o P.O. Zonchello), Oculistica diabetologica, 118; Centro di medicina fisica e riabilitativa (c/o P.O. Zonchello e altre sedi distrettuali)

**Casa della Salute di Gavoi:** Cardiologia, Centro Prelievi, Chirurgia, Neurologia, Dermatologia, Diabetologia, Endocrinologia, Oculistica, Ortopedia, Otorinolaringoiatria

**Poliambulatorio di Bitti:** Cardiologia; Centro Prelievi, Chirurgia, Endocrinologia, Ortopedia

**Strutture Convenzionate:** Radiologia (n° 3 strutture), FKT (n° 1 struttura), Laboratorio (n° 2 strutture), Ambulatorio Chirurgico avanzato (n° 1 struttura)

## DISTRETTO DI SINISCOLA



Comune	Maschi	Femmine	Totale
Irgoli	1.120	1.119	2.239
Loculi	273	231	504
Lodè	886	752	1.638
Onifai	345	364	709
Orosei	3.329	3.469	6.798
Posada	1.522	1.484	3.006
Siniscola	5.581	5.555	11.136
Torpè	1.388	1.324	2.712
Galtelli	1.174	1.206	2.380
<b>Totale complessivo</b>	<b>15.618</b>	<b>15.504</b>	<b>31.122</b>

Geodemo Istat all'01.01.2021

## ASSISTENZA TERRITORIALE

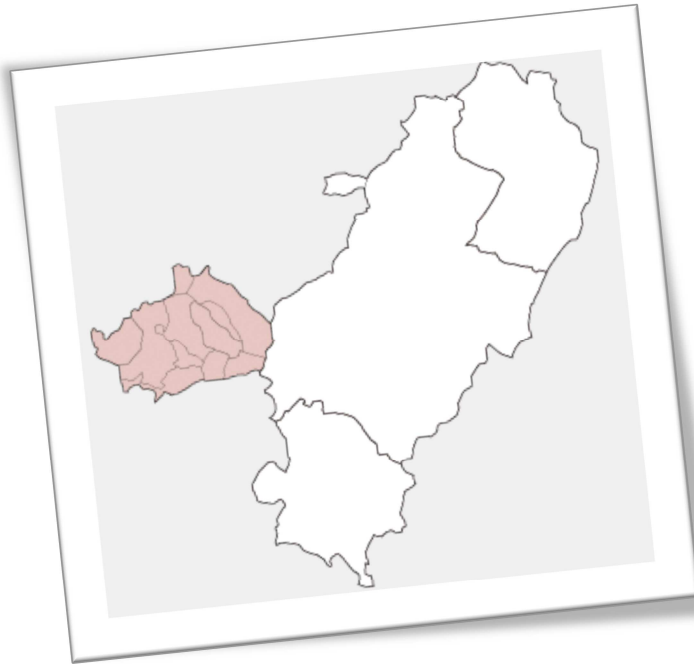
**Poliambulatorio di Siniscola:** Cardiologia, Chirurgia Generale, Dermatologia, Endocrinologia, Geriatria, Neurologia, Oculistica, Oncologia, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Pneumologia, Urologia, Reumatologia, Diagnostica per Immagini e Ecografia, Centro Prelievi, Diabetologia.

**Poliambulatorio di Orosei:** Cardiologia, Chirurgia Generale, Dermatologia, Endocrinologia, Neurologia, Oculistica, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Urologia, Reumatologia, Diagnostica per Immagini e Ecografia, Centro Prelievi, Diabetologia.

**Altre Strutture Territoriali:** Dialisi, Centro di medicina fisica e riabilitativa (Siniscola / Orosei).

**Strutture Convenzionate:** Laboratorio (n° 1 struttura), Riabilitazione (n° 1 struttura)

## DISTRETTO DI MACOMER



Comune	Maschi	Femmine	Totale
Birori	254	254	508
Bolotana	1.139	1.317	2.456
Borore	966	1.023	1.989
Bortigali	584	667	1.251
Dualchi	289	301	590
Lei	241	233	474
Macomer	4.635	4.932	9.567
Noragugume	148	146	294
Silanus	999	1.023	2.022
Sindia	779	847	1.626
<b>Totale complessivo</b>	<b>10.034</b>	<b>10.743</b>	<b>20.777</b>

Geodemo Istat all'01.01.2021

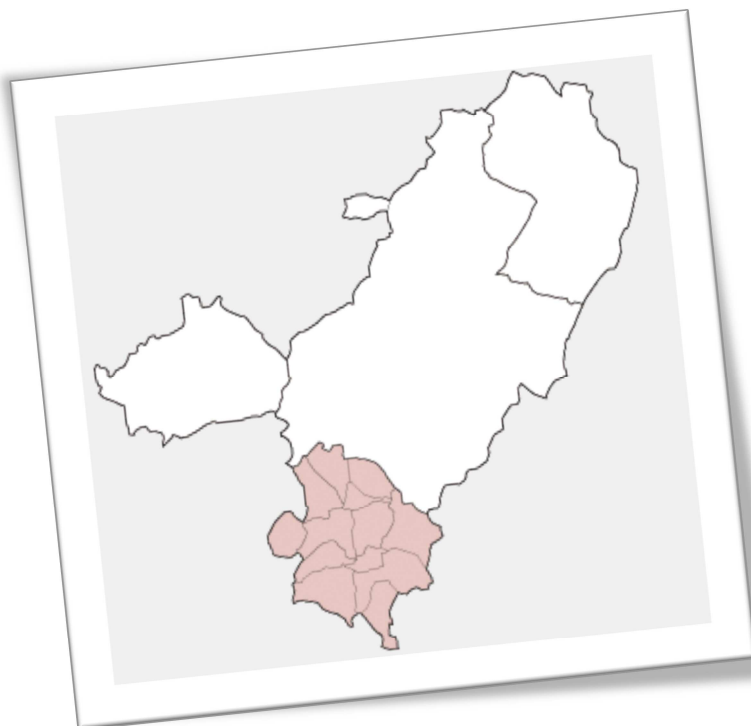
## ASSISTENZA TERRITORIALE

**Poliambulatorio di Macomer:** Cardiologia, Chirurgia Generale, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Geriatria, Neurologia, Oculistica, Odontostomatologia, Oncologia, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Pneumologia, Reumatologia, Urologia, Diagnostica per Immagini e Ecografia, Senologia, Laboratorio, Diabetologia.

**Altre Strutture Territoriali:** Centro di medicina fisica e riabilitativa

**Strutture Convenzionate:** Radiologia (n° 1 struttura).

## DISTRETTO DI SORGONO



Comune	Maschi	Femmine	Totale
Aritzo	633	582	1215
Atzara	533	503	1036
Austis	378	390	768
Belvi	293	286	579
Ovodda	771	767	1538
Sorgono	772	780	1552
Teti	328	289	617
Tiana	235	222	457
Tonara	912	939	1851
Desulo	1065	1101	2166
Gadoni	351	374	725
Meana Sardo	802	822	1624
Ortueri	540	526	1.066
<b>Totale complessivo</b>	<b>7.613</b>	<b>7.581</b>	<b>15.194</b>

Geodemo Istat all'01.01.2021

## ASSISTENZA OSPEDALIERA

**San Camillo – Sorgono:** Anestesia (supporto P.O. San Francesco), Chirurgia Generale (attualmente attività di ricovero sospesa), Diagnostica per Immagini e Ecografia, SIT, Laboratorio analisi, Medicina Interna, Ostetricia e Ginecologia (ambulatoriale);

## ASSISTENZA TERRITORIALE

**Poliambulatorio di Sorgono:** Allergologia, Cardiologia, Chirurgia, Dermatologia, Dietologia, Endocrinologia, Oculistica, Neurologia, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Pneumologia, Reumatologia, Urologia, Centro Prelievi.

**Poliambulatorio di Aritzo:** Endocrinologia, Neurologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Centro Prelievi.

**Altre Strutture Territoriali:** Diabetologia, Centro di medicina fisica e riabilitativa (Sorgono / Aritzo / Desulo).

**Poliambulatorio di Desulo:** Endocrinologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Centro Prelievi.

Territorialmente trovano collocazione le diverse articolazioni del Dipartimento salute mentale e dipendenze (CSM, Serd, Centro diurno e Gruppi famiglia) e i servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione (area Veterinaria, area Igiene e assistenza collettiva).

## ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

L' area dell'assistenza socio sanitaria e di riabilitazione è erogata nel nostro territorio solo in minima parte dalla presenza di strutture sia pubbliche che private, il soddisfacimento dei bisogni dell'utenza viene garantito prevalentemente attraverso l'acquisto di servizi presso strutture presenti nelle altre Asl della Regione.

Si riporta di seguito l'offerta di servizi erogabili sul territorio:

STRUTTURA	DISTRETTO DI NUORO		DISTRETTO DI SINISCOLA		DISTRETTO DI MACOMER		DISTRETTO DI SORGONO	
	PUBBLICA	PRIVATA	PUBBLICA	PRIVATA	PUBBLICA*	PRIVATA	PUBBLICA	PRIVATA
RSA – CDI	/	/	/	/	N. 1 CON 40 POSTI LETTO	/	/	/
HOSPICE c/o P.O. C. ZONCHELLO	N. 8 POSTI LETTO	/	/	/	/	/	/	/
RIABILITAZIONE GLOBALE	/	AIAS - OLIENA	/	AIAS - SINISCOLA / OROSEI	N. 1 CON 9 POSTI LETTO	/	/	AIAS - ARITZO

\*Natura pubblica a gestione privata

## ATTIVITA' AMMINISTRATIVA

L'Allegato n. 1 alla Delib.G.R. n. 36/47 del 31.8.2021, considerata la personalità giuridica pubblica e l'autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione delle nuove ASSL, al punto I.3 identifica i Servizi amministrativi di supporto:

- La Programmazione e controllo di gestione: gestione del sistema budgetario e del sistema degli indicatori, contabilità analitica, programmazione aziendale, ciclo delle performance.
- Il Bilancio dell'azienda e gestione delle risorse economico-finanziarie.
- Il Presidio dei flussi informativi e assolvimento del debito informativo.
- Il Servizio dedicato agli acquisti non programmabili o di specifico interesse aziendale, servizio economato.
- I Servizi per la liquidazione delle fatture, affari generali e funzione relativa ad atti e protocollo.
- L'Amministrazione del personale, gestione della rilevazione delle presenze del personale dipendente, gestione degli incarichi individuali, amministrazione del personale convenzionato, libera professione, ALPI e relazioni sindacali ove non delegate ad ARES.
- L'Organizzazione, in capo ai distretti delle ASL, dei servizi di medicina generale, discontinuità assistenziale e di assistenza specialistica ambulatoriale.
- Il Supporto al coordinamento graduatorie regionali e procedure medicina convenzionata dicompetenza.
- Il Supporto alla committenza sanitaria per la rilevazione dei bisogni su scala locale, gestione operativa dei contratti, supporto al controllo e liquidazione delle fatture, coordinamento operativo tra distretti.

- Il Servizi di area tecnica e lavori da garantire dentro le ASL: manutenzioni, lavori pubblici, logistica.
- Il DPO (Data ProtectionOfficer).
- L'Anti-corruzione.
- La Declinazione locale delle attività legate al rischio clinico secondo il modello Hub and Spoke di cui alla deliberazione della Giunta regionale 38/28 del 08/08/2017 recante "Integrazione e modifica delle linee di indirizzo per la gestione del rischio clinico Delib.G.R. n. 46/17 del 22.9.2015" ed alla elaborazione delle richieste di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie.

## **1.2 Risorse economiche**

E' doveroso evidenziare che è in fase di predisposizione, contemporaneamente alla definizione del presente Documento PIAO, il BEP – Bilancio Economico di previsione per gli anni 2022/2024.

Lo stesso è definito in riferimento alle risorse provvisoriamente assegnate dalla RAS in un contesto operativo in cui fino all'anno 2021 la gestione economica ha avuto una dimensione centralizzata in qualità di Azienda ATS, pertanto allo stato attuale non si dispone di un bilancio consuntivo specifico per la nostra azienda come valore storico di riferimento.

Il nuovo BEP costituirà la linea di partenza della nascente Azienda socio sanitaria Nuorese, pertanto tale sezione non potrà che essere approfondita a chiusura dell'esercizio corrente.

Al momento, al fine di garantire la gestione operativa della nostra Azienda si è proceduto con autorizzazioni economiche provvisorie e la definizione di un Conto Economico previsionale anch'esso transitorio, considerato che contrattualmente i rapporti con i fornitori sono prevalentemente in continuità con i contratti definiti in fase ATS, per conto di tutte le ex ASSL e/o per specifiche Aree, con l'intento nel corso dei vari mesi del 2022 di riportare parte di essi nel sistema contabile delle nuove Aziende, con il passaggio nel contempo delle relative risorse. Questo sistema ibrido tra ex ATS, Ares e ASL rende sicuramente complessa la verifica delle risorse e dell'utilizzo delle stesse, situazione che si dovrebbe chiarire nel corso dell'esercizio.



### 1.3 Contesto di riferimento

L'analisi del contesto esterno prende in considerazione le variabili significative dell'ambiente in cui opera l'Azienda di Nuoro.

I principali interlocutori dell'Azienda, che possono essere interpretati in alcuni casi come vincoli e in altri come opportunità, incidono in modo più o meno significativo sulla capacità aziendale di determinare e raggiungere gli obiettivi strategici prefissati.



La Regione, agisce tramite le diversi atti e direttive emanate nel corso degli anni su diversi livelli organizzativi, in primis la Riforma del sistema Regionale (L.R. 24/2020), Piano della Prevenzione e in ultimo il Piano Sanitario 2022-2024, oltreché varie determinazioni specifiche del settore.

Le Istituzioni Nazionali e Internazionali, in particolare il Ministero della Salute, Il Ministero dell'Economia e delle Finanze, la Conferenza Stato-Regione, la Corte dei Conti, la Comunità Europea, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e altri enti che incidono sulla operatività delle singole Aziende Sanitarie

Non si può prescindere, naturalmente dalle altre strutture sanitarie, pubbliche e private, con le quali si instaurano rapporti in termini diretti di acquisto delle prestazioni o convenzioni, come è avvenuto in particolare negli ultimi anni al fine di sopperire alla significativa carenza di personale che ha determinato la necessità di affiancare professionalità interne con quelle provenienti da altri ospedali al fine di dare risposte ai bisogni dei nostri cittadini.

Fondamentali e sempre più partecipativi sono le Organizzazioni del Terzo settore, il cui contributo è fondamentale per orientare al meglio le scelte strategiche aziendali e in modo più efficaci rispetto alle diverse categorie dei pazienti presenti nel territorio.

Inoltre, le relazioni con i fornitori costituiscono anch'essi un elemento di rilievo da tenere in considerazione al fine di stabilire quel rapporto di fiducia, necessario in particolare con i piccoli fornitori di cui il nostro tessuto economico si compone, verso i quali c'è l'impegno dell'Azienda, nel rispetto della normativa in materia e dei contratti, di procedere nei pagamenti con i tempi che la norma impone.

### 1.3.1 Popolazione e territorio

Il territorio di appartenenza dell'ASL nuorese ha una estensione pari a 3.934 Km<sup>2</sup> e comprende 52 comuni suddivisi nei 4 Distretti Sanitari: Distretto di Nuoro, Distretto di Macomer, Distretto di Siniscola, Distretto di Sorgono

Il territorio è caratterizzato da una densità della popolazione molto bassa, pari a 37,58 ab/ Km<sup>2</sup>, con una forte disparità rispetto ai 66,00 ab/ Km<sup>2</sup> nella regione Sardegna e ai 196,65 ab/ Km<sup>2</sup> a livello nazionale.

L'analisi dei dati demografici del 2021 evidenzia la presenza di tanti centri di piccole dimensioni (il 30,77% dei comuni dell'Asl Nuorese sono sotto i 1.000 abitanti), caratterizzati da una popolazione di ultra sessantacinquenni in tendenziale aumento (+6,16% tra il 2019 e il 2021) e una geomorfologia del territorio complessa, tipicamente montana, con un sistema viario non all'altezza delle necessità, che rende difficile le comunicazioni interne e l'accessibilità all'assistenza sanitaria.

La tabella 1 che segue fornisce il dato della popolazione aziendale ripartita per i Distretti sanitari e il confronto con i dati regionali e nazionali.

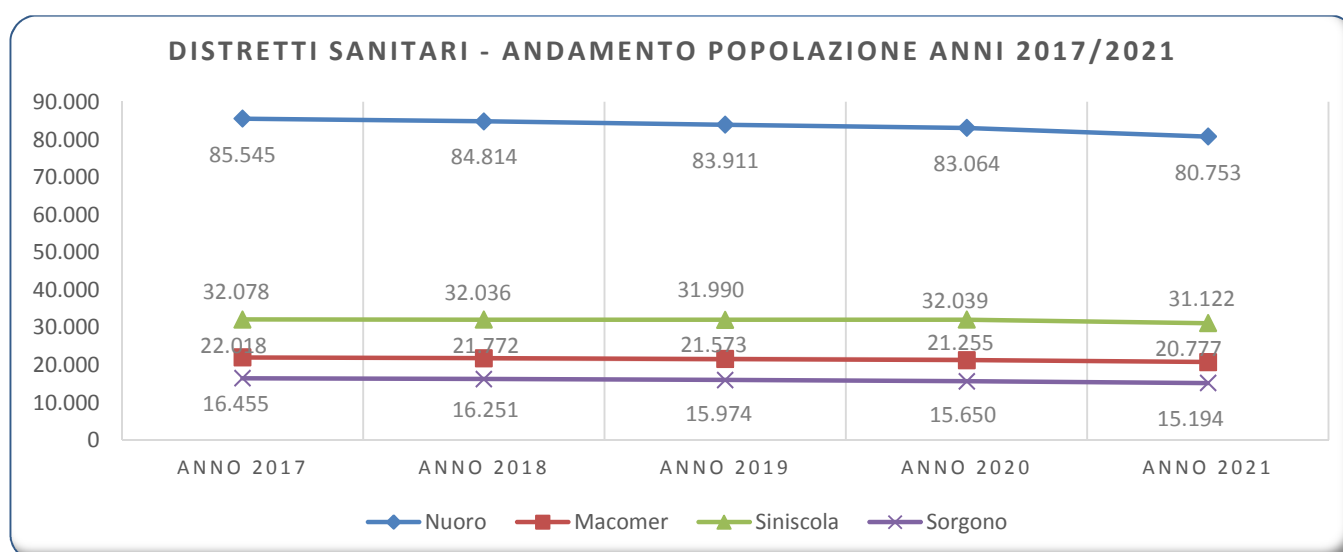
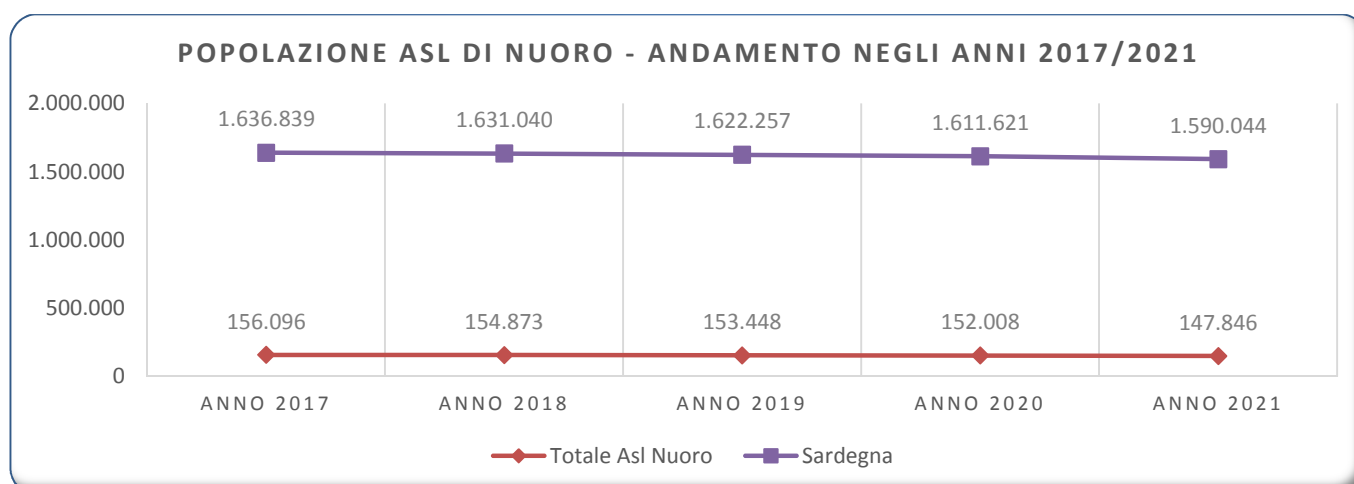
<b>Tabella 1 - Dati strutturali anno 2021</b>							
<b>DISTRETTI ASL NUORO</b>	<b>Distretto Nuoro</b>	<b>Distretto Macomer</b>	<b>Distretto Siniscola</b>	<b>Distretto Sorgono</b>	<b>Totale ASL</b>	<b>Sardegna</b>	<b>Italia</b>
Comuni	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>52</b>	<b>377</b>	<b>7.904</b>
<i>di cui sotto i 2000 abitanti</i>	9	7	3	12	31		
<i>di cui sotto i 1000 abitanti</i>	5	4	2	5	16		
Superficie Km <sup>2</sup>	2.026,05	534,22	749,84	623,61	3.933,72	24.090,00	301.225,00
Abitanti	<b>80.753</b>	<b>20.777</b>	<b>31.122</b>	<b>15.194</b>	<b>147.846</b>	<b>1.590.044</b>	<b>59.236.213</b>
Variazione assoluta popolazione rispetto al 2020	-2.311	-478	-917	-456	-4.162	-21.577	-405.275
Variazione % popolazione rispetto al 2020	-2,78%	-2,25%	-2,86%	-2,91%	-2,74%	-1,34%	-0,68%
Incidenza % sul Tot. Della Popolazione Asl	54,62%	14,05%	21,05%	10,28%			
Densità ab/km <sup>2</sup>	<b>39,86</b>	<b>38,89</b>	<b>41,50</b>	<b>24,36</b>	<b>37,58</b>	<b>66,00</b>	<b>196,65</b>

Fonte: Dati Istat al 1° gennaio di ogni anno

I dati demografici degli ultimi cinque anni (Tab. 2) evidenziano come la popolazione residente nel territorio della Asl di Nuoro abbia subito una lenta e continua diminuzione

Tab. 2. Popolazione ASL Nuoro anni 2017/2021 - Totale							
DISTRETTI	POPOLAZIONE					ANDAMENTO 2017/2021	
	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Val. assoluti	Val. %
Nuoro	85.545	84.814	83.911	83.064	80.753	-4.792	-5,60%
Macomer	22.018	21.772	21.573	21.255	20.777	-1.241	-5,64%
Siniscola	32.078	32.036	31.990	32.039	31.122	-956	-2,98%
Sorgono	16.455	16.251	15.974	15.650	15.194	-1.261	-7,66%
<b>TotaleAslNuoro</b>	<b>156.096</b>	<b>154.873</b>	<b>153.448</b>	<b>152.008</b>	<b>147.846</b>	<b>-8.250</b>	<b>-5,29%</b>
<b>Sardegna</b>	<b>1.636.839</b>	<b>1.631.040</b>	<b>1.622.257</b>	<b>1.611.621</b>	<b>1.590.044</b>	<b>-46.795</b>	<b>-2,86%</b>

te: Dati Istat al 1° gennaio di ogni anno

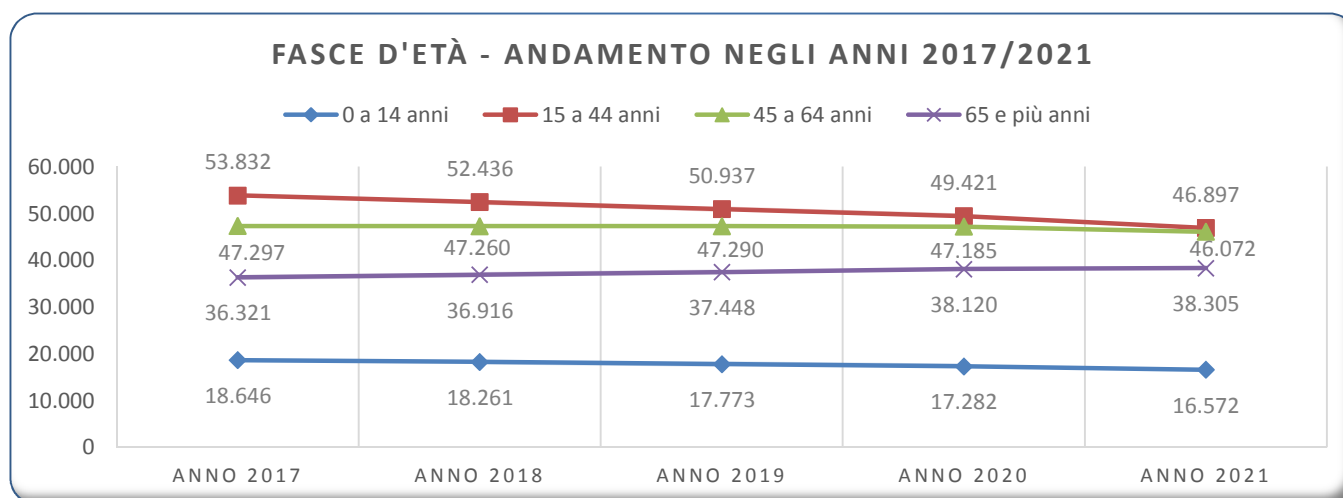


Dall'osservazione dei dati emerge che tra l'anno 2017 e l'anno 2021 la popolazione residente nel territorio dei quattro distretti sanitari si è ridotta del 5,29% pari in numero assoluto a 8.250 abitanti (tabella 2), contro il -2,86% regionale. Il Distretto di Sorgono è quello che nel periodo oggetto di analisi ha maggiormente risentito dello spopolamento, con una riduzione pari al -7,66%, al quale si contrappone il fenomeno più contenuto del Distretto di Siniscola -2,98%.

Dagli scostamenti annuali si evince invece quanto ha influito la pandemia Covid 19 nel corso del 2020, infatti a fronte di variazioni tra i bienni, 2018/2017 dove il decremento è risultato pari all'0,8% per poi crescere nei bienni successivi all'0,9% circa, si registra un brusco innalzamento tra il 2020 e il 2019 al 2,7% di popolazione in meno, tre volte di più dei valori precedenti.

FASCE D'ETA'	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	ASSOLUTA	%
0 a 14 anni	18.646	18.261	17.773	17.282	16.572	-2.074	-11,12%
15 a 44 anni	53.832	52.436	50.937	49.421	46.897	-6.935	-12,88%
45 a 64 anni	47.297	47.260	47.290	47.185	46.072	-1.225	-2,59%
65 e piùanni	36.321	36.916	37.448	38.120	38.305	1.984	5,46%
<b>TOTALE</b>	<b>156.096</b>	<b>154.873</b>	<b>153.448</b>	<b>152.008</b>	<b>147.846</b>	<b>-8.250</b>	<b>-5,29%</b>

Fonte: Dati Istat al 1° gennaio di ogni anno



Il fenomeno di riduzione dei residenti, sopra evidenziato è inoltre associato al continuo invecchiamento della popolazione (Tab. 3), con un incremento degli ultra 65enni nel quinquennio pari al 5,46% a cui si contrappone una più ampia riduzione della fascia d'età 0/14 anni pari al -11,12%, ed è suffragato dall'osservazione dell'indice di invecchiamento, inteso come incidenza della fascia della popolazione "65 anni e oltre" sul totale della popolazione, che è passato dal 23,27% dell'anno 2017 al 25,91% del 2021 e dall'indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione 65 e + e la popolazione 0/14 anni), passato dal 194,79 del 2017 al 231, 14 del 2021. Tali indici per l'anno 2021 si attestano in linea con i risultati regionali (Indice di invecchiamento regionale 26,26% e indice di vecchiaia 231,54). L'analisi del processo di invecchiamento delle

popolazioni è un elemento rilevante che nell'analisi demografica consente di comprendere gli equilibri generazionali che si manifestano e che contraddistinguono i territori, consentendo di cogliere i cambiamenti che avvengono nel tessuto sociale oltre che economico e culturale e che dovrebbero fornire un orientamento nelle scelte delle politiche sociali. A tal proposito l'indice di dipendenza strutturale (rapporto tra le persone considerate in età "non attiva" e quelle considerate in "età attiva") ci dice che il 59,03% della popolazione residente nel territorio della nostra asl è inattiva.

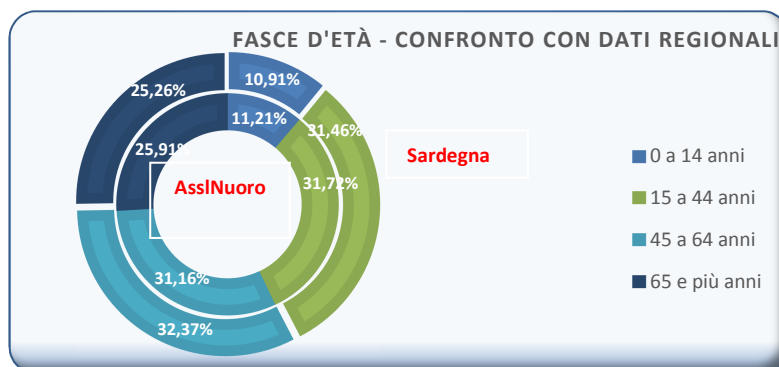
Di seguito si riporta il dato della Asl di Nuoro e il confronto con il dato regionale

Indice di dipendenza strutturale – Anno 2021	
ASL NUORO	Sardegna
59,03%	56,68%

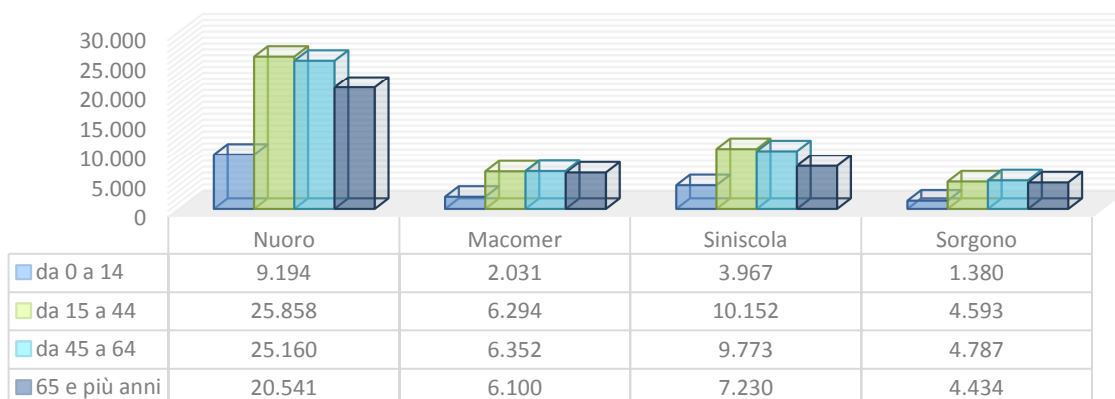
Le fasce d'età in cui si articola la popolazione dei residenti nel nostro territorio sono state messe a confronto con le stesse fasce d'età dell'intero territorio regionale, non si rilevano differenze significative nelle fasce d'età 15/44 e 65 e più anni, mentre le fasce d'età 0/14 e 45/ 64 anni evidenziano sorprendentemente una popolazione più giovane rispetto al territorio regionale

Tab. 3a. Fasce d'età confronto con popolazione regionale - Anno 2021

Fasce d'età	Asl Nuoro	Sardegna
0 a 14 anni	16.572	173.501
15 a 44 anni	46.897	500.207
45 a 64 anni	46.072	514.620
65 e più anni	38.305	401.716
<b>TOTALE</b>	<b>147.846</b>	<b>1.590.044</b>



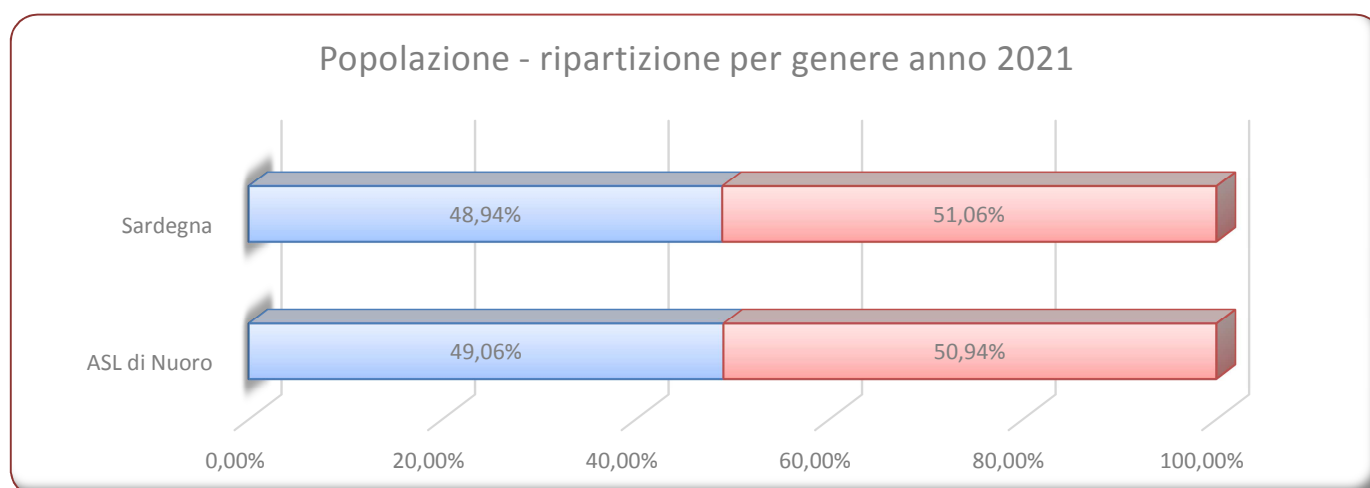
### Fasce d'età - articolazione per Distretto sanitario



Spostando l'analisi per fasce d'età all'interno dei singoli distretti sanitari si evince come Siniscola sia il Distretto con la popolazione più numerosa nelle fasce d'età 0/14, 15/44 rispettivamente pari al 12,75% e al 32,62%, il fenomeno può essere giustificato dall'attrattività esercitata dai comuni costieri che offrono opportunità lavorative legate al mondo del turismo. In antitesi riscontriamo i valori del Distretto di Sorgono che per la sua connotazione montana e il territorio disagiato è caratterizzato dalla presenza di una popolazione più matura e con una fascia d'età 0/14 pari al 9,08% che è la più bassa tra i quattro distretti.

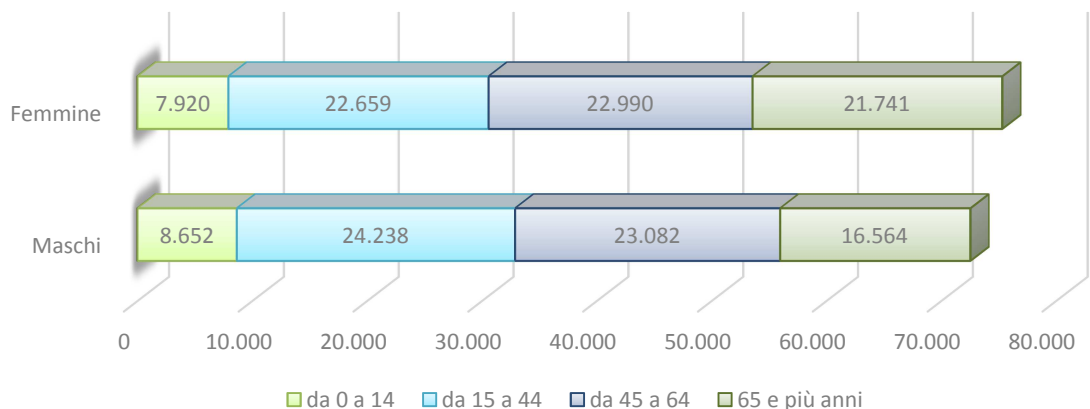
A livello complessivo nella popolazione residente nel territorio della Asl di Nuoro, il genere femminile prevale di poco sul genere maschile. Nell'anno 2021 la situazione è stata rappresentata nel modo seguente:

Popolazione Anno 2021	Maschi	Femmine	Totale
ASL di Nuoro	72.536	75.310	147.846
Sardegna	778.110	811.934	1.590.044
Incidenza % asl Nuoro	49,06%	50,94%	
Incidenza % Sardegna	48,94%	51,06%	



Se però si osserva la ripartizione nel dettaglio delle fasce d'età rappresentate, si può notare come il genere femminile sia sempre inferiore nelle fasce 0/14, 15/44 e 45/64 per poi avere una prevalenza netta nella fascia dei 65 e più anni, a conferma della maggiore longevità del genere femminile

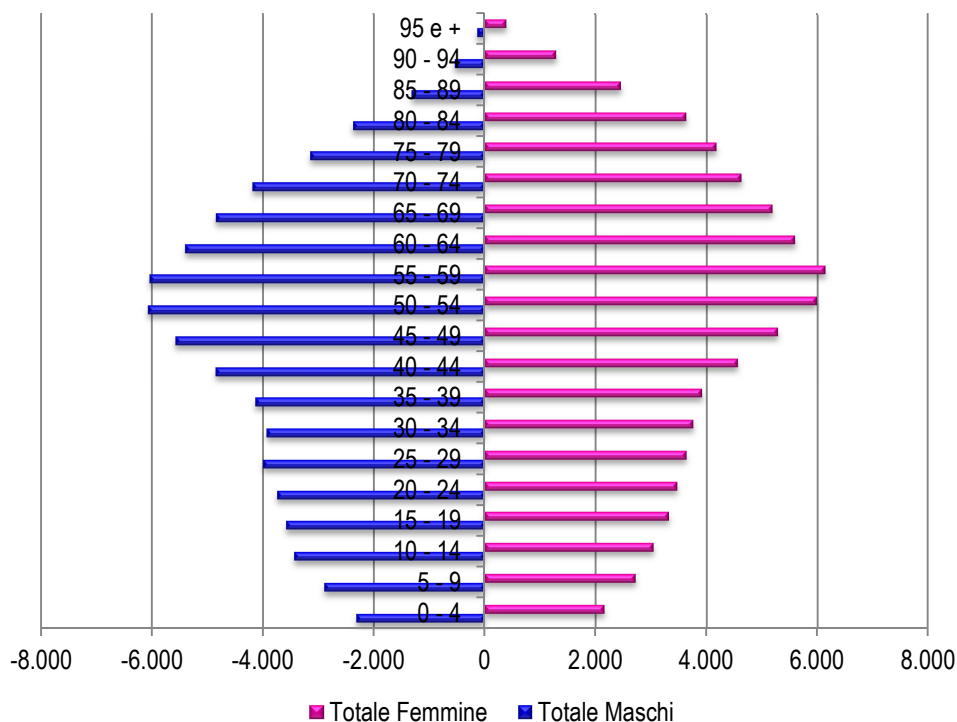
### Genere per fasce d'età



Si riporta di seguito la piramide delle età che rende evidente oltre il basso livello della natalità lo squilibrio strutturale della popolazione.

Fasce d'età	Totale Maschi	Totale Femmine
0 - 4	2.319	2.158
5 - 9	2.895	2.721
10 - 14	3.438	3.041
15 - 19	3.579	3.322
20 - 24	3.742	3.468
25 - 29	4.000	3.636
30 - 34	3.931	3.756
35 - 39	4.135	3.916
40 - 44	4.851	4.561
45 - 49	5.575	5.282
50 - 54	6.070	5.982
55 - 59	6.039	6.135
60 - 64	5.398	5.591
65 - 69	4.847	5.183
70 - 74	4.187	4.622
75 - 79	3.146	4.174
80 - 84	2.377	3.633
85 - 89	1.321	2.452
90 - 94	546	1.285
95 e +	140	392

### Distribuzione per fasce d'età e genere - Anno 2021



Una popolazione sempre più anziana non può che incidere in modo sempre più significativo sul fabbisogno sanitario e socio-sanitario, imponendo alle Istituzioni preposte la necessità di fornire risposte ai bisogni sempre più complessi e con tempistiche quanto meno accettabili.

## **1.4. Amministrazione in cifre**

Anno di costituzione dell'Azienda Socio-Sanitaria ASL 3 di Nuoro 01/01/2022

(Riforma del Servizio Sanitario della Regione Sardegna con L.R. 24 del Legge n. 24 del 11/09/2020)

### **TERRITORIO DI COMPETENZA**

Superficie	3.934 Km <sup>2</sup>
Comuni	52
Popolazione residente	147.846 abitanti al 01.01.2021

### **AREA TERRITORIALE**

Distretti Sanitari	n. 4
Poliambulatori	n. 9
Consultori Familiari	n. 11
Presidi di Continuità Assistenziale Punti Territoriali di Emergenza 118	n. 32 di cui 3 Punti di Guardia Turistica Rete gestita dall'Azienda Regionale AREUS
Centri di Riabilitazione	n. 12
Centri Salute Mentale	n. 4
Centri Diurni Salute Mentale	n. 1
Gruppi Famiglia (DSMD)	n. 3
Ser.D	n. 3
NPI	n. 5
Riabilitazione Globale	n. 1
Hospice	n. 1

### **AREA OSPEDALIERA**

P.O. DEA DI 1° LIVELLO	n. 1 (P.O. San Francesco)
P.O. di Base	n. 1 (P.O. C. Zonchello)
P.O. Zona Disagiata	n. 1 (San Camillo)
Posti letto (HSP 12 al 01.01.2021)	n. 377 (esclusi i p.l. Covid)
Posti letto DH/DS (HSP 12 al 01.01.2021)	n. 78
Ricoveri Ordinari (al 31.12.2021)	n. 10.492
Ricoveri DH/DS (al 31.12.2021)	n. 3.395
Casi Day Service (al 31.12.2021)	n. 817 (iniezione intravitreale di oculistica)
Accessi Pronto Soccorso (al 31.12.2021)	n. 32.395

### **AREA PRIVATO ACCREDITATO**

Diagnostica Per Immagini	n. 4
Laboratori Analisi	n. 3
FKT	n. 2
Ambulatorio polispecialistico	n. 1
RSA	n. 1 (struttura pubblica a gestione privata)
Salute Mentale	n. 3
Riabilitazione Globale	n. 4



## SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### Sottosezione 2.1 Valore Pubblico

A partire dagli anni ottanta fino ai tempi attuali, è iniziato un percorso di progressiva trasformazione dell'apparato della Pubblica Amministrazione, con fasi di maggiore impulso e fasi di arresto, ma che hanno permesso di creare cambiamenti di ampio respiro che vanno dall'introduzione di tecnologie più moderne, alla sburocratizzazione del sistema con l'eliminazione di inutili regole e di procedure obsolete, al miglioramento dei servizi offerti, ad una maggiore motivazione del personale e al perseguimento del miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle azioni svolte, mirando alla costruzione di un rapporto con i cittadini più trasparente con una nuova identità basata sull'etica e sul senso di responsabilità, elementi che hanno permesso al concetto di Valore pubblico di entrare con forza nel dibattito sulla riforma della pubblica amministrazione.

Possiamo definirlo come l'incremento del benessere reale, in termini economico, sociale, ambientale, culturale, che viene a crearsi in una collettività e che è frutto dell'azione sinergica di diversi soggetti pubblici che perseguono tale obiettivo mobilitando al meglio le risorse disponibili siano esse finanziarie, tecnologiche, organizzative e sociali e che interpretano i bisogni di un territorio fornendo risposte adeguate al cittadino proporzionalmente al contributo che lo stesso fornisce direttamente e indirettamente .

Sicuramente le logiche del passato non appaiono più funzionali alla generazione di Valore Pubblico. L'evoluzione del quadro normativo ha orientato il cambiamento in direzione dell'organizzazione dell'attività amministrativa per "processi", concetto che sta progressivamente integrando (ma non sostituendo), un principio forte della cultura della PA italiana, quello di "procedimento", tipico del diritto amministrativo.

Il concetto di Valore pubblico applicato alla specificità del servizio sanitario si incarna con l'assunto secondo cui, la salute è un bene primario costituzionalmente protetto. La specificità di tale settore rispetto ad altri della pubblica amministrazione, risente di alcuni fattori quali, l'asimmetria informativa tra SSN e utenza, la parcellizzazione della domanda sanitaria, i cui effetti sono maggiormente percepiti dalla collettività, in ragione della peculiarità del bene salute e della difficoltà oggettiva di garantire ovunque la soddisfazione di questo bisogno primario.

Il valore pubblico inoltre non è un concetto assoluto, ma è legato al momento storico e al contesto. Ecco allora che le problematiche emerse negli ultimi anni caratterizzati dalla lotta alla pandemia da Sars – Cov 2 che ha amplificato il bisogno di "salute" ha creato i presupposti per la grande sfida della politica: capire che cosa è valore pubblico per i propri utenti, per i propri destinatari, per i propri cittadini in questo preciso momento storico e in questo preciso contesto.

La visione strategica dell'Azienda di Nuoro oggi, è rivolta a definire e strutturare un sistema organizzativo integrato volto a superare i limiti assistenziali posti dalle distanze, sviluppando modelli che fino a ieri non rappresentavano una priorità, ma che il contesto più recente ha reso necessari, puntando pertanto sulla Telemedicina e Teleassistenza come strumenti volti a favorire la presa in carico globale del paziente, sviluppando nel contempo l'assistenza territoriale di base e garantendo la specificità dell'assistenza ospedaliera per la fase acuta con il potenziamento degli organici attualmente fortemente penalizzati.

Per la realizzazione della propria visione strategica, l'Azienda alla luce della nuova riforma che ne ha decretato la rinascita, sta lavorando alla definizione del proprio assetto organizzativo e alle modalità di funzionamento più appropriate, sulla base delle indicazioni programmatiche del governo regionale, con

specifico riguardo agli obiettivi di prevenzione, clinico assistenziali cercando di riaffermare la centralità della nostra Sanità rispetto al contesto regionale, recuperando quel ruolo che negli ultimi anni i poli del Nord e Sud Sardegna hanno decisamente offuscato, al fine di garantire, nel rispetto della qualità ed appropriatezza, un'assistenza degna del proprio territorio, che rischia a causa del forte dimensionamento a cui è stato sottoposto di amplificare gli squilibri sociali ed economici della popolazione oggi servita, venendo meno al principio di universalità dell'assistenza a cui l'ASL di Nuoro non vuole rinunciare.

La missione istituzionale è improntata ai seguenti principi guida:

- la centralità della persona;
- 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.

Tale missione si realizza attraverso la valorizzazione di quattro fattori correlati tra loro:

- Percorsi di integrazione (Integrazione Ospedale-Territorio);
- Appropriatezza (In ambito ospedaliero, specialistica e farmaceutica e PDTA);
- Trasparenza organizzativa (utenti interni ed esterni);
- Qualità (Professionale, Gestionale, Qualità percepita e Qualità del servizio).

Attraverso tali principi, ciò che la ASL di Nuoro intende creare in termini di valore pubblico è il superamento dell'autoreferenzialità dell'amministrazione, perseguendo una governance collaborativa di condivisione insieme ai territori, in ottica partecipativa che caratterizza il momento specifico che stiamo vivendo. Il Valore Pubblico, infatti, non s'inventa ma si progetta: non può essere il frutto di una contingenza fortunata o casuale, ma il risultato di un processo razionalmente e pragmaticamente progettato, governato e controllato. Questo significa adottare una serie di strumenti specifici, coerenti con questa finalità, a partire dal cambiamento degli assetti interni per giungere agli strumenti di interazione strutturata con le entità esterne all'Amministrazione.

## **Sottosezione 2.2 Performance**

Secondo i dettami dei più recenti studi, il concetto di Valore pubblico dovrebbe guidare quello della performance dell'Ente diventandone il punto di riferimento sia in fase di programmazione che di misurazione della performance stessa.

Il Piano della Performance, ai sensi dell'art. 10, comma 1 lett. a) del citato D.L.vo, costituisce "...un documento programmatico triennale, da adottare in coerenza con il ciclo della programmazione finanziaria e di Bilancio, che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori necessari alla misurazione e valutazione della performance dell'intera Azienda, nonché gli Obiettivi assegnati al personale dirigenziale con rispettivi indicatori", definisce dunque gli elementi fondamentali "Obiettivi, Indicatori e Target" su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della Performance complessiva.

A seguito delle modifiche normative apportate con il D.Lgs n. 74 del 25 maggio del 2017, il processo di misurazione delle performance oltre ad attribuire nuovi poteri agli OIV ha fatto un passo in avanti nella direzione del rinnovamento del rapporto con il mondo esterno aprendosi al principio della valutazione partecipativa, dove il cittadino è un soggetto attivo che può collaborare con le istituzioni negli interventi che incidono nelle realtà sociali a lui vicine incrementando la trasparenza nell'attività pubblica.

L'anno 2022, costituisce un anno di passaggio, considerato che l'Organismo Interno di Valutazione è di recente costituzione, nominato con la Deliberazione n 280 del 28/06/2022. L'OIV supporterà l'Azienda nella ridefinizione dell'intero ciclo della performance, secondo i nuovi indirizzi, in primis attraverso l'aggiornamento del Regolamento di Misurazione e Valutazione delle Performance, per il quale al momento ci si riferisce all'ultimo in vigore definito dall'ATS.

### **2.2.1 Obiettivi e risultati del 2021**

In merito agli obiettivi attribuiti alle Aree Socio Sanitarie Locali da parte dell'ATS nell'anno 2021, si fa presente che nella fase di passaggio tra la legge di riforma regionale n. 24/2020 e l'avvio definitivo del 2022, l'anno 2021 si è caratterizzata per una gestione transitoria con la nomina di Commissari in tutte le 8 Aree di cui si componeva l'ATS. L'attività 2021, in continuità con l'anno 2020 ha visto impegnata l'Azienda nelle politiche volte al contrasto della pandemia attraverso la somministrazione dei vaccini secondo i Piani Vaccinali definiti secondo le linee guida regionali e nel continuo monitoraggio della diffusione del virus, attraverso la somministrazione dei tamponi molecolari in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione (campagne di screening, di massa e specifici verso la popolazione scolastica, l'organizzazione di drive-in). D'altra parte un impegno rilevante richiesto alle Aree ha riguardato l'avvio dello scorporo come da riforma sanitaria a supporto alla Direzione Generale ATS.

Il perseguimento degli altri obiettivi assegnati, invece, sono stati sicuramente condizionati dalle problematiche legate alla gestione emergenziale della pandemia, dove l'attività programmata o in programmazione si è dovuta adeguare all'esigenza di contenimento del virus.

Si riportano di seguito in forma sintetica gli obiettivi dell'anno 2021 raggruppati per aree di performance per i quali si è in attesa di integrazione e conferme da parte della Struttura preposta ex ATS:

## Area dell'organizzazione

COD.OB	DESCRIZIONE OBIETTIVO	COD. IND.	DESCRIZIONE INDICATORE	RISULTATO 2021
ODE0757	Garantire la necessaria collaborazione per la definizione del progetto di realizzazione delle aziende ASL di cui all'art. 9 e del progetto di attivazione di ARES di cui all'art. 3 della legge regionale 11 settembre 2020 n. 24 e per tutte le attività propedeutiche al processo di adeguamento dell'assetto istituzionale ed organizzativo del SSR in relazione agli indirizzi regionali di cui alla DGR 57/15 del 18.11.2020	IDE186	Atto formale di individuazione di un Team con competenze economiche e giuridiche di supporto alle strutture centrali per l'attuazione del progetto di scorporo	Deibera n. 292 del 19/03/2021
ODE0757	Garantire la necessaria collaborazione per la definizione del progetto di realizzazione delle aziende ASL di cui all'art. 9 e del progetto di attivazione di ARES di cui all'art. 3 della legge regionale 11 settembre 2020 n. 24 e per tutte le attività propedeutiche al processo di adeguamento dell'assetto istituzionale ed organizzativo del SSR in relazione agli indirizzi regionali di cui alla DGR 57/15 del 18.11.2020	IDE187	Rispetto delle tempistiche per tutte le richieste della Direzione ATS / ARES in relazione all'attuazione del progetto di scorporo	Nessuna non conformità (in attesa di conferma)

## Area di performance della produzione

COD.OB	DESCRIZIONE OBIETTIVO	COD. IND.	DESCRIZIONE INDICATORE	RISULTATO 2021
ODP0327	Garantire la ripresa delle attività di specialistica ambulatoriale in fase post epidemica COVID - 19	IDP179	Volume di attività Specialistica Ambulatoriale (per le prestazioni oggetto di monitoraggio ministeriale) nel IV Trim. 2021 / Volume di attività di Specialistica Ambulatoriale (per le prestazioni oggetto di monitoraggio ministeriale) nel IV Trim. 2019 * 100	Target rimodulato dall'ATS dal 70% al 60% - raggiunto con >70% 4° Trimestre 2021 su 2019: 184.119 4° Trimestre 2021: 134.946 = 73% (Fonte dati: File CUP Aziendale) Risultato oggetto di verifica rispetto al dato ex ATS
ODP0328	Garantire la ripresa dell'attività di ricovero ospedaliero in fase post epidemica COVID - 19	IDP194	Volume attività di ricovero ospedaliero nel IV Trim. 2021 / Volume di attività ricovero ospedaliero nel IV Trim. 2019 * 100	Target rimodulato dall'ATS dal 70% al 55% - raggiunto con >76% 4° Trimestre 2019: 5.421 dimissioni 4° Trimestre 2021: 4.123 dimissioni (Fonte dati: File A Aziendale)
ODP0329	Garantire la ripresa dell'attività chirurgica in elezione in fase post epidemica COVID - 19	IDP181	Volume di attività chirurgica in elezione nel IV Trim. 2021 / Volume di attività chirurgica in elezione nel IV Trim. 2019 * 100	Target rimodulato dall'ATS dal 70% al 60% - raggiunto con >72% 4° Trimestre 2019: 1.373 interventi 4° Trimestre 2021: 1.001 (Fonte dati SIO) Risultato oggetto di verifica rispetto al dato ex ATS
ODP0335	Attuare la sorveglianza sanitaria attiva in relazione all'evoluzione epidemiologica della diffusione della positività al virus SARS CoV-2 nel territorio di competenza e al relativo aumento del numero di casi di Covid-19.	IDP202	Numero di indagini epidemiologiche eseguite per infezione da COVID 19 / Numero di casi positivi di COVID 19	100% (Sisp)
ODP0347	Garantire l'attuazione del Piano vaccinale ATS SARDEGNA Emergenza COVID - 19	IDP223	Definizione di un Piano vaccinale di ASSL nel rispetto per ogni FASE dei criteri e delle indicazioni previste dal Piano vaccini ATS SARDEGNA	Piano vaccinale assunto il 05/01/2021 e aggiornamento aprile 2021
ODP0347	Garantire l'attuazione del Piano vaccinale ATS SARDEGNA Emergenza COVID - 19	IDP224	Numero di vaccini / Sett. Per punto vaccinale di ASSL	100%
ODP0351	Attuazione del Piano Regionale di riorganizzazione della Rete Assistenziale territoriale di cui alla DGR n. 57/14 del 18.11.2020	IDP230	Definizione di un Piano Attuativo di riorganizzazione della Rete assistenziale territoriale ai sensi dell'Art. 1 DL n. 34/2020	Progetto ADI-COVID adozione aprile 2021
ODU0101	Attuare la sorveglianza sanitaria attiva in relazione all'evoluzione epidemiologica della diffusione della positività al virus SARS CoV-2 nel territorio di competenza e al relativo aumento del numero di casi di Covid-19.	IDP217	Definizione di un piano di sorveglianza attiva di prevenzione COVID_19 nella fase post-emergenziale per tutte le strutture dell'ASSL di riferimento al fine	Documento trasmesso ATS il 29/04/2021

Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi

COD.OB	DESCRIZIONE OBIETTIVO	COD. IND.	DESCRIZIONE INDICATORE	RISULTATO
ODU0101	Garantire il Governo delle Liste d'Attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio al fine di garantire la tempestiva esecuzione della prestazione, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche	IDU022	% 64 prestazioni per l'accesso con codici B e D erogate entro il tempo standard	Intervallo >= 60% Risultato =68,57%
ODU0101	Garantire il Governo delle Liste d'Attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio al fine di garantire la tempestiva esecuzione della prestazione, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche	IDU023	Numero prescrizioni 1° accesso con UBDP / Totale delle prescrizioni 1° accesso * 100	Sterilizzato da ATS
ODU0116	Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	IDU053	Indice di gradimento medio	8,1 su 10

Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio

COD.OB	DESCRIZIONE OBIETTIVO	COD. IND.	DESCRIZIONE INDICATORE	RISULTATO
ODP0505	Miglioramento indicatori del PNE	IDP071	Numero parti cesarei primari / Numero parti con nessun pregresso cesareo * 100	Anno 2020: 28,26%; Anno 2021: 26,84% (Fonte dati: 3M!360)
ODP0540	Garantire la collaborazione delle attività alle attività del protocollo operativo della fase di consolidamento del progetto Screening SARDEGNA COVID FREE	IDP215	Numero medio di tamponi molecolari da protocollo fase 3 consolidamento PROGETTO SCREENING collegati ai casi positivi individuati nell'area territoriale di riferimento	Sterilizzato da ATS

Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione

COD.OB	DESCRIZIONE OBIETTIVO	COD. IND.	DESCRIZIONE INDICATORE	RISULTATO
ODP0610	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	IDP098	% di validità dei record di tutti i flussi indicati nel disciplinare SIDI (Sistema integrato per il debito informativo) e rispetto delle scadenze	100%

Si specifica che in merito all'Area dell'equilibrio economico-finanziario, non ci sono stati obiettivi che hanno interessato direttamente i Commissari delle Aree in quanto l'organizzazione dell'ATS avendo previsto un basso potere gestionale per le ASSL ha attribuito obiettivi di carattere economico esclusivamente ai Servizi Centrali: Dipartimento degli Acquisti, Dipartimento del Farmaco e Dipartimento della Committenza.

## 2.2.2 Produzione 2021 in sintesi

### A) Attività ospedaliera

L'andamento dell'attività ospedaliera nei due anni messi a confronto conferma il tendenziale calo del numero delle dimissioni nei nosocomi nuoresi degli ultimi anni, registrando una diminuzione complessiva pari all'8,39%. Per il secondo anno consecutivo l'Ospedale San Francesco ha svolto il ruolo di Ospedale Covid, funzione che ha contribuito al contenimento dell'attività di ricovero, pari tra il 2021 e il 2020 al 7,80%, con un peso significativo dell'attività in day Hospital che ha inciso per il 18,27%. L'attività del Presidio Cesare Zonchello, che ospita il reparto di Pneumologia, è in controtendenza con il presidio capofila, mostrando un segnale di ripresa con un più 23,36%, complice la maggior incidenza delle patologie respiratorie dovute alla pandemia. Il Presidio San Camillo (-31,97%), dislocato territorialmente nel Distretto Sanitario di Sorgono nell'anno 2021 deve il ridimensionamento alla cessazione temporanea dell'attività del reparto di Chirurgia Generale.

Si riportano nella tabella seguente i dati di produzione dei ricoveri relativi agli anni 2020/2021:

Stabilimento	Disciplina	2021				2020				Delta su Totale dimessi		Delta su Totale dimessi (Netto Covid)	
		Totale Dimessi	DH	DO	Di cui totale dimessi COVID*	Totale Dimessi	DH	DO	Di cui totale dimessi COVID*	Assoluto	%	Assoluto	%
P.O. San Francesco	0901 –Chirurgia Generale	599	59	540		702	215	487		-103	-14,67%	-103	-14,67%
	1401 –Chirurgia Vascolare–Angiologia	224	23	201	1	229	13	216		-5	-2,18%	-6	-2,62%
	1801 –Ematologia	977	595	382		839	491	348		138	16,45%	138	16,45%
	2101 –Geriatrica	622	53	569	1	909	37	872	1	-287	-31,57%	-287	-31,61%
	2401 –Malattie Infettive e Tropicali	112	1	111	1	184	3	181	15	-72	-39,13%	-58	-34,32%
	2402 - Malattie Infettive e Tropicali	247		247	38	127		127	60	120	94,49%	142	211,94%
	2403 - Malattie Infettive e Tropicali	112		112	61	131		131	71	-19	-14,50%	-9	-15,00%
	2404 - Malattie Infettive e Tropicali					1		1		-1	-100,00%	-1	-100,00%
	2601 - Medicina Generale	623	129	494	4	798	36	762		-175	-21,93%	-179	-22,43%
	2901 –Nefrologia	398	166	232		313	120	193		85	27,16%	85	27,16%
	3001 –Neurochirurgia	411	26	385		367	9	358		44	11,99%	44	11,99%
	3101 –Nido	553		553		598		598		-45	-7,53%	-45	-7,53%
	3201 –Neurologia	665	222	443	1	759	194	565	1	-94	-12,38%	-94	-12,40%
	3401 –Oculistica	106	75	31		849	833	16		-743	-87,51%	-743	-87,51%
	3601 - Ortopedia e Traumatologia	778	28	750		877	45	832		-99	-11,29%	-99	-11,29%
	3701 - Ostetricia e Ginecologia	1.832	559	1.273	2	1.827	613	1.214		5	0,27%	3	0,16%
	3801 - Otorinolaringoiatria	486	19	467		373	29	344		113	30,29%	113	30,29%
	3901 –Pediatria	597	42	555	1	458	22	436		139	30,35%	138	30,13%
	4001 –Psichiatria	208		208		183		183		25	13,66%	25	13,66%
	4301 –Urologia	822	198	624		810	255	555		12	1,48%	12	1,48%
4901 - Terapia Intensiva	163		163	8	142		142	5	21	14,79%	18	13,14%	
4902 - Terapia Intensiva	63		63	36	79		79	23	-16	-20,25%	-29	-51,79%	

	5001 - Unità Coronarica	1.160	209	951		1.416	209	1.207		-256	-18,08%	-256	-18,08%
Stabilimento	Disciplina	2021				2020				Delta su Totale dimessi		Delta su Totale dimessi (Netto Covid)	
		Totale Dimessi	DH	DO	Di cui totale dimessi COVID*	Totale Dimessi	DH	DO	Di cui totale dimessi COVID*	Assoluto	%	Assoluto	%
P.O. San Francesco	5201 - Dermosifilopatia	621	264	357		488	198	290	3	133	27,25%	136	28,04%
	6401 - Oncologia	495	495			548	548			-53	-9,67%	-53	-9,67%
	7301 - Terapia Intensiva Neonatale	246		246		223		223		23	10,31%	23	10,31%
	<b>P.O. San Francesco - Totale</b>	<b>13.120</b>	<b>3.163</b>	<b>9.957</b>	<b>154</b>	<b>14.230</b>	<b>3.870</b>	<b>10.360</b>	<b>179</b>	<b>-1.110</b>	<b>-7,80%</b>	<b>-1.085</b>	<b>-7,72%</b>
P.O. C. Zonchello	6801 - Pneumologia	301	18	283		244	32	212		57	23,36%	57	23,36%
	<b>P.O. C. Zonchello - Totale</b>	<b>301</b>	<b>18</b>	<b>283</b>	<b>0</b>	<b>244</b>	<b>32</b>	<b>212</b>	<b>0</b>	<b>57</b>	<b>23,36%</b>	<b>57</b>	<b>23,36%</b>
P.O. San Camillo	0901 - Chirurgia Generale	12		12		172	52	120		-160	-93,02%	-160	-93,02%
	2601 - Medicina Generale	454	214	240	3	513	194	319	2	-59	-11,50%	-60	-11,74%
	<b>P.O. San Camillo - Totale</b>	<b>466</b>	<b>214</b>	<b>252</b>	<b>3</b>	<b>685</b>	<b>246</b>	<b>439</b>	<b>2</b>	<b>-219</b>	<b>-31,97%</b>	<b>-220</b>	<b>-32,21%</b>
<b>Totale Ospedali Nuoro</b>		<b>13.887</b>	<b>3.395</b>	<b>10.492</b>	<b>157</b>	<b>15.159</b>	<b>4.148</b>	<b>11.011</b>	<b>181</b>	<b>-1.272</b>	<b>-8,39%</b>	<b>-1.248</b>	<b>-8,33%</b>

\* Riferimento Relazione della Gestione anno 2021. I casi COVID riportati in tabella sono stati estratti dal cruscotto Abaco, identificati in base alle linee guida ministeriali: Diagnosi 078.89 - Altre malattie da virus specificate. Il numero complessivo dei ricoveri Covid è in realtà superiore se considerati nel totale delle dimissioni dagli stessi reparti Covid (un totale tra i due anni rispettivamente pari a 422 e 338) oltre che a quei casi gestiti in altri reparti.

Fonte dati: Abaco

### Attività di sala operatoria

Si riportano di seguito i dati inerenti l'attività della sala operatoria estratti dal Sistema informativo ospedaliero relativi agli anni 2019 /2020/2021, rappresentata nel totale, per tipo e regime di intervento.

Interventi Anni 2019/2020/2021						
Presidio	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Variazione 2019/2020	Variazione 2020/2021	
San Francesco	7.498	5.686	6.027	-24,17%	6,00%	
San Camillo	287	54		-81,18%	0	
<b>Totale</b>	<b>7.785</b>	<b>5.740</b>	<b>6.027</b>	<b>-26,27%</b>	<b>5,00%</b>	

Tipo Interventi	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Incidenza % 2019	Incidenza % 2020	Incidenza % 2021
Elezione	5.248	3.609	3.966	67,41%	62,87%	65,80%
Emergenza	29	27	34	0,37%	0,47%	0,56%
Urgenza	1.890	1.550	1.517	24,28%	27,00%	25,17%
Urgenza differita	618	554	510	7,94%	9,65%	8,46%
<b>Totale complessivo</b>	<b>7.785</b>	<b>5.740</b>	<b>6.027</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Presidio	Regime	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Incidenza % 2019	Incidenza % 2020	Incidenza % 2021
San Francesco	Day Service	781	691	1.792	10,42%	12,15%	29,73%
	DaySurgery	2.139	1.511	555	28,53%	26,57%	9,21%
	Ordinario	4.578	3.484	3.680	61,06%	61,27%	61,06%
	<b>Totale</b>	<b>7.498</b>	<b>5.686</b>	<b>6.027</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>
San Camillo	Day Service		1	-	0,00%	1,85%	-
	DaySurgery	231	46	-	80,49%	85,19%	-
	Ordinario	56	7	-	19,51%	12,96%	-
	<b>Totale</b>	<b>287</b>	<b>54</b>	<b>-</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>-</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>7.785</b>	<b>5.740</b>	<b>6.027</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>



## Indicatori di risultato

Di seguito si rappresentano gli indicatori di Indicatori di risultato più significativi riferiti agli ultimi due anni:

Stabilimento	Voce	2021	2020	Delta Assoluto	Delta %
P.O. San Francesco	Occupazione PL DH	102,4%	88,0%	14,40%	16,44%
	Occupazione PL RO	63,0%	61,0%	2,00%	3,26%
	RO - Indice di rotazione	28,93	29,17	-0,24	-0,82%
	RO - Turn Over	4,67	4,90	-0,23	-4,68%
	Degenza media	8,58	8,42	0,16	1,83%
	Giorni Deg. Media Preoperatoria	2,01	2,16	-0,15	-6,94%
	Peso medio DO	1,23	1,22	0,01	0,82%
	Peso medio DH	0,93	0,88	0,05	5,68%
	Dimessi 0_2 giorno (dimessivivi)	1.693	1.751	-58	-3,31%
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	36,9%	35,0%	1,90%	5,50%
	% Ricoveriurgentibrevi	6,6%	5,1%	1,50%	29,61%
	% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	11,7%	11,5%	0,20%	2,02%
	% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	20,6%	20,7%	-0,10%	-0,48%
P.O. C. Zonchello	Occupazione PL DH	26,1%	15,8%	10,30%	65,00%
	Occupazione PL RO	64,7%	53,2%	11,50%	21,53%
	RO - Indice di rotazione	10,88	8,15	2,73	33,49%
	RO - Turn Over	11,83	20,99	-9,16	-43,61%
	Degenza media	21,70	23,90	-2,20	-9,21%
	Peso medio DO	1,23	1,22	0,01	1,11%
	Peso medio DH	0,94	1,13	-0,19	-16,50%
	Dimessi 0_2 giorno (dimessivivi)	14	11	3	27,27%
	% Ricoveriurgentibrevi	1,2%	0,5%	0,70%	121,54%
	% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	6,5%	10,3%	-3,80%	-36,25%
% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	22,2%	59,4%	-37,20%	-62,57%	
P.O. San Camillo	Occupazione PL DH	143,0%	93,0%	50,00%	53,72%
	Occupazione PL RO	35,3%	35,6%	-0,30%	-0,87%
	RO - Indice di rotazione	11,20	15,48	-4,28	-27,64%
	RO - Turn Over	21,01	15,22	5,79	38,07%
	Degenza media	11,46	8,53	2,93	34,37%
	Giorni Deg. Media Preoperatoria	0	0,40	-0,40	-100,00%
	Peso medio DO	1,12	1,03	0,09	8,74%
	Peso medio DH	0,72	0,73	-0,01	-1,37%
	Dimessi 0_2 giorno (dimessivivi)	29	83	-54	-65,06%
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	100,0%	95,8%	4,20%	4,35%
% Ricoveriurgentibrevi	8,6%	12,0%	-3,40%	-28,02%	
% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	2,4%	7,3%	-4,90%	-67,35%	
% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	31,8%	32,2%	-0,40%	-1,20%	
ASL 3	Occupazione PL DH	99,8%	83,7%	16,10%	19,14%
	Occupazione PL RO	61,6%	58,9%	2,70%	4,60%
	RO - Indice di rotazione	26,86	27,06	-0,20	-0,72%
	RO - Turn Over	5,21	5,56	-0,35	-6,27%
	Degenza media	9,00	8,72	0,28	3,15%
	Giorni Deg. Media Preoperatoria	2,01	2,016	-0,15	-6,94%
	Peso medio DO	1,23	1,21	0,02	1,65%
	Peso medio DH	0,91	0,88	0,03	3,41%
	Dimessi 0_2 giorno (dimessivivi)	1.736	1.845	-109	-5,91%
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	37,2%	37,3%	-0,10%	-0,45%
	% Ricoveriurgentibrevi	6,4%	5,3%	1,10%	20,45%
	% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	11,4%	11,3%	0,10%	0,61%
% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	21,6%	22,3%	-0,70%	-2,88%	

\* Riferimento Relazione della Gestione anno 2021.

Fonte dati: Abaco

## Indicatori di esito

Di seguito sono stati individuati i principali indicatori tra cui quelli del Piano Nazionali Esiti PNE che hanno costituito obiettivo specifico nei Piani operativi aziendali:

### Interventi chirurgici tumore colon retto Priorità A

Fonte dati: ABACO

Struttura	2021			2020			Delta 2021 - 2020
	Intervent entro 30 gg	Casi con priorità A	Indicatore	Intervent entro 30 gg	Casi con priorità A	Indicatore	Indicatore
ASL 3	17	22	77,3%	14	19	73,7%	3,6%

### Interventi tumore mammella Priorità A

Fonte dati: ABACO

Struttura	2021			2020			Delta 2021 - 2020
	Intervent entro 30 gg	Casi con priorità A	Indicatore	Intervent entro 30 gg	Casi con priorità A	Indicatore	Indicatore
ASL 3	8	10	80,0%	14	24	58,3%	21,7%

### Proporzione di IMA trattati con PTCA entro 2 giorni- media Regionale 65%-70%

Fonte dati: 3M 360

Struttura	2021			2020			Delta 2021 - 2020
	Interventi con PTCA entro 2 gg	IMA	Indicatore	Interventi con PTCA entro 2 gg	IMA	Indicatore	Indicatore
ASL 3	206	291	70,79%	219	305	71,80%	-1,01%

### Numero di fratture del femore operate entro 2 giorni a pazienti over 65- Target 60%

Fonte dati: 3M 360

Struttura	2021			2020			Delta 2021 - 2020
	Intervent entro 2 gg	Fratture del femore	Indicatore	Intervent entro 2 gg	Fratture del femore	Indicatore	Indicatore
ASL 3	115	286	40,21%	142	300	47,33%	-7,12%

### Percentuale parti cesarei primati (PCP)- Target 15% (maternità di 1° liv. < 1000 parti; maternità di 2° liv. > 1000 parti)

Fonte dati: 3M 360

Struttura	2021			2020			2021-2020		
	Totale dimessi PCP	Totale dimessi	Indicatore	Totale dimessi PCP	Totale dimessi	Proporzione PCP	Delta Numeratore	Delta Denominatore	Delta Indicatore
ASL 3	179	667	26,84%	197	697	28,26%	-18	-30	-1,43%

### Colecistectomia laparoscopica: degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni- Target 70%

Fonte dati: 3M 360

Struttura	2021			2020			Delta 2021-2020		
	Degenza < 3gg	Colec. Lapar	Proporzione	Degenza < 3gg	Colec. Lapar	Proporzione	Numeratore	Denominatore	Proporzione
ASL 3	15	15	100,00%	21	23	91,30%	-6	-8	8,70%

## B) Attività territoriale

L'attività ambulatoriale, erogata dalle Strutture direttamente gestite, presenta complessivamente un andamento in ripresa rispetto all'anno 2020 con un incremento in termini percentuali del +26,52% a livello ospedaliero, recupero delle attività confermato anche a livello territoriale che presenta una variazione tra il 2021/2020 del 20,63%, valore calcolato al netto delle prestazioni di laboratorio di Macomer, servizio inglobato dal 2021 nel Laboratorio Hub del P.O. San Francesco di Nuoro e per il quale è rimasto operativo il solo Centro Prelievi.

In linea generale tale incremento è ascrivibile alla riapertura graduale di diversi ambulatori, sia ospedalieri che territoriali, anche se la piena operabilità degli stessi è stata condizionata comunque dai protocolli per il contenimento dell'infezione da Covid-19 oltreché dalla numerosità dei casi di infezione verificatesi nel corso dell'anno.

L'attività di Diagnostica per immagini, registra un incremento a livello territoriale e nello specifico nel Poliambulatorio di Macomer per la senologia legato al potenziamento delle risorse a discapito dell'area ospedaliera.

Si riporta di seguito la sintesi delle prestazioni ambulatoriali erogate aggregate per macrostrutture:

MACRO STRUTTURE	Numero prestazioni			Variazione 2019/2020	Variazione 2020/2021
	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021		
<b>P.O. San Francesco</b>	<b>1.110.330</b>	<b>846.688</b>	<b>1.085.656</b>	<b>-23,74%</b>	<b>28,22%</b>
- di cui Laboratorio	824.965	610.811	861.134	-25,96%	40,98%
- di cui Radioterapia	65.085	76.938	70.924	18,21%	-7,82%
- di cui Radiologia	41.241	22.618	19.595	-45,16%	-13,37%
<b>P.O. San Camillo Totale</b>	<b>176.311</b>	<b>136.053</b>	<b>157.476</b>	<b>-22,83%</b>	<b>15,75%</b>
- di cui Laboratorio	157.600	124.741	144.896	-20,85%	16,16%
- di cui Radiologia	5.733	3.035	4.236	-47,06%	39,57%
- di cui Dialisi	4.757	3.039	2.523	-36,12%	-16,98%
<b>P.O. C. Zonchello</b>	<b>12.860</b>	<b>9.609</b>	<b>12.422</b>	<b>-25,28%</b>	<b>29,27%</b>
- di cui Pneumologia	8.537	6.563	8.894	-23,12%	35,52%
- di cui Radiologia	4.323	3.003	3.468	-30,53%	15,48%
<b>Totale Livello Ospedaliero</b>	<b>1.299.501</b>	<b>992.350</b>	<b>1.255.554</b>	<b>-23,64%</b>	<b>26,52%</b>

DISTRETTO DI NUORO	Numero prestazioni			Variazione 2019/2020	Variazione 2020/2021
	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021		
<b>Totale prestazioni Distretto di Nuoro</b>	<b>95.660</b>	<b>52.483</b>	<b>54.202</b>	<b>-45,14%</b>	<b>3,28%</b>
<b>Poliambulatorio di Nuoro</b>	<b>76.295</b>	<b>41.610</b>	<b>41.935</b>	<b>-45,46%</b>	<b>0,78%</b>
- di cui Cardiologia	26.562	14.301	13.200	-46,16%	-7,70%
- di cui Oculistica	11.913	4.884	5.458	-59,00%	11,75%
<b>Casa della Salute di Gavoi</b>	<b>14.616</b>	<b>7.460</b>	<b>8.667</b>	<b>-48,96%</b>	<b>16,18%</b>
- di cui Centro Prelievi	5.060	2.937	3.599	-41,96%	22,54%
- di cui Diabetologia ed Endocrinologia	2.246	1.070	1.166	-52,36%	8,97%
<b>Poliambulatorio di Bitti</b>	<b>4.749</b>	<b>3.413</b>	<b>3.600</b>	<b>-28,13%</b>	<b>5,48%</b>
- di cui Centro Prelievi	4.018	2.865	3.158	-28,70%	10,23%

Fonte Flusso File C

DISTRETTO DI MACOMER	Numero prestazioni			Variazione 2019/2020	Variazione 2020/2021
	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021		
<b>Poliambulatorio di Macomer</b>	<b>192.873</b>	<b>147.423</b>	<b>55.980</b>	<b>-23,56%</b>	<b>-62,03%</b>
- di cui Laboratorio	136.934	116.004		-15,28%	-100,00%
- di cui Centro Prelievi			13.404		100,00%
- di cui Diabetologia ed Endocrinologia	7.594	6.105	7.279	-19,61%	19,23%
- di cui Ecografia Radiologia Senologia	11.939	5.975	12.198	-49,95%	104,15%

Fonte Flusso File C

DISTRETTO DI SINISCOLA	Numero prestazioni			Variazione 2019/2020	Variazione 2020/2021
	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021		
<b>Totale prestazioni Distretto di Siniscola</b>	<b>91.100</b>	<b>54.137</b>	<b>60.618</b>	<b>-40,57%</b>	<b>11,97%</b>
<b>Poliambulatorio di Siniscola</b>	<b>57.099</b>	<b>33.412</b>	<b>38.100</b>	<b>-41,48%</b>	<b>14,03%</b>
- di cui Centro Prelievi	17.747	11.128	12.918	-37,30%	16,09%
- di cui Diabetologia ed Endocrinologia	11.288	5.109	5.970	-54,74%	16,85%
- di cui Radiologia	6.001	3.823	5.395	-36,29%	41,12%
<b>Poliambulatorio di Orosei</b>	<b>34.001</b>	<b>20.725</b>	<b>22.518</b>	<b>-39,05%</b>	<b>8,65%</b>
- di cui Centro Prelievi	14.870	10.408	10.545	-30,01%	1,32%
- di cui Diabetologia ed Endocrinologia	7.663	3.397	4.562	-55,67%	34,29%
- di cui Radiologia	2.913	1.254	1.547	-56,95%	23,37%

Fonte Flusso File C

DISTRETTO DI SORGONO	Numero prestazioni			Variazione 2019/2020	Variazione 2020/2021
	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021		
<b>Totale prestazioni Distretto di Sorgono</b>	<b>18.593</b>	<b>10.718</b>	<b>11.672</b>	<b>-42,35%</b>	<b>8,90%</b>
Poliambulatorio di Sorgono	15.948	9.495	10.677	-40,46%	12,45%
- di cui Cardiologia	3.328	1.908	2.509	-42,67%	31,50%
- di cui Oculistica	2.387	1.524	1.806	-36,15%	18,50%
<b>Poliambulatorio di Aritzo</b>	<b>1.249</b>	<b>598</b>	<b>448</b>	<b>-52,12%</b>	<b>-25,08%</b>
<b>Poliambulatorio di Desulo</b>	<b>1.396</b>	<b>625</b>	<b>547</b>	<b>-55,23%</b>	<b>-12,48%</b>

Fonte Flusso File C

### C) Attività di Prevenzione - Screening

L'attività di Screening costituisce un 'area di intervento sul quale l'Azienda deve investire maggiormente rispetto al passato in quanto ci sono difficoltà strutturali in particolare per la fase del 2° livello che a cascata limita l'attività organizzativa di base, in particolare per lo screening del colon.

Si riportano i risultati degli ultimi tre anni:

#### DATI ANNUALI SCREENING 2019

Screening	Popolazione bersaglio	Inviti totali (1°invito + sollecito)	Primi inviti	Solleciti	% Pop. Bersaglio invitata nel 2019	Presenze totali	Presenze primi inviti	% Adesione e primi inviti	Presenze solleciti	% Adesione e solleciti	% Adesione popolazione invitata (primi inviti + solleciti)	Pop. Bersaglio non convocata a 2019
Cervice	13.721	14.289	12.708	1.581	100%	5.566	5.323	41,85%	243	15,37%	38,95%	0
Mammella	11.588	8.347	8.347	0	72%	2.839	2.839	34,01%	0	0,00%	34,01%	3.234
Colon	23.036	23.046	23.021	25	100%	6.300	6.300	27,37%	0	0,00%	27,34%	0

#### DATI ANNUALI SCREENING 2020

Screening	Popolazione bersaglio	Inviti totali (1°invito + sollecito)	Primi inviti	Solleciti	% Pop. Bersaglio invitata nel 2020	Presenze totali	Presenze primi inviti	% Adesione e primi inviti	Presenze solleciti	% Adesione e solleciti	% Adesione popolazione invitata (primi inviti + solleciti)	Pop. Bersaglio non convocata a 2020
Cervice	13.502	7.327	7.086	241	54,20%	2.171	2.067	30%	104	43,00%	29,6%	6.416
Mammella	11.631	4.696	4.695	1	40,40%	1.536	1.535	33%	1	100,00%	32,7%	6.936
Colon	23.228	7.924	7.904	20	31,80%	519	507	6,50%	12	60,00%	6,5%	15.324

#### DATI ANNUALI SCREENING 2021

Screening	Popolazione bersaglio	Inviti totali (1°invito + sollecito)	Primi inviti	Solleciti	% Pop. Bersaglio invitata nel 2021	Presenze totali	Presenze primi inviti	% Adesione e primi inviti	Presenze solleciti	% Adesione e solleciti	% Adesione popolazione invitata (primi inviti + solleciti)	Pop. Bersaglio non convocata a 2021
Cervice	13.328	8.910	8.012	898	67%	2.580	2.352	29%	228	25,40%	29%	5.316
Mammella	11.684	5.362	5.357	5	46%	2.302	2.298	43%	4	80%	42,9%	6.327
Colon	23.406	2.153	2.152	1	9%	751	751	35%	0	0%	34,9%	21.254

Per l'anno 2022, l'attività di screening rimane quale obiettivo di mandato i cui target sono stati a livello regionale ridotti rispetto a quanto definito dai LEA riportandoli dal 50% per il colon rettale e la cervice e del 60% per il mammografico, rispettivamente ai valori di 15% - 30% - 25%.

### **2.2.3 La pianificazione triennale: Obiettivi Generali e Piano Regionale dei Servizi sanitari - anni 2022-2024**

In coerenza con la proposta di linee guida per la compilazione del PIAO tra gli obiettivi strategici si dovrà tener conto di quanto segue:

- 1) Obiettivi di semplificazione, coerenti con gli strumenti di pianificazione nazionali vigenti in materia;
- 2) Obiettivi di digitalizzazione;
- 3) Obiettivi e strumenti per realizzare la piena accessibilità dell'amministrazione;
- 4) Obiettivi per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere.

L'Azienda di Nuoro tenderà a conseguirli attraverso le seguenti azioni principali:

- Comunicazione, condivisione, trasparenza verso tutti gli stakeholder, favorendo la trasparenza delle procedure con la pubblicazione degli atti e la produzione degli stessi ai fini dell'accesso civico. Garantendo misure di prevenzione della corruzione e di processi finalizzati a sviluppare informatizzazione e tracciabilità dei flussi operativi e gestionali.
- Economicità e sostenibilità, rispetto al quale l'Azienda di Nuoro si impegna ad assicurare l'equilibrio economico tra risorse impiegate e risultati ottenuti nell'erogazione dei servizi assistenziali, in termini prioritariamente di incremento dell'efficienza e nella rimodulazione dei servizi offerti al fine di accrescere la qualità dei servizi erogati. Si precisa che al momento le risorse assegnate avendo carattere provvisorio, non possono costituire un vincolo effettivo e sarà cura dell'Azienda rappresentare in modo più puntuale l'effettivo utilizzo delle risorse.
- Reingegnerizzazione dei processi, costituisce un obiettivo strategico per la nostra Azienda finalizzata ad un processo di miglioramento continuo volta alla rimodulazione di percorsi già avviata mediante un'importante azione formativa volta a creare, oltre che una crescita del proprio capitale umano, l'interazione delle diverse figure presenti sanitarie e non creando i presupposti per la definizione di comunità di pratica per il monitoraggio continuo dei percorsi assistenziali (PDTA), per il potenziamento tecnologico e lo sviluppo del sistema informativo disponibile.
- Rilancio del ruolo regionale e locale. Pur consapevoli delle difficoltà che l'Azienda nuorese ha dovuto affrontare negli ultimi anni, che ne hanno offuscato la posizione a favore dei due poli del sud e nord Sardegna, ci si impegna a ridare la dignità non solo come ospedale di riferimento del centro Sardegna, ma potenziando l'integrazione ospedale e territorio con l'avvio dei nuovi percorsi relativi alla Telemedicina e Teleassistenza, attività che partiranno nel corso dei prossimi mesi.
- Sviluppo delle risorse interne da definirsi attraverso la formazione, sia di tipo gestionale che specialistica, un piano di assunzioni di nuovo personale al fine di sopperire alle forti carenze di organico attualmente presenti, oltre che con un programma di investimenti in tecnologie e attrezzature sanitarie, secondo quanto definito anche con le risorse del PNRR.

Per gli obiettivi strategici del triennio 2022-2024 il riferimento principale è il *Piano regionale dei servizi sanitari 2022-2024* approvato con la DGR n. 9/22 del 24 Marzo 2022, avente ad oggetto "Piano regionale dei

servizi sanitari 2022-2024. Legge regionale 11 settembre 2020, n. 24, art. 32", che definisce il contesto nel quale le Aziende Sanitarie sono chiamate nel triennio di riferimento a svolgere le loro funzioni.

Il Piano Sanitario prende avvio da un complesso lavoro di analisi del fabbisogno di salute della popolazione, che supporterà le scelte di programmazione sanitaria di medio e lungo periodo, mirando alla riorganizzazione della rete territoriale e dell'offerta di servizi ponendo il cittadino al centro del sistema assistenziale con l'intento di garantire i livelli di fruibilità e di disponibilità delle prestazioni in linea con le specifiche esigenze del territorio.

In tal senso sarà sicuramente determinante e di supporto quanto definito dal PNRR, che consentirà, grazie alle importanti risorse finanziarie messe in campo di poter creare quel valore aggiunto in termini di investimenti in tecnologia sanitaria, informatica e ammodernamento dell'edilizia sanitaria, elementi fondamentali per le attività progettuali che verranno avviate e già previste dal Piano Sanitario Regionale.

Le principali aree di azione per il triennio di riferimento 2022-2024 sono:

### **Promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio**

La tematica della Gestione del rischio, assume in sanità un ruolo determinante nelle azioni di miglioramento della qualità dei servizi offerti, protegge e incrementa il valore dell'azienda a vantaggio di tutti coloro che entrano in contatto con le strutture sanitarie; è da intendersi come processo che tende al miglioramento continuo della pratica clinica con il fine di renderla più sicura identificando i rischi e operando per ridurne l'entità e i conseguenti effetti. La gestione del rischio è un processo continuo, graduale e proattivo che deve essere integrato nella cultura dell'organizzazione.

La Regione Sardegna con la DGR n. 46/17 del 22/09/2015 ha approvato le linee di indirizzo per la gestione del rischio clinico, al fine di implementare un modello di gestione che abbia come perno i professionisti che operano all'interno delle strutture sanitarie individuando le aree di rischio, le azioni di miglioramento e la diffusione della cultura della sicurezza tra gli operatori sanitari.

Tale area tematica prevede per le strutture e i servizi sanitari:

- L'implementazione del sistema informativo regionale per il monitoraggio degli errori in sanità nelle strutture socio sanitarie del territorio, aumentando il livello di sicurezza del paziente e identificando le principali aree di rischio; l'obiettivo prevede l'inserimento dei servizi territoriali (compreso cure domiciliari e telemedicina) nel sistema di segnalazione e apprendimento (Sirmes);
- La prevenzione degli errori di comunicazione attraverso la promozione di protocolli e procedure operative tra i professionisti durante la transizione dell'assistenza trovando un valido riferimento nelle centrali operative territoriali (COT);
- La formazione di tutti i professionisti sanitari coinvolti nella rete della gestione del rischio territoriale e nelle COT.

### **Programmazione socio sanitaria. Il Percorso di presa in carico del paziente e le cronicità**

La rilevazione dei cambiamenti sociali, gli effetti determinati dalle evoluzioni epidemiologiche degli ultimi anni hanno fatto emergere nuovi bisogni di salute, ai quali è necessario dare risposta con un sostanziale



ripensamento organizzativo dell'assistenza sanitaria.

Alla luce di tali considerazioni, la Regione Sardegna intende potenziare il ruolo strategico dei sistemi di assistenza primaria e delle strutture territoriali, sviluppando i servizi erogati sul territorio, con percorsi di cura e assistenza organizzati all'interno della rete dei servizi.

La programmazione socio sanitaria regionale segue percorsi che mirano.

- ad implementare i servizi socio sanitari intorno ai bisogni di salute rilevati territorialmente;
- alla riorganizzazione dell'offerta di sanità territoriale attraverso lo sviluppo della rete assistenziale basata sulla medicina di prossimità e sulla sanità di iniziativa, con lo scopo di rendere omogenea ed equa l'accessibilità alle prestazioni e ai servizi assistenziali a tutti i cittadini;
- al potenziamento del distretto socio-sanitario quale punto di riferimento;
- al potenziamento delle strutture ausiliari territoriali quali le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e promuovendo l'assistenza delle cure domiciliari anche attraverso l'utilizzo delle più recenti tecnologie digitali;
- alla diffusione di una cultura che superi la visione dell'ospedale come unico luogo qualificato in cui poter avere cure adeguate. La missione dell'ospedale è la gestione delle acuzie, ma si è progressivamente consolidata la consuetudine ad una offerta inappropriata per mancanza di strutture adeguate sul territorio.

Alla luce di tali intenti, il Piano regionale ha stabilito il percorso della presa in carico dei pazienti che le aziende dovranno intraprendere i prossimi anni per essere quanto più vicino al domicilio dell'utenza, il che implica la costruzione di reti cliniche integrate che coinvolgano professionalità e centri di per gli opportuni riferimenti.

La presa in carico del paziente seguirà percorsi differenti a seconda dei bisogni di salute dell'individuo, che può afferire alla "popolazione sana", che non manifesta alcun bisogno di salute ma è destinataria di interventi di prevenzione e promozione della salute, o alla popolazione con bisogni prevedibili, cioè a coloro il cui bisogno è già correttamente codificato e consente la programmazione degli accessi o nei casi in cui fosse necessario permette di anticiparli realizzando il passaggio dalla medicina di attesa alla cosiddetta medicina di iniziativa.

La presa in carico avverrà quindi con l'inserimento del paziente in un circuito di assistenza in cui l'indicazione a cadenze definite delle prestazioni da svolgere avverrà per impulso della stessa struttura che lo ha in carico sollevandolo dall'onere di dover provvedere in autonomia alla programmazione e alla prenotazione delle prestazioni necessarie.

In questo quadro non si può non fare riferimento alle patologie croniche, in merito alle quali la Regione Sardegna recependo con la DGR 36/44 del 31/08/2021, il Piano Nazionale delle Cronicità approvato nella Conferenza Stato Regioni del 2016, ha evidenziato la diversità dell'approccio assistenziale rispetto alla gestione dell'acuto, perché il malato cronico necessita di assistenza per periodi più lunghi, che rendono necessari l'integrazione tra Servizio sanitario e servizi sociali. Strumento rilevante in questo scenario è il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), grazie al quale la presa in carico del paziente vede

integrarsi tutti gli attori dell'assistenza: cure primarie, specialistica ambulatoriale, assistenza territoriale e ospedaliera oltre alla comunità.

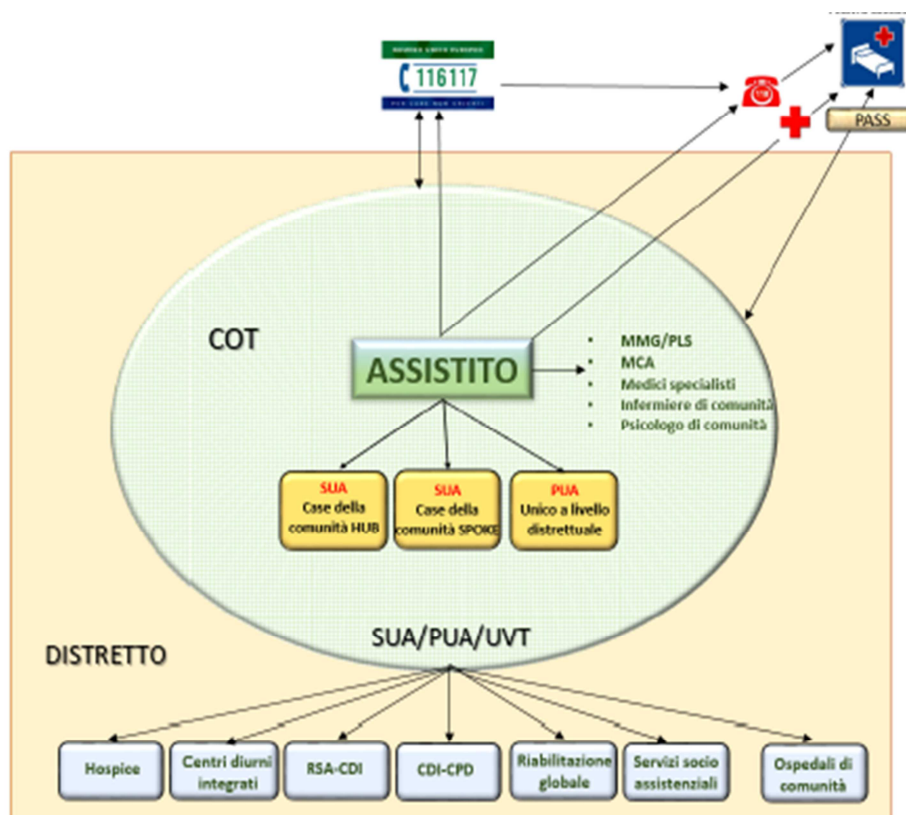
### Il nuovo ruolo del Distretto socio sanitario

Il quadro epidemiologico che caratterizza il nostro attuale contesto sociale, caratterizzato da un aumento della popolazione anziana e delle patologie croniche e degenerative, impone una rimodulazione della rete dei servizi territoriali attraverso una rivalutazione delle sue componenti sanitaria e socio-sanitaria. In tale contesto il distretto assume un ruolo strategico.

La L.R. 24/2020, all'art. 37 comma 3, stabilisce che *“i distretti socio-sanitari costituiscono l'articolazione territoriale dell'ASL e il luogo proprio dell'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale; essi sono dotati di autonomia tecnico-gestionale, nell'ambito degli obiettivi posti dall'atto aziendale, economico-finanziaria, nell'ambito delle risorse assegnate e di contabilità separata all'interno del bilancio aziendale”*. I distretti socio-sanitari, inoltre, *“concorrono a realizzare la collaborazione tra l'ASL e i comuni”*.

Il nuovo assetto istituzionale e organizzativo, in via di attuazione da parte della Regione, consiste in un modello assistenziale basato sul rafforzamento dei servizi territoriali, valorizzando il ruolo dell'assistito, integrando i servizi sanitari in un approccio sinergico incentrato sul rafforzamento dei servizi sanitari locali, che consentano la presa in carico globale del cittadino e che tenga conto delle preferenze e delle esigenze della persona.

L'organizzazione del distretto socio-sanitario e la rete dei servizi che la Regione Sardegna intende promuovere e attivare sul territorio e rappresentata nella figura seguente:



Fonte dati: Piano Regionale dei Servizi sanitari 2022/2024 (pag. 41)

Il cittadino in caso di bisogno può:

- contattare il proprio MMG/PLS, oppure il medico di continuità assistenziale e/o il medico specialista;
- contattare telefonicamente il numero 116117 per le cure mediche non urgenti, che offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24h e 7 giorni la settimana, in grado di garantire al cittadino informazioni sull'offerta dei servizi territoriali, nonché sulle modalità di accesso;
- contattare telefonicamente il 118, in caso di emergenze sanitarie, oppure recarsi fisicamente presso un Pronto soccorso;
- recarsi fisicamente presso il SUA, lo sportello di accesso ai servizi, sito presso una delle Case della comunità dislocate sul territorio, oppure presso il PUA, collocato preferibilmente a livello distrettuale e/o presso le Case della comunità Hub.

Rilevante è il ruolo delle **Case della Comunità** quale struttura ausiliaria territoriale del Servizio sanitario regionale, che raccoglie l'offerta extra-ospedaliera del servizio sanitario, integrata con il servizio sociale; la Casa della comunità (CdC) è una struttura fisica in cui operano i team multidisciplinari e professionali di MMG, PLS, medici specialistici, infermieri, psicologi, assistenti sociali e altri professionisti della salute. Costituisce il punto di riferimento continuativo per la comunità, anche attraverso l'utilizzo di un'infrastruttura informatica, e inoltre, prevede, al suo interno, un servizio dedicato alla raccolta del bisogno da parte del cittadino (SUA) per le valutazioni multidimensionali (UVT).

Il coordinamento della rete territoriale è affidato alla **Centrale operativa territoriale (COT)** che è il luogo dove si incontrano virtualmente i responsabili dei percorsi/processi assistenziali e dove si raccolgono, classificano e smistano le richieste per indirizzarle verso l'appropriata soluzione.

La COT costituisce pertanto uno strumento organizzativo innovativo, agisce in forte interconnessione con la UVT, in quanto svolge funzioni di coordinamento degli interventi per la presa in carico dell'assistito e di raccordo tra le attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ed ospedaliere; dialoga con la rete dell'emergenza urgenza; offre supporto nella gestione e nell'assistenza delle persone che presentano bisogni sanitari e sociosanitari complessi, garantendo sostegno informativo e logistico e razionalizzando gli interventi grazie ad un più efficace coordinamento e all'implementazione della telemedicina e di tutti gli strumenti informatici e tecnologici necessari. Tale organizzazione si rivolge in modo specifico alle persone con cronicità complesse, fragili, non autosufficienti, persone con disabilità, con problemi afferenti alla salute mentale, malattie rare.

La porta d'accesso al sistema è rappresentata dal **SUA/PUA**, che accoglie ed ascolta le esigenze dell'assistito, offre risposte assistenziali personalizzate e proporzionali all'intensità di cura.

Il modello organizzativo prevede anche il ricorso all'**Ospedale di Comunità**, struttura territoriale intermedia tra le Case di Comunità e gli Ospedali, destinata ai pazienti che necessitano di interventi sanitari a media e bassa intensità clinica e per degenze di breve durata, massimo 15-30 giorni, che richiedono un'assistenza infermieristica anche notturna e che, per motivi diversi, non possono essere curati al domicilio. Opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari e in particolare è in raccordo con le COT.

### **Strumenti a supporto della Rete socio-sanitaria territoriale**

Il rafforzamento della sanità del territorio, che favorisca una sanità distribuita, più vicina al vissuto quotidiano dei cittadini, con la cura erogata in prossimità del paziente e meno incentrata sull'ospedale, è un

modello che richiede la costruzione di adeguati percorsi di diagnosi e cura e riabilitazione, che possano attraversare trasversalmente più strutture organizzative e consentire la collaborazione di molteplici figure professionali, sia in ambito sanitario che socio-sanitario.

In questo contesto, la sanità digitale può rappresentare un alleato prezioso:

➤ *La telemedicina*

La Telemedicina viene definita dalle linee di indirizzo nazionali emanate dal Governo come la “...modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies(ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni edati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti. I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/terapeutico, tuttavia la prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per potenzialmente migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza. La Telemedicina deve altresì ottemperare a tutti i diritti e obblighi propri di qualsiasi atto sanitario”.

Le «Indicazioni» approvate dalla Conferenza Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 hanno definito con maggiore precisione cosa si intende per “Telemedicina”, nelle varie declinazioni, focalizzando l’attenzione sulla qualità delle procedure a distanza e sulle modalità di esecuzione.

Nell’ambito della specialistica ambulatoriale le interazioni a distanza possono avvenire tra medico e paziente oppure tra medici o tra medici e altri operatori sanitari, in particolare si distinguono:

- *televisita*: interazione medico/paziente ed eventuale supporto del caregiver o operatore sanitario. Può essere considerata come prestazione specialistica ai sensi della normativa vigente;
- *teleconsulto*: interazione medico / medico, non è prevista una remunerazione a prestazione, né una tariffa *ad hoc*;
- *telecooperazione*: interazione tra personale sanitario (medici o operatori sanitari).

La tabella di seguito sintetizza la classificazione dei servizi di telemedicina:

TELEMEDICINA					
CLASSIFICAZIONE		AMBITO	PAZIENTI		RELAZIONE *
TELEMEDICINA SPECIALISTICA	TELEVISITA	SANITARIO	PUO' ESSERE RIVOLTO A PATOLOGIE ACUTE, CRONICHE, A SITUAZIONI DI POST ACUZIE	PRESENZA ATTIVA DEL PAZIENTE	B2C B2B2C
	TELECONSULTO			ASSENZA DEL PAZIENTE	B2B
	TELE COOPERAZIONE SANITARIA			PRESENZA DEL PAZIENTE, IN TEMPO REALE	B2B2C
TELESALUTE		SANITARIO	E' PREVALENTEMENTE RIVOLTA A PATOLOGIE CRONICHE	PRESENZA ATTIVA DEL PAZIENTE	B2C B2B2C
TELEASSISTENZA		SOCIO-ASSISTENZIALE	PUO' ESSERE RIVOLTA AD ANZIANI E FRAGILI E DIVERSAMENTE ABILI		

\* B2B: Individua la relazione tra medici  
 B2B2C: Individua la relazione tra un medico e un paziente mediata attraverso un operatore sanitario  
 B2C: Individua la relazione tra medico e paziente

Di seguito si sintetizzano le principali motivazioni e i benefici attesi che spingono allo sviluppo e all'adozione di tecniche e strumenti di Telemedicina:

- *Equità di accesso all'assistenza sanitaria*
- *Migliore qualità dell'assistenza garantendo la continuità delle cure*
- *Migliore efficacia, efficienza, appropriatezza*

L'invecchiamento della popolazione e la forte prevalenza di malattie croniche sull'acuzie, incentivano l'introduzione della Telemedicina, che ha una immediata ricaduta nel rendere fruibile e continua la comunicazione fra i diversi attori e orientare gli erogatori verso un utilizzo appropriato delle risorse, riducendo i rischi legati a complicanze, il ricorso alla ospedalizzazione, i tempi di attesa, ottimizzando nel contempo l'uso delle risorse disponibili. La disponibilità di informazioni tempestive e sincrone offre inoltre la possibilità di misurare e valutare i processi sanitari con questa modalità organizzativa attraverso indicatori di processo ed esito.

Diversi sono gli impieghi e le utilità che la telemedicina è in grado di produrre, spaziano dall'emergenza/urgenza, passando per patologie croniche rilevanti e per i bisogni di diagnosi e cura, fino al monitoraggio.

Affinché i benefici della Telemedicina siano fruibili occorre però, definirne le procedure e la loro integrazione nei modelli di assistenza. Pertanto, si ritiene indispensabile stabilire regole omogenee e standard di servizio per l'adeguamento dei sistemi informativi sanitari regionali e aziendali, i flussi informativi, gli elenchi delle codifiche (es. Nomenclatore tariffario delle prestazioni), schemi delle informative secondo la normativa vigente in materia di privacy e sicurezza.

➤ Fascicolo sanitario elettronico

Il fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) viene definito dalla normativa come l'insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito.

Il cittadino detiene la sua storia sanitaria ed ogni azione medica che lo riguarda viene tracciata e codificata, evitando anche la ripetizione di indagini cliniche non necessarie e può condividerla con i professionisti sanitari per garantire un servizio più efficace ed efficiente.

Tutte le informazioni e i documenti che costituiscono il FSE sono resi interoperabili per consentire la sua consultazione e il suo popolamento in tutto il territorio nazionale e non solo nella regione di residenza dell'assistito.

L'utilizzo del Fascicolo mira, ad agevolare l'assistenza del paziente, a offrire un servizio volto a facilitare l'integrazione delle diverse competenze professionali, oltre a fornire una base di dati consistente afferendo a un ampio spettro di attività dei servizi sanitari che spaziano dalla prevenzione, diagnosi e cura, alla ricerca scientifica, alla verifica della qualità delle cure, alla valutazione dell'assistenza sanitaria e la conseguente programmazione.

➤ Cartella clinica territoriale informatizzata

La cartella clinica informatizzata è la trasposizione in digitale dei moduli cartacei tradizionali e che, in molti casi ancora si utilizzano, per documentare le attività svolte in merito al paziente.

La cartella clinica territoriale informatizzata, deve permettere l'integrazione tra i diversi nodi della rete di assistenza compresi quelli ospedalieri; il concetto di integrazione va inteso come un sistema capace di elaborare un piano diagnostico ed assistenziale unitario grazie al supporto della rete che attraverso un unico punto di accesso, indirizzi il paziente lungo un percorso delineato e coerente con la diagnosi.

Essa è in grado di creare valore, se supporta l'attività del medico e dell'infermiere in modo pro-attivo, segnalando informazioni utili e dando suggerimenti e avvisi su rischi e scelte coerenti con il quadro clinico del paziente.

Affinché la cartella clinica territoriale diventi uno strumento fruibile, è necessario adottare delle linee di intervento volte al potenziamento del sistema informativo sviluppando strumenti telematici che consentano, grazie alla crescente digitalizzazione dei percorsi sanitari, il governo in tempo reale delle informazioni.

**Governo della domanda e delle liste d'attesa**

Il Servizio Sanitario Regionale nell'articolo 1 della L.R. n. 24 del 11.09.2020 tra i principi e le finalità generali, indica alla lettera c: "garantire la progressiva riduzione dei tempi d'attesa nell'accesso alle prestazioni sanitarie al fine di raggiungere la tempestività dei servizi erogati dal Servizio sanitario regionale"

La consapevolezza crescente della disomogeneità nella fruibilità dei servizi sanitari sul nostro territorio regionale, in particolare per coloro che popolano le zone più interne della regione, accresce la volontà di intervenire con azioni concrete per migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari su tutto il territorio.

La Regione Sardegna ha disposto negli ultimi anni più atti per il Governo delle Liste di attesa (PRGLA) definendo le principali linee di intervento in materia di gestione dei tempi e delle liste di attesa volte ad incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero.

L'obiettivo è migliorare il governo della domanda basato su principi di appropriatezza clinica e organizzativa, potenziandola gestione delle liste di attesa attraverso il corretto utilizzo delle classi di priorità in cui vengono ripartite le agende, in ognuna delle quali sono distribuiti i posti complessivamente disponibili.

Questo meccanismo consente di utilizzare efficacemente la capacità dell'offerta dell'Azienda, anche in momenti particolari dell'anno o per prestazioni per le quali la domanda è oscillante e non prevedibile a priori.

Il sistema di gestione così articolato consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscono informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa.

Le Aziende sanitarie, che erogano le prestazioni, devono rispettare i tempi massimi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie, secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, per ogni classe di priorità:

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

Al momento, sono oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, esclusivamente le prime visite e le prestazioni strumentali di primo accesso, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto. Sono invece escluse dal monitoraggio tutte le prestazioni di controllo/follow-up, le prestazioni erogate nell'ambito della prevenzione attiva (screening), le prestazioni erogate nei consultori e in contesti assistenziali diversi.

Nel corso degli ultimi anni l'Azienda Sanitaria di Nuoro, dando seguito alle disposizioni regionali (riferimento alla DGR 46/47), ha messo in atto delle azioni volte al coinvolgimento degli specialisti convenzionati ed ospedalieri per l'abbattimento delle liste più critiche, attività parzialmente interrotta nel 2020, ma che ha visto la sua ripresa nell'anno 2021 e proseguita nel 2022 con l'adozione con Delibera n. 77 del 29/03/2022 del Piano operativo di recupero delle liste di attesa Covid-19 (Articolo 1, comma 276, della legge 30 dicembre 2021, n. 234).

### **La salute della donna e del bambino**

Non si possono non considerare gli effetti positivi che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione hanno sulla qualità del benessere psicofisico, nella popolazione generale attuale e futura. Per questo motivo la tutela della salute in ambito materno infantile costituisce un impegno di valenza strategica nei sistemi socio sanitari.

Il DPCM 29 novembre 2001 ("Definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)") ha previsto quali LEA distrettuali rivolti alle donne, alle coppie e alle famiglie le prestazioni relative a:

- educazione alla maternità responsabile e somministrazione dei mezzi necessari per la procreazione responsabile;
- tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento;
- assistenza alle donne in stato gravidanza;
- assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza;
- assistenza ai minori in stato di abbandono o in situazione di disagio;
- adempimenti per affidamenti ed adozioni.

Con il DPCM 12 gennaio 2017 ("Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502"), si ampliano le precedenti prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative, che il Servizio sanitario nazionale deve garantire alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie.

Il Piano Regionale intende riorganizzare i servizi per la tutela della salute della donna e del bambino su tre livelli:

- *Livello base*: rivolto ai minori, alle donne, alle coppie e alle famiglie, erogato dal territorio, caratterizzato dalla prossimità dei servizi nell'ambito dell'assistenza distrettuale ad accesso diretto;
- *Livello specialistico*: con attività di diagnosi e cura da svolgersi presso gli ambulatori distrettuale e/o gli ambulatori ospedalieri per i livelli assistenziali più elevati;
- *Livello di assistenza ospedaliera*.

I principali obiettivi perseguiti sono:

- riorganizzazione dell'assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie attraverso la realizzazione della rete di cura integrata dedicata al tema materno-infantile.
- riproporre il consultorio familiare quale luogo privilegiato dei percorsi di cura di maternità, infanzia e adolescenza, nell'ambito dell'organizzazione del Distretto Sanitario.
- attivazione della rete del percorso nascita
- ridurre il ricorso all'aborto chirurgico in favore dell'aborto medico;
- attivazione della parte sanitaria della rete anti violenza territoriale.

### **La salute mentale e l'integrazione socio-sanitaria**

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), il peso globale dei disturbi mentali continua a crescere con un conseguente impatto sulla salute e sui principali aspetti sociali, umani ed economici in tutti i Paesi del mondo.

I disturbi mentali, che comprendono i disturbi psicotici (come la schizofrenia, il disturbo schizofreniforme, il disturbo schizo affettivo, il disturbo delirante), i disturbi dell'umore (come il disturbo bipolare e la depressione maggiore), disturbi d'ansia, anoressia e bulimia nervose, disturbi da abuso di sostanze e di alcol, costituiscono un importante problema di sanità pubblica. Si presentano infatti in tutte le classi d'età, sono associati a difficoltà nelle attività quotidiane, nel lavoro, nei rapporti interpersonali e familiari, e sono all'origine di elevati costi sociali ed economici per le persone colpite e per le loro famiglie.

La crescente consapevolezza dell'aumento della sofferenza e del carico di malattia che circonda i disturbi mentali ha reso necessarie azioni di prevenzione oltre che di cura di queste patologie. L'Oms sottolinea, infatti, come la prevenzione e la promozione della salute mentale siano basate sulla consapevolezza e sulla comprensione dei segni premonitori e dei sintomi del disturbo mentale.

Con il Piano sanitario la Regione Sardegna promuove e tutela la salute mentale attraverso la Rete Regionale dei Servizi per la Salute Mentale (ReRS-SM), offrendo servizi differenziati per sottogruppi di assistiti, di cui la Asl costituisce attore principale, operando in tutti i quattro distretti con strutture ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali.



### **Le reti clinico assistenziali**

L'offerta sanitaria organizzata sul modello della rete, assicura continuità assistenziale dalla fase di accesso a quella di follow up e consente di rispondere alla richiesta di servizi in modo flessibile. Costituisce il modello organizzativo che mette in relazione le competenze, le risorse e i rapporti distrettuali e inter distrettuali, mette in relazione professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologie e livelli diversi.

Con la deliberazione della Giunta regionale n. 6/15 del 2016, è stato istituito il Comitato di Organizzazione delle Reti Integrate (CORI) con lo scopo di definire una metodologia per l'accreditamento dei centri specialistici nelle reti di cura, in termini di competenze, di processi (linee guida, PDTA) e di casistica prodotta (volumi e esiti), nonché delle metodologie di governo delle stesse al fine di garantire uniformità di gestione indipendentemente dalla patologia di riferimento.

Con successiva deliberazione n.34/10 del 03.07.2018 sono state dettate le linee di indirizzo per la definizione delle Reti integrate di cure e sono stati indicati i requisiti obbligatori ai fini del loro funzionamento.

Nell'ambito della creazione della rete, emerge una criticità, rappresentata dal processo di dimissione ospedaliera, che deve avere una dettagliata declinazione, in modo particolare per le malattie croniche, che richiedono cure continuative e profonda conoscenza delle condizioni sociali di vita dell'assistito e uno sviluppo adeguato e diversificato dell'offerta assistenziale territoriale. A tal proposito assume priorità il rafforzamento della rete oncologica e della rete diabetologica.

Lo sviluppo progettuale delle reti cliniche non può prescindere dal considerare l'offerta dei servizi territoriali del bacino di riferimento, secondo il principio di prossimità delle cure, assicurando il mantenimento delle competenze professionali all'interno della rete e coordinate attraverso una Centrale Operativa Territoriale che gestisca i flussi informativi con un ruolo di collettore fra i livelli di cure ospedaliero e territoriale.

## Il Piano Sanitario regionale 2022/2024 in Sintesi

In forma sintetica si riportano gli obiettivi declinati nel Piano Sanitario Regionale raggruppati per area tematica, con l'indicazione delle linee di finanziamento prescelte.

Area tematica	Linee di finanziamento
Promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio	
La sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico	
Implementazione del sistema informativo regionale per il monitoraggio degli errori in sanità nelle strutture socio sanitarie del territorio	PNRR Assegnazioni statali Fondi regionali
La prevenzione degli errori di comunicazione attraverso la promozione di protocolli e procedure operative tra i professionisti durante la transizione dell'assistenza	
Formazione	
La programmazione socio-sanitaria. Il percorso di presa in carico del paziente e la cronicità	
La presa in carico	FESR FSE
La cronicità	
Stratificazione e targeting della popolazione	PNRR FSE PN Equità nella salute Assegnazioni statali Fondi regionali
Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce	
Presa in carico e gestione del paziente ed erogazione di interventi personalizzati per la gestione del paziente	
Valutazione della qualità delle cure erogate	
Il nuovo ruolo del Distretto socio-sanitario	
Le Case della comunità	PNRR FESR FSE Fondi regionali
Centrali operative territoriali	PNRR FESR
Ospedali di comunità	PNRR FESR
Assistenza delle Cure primarie	PNRR FSE Fondi regionali
Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale e Centri diurni integrati	Fondi regionali
Assistenza riabilitativa	Fondi regionali
Rete dei servizi di riabilitazione per i disturbi della disabilità in età evolut.	FESR FSE Fondi regionali
Cure domiciliari integrate e Cure palliative domiciliari	PNRR Assegnazioni statali Fondi regionali
Centri residenziali per le cure palliative - Hospice	Fondi regionali
Assistenza protesica ed integrativa	Assegnazioni statali Fondi regionali
Consultori familiari	Si rimanda al punto 9
Assistenza farmaceutica	Fondi regionali
Farmacie convenzionate	PNRR
Razionalizzazione della logistica	Fondi regionali
Strumenti a supporto della Rete socio-sanitaria territoriale	
Telemedicina	PNRR FESR Fondi regionali
Fascicolo Sanitario Elettronico	PNRR FESR
Sistema informativo delle cure primarie	
Cartella Clinica territoriale informatizzata	PNRR FESR Fondi regionali
Numero unico europeo armonizzato (NE) 116117 di continuità territoriale	FESR Fondi regionali
Governo della domanda e delle liste di attesa	
Governo della domanda e delle liste di attesa	Assegnazioni statali Fondi regionali
La Salute della donna e del bambino	
La Rete materno infantile	FESR FSE PN Equità nella salute Fondi regionali
Percorso nascita	
Percorso di interruzione volontaria di gravidanza	
Rete territoriale anti violenza	
La Salute Mentale e l'integrazione socio-sanitaria	
Piano strategico per lo sviluppo della ReRS-SM	FSE Assegnazioni statali Fondi regionali PN Equità
Le Reti clinico assistenziali	
Le Reti clinico assistenziali	FSE

Fonte: Piano Regionale dei Servizi Sanitari (tab. 104 – pag 184)

## **2.2.4 - Obiettivi specifici e strategici di mandato anno 2022**

In riferimento alla DGR n. 14/30 del 29.04.2022, sono stati assegnati dalla Giunta Regionale su proposta dell'Assessorato gli Obiettivi ai Direttori delle Aziende Sanitarie Regionali per l'Anno 2022.

L'art. 36 della L.R. n. 24/2020:

- a) definisce preventivamente gli obiettivi generali dei Direttori Generali coerentemente con gli obiettivi di programmazione regionale;
- b) assegna, sulla base della programmazione regionale e aziendale a ciascun Direttore generale, all'atto della nomina e successivamente con cadenza annuale, gli specifici obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse.

In particolare è stato attribuito un peso pari al 30% al raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1, comma 865, della legge n. 145/2018; il restante 70% è in funzione del raggiungimento degli obiettivi strategici definiti con la DGR 14/30.

Si fa presente che è pervenuta in data 20/06/2022 la nota n. 15999 da parte della Direzione Generale della Sanità con la quale viene richiesto ai Direttori delle Asl, proposte e osservazioni da definirsi entro la data di approvazione del presente Piano, pertanto gli obiettivi di mandato qui rappresentati sono da considerarsi al momento ancora provvisori.

### Obiettivo specifico – Tempi di pagamento dei debiti commerciali

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Standard (Valore/range di risultato)</b>
Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	Numero medio di giornate di ritardo	Numero 0 giornate di ritardo

L'art. 1 comma 865 della L. 145/2018 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021", ha stabilito che per gli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi Direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato.

La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento. La predetta quota dell'indennità di risultato:

- a) non è riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo;
- b) è riconosciuta per la metà qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni;
- c) è riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni;
- d) è riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni.

## Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici attribuiti si articolano su due differenti livelli ripartiti in aree di intervento:

- Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità;
- Livello della sostenibilità economica e finanziaria.

### Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità

- *Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana*

Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)
Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglioannua)*100	<b>screening cervicale:</b> tasso di adesione reale $\geq 30\%$ in tutte le ASL; <b>screening coloratale:</b> tasso di adesione reale $\geq 15\%$ in tutte le ASL; <b>screening mammografico</b> $\geq 25\%$ in tutte le ASL

Secondo la Regione, lo standard di adesione reale previsto dal sistema di monitoraggio LEA è pari al 50% per lo screening cervicale e coloratale, e al 60% per lo screening mammografico. Considerati i livelli di adesione reale per ciascuno dei tre screening registrati nel 2019 (anno prepandemiaCovid 19) e considerata la regressione delle attività del 2020 causata dalla pandemia, si propone di riportare l'adesione reale in tutte le ASL, come minimo, al livello medio regionale per ciascuno screening registrato nel 2019. Adesione reale al 2019: screening cervicale 29,4%; screening coloratale 14,9%; screening mammografico 25,1%. L'obiettivo si intende raggiunto in proporzione al raggiungimento dello standard riferito ai tre indicatori (1/3 per ciascuno screening).

Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)
Attivare gli 8 Piani Mirati di Prevenzione (PMP) con l'attuazione, per ciascuno di essi, dei seminari di avvio, della formazione e dell'informazione/comunicazione (come previsto per il 2022 nel PRP 2020-2025) in ogni sede SpreSAL	<b>Numeratore:</b> numero di PMP attivati da parte di ogni sede SpreSAL di ciascuna ASL x 100 <b>Denominatore:</b> numero complessivo di PMP (n. 8) da attivare da parte di ogni sede SpreSAL di ciascuna ASL	100% (= 8/8 x 100)

Nota: per i dettagli si rimanda al Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025

Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)
Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO	(N. interviste caricate in piattaforma / N. interviste target definito dall'ISS) *100	80% delle interviste previste per il raggiungimento del target stabilito dall'ISS per ciascuna sorveglianza

PASSI d'Argento è il sistema di sorveglianza dedicato alla popolazione anziana, di 65 anni e più, che completa il quadro offerto dalla sorveglianza PASSI dedicata agli adulti.

Come il sistema di sorveglianza PASSI, anche PASSI d'Argento si caratterizza come una sorveglianza in Sanita Pubblica che raccoglie informazioni dalla popolazione generale residente in Italia, su salute e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza o alle complicanze delle malattie croniche non trasmissibili.

I temi indagati in PASSI d'Argento sono molteplici e consentono di disegnare il profilo della popolazione ultra65enne centrato sui tre pilastri dell'invecchiamento attivo, individuati dalla strategia Active Ageing dell'OMS:

- salute;
- partecipazione;
- sicurezza.

Sulla **salute** e prevenzione vengono raccolte informazioni inerenti: la salute percepita, la soddisfazione per la propria vita, la qualità della vita connessa alla salute (*unhealthydays*), i sintomi di depressione (*PatientHealth Questionnaire-2*) la presenza di patologie croniche e l'autonomia nelle attività funzionali e strumentali della vita quotidiana (ADL e IADL), la presenza di problemi sensoriali (di vista, udito, masticazione), le cadute, l'uso dei farmaci, la vaccinazione antiinfluenzale e fattori di rischio comportamentali (fumo, alcol, consumo di frutta/verdura, eccesso ponderale o perdita di peso involontaria, attività fisica).

Nell'ambito della **partecipazione** vengono raccolte informazioni sullo svolgimento di attività lavorative retribuite, sul supporto fornito alla famiglia o alla collettività e sulla partecipazione eventi sociali o a corsi di formazione.

Infine sul tema della **tutela** vengono indagati aspetti inerenti l'accessibilità ai servizi socio-sanitari, alla qualità dell'ambiente di vita e alla sicurezza domestica, alla sicurezza del quartiere.

Il periodo di rilevazione è gennaio -dicembre 2022. Rif. DPCM 3 marzo 2017 "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie".

Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)
Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (RENCAM) per almeno tre annualità consecutive, comprese tra il 2017 e il 2020	(N. schede codificate/N. annuale deceduti residenti)*100	80%

L'obiettivo è funzionale all'avvio e al consolidamento del Registro Tumori regionale (DGR 25/11 del 3.5.2016; Determinazione DG Sanità n.1245 del 07.11.2018). Fonte n. deceduti: ISTAT, anagrafe comunale.

- *Area della Qualità e Governo clinico*

Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)
Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie ospedaliere n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	>= 20 segnalazioni per Azienda Sanitaria >= 2 audit per Azienda Sanitaria

La fonte per la misurazione dell'obiettivo sono i flussi informativi SIRMES relativi al secondo semestre del 2022. Il numero delle segnalazioni per Azienda Sanitaria è costituita dall'evidenza documentale prodotta con i

report alert previsto nel SIRMES. L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto lo standard riferito ad entrambi gli indicatori.

- *Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare*

Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)
Ottenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da Tubercolosi	Ottenimento della qualifica al 31/12/2022	a) almeno il 99,8 % degli stabilimenti, pari ad almeno il 99,9 % della popolazione bovina, è indenne da infezione da MTBC; b) il tasso di incidenza dello stabilimento per cui è stata confermata l'infezione nel corso dell'anno non supera lo 0,1 %

La fonte dell'obiettivo risiede nel Reg. (CE) 17/12/2019, n. 2020/689/UE "Regolamentodelegatodellacommissione" che integra il regolamento (UE) 2016/429 del Parlamento europeo e del Consiglio in materia di norme relative alla sorveglianza, ai programmi di eradicazione e all'ottenimento e al mantenimento di status di indenne da malattia per determinate malattie elencate ed emergenti.

L'obiettivo si intende raggiunto se sono perseguiti entrambi gli standard (a e b).

- *Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR*

Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)
Ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche	N. prestazioni ricadenti del PRGLA gestite in agende informatizzate CUP/totale prestazioni erogate ricadenti nel PRGLA*100 N. prestazioni ricadenti del PRGLA gestite in agende informatizzate CUP con classe di priorità indicata/prestazioni ricadenti nel PRGLA gestite in agende informatizzate CUP*100	Erogazione ≥ 90% delle prestazioni di cui al PRGLA gestite in agende informatizzate CUP Erogazione ≥ 90% delle prestazioni di cui al PRGLA gestite in agende informatizzate CUP con classe di priorità indicata

Piano regionale di governo delle liste di attesa DGR 62/24 del 04/12/2020 (il peso di ciascuno standard è pari al 50%)

Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)
Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso.	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	100%

L'obiettivo risente ancora degli affetti dettati dai più recenti eventi pandemici, che nelle ondate più aggressive hanno condizionato l'erogazione dell'attività di ricovero limitandola alle sole urgenze. Inoltre non va dimenticata la gravissima carenza degli organici, ridotti in alcuni casi ai limiti di operabilità al quale si è fatto fronte, in alcuni casi con il ridimensionamento dei posti letto, oltre che in altri con l'accorpamento di più Unità

Operative.

Nella determinazione del risultato si terrà conto di eventuali chiusure obbligate da specifici provvedimenti di rango regionale o nazionale.

Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)
Implementare il processo di revisione del sistema regionale dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e alla bassa intensità di cura, anche attraverso la riqualificazione della produzione diretta di servizi pubblici	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adozione di un "Piano aziendale di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti" ai sensi della DGR 13/12 del 09/04/2021.</li> <li>• Adozione di un piano aziendale degli acquisti di servizi residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti da erogatori privati accreditati che valorizzando la riduzione del fabbisogno nel livello di cura SRP1 ed il contestuale aumento del fabbisogno nel livello di cura livello SRP2 e SRP3</li> </ul>	Adozione di entrambi i Piani 2/2

Con la tematica della residenzialità psichiatrica, ci si propone di attuare azioni specifiche mirate a differenziare l'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità.

Il percorso territoriale di un paziente con difficoltà di funzionamento personale e sociale, con bisogni complessi, comprese problematiche connesse a comorbidità somatica, e con necessità di interventi multi professionali, deriva da una presa in carico da parte del Centro di Salute Mentale(CSM) con la definizione di un Piano di trattamento individuale (PTI).

L'obiettivo è quello di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente stabilendo una correlazione a due livelli:

- il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto: intensità riabilitativa;
- il livello assistenziale necessario: intensità assistenziale.

Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)
Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	NUORO ≥ 30%

Con la DGR 23/15 del 29 aprile 2020 "Recepimento degli Accordi tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in materia di donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule sanciti nelle sedute della Conferenza Stato Regioni del 14 dicembre 2017, del 24 gennaio 2018 e del 8 marzo 2018", l'Assessorato evidenzia la carenza di organi, riconosciuta in tutto il mondo, come un fattore importante

limitante il trapianto.

Al fine di incrementare i tassi di donazione, tenuto conto delle disomogeneità rilevate a livello regionale, del tasso di opposizione alla donazione e del numero di segnalazioni al Sistema Informativo trapianti (STI) di decessi con gravissime lesioni cerebrali in rianimazione/terapia intensiva, possono essere messe in atto azioni di miglioramento anche attraverso l'individuazione delle migliori pratiche e la loro diffusione tra le strutture di approvvigionamento e di trapianto ai pazienti e ai familiari dando loro la possibilità di donare come parte della cura di fine vita.

La donazione di organi costituisce, quindi, il presupposto e il limite per offrire, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, alle migliaia di cittadini affetti da gravissima insufficienza d'organo e in lista d'attesa di trapianto, un trattamento insostituibile, efficace e salva-vita.

La Regione individua, nell'ambito della programmazione sanitaria, tra le strutture accreditate, quelle idonee ad effettuare i trapianti di organi e di tessuti che sono in possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per lo svolgimento delle attività di trapianto.

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Standard (Valore/range di risultato)</b>
Conseguimento del risparmio di sangue ed emoderivati con la riduzione del consumo tramite implementazione di PDTA aziendali secondo i programmi di Patient Blood Management (PBM).	Adozione di una delibera aziendale di approvazione del PDTA	1/1

Il Patient Blood Management è un approccio multi professionale, multidisciplinare, multimodale per l'ottimale gestione dell'anemia, dell'emostasi (anche chirurgica), per il contenimento del fabbisogno trasfusionale allogenico nel peri-operatorio, per l'impiego appropriato degli emocomponenti e, ove applicabile, dei medicinali plasma derivati.

Il concetto di PBM non si focalizza su una specifica patologia o procedura né su una disciplina o settore specifico della medicina ma mira a gestire la risorsa "sangue del paziente" spostando l'attenzione dall'emocomponente al paziente stesso che, quindi, acquista un ruolo centrale e prioritario.

Esso coniuga l'obiettivo di migliorare i risultati dei pazienti e di ridurre i costi basandosi non sulla risorsa sangue allogenica ma su quella del paziente stesso. Pertanto il PBM va oltre il concetto di uso appropriato degli emocomponenti e dei medicinali plasma derivati, poiché si prefigge l'obiettivo di prevenirne o ridurne in modo significativo l'utilizzo, gestendo in tempo utile tutti i fattori di rischio modificabili che possono comportare la trasfusione.

L'obiettivo ha come riferimenti normativi il DM 2 novembre 2015. "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti."; Le linee guida per il Patient Blood Management a cura del Centro Nazionale Sangue (27/10/2016 oltre alla DGR n. 52/27 del 23/12/2019 "Piano regionale sangue, emocomponenti e farmaci plasma derivati - Triennio 2019/2021"



## Livello della sostenibilità economica e finanziaria

### Area della razionalizzazione e contenimento della spesa

Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)
Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio	Ricavi = costi

### Area della gestione amministrativo-contabile

Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)
Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione	Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.	Approvazione di tutti i documenti di programmazione entro il 15/11/2022

In riferimento alle due aree, si evidenzia che la definizione del Bilancio Economico di Previsione per gli anni 2022/2024 è attualmente in corso e verrà adottato secondo le linee di indirizzo comunicate dalla RAS con nota n. 7260 del 23/03/2020 "Indicazioni per la compilazione dei Bilanci di previsione 2022-24. Aggiornamento ai sensi della Legge regionale 9 marzo 2022, n. 4 – Bilancio di previsione 2022-2024" e successive integrazioni, con le quali sono state assegnate in via provvisoria le risorse economiche per il triennio di riferimento.

In questa fase gestionale è assolutamente necessario premettere che il 2022 costituisce l'anno zero non solo giuridicamente ma anche sotto l'aspetto economico-finanziario per un'assenza di dati storici che possano fornire un parametro di riferimento utile alla valutazione del fabbisogno dell'anno in corso.

Pertanto, tali obiettivi potranno avere la giusta significatività solo nel momento in cui si avrà l'esatta contezza dei costi, oltre che dei finanziamenti effettivi, tenuto conto anche che attualmente l'azienda manca di un flusso di ritorno sulla propria gestione economica attualmente gestita dalle strutture Ares, che ne costituisce la parte prevalente.

Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)
Approvazione dell'Atto aziendale	Approvazione entro i termini stabiliti dalla normativa regionale (Legge 24/2020)	Approvazione atto aziendale entro i termini stabiliti

La L.R. 11 settembre 2020, n. 24 "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", all'art. 4 punto 6 lett. a, stabilisce che spetta al Direttore generale l'adozione dell'atto aziendale, che disciplina l'organizzazione e il funzionamento delle Aziende sanitarie.

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 delle ASL secondo il modello dipartimentale e i compiti e le responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto socio-sanitario.

La L.R. 24/2020 all'art.16 stabilisce: "l'atto aziendale previsto all'articolo 9, comma 2, è adottato o modificato dal direttore generale, sentita esclusivamente la Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria di cui all'articolo 35, entro sessanta giorni dall'emanazione dei relativi indirizzi, approvati dalla Giunta regionale previo parere della Commissione consiliare competente.

Con la Deliberazione n. 12/15 del 07/04/2022 la Regione Sardegna ha emanato in via preliminare gli indirizzi per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende sanitarie locali, al momento in cui si scrive si attende l'emanazione degli indirizzi definitivi.

Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)
Avvio del percorso di implementazione dell'internal auditing, coordinato a livello centrale dalla Regione e da Ares, finalizzato allo sviluppo di un approccio per processi, alla riduzione dei rischi amministrativi-contabili e alla misurazione del miglioramento organizzativo.	Attivazione della funzione	Recepimento con atto formale, entro il 31/12/2022, degli indirizzi impartiti dalla Giunta regionale e avvio della funzione.

In merito a tale obiettivo si attende l'emanazione dell'Atto aziendale per definire l'organizzazione interna e l'individuazione delle figure preposte per lo svolgimento delle specifiche funzioni che dovranno essere comunque individuate nel futuro Servizio Bilancio aziendale.

*.Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare*

Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)
Rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2022

La gestione dei finanziamenti del PNRR sarà definita con il supporto dell'area Tecnica dell'ARES per i fabbisogni già in buona parte espressi in termini di investimenti in tecnologia sanitaria (ingegneria clinica) oltreché per la parte logistica e di edilizia sanitaria.

## ***La programmazione annuale e Piani operativi***

Annualmente, l'Azienda di Nuoro definisce, misura e valuta la performance a livello di amministrazione nel suo complesso, di unità organizzative e individuali dei singoli dipendenti sviluppando un ciclo continuo di gestione della performance.

Sulla base della pianificazione strategica e informando la propria gestione ai principi della programmazione e del controllo, individua nel sistema budgetario lo strumento fondamentale, per la condivisione degli obiettivi e delle risorse necessarie per raggiungerli con riferimento al complesso delle responsabilità direzionali ed operative afferenti ai vari livelli organizzativi.

Con la traduzione degli obiettivi strategici in obiettivi programmatici per il primo anno di riferimento del Piano (attraverso il percorso di budget), l'amministrazione individua, i risultati attesi per l'esercizio in corso a tutti i livelli dell'organizzazione, avviando la negoziazione degli obiettivi organizzativi annuali con le diverse articolazioni aziendali.

Fino al 2021, il sistema ha avuto come riferimento diretto la Direzione Generale ATS, dal 2022, in qualità di Azienda Sanitaria, l'ASL di Nuoro, al pari delle altre ASL del sistema regionale, ha come interlocutore diretto l'Assessorato Regionale e la Direzione alla Sanità. L'attribuzione degli obiettivi strategici a partire dal mese di maggio a fatto slittare la fase della negoziazione di budget con gli interlocutori aziendali tra maggio e giugno, pertanto non è stato possibile rispettare le tempistiche stabilite nel regolamento di misurazione della performance, che per il momento fanno riferimento a quello adottato dall'ATS nel 2020 con Delib n. 221 del 07 Aprile 2020 e s.m.i.

In prospettiva, con la definizione dell'Atto Aziendale e di tutte le articolazioni e in particolare con la determinazione dei Dipartimenti ospedalieri e territoriali si intende procedere alla negoziazione del Budget con il supporto dei Dipartimenti, sarà poi compito di ogni Direttore di Dipartimento incontrare i responsabili di struttura organizzativa al fine di presentare gli obiettivi specifici assegnati alle strutture afferenti e raccogliere eventuali proposte/modifiche.

Per monitorare periodicamente le attività, supportare il processo di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza aziendale e dei dipartimenti e al fine di accertare che le componenti gestionali siano in linea con i programmi definiti, l'Azienda si avvale della Struttura Programmazione e Controllo di gestione. Il Controllo di gestione supporta sia la Direzione aziendale che i Direttori dei servizi in tutte le fasi di programmazione, gestione e verifica della performance.

Si rimanda all'allegato 1, per la visione dei Piani Operativi. Si specifica che al momento in cui si scrive, il processo è ancora in fase di definizione, pertanto quanto rappresentato potrebbe subire delle modifiche e/o integrazioni.

Le strutture di cui si compone l'attuale organizzazione e alle quali sono stati declinati gli obiettivi di budget sono:

<b>STRUTTURE AZIENDALI</b>
SC ANATOMIA PATOLOGICA AREA NUORO
SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE AREA NUORO
SC CARDIOLOGIA E UTIC SAN FRANCESCO
SC CHIRURGIA VASCOLARE SAN FRANCESCO
SC CHIRURGIA GENERALE SAN FRANCESCO
SC DERMATOLOGIA SAN FRANCESCO
SC DIABETOLOGIA TERRITORIALE CENTRO
SC DIREZIONE MACOMER
SC DIREZIONE NUORO
SC DIREZIONE SINISCOLA
SC DIREZIONE SORGONO
SC EMATOLOGIA SAN FRANCESCO
SC GERIATRIA SAN FRANCESCO
SC LABORATORIO ANALISI AREA NUORO
SC MALATTIE INFETTIVE SAN FRANCESCO
SC MEDICINA GENERALE
SC MEDICINA GENERALE SAN FRANCESCO
SC MEDICINA TRASFUSIONALE AREA NUORO
SC NEFROLOGIA SAN FRANCESCO
SC NEUROCHIRURGIA SAN FRANCESCO
SC NEUROLOGIA E UNITÀ STROKE SAN FRANCESCO
SC OCULISTICA SAN FRANCESCO
SC ONCOLOGIA SAN FRANCESCO
SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA SAN FRANCESCO
SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA SAN FRANCESCO
SC OTORINOLARINGOIATRIA SAN FRANCESCO
SC PEDIATRIA SAN FRANCESCO
SC PNEUMOLOGIA
SC PUO (DIREZIONE SANITARIA OSPEDALIERA)
SC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO ASSL NUORO
SC PRONTO SOCCORSO COSTI COMUNI - P.O. SAN FRANCESCO NUORO
SC RADIOTERAPIA - ASSL NUORO
SC RIABILITAZIONE TERRITORIALE CENTRO
SC SERVIZIO GIURIDICO AMMINISTRATIVO ASSL NUORO
SC SERVIZIO RADIOLOGIA AREA NUORO
SC UROLOGIA SAN FRANCESCO
SSD GASTROENTEROLOGIA SAN FRANCESCO
SSD ODONTOSTOMATOLOGIA SAN FRANCESCO
SSD TERAPIA ANTALGICA CESARE ZONCHELLO

Attualmente i dipartimenti strutturali e funzionali non sono operativi, punto sul quale l'Atto Aziendale dovrà dare seguito, per l'importanza che gli stessi rivestono al fine di creare le giuste sinergie soprattutto in questa fase di sottodimensionamento degli organici aziendali in genere e in particolare ospedalieri.

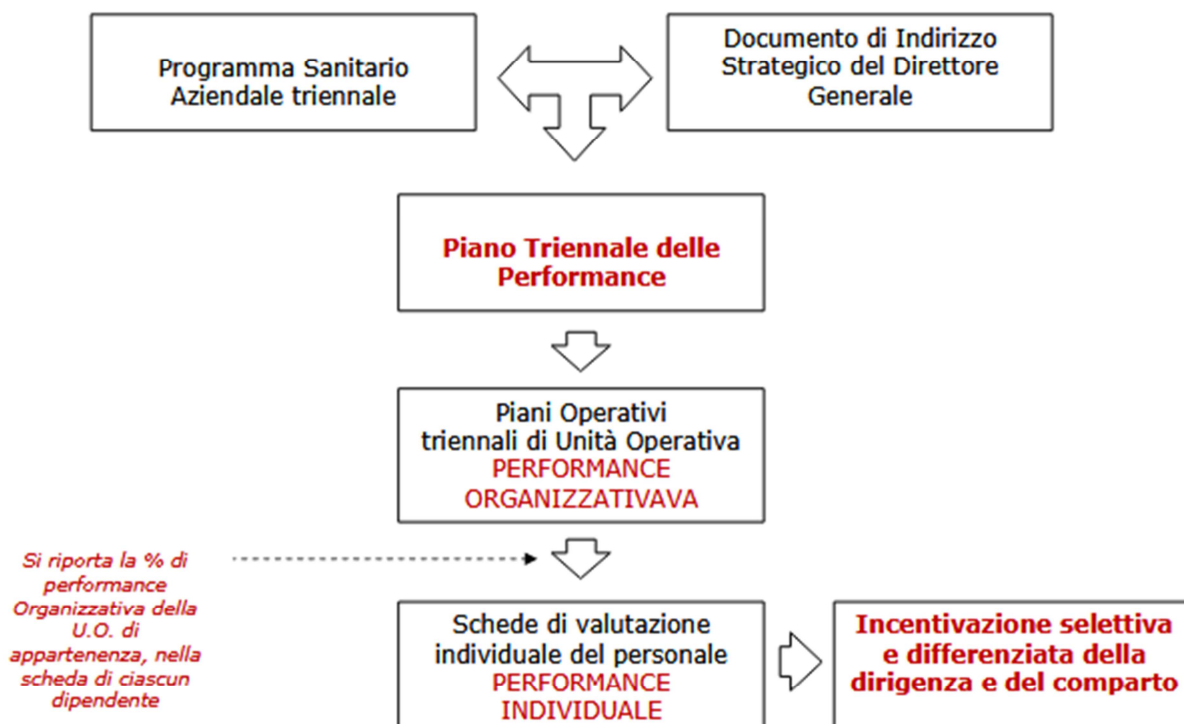
## **Dalla performance organizzativa alla performance individuale**

Al fine del conseguimento dei risultati di ciascuna area aziendale, è necessario la partecipazione e responsabilizzazione di tutto il personale e della dirigenza in particolare.

Il processo di misurazione e valutazione della performance individuale va inquadrato nel più ampio contesto della performance organizzativa, dal quale discende in maniera integrata.

Con il sistema di misurazione e valutazione della performance, viene individuato il contributo fornito da ciascun dipendente in relazione alla possibilità che ha il valutato di intervenire direttamente, che viene calcolata come sommatoria tra la quota al raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa ("risultati") e la quota relativa agli apporti individuali afferente all'area dei "comportamenti" come definito da questa azienda nel proprio sistema di misurazione e valutazione della performance per il cui dettaglio e relative fasi, soggetti e tempi del processo si rinvia al regolamento specifico, adottato dall'ATS nel 2020 con Delib n. 221 del 07 Aprile 2020 e s.m.i

Il sistema che collega la performance aziendale agli apporti individuali può essere schematizzato come segue:



In particolare il Piano Triennale delle performance, sulla base della programmazione sanitaria d'azienda e degli indirizzi del Direttore Generale, fissa gli obiettivi generali strategici e i target attesi per livello di assistenza e area aziendale.

Gli obiettivi e i target vengono dettagliati in maniera analitica nei singoli Piani Operativi di Struttura,

complessa Semplicedipartimentale, tenendo conto delle peculiarità delle stesse.

Tutto il personale dipendente ha una scheda di valutazione individuale.

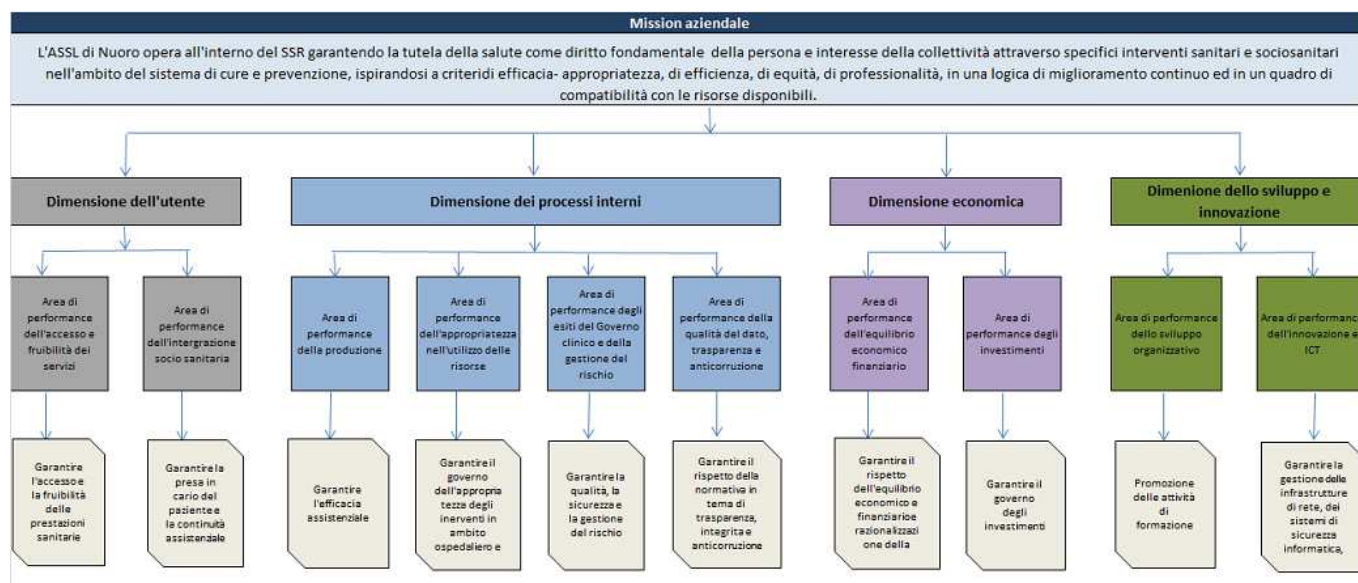
In ogni scheda vengono valutate 3 tipologie di dimensione:

- Il grado di raggiungimento degli obiettivi individuali o del gruppo di lavoro (assegnati dal direttore della struttura);
- I comportamenti (approccio all'attività professionale ed all'utente);
- Le competenze (conoscenze tecnico professionali concretamente messe al servizio della struttura).

Questo aspetto consente di collegare la strategia all'attività concretamente messa in atto da tutte le risorse umane dell'azienda, con un processo che viene favorito dall'attribuzione delle incentivazioni di risultato in modo selettivo e differenziato, a seconda dell'Indice di Performance Individuale.

### Albero della performance

L'Albero della Performance 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 piani operativi e obiettivi operativi assegnati ai Direttori delle ASL. Gli obiettivi operativi sono dettagliati in Piani operativi in cui all'obiettivo vengono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili e risorse assegnate.



Fonte Piano della Performance 2021 – Delibera n. 44 29/01/2021 (pag 47)

Le strategie, gli obiettivi e le azioni sono riferibili alle seguenti dimensioni di performance:

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

Ogni dimensione identifica specifiche Aree di performance e obiettivi strategici

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

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

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

**Dimensione dei processi interni** sono individuate Aree di performance tese a garantire il riordino della assistenza ospedaliera e territoriale, l'attività di prevenzione e promozione della salute nonché il rispetto del Piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza.

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

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

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

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

- Area di performance dello sviluppo organizzativo
- Area di performance dell'innovazione e ITC

### **Sottosezione 2.3 Rischi corruttivi e Trasparenza**

Con la Deliberazione del Direttore Generale n. 138 del 29 Aprile 2022, la ASSL di Nuoro ha adottato il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza per gli anni 2022/2024, alla quale si rinvia per i contenuti specifici all'allegato 3 o al link <https://nuovo.aslnuoro.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/corruzione>.

La legge 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" prevede che l'organo di indirizzo di ciascuna Pubblica Amministrazione definisca gli obiettivi strategici, in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, quale contenuto imprescindibile sia dei documenti di pianificazione strategica e programmazione gestionale che del *Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza* (di seguito P.T.P.C.T.).

L'ANAC, con il *Piano Nazionale Anticorruzione* (PNA 2019), richiede che l'organo di indirizzo assuma un ruolo proattivo nella definizione delle strategie di gestione del rischio corruttivo, indicando gli obiettivi strategici su cui intervenire e, successivamente, approvando il P.T.P.C.T.

Sempre la Legge 190 (l'art. 1 co. 8 bis, novellato dal D.Lgs. n. 97/2016 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza") sottolinea la necessità che l'*Organismo indipendente di valutazione* (OIV) verifichi la coerenza tra gli obiettivi previsti nel P.T.P.C.T. e quelli indicati nel *Piano della performance* (P.P.), valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori.

Affinché un programma di iniziative anticorruzione ben definite, possa essere monitorato, controllato e misurato risulta necessario che le azioni e le misure di prevenzione della corruzione siano traslate, per quanto possibile, in obiettivi organizzativi, solo in tal modo, si può creare un effettivo collegamento al Piano della performance, con una conseguente correlazione diretta degli obiettivi strategici relativi all'anticorruzione e trasparenza con gli obiettivi di performance organizzativa e individuale.

Si precisa che solo con Delibera n 280 del 28.06.2022 è stato nominato l'OIV per i triennio 2022-2024, pertanto le attività di competenza dell'Organo saranno gestite in una fase successiva all'adozione del presente Piano.

In ogni qual modo, il vertice aziendale ha comunque previsto nell'ambito degli obiettivi operativi declinati a tutti i Direttori delle Strutture dell'ASSL il loro coinvolgimento nel processo di prevenzione della corruzione così definito:

#### *Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione*

Codice Obiettivo	Descrizione Obiettivo	Codice Ind.	Descrizione Indicatore	Valore Atteso	Valore Minimo	Fonte Obiettivo	Condivisione Obiettivo
ODU43	Adempimenti Prevenzione Corruzione e Trasparenza previsti dal Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza (PTPCT) in ossequio a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	IDP115	Relazione in merito ai rischi generali e specifici e eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT - eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	PIANO PERFORMANCE 2022 - PPCT	RPPCT



Per orientare l'organizzazione pubblica verso un miglioramento della *performance*, dal punto di vista della cultura organizzativa, della legalità e delle responsabilità, sarà comunque necessario che l'Azienda con il tramite del RPCT attivi delle iniziative specifiche volte al potenziamento degli interventi di gestione del rischio corruttivo e di incremento della trasparenza verso la collettività con giornate dedicate alla formazione.

#### Valutazione di impatto del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno che consente di rilevare le caratteristiche strutturali ambientali, culturali, sociali ed economiche che caratterizza il territorio della Asl di Nuoro, e che è stato ampiamente trattato nell'Allegato 1 del Piano Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza dell'Azienda (Delib. 138 del 29/04/2022) cui si rimanda, assume un ruolo determinante per l'individuazione di fenomeni e circostanze che possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi.

Per capire meglio il contesto in cui si opera non bisogna dimenticare che l'essenza dell'attività erogata dalle aziende del Servizio sanitario nazionale è "la Salute". Affrontare il tema della legalità all'interno del sistema sanitario significa avere presente la delicatezza dell'ambito in cui si opera, che è la tutela della salute delle persone. Non si tratta semplicemente di analizzare un'organizzazione o un ambito di produzione di servizi, ma comprendere come possa essere migliorata l'attività di un settore che gode della fiducia dei cittadini e a cui gli stessi si rivolgono in momenti di difficoltà.

Un settore come quello sanitario, che si dedica alla cura all'assistenza delle persone fragili, ha bisogno di contare su un personale integro, dai comportamenti ineccepibili, dalle relazioni trasparenti. Il sistema sanitario va preservato, mantenendolo coerente con la propria natura solidaristica e va protetto da possibili infiltrazioni dell'illegalità, affinché possa garantire la propria funzione essenziale. Perché ciò sia possibile è necessario perseverare nella diffusione del concetto di sostenibilità del Sistema sanitario facendo in modo che la tutela della salute debba essere considerata prioritaria rispetto ad altri obiettivi.

La prima forma di illegalità che il nostro sistema di tutela della salute deve affrontare è la mancata erogazione di prestazioni ai cittadini. Si tratta della prima forma di illegalità perché il diritto alla tutela della salute è riconosciuto dalla Costituzione come fondamentale e, la normativa istitutiva del servizio sanitario (di definizione dei livelli essenziali di assistenza) prevede che, di fronte a reali problemi di salute, il cittadino abbia diritto a essere preso in carico, accudito e assistito.

Ma proprio questi elementi rendono la sanità un ambito che presenta fattori di rischio superiori a quelli di altri settori, a causa di alcune specificità che non possono essere sottovalutate: dalle asimmetrie informative, alle ingenti dimensioni economiche, dalla complessità tecnica al ruolo delle relazioni interpersonali, dal rilevante fabbisogno di personale ai numerosi conflitti di interesse che al suo interno vengono a crearsi.

Il settore sanitario è innanzitutto importante dal punto di vista economico, essendo oggetto di attenzione da parte degli operatori del mercato, in particolare di quelli che ambiscono (in modo spregiudicato) ad acquisire rendite di posizione e ad accaparrarsi contratti di fornitura senza rispettare le regole. Non si può inoltre non considerare la quantità di persone che a vario titolo lavorano in sanità e nelle organizzazioni connesse. Si tratta di una rete di persone, relazioni e collaborazioni sostenute da una normativa complessa e da regole etiche molto delicate.

### Valutazioni di impatto del contesto interno

Anche l'analisi del contesto interno assume un ruolo rilevante, che consente di individuare la struttura organizzativa dell'ente e i rischi potenziali di esposizione ai rischi corruttivo.

Visto il momento di passaggio tra la vecchia e la nuova organizzazione richiamato in più occasioni, nel momento in cui si scrive, la nostra Azienda sta procedendo alla stesura dell'atto aziendale definendo gli assetti organizzativi, le caratteristiche e le funzioni delle diverse articolazioni oltre alla loro modalità di interazione.

### Mappatura dei processi

Il PNA 2019 nell'allegato 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" individua quale fase più importante dell'analisi del contesto interno, oltre alla rilevazione dei dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa, la cosiddetta mappatura dei processi, che consiste nella individuazione e nell'analisi dei processi organizzativi. che consente di delineare un modo efficace e di individuare e rappresentare le attività dell'amministrazione e il suo effettivo svolgimento.

Le linee guida alla stesura del presente Piano, fanno riferimento alla mappatura dei processi sensibili allo scopo di mettere in evidenza le criticità, correlate alla natura dell'attività svolta, che espongono l'Ente a rischi corruttivi, focalizzando l'attenzione sui processi che più di altri concorrono al raggiungimento degli obiettivi di performance e con essi alla creazione di valore pubblico.

Non si può infatti non evidenziare come una corretta mappatura dei processi consenta di migliorare l'efficienza allocativa e finanziaria, l'efficacia, la produttività, la qualità dei servizi erogati, evitando duplicazioni, attività ridondanti e inefficienze.

Il PNA 2019 Allegato 1, individua nelle seguenti fasi il processo di mappatura dei processi:



- *Identificazione*: in questa fase l'obiettivo è quello di definire la lista dei processi che dovranno essere oggetto di analisi e approfondimento nella successiva fase e che verranno raggruppati per aree di rischio;
- *Descrizione*: dopo aver identificato i processi, è opportuno comprenderne le modalità di svolgimento. Ai fini dell'attività di prevenzione della corruzione, la descrizione del processo è una fase particolarmente rilevante, in quanto consente di identificare più agevolmente le criticità del processo in funzione delle sue modalità di svolgimento;
- *Rappresentazione*: le modalità sono diverse, diagrammi di flusso, tabelle ed entrambi possono essere più o meno dettagliate a seconda dell'analiticità che si intende raggiungere.

Allo stato attuale, per quanto sia in corso la predisposizione dell'Atto aziendale, con la definizione della struttura e delle conseguenti articolazioni organizzative, sarà compito del RPCT porre in essere nell'immediato le azioni volte a contestualizzare rispetto alla realtà della nostra Azienda i processi e la correlata individuazione delle aree di rischio.

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

Nel processo di gestione del rischio, la fase della valutazione consente di identificare, analizzare e confrontare tra loro i rischi, individuando le priorità di intervento e le possibili misure di prevenzione e di correzione e costituisce la fase preliminare alla mappatura dei processi.

La valutazione del rischio ha avvio con l'identificazione. Un evento rischioso non identificato non potrà essere gestito, compromettendo l'attuazione di una strategia di prevenzione della corruzione efficace. In tale fase vanno inclusi tutti gli eventi rischiosi anche quelli con rischio ipotetico. E' fondamentale il coinvolgimento delle strutture organizzative, in quanto i responsabili degli uffici e/o dei processi che detengono una conoscenza profonda delle attività svolte e meglio di altri sono in grado di individuare gli eventi rischiosi, senza dimenticare che una adeguata gestione del rischio è responsabilità dell'intera amministrazione e non unicamente del RPCT.

L'identificazione dei rischi avviene attraverso l'analisi di fonti diverse, l'allegato 1 al PNA 2019 ne identifica alcune tra le quali potremmo citare:

- le risultanze dell'analisi del contesto interno;
- l'analisi di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato;
- diverse forme di interazione con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione;
- le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e /o da altre strutture di controllo interno se presenti;
- le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing;
- Il registro di rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa, analizzati nel corso di momenti di confronto e collaborazione.

Gli eventi rischiosi così individuati devono essere opportunamente formalizzati e documentati nel PTPCT attraverso la predisposizione di un registro dei rischi.

Alla identificazione segue la fase dell'analisi del rischio che ha una duplice finalità:

- analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione, cioè quei fattori che nel contesto in cui si opera favoriscono il verificarsi di comportamenti o fatti corruttivi quali: mancanza di controlli, mancanza di responsabilità, trasparenza, scarse competenze, scarsa diffusione della cultura della legalità. Anche in questo caso il RPCT dovrà essere supportato dai responsabili dei servizi aziendali;
- stima del livello di esposizione al rischio, che assume un'importanza rilevante per individuare i processi e le attività in cui questi si articolano su cui concentrare la maggiore attenzione ai fini del rafforzamento delle misure di trattamento del rischio.

La terza fase è costituita dalla ponderazione del rischio, che consiste nel definire le azioni utili per ridurre l'esposizione dei processi al rischio di corruzione, per farlo si dovrà tener conto delle misure già attuate valutare eventualmente come migliorare quelli già esistenti, anche per evitare di appesantire l'attività amministrativa con l'inserimento di nuovi controlli.

Si riporta di seguito la tabella dei rischi individuati per la nostra azienda (Allegato 3 alla delibera n. 138 del 29/04/2022 – “Adozione Piano Triennale 2022-2024 per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza, della Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 3 Nuoro”), estratta per la parte che caratterizza l'organizzazione dell'ASSL dal Piano Triennale per la corruzione e la trasparenza adottato dal ATS Sardegna per l'anno 2021, per la cui revisione si attende l'adozione del nuovo atto aziendale.

Area	Processo	Livello di rischio	Obiettivi
Incarichi e nomine	Conferimento incarichi di collaborazione esterna, professionali.	alto	Evitare il rischio: di scelta di professionisti con profilature non idonee alle esigenze aziendali, il mancato raggiungimento, a causa del conferimento degli incarichi, di obiettivi aziendali strategici. conferimento incarichi senza verifica incompatibilità ed inconfiribilità'.
Area del personale	Definizione delegazione trattante di parte pubblica e gestione dei tavoli di contrattazione e concertazione. gestione di attività di informazione delle oo.ss. gestione operativa delle relazioni sindacali. approvazione contratti ed accordi integrativi. gestione operativa diritti sindacali delle oo.ss. e dei lavoratori.	medio/basso	Regolare tenuta delle relazioni sindacali
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Accesso a: visite specialistiche, esami diagnostici, strumentali e di laboratorio	medio/basso	Contrastare le irregolarità e gli abusi per l'accesso alle prestazioni. migliorare la percezione della qualità dei servizi per l'utenza.
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Certificazioni rese nell' interesse dei privati. istruzione procedimenti duap. autorizzazioni ed autorizzazioni in deroga. pareri vari. accertamenti vari: stato di invalidità, cecità, handicap, idoneità al lavoro.	alto	Contrastare ed inibire irregolarità ed abusi aventi come scopo favorire taluni soggetti a discapito di altri.
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Esenzioni ticket per patologia e per altre tipologie. riscossione diritti sanitari.	alto	Prevenire e contrastare irregolarità ed omissioni aventi lo scopo di favorire taluni soggetti. Prevenire danno erariale.
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Presenza in carico autocertificazioni, di soggetti interni ed esterni alla azienda, costituenti il presupposto giuridico formale per la erogazione, da parte della azienda e/o di enti esterni, di premialità, rimborsi, indennizzi. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, vantaggi economici di qualunque genere.	alto	Prevenire e contrastare gli abusi, le omissioni e le irregolarità'.

Area	Processo	Livello di rischio	Obiettivi
Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Processi inerenti la gestione del decesso intraospedaliero	alto	Prevenire fatti di corruzione .garantire il rapporto di fiducia con i familiari dei pazienti deceduti.
Attività distrettuali	Scelta e revoca mmg e pls. aggiornamento liste utenti.	medio	Tenere le liste degli utenti regolarmente aggiornate.
Attività distrettuali	Legge regionale 26/91 rimborsi prestazioni extra regione	medio	Prevenire la concessione di benefici non dovuti
Attività distrettuali	Rapporti internazionali	medio	Regolarita' nelle procedure di liquidazione.
Attività distrettuali	Liquidazioni per forniture di beni e servizi	medio	Regolarita' nelle procedure di liquidazione.
Attività distrettuali	Prescrizione autorizzazione ausili protesici collaudi	medio/alto	Prevenire ingiusti vantaggi economici per enti e soggetti esterni alla azienda corruzione.
Attività distrettuali	Gestione medicina convenzionata e della medicina specialistica, in raccordo con la sc medicina convenzionata.	medio	Prevenire ingiusti vantaggi economici per i medici convenzionati. corruzione.
Attività distrettuali	Erogazioni prestazioni socio sanitarie: inserimenti, a cura delle u.v.t., e proroghe in strutture residenziali. applicazione istituto compartecipazione economica.	medio/alto	Prevenire ingiusti vantaggi economici per i soggetti esterni alla azienda corruzione.
S.C. Servizio giuridico amministrativo	Gestione della segreteria della direzione generale e del collegio sindacale. organizzazione e gestione protocollo aziendale, centrale e periferico. organizzazione e supporto gestione processi organizzativi ed amministrativi relativi al sistema documentale aziendale.	medio/basso	Funzionale, adeguata e razionale gestione attivita' affari generali della asl
Prevenzione e protezione. sorveglianza sanitaria. antincendio -sc servizio prevenzione e protezione	Attività ed adempimenti d.lgs 81/2008 e ss.mm.ii. prevenzione, protezione e sicurezza dei lavoratori. verifica attuazione obblighi normativi e definizione standard per la valutazione del rischio. predisposizione dvr e duvri. elaborazione misure di prevenzione, protezione in collaborazione con le strutture coinvolte per la redazione dei piani di emergenza. definizione e monitoraggio dei programmi di intervento presso tutte le strutture ed articolazioni aziendali e dei piani e programmi per il mantenimento e miglioramento degli standard di sicurezza sul lavoro. proposte per investimenti. analisi dello stress lavoro correlato ed attuazione interventi positivi predisposizione, pianificazione e vigilanza per la attuazione interventi correttivi urgenti, analisi di infortuni e malattie professionali, raccolta ed elaborazione dati.	medio/alto	Puntuale e precisa elaborazione misure di prevenzione. valutazione corretta dei rischi nei programmi di intervento. puntuale effettuazione monitoraggi.
Prevenzione e protezione. sorveglianza sanitaria. antincendio - sc servizio sorveglianza sanitaria	Attività medico competente d.lgs 81/2008 e ss.mm.ii. attuazione prescrizioni in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. gestione programma sorveglianza sanitaria dei lavoratori e dei soggetti equiparati. monitoraggio esiti. definizione monitoraggio dei programmi di intervento migliorativi per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori ed equiparati al fine di incrementare la tutela della salute e sicurezza presso tutte le strutture ed articolazioni aziendali con pianificazione degli interventi necessari. analisi dello stress lavorativo correlato ed attuazione interventi positivi. collaborazione con la sc spp nella analisi infortuni e malattie professionali,	medio/alto	Puntuale e precisa elaborazione misure di sorveglianza. valutazione corretta dei rischi nei programmi di intervento. puntuale effettuazione monitoraggi.
S.C. Servizio giuridico amministrativo	Gestione della segreteria della direzione generale; gestione protocollo; supporto ai processi amministrativi relativi al sistema documentale della asl; gestione operativa dell'accesso agli atti e documenti, della partecipazione ai procedimenti, al monitoraggio per il rispetto dei tempi di accesso di pertinenza dei servizi/uu.oo. dellaasl.	medio	Corretta gestione processi assegnati
S.C. Servizio giuridico amministrativo	Acquisti di beni e servizi fino a € 40.000,00	alto	Corretta applicazione normativa codice appalti
Dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze	Inserimenti residenziali, p.t.a.i scelta della struttura controlli semestrali dell'equipep.r.i della struttura ospitante. visiting tra csm su mancata dimissione accesso alle prestazioni inserimenti non residenziali	alto	Percorsi di cura appropriati

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

Una volta conclusa la fase dell'individuazione dei rischi corruttivi è il momento in cui l'Amministrazione deve procedere alla programmazione delle misure "general", intese come misure trasversali sull'intera amministrazione che incidono complessivamente sul sistema di prevenzione della corruzione, e/o specifiche che agiscono puntualmente su rischi specificatamente individuati durante la fase di valutazione incidendo in modo mirato rispetto allo specifico rischio, calibrando al meglio il rapporto tra costi e benefici sostenibili sotto l'aspetto economico e organizzativo.

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

E' necessario ribadire che così come evidenziato nel PNA 2019, che l'individuazione e la successiva programmazione di misure idonee alla prevenzione della corruzione sono il fulcro del Piano triennale per la Corruzione e la trasparenza e sono propedeutiche alla identificazione e alla progettazione delle misure da adottare. Si può concludere pertanto che la progettazione delle misure può essere resa vana da una attività propedeutica inadeguata.

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

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

Il monitoraggio si articola in due sotto-fasi:

- il monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio;
- il monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio.

Quest'ultima rileva in quanto il monitoraggio non deve limitarsi alla verifica dell'attuazione delle azioni anti rischio, ma deve appurare che le stesse azioni diano un reale contributo alla riduzione del rischio corruttivo.

Secondo quanto indicato nel PNA 2019, la valutazione dell'idoneità delle misure è di competenza del RPCT, il quale può essere supportato nella metodologia delle sue funzioni dagli organismi impegnati nel processo di valutazione delle performance (OIV) e/o dalle strutture deputate alle attività di auditing interno dove presenti.

La possibilità che una misura possa rivelarsi inidonea rispetto al suo scopo può essere dovuta a fattori diversi: attuazione puramente formale delle misure, cambiamento dei presupposti che l'anno determinata, cambiamento degli attori inizialmente individuati. L'inidoneità accertata delle misure adottate, comporta da parte del RPCT la ridefinizione delle misure e delle modalità di trattamento del rischio.

### Programmazione dell'attuazione della trasparenza

La **trasparenza** non è un obiettivo da raggiungere, ma è uno strumento per contrastare i fenomeni di corruzione. Il Decreto Legislativo n. 33 del 2013 al comma 1 dell'articolo 1 recita:

*"La trasparenza è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche".*

Il concetto di trasparenza favorisce una visione democratica dei rapporti tra cittadino e Pubblica Amministrazione. La piena visibilità tende a promuovere un controllo capillare dal basso dell'attività amministrativa, concorrendo ad attuare i principi costituzionali di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse. Tutto ciò integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione al servizio del cittadino.

Il D.lgs. n. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" ha definito il diritto all'informazione in quanto tale, svincolandolo dall'interesse procedimentale. concetto che è stato ampliato dalle evoluzioni normative successive (Decreto legislativo n.97/2016) con cui si è recepito il FOIA (Freedom of information Act), istituto già diffuso in molti ordinamenti europei, con l'intento di consentire, da un lato, la partecipazione democratica all'azione amministrativa, dall'altro rispondere alle esigenze di lotta alla corruzione. In questo scenario normativo, si ricorda, è stata introdotta una nuova forma di accesso civico: l'accesso civico generalizzato, il quale prevede che chiunque può accedere a tutti i dati e ai documenti posseduti dalle pubbliche amministrazioni. L'accesso si estende, pertanto, anche ai dati per i quali non sussiste uno specifico obbligo di pubblicazione. Chiunque può presentare l'istanza di accesso civico generalizzato senza necessità di fornire motivazioni. L'intento del legislatore è stato quello di favorire forme diffuse di controllo nel perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, promuovendo così la partecipazione al dibattito pubblico.

Nel rispetto dei dettami del D.Lgs 33/2013 le Amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 4\_bis del al 2° comma, pubblicano sul proprio sito istituzionale, in una parte chiaramente identificabile della sezione "Amministrazione trasparente", i dati sui propri pagamenti e ne permettono la consultazione in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari.

A seguito del passaggio da ATS alla nuova compagine aziendale, l'ASL di Nuoro ha provveduto alla creazione dei nuovi siti aziendali. Il sito della ASSL di Nuoro è al momento ancora in allestimento e consente la consultazione dell'Albo pretorio e delle notizie.

### SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

#### Sottosezione 3.1 Struttura organizzativa

Come già evidenziato nei paragrafi precedenti, sono in fase di approvazione finale da parte degli organi regionali gli indirizzi di riferimento per l'adozione del nuovo atto aziendale.

L'articolo 3 comma 1 bis del D. Lgs 502 del 30/12/1992 stabilisce: "In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica".

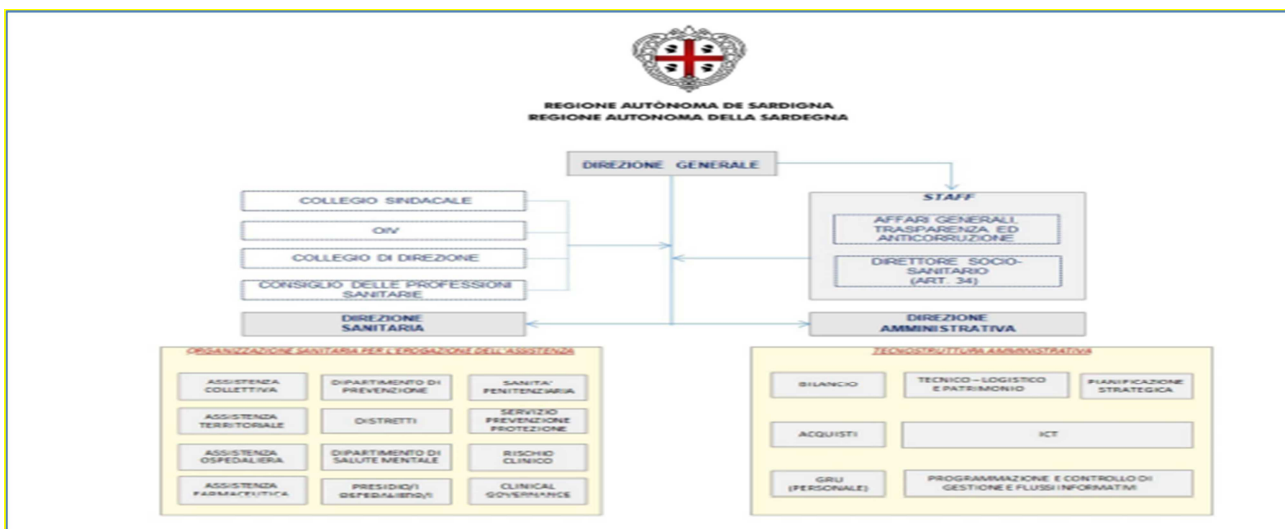
La definizione del prossimo assetto organizzativo sarà fondamentale per l'Azienda in quanto lo stesso sarà finalizzato al raggiungimento dell'efficienza e qualità dell'intero processo assistenziale, pertanto le scelte strategiche aziendali assumono in questa fase un ruolo ancor più determinante.

Le aziende sanitarie pubbliche, infatti, sono insiemi molto complessi da governare soprattutto per i compiti particolarmente impegnativi che le caratterizzano e per la peculiarità che il loro scopo non è il profitto ma la salute delle persone. Come tutte le strutture produttive complesse esse devono poter contare su una organizzazione efficiente e nel contempo in grado di assicurare una adeguata efficacia rispondendo al bisogno del cittadino con un utilizzo razionale delle risorse assegnate.

L'autonomia conferita all'Azienda sanitaria le consente di definire gli assetti organizzativi, le caratteristiche e le funzioni delle singole articolazioni organizzative, l'attribuzione delle responsabilità di direzione e gestionali, nonché le modalità di interazione tra i vari soggetti aziendali: dipartimenti, distretti, strutture complesse, semplici e incarichi professionali.

Premesso ciò, si può considerare come base di riferimento quanto rappresentato dalla DGR 12/15 sugli indirizzi preliminari per l'adozione dell'atto aziendale:

**Modello di organizzazione delle ASL. Figura 5 – Allegato n. 1 alla Delib.G.R. n. 36/47 del 31.8.2021**





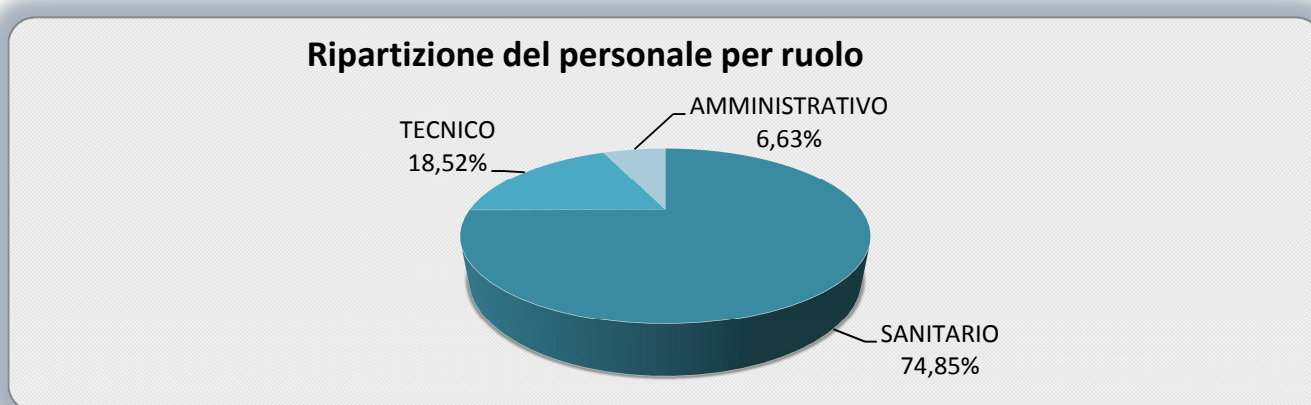
Nell'attesa, pertanto, del nuovo atto aziendale si rappresenta di seguito in sintesi la consistenza del personale incardinato nell'Azienda di Nuoro alla data di costituzione 01/01/2022.

<b>RUOLO</b>	<b>Presenti al 01/01/2022</b>
<b>AMMINISTRATIVO</b>	<b>132</b>
Comparto	126
Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	6
<b>SANITARIO</b>	<b>1.491</b>
Comparto	1.030
Dir. delle Profess. Sanitarie	1
Dirig.Medico/Veterinaria	423
Dirig.Sanitaria non medica	37
<b>TECNICO</b>	<b>369</b>
Comparto	368
Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	1
<b>Totale complessivo</b>	<b>1.992</b>

Inoltre, si aggiungono in continuità con il 2021 ulteriori 113 unità di personale assunti per far fronte all'emergenza Covid-19, ma la cui presenza è stata nel contempo necessaria per sopperire alle carenze di organico che si sonosommate negli ultimi anni a seguito anche dell'uscita in quiescenza di un numero elevato di dipendenti, soprattutto sanitario, come effetto delle varie opzioni di pensionamento definite a livello nazionale (quota 100, opzione donna):

<b>RUOLO</b>	<b>Presenti al 01/01/2022</b>
<b>AMMINISTRATIVO</b>	<b>5</b>
Comparto	5
<b>SANITARIO</b>	<b>107</b>
Comparto	99
Dirig.Sanitaria non medica	8
<b>TECNICO</b>	<b>22</b>
Comparto	22
<b>Totale complessivo</b>	<b>134</b>

Grafico 1: composizione del personale operante nella nostra azienda alla data dell'01/01/2022:



Il personale all'01/01/2022, non tiene conto dell'apparato tecnico amministrativo, che nella fase di passaggio ATS e ASL, secondo la riforma, è stato attribuito alla nascente Azienda ARES presso la quale sono presenti i seguenti servizi:

- Gestione economica finanziaria(bilancio)
- Gestione del personale
- Gestione degli acquisti
- Servizio Farmaceutico territoriale ed ospedaliero
- Gestione tecnico-logistica ed immobiliare
- Gestione informatica

I grafici riportati rappresentano la ripartizione per ruolo e tipo del personale, considerata la natura dell'azienda, dove è evidente la prevalenza della componente sanitaria sulle componenti tecnica e amministrativa pari al 10,7%;

Grafico 2: composizione del personale per ruolo e tipo

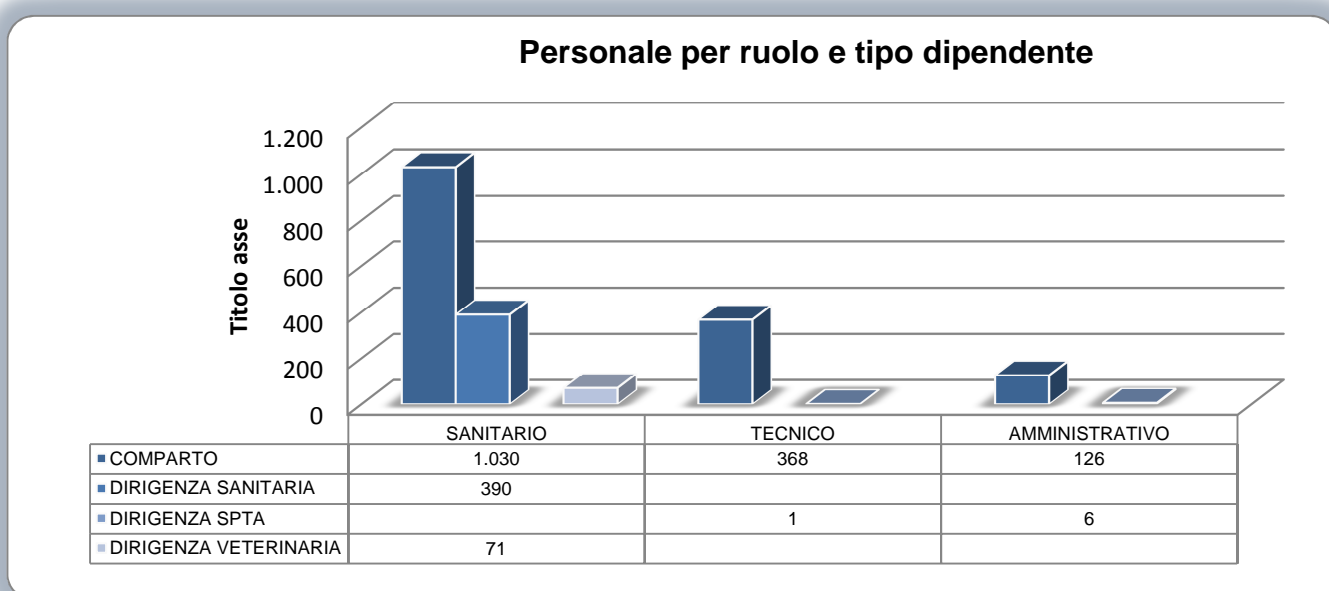
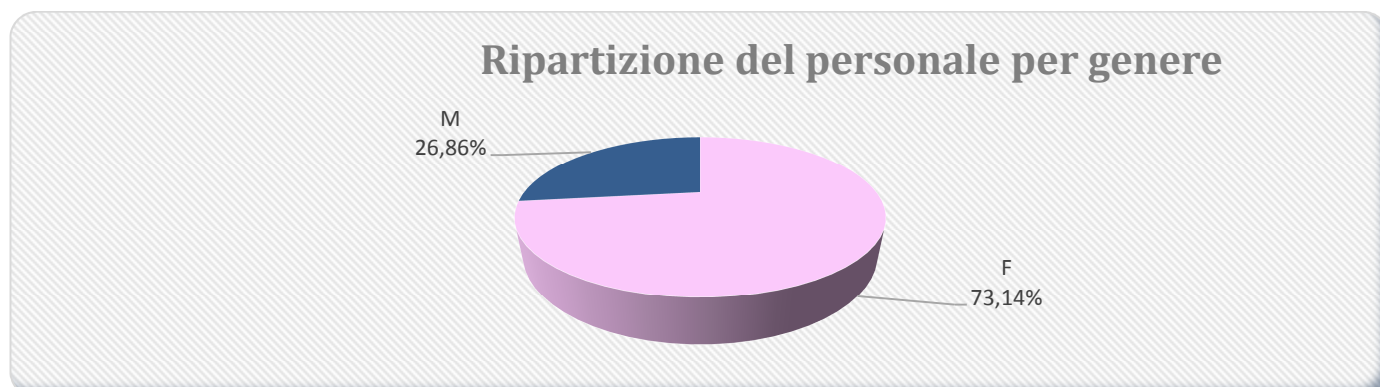


Grafico 3: composizione del personale per genere



Il genere femminile è quello prevalente in maniera netta più evidente nella componente sanitaria che tecnica.

Grafico 4: composizione del personale per ruolo e genere

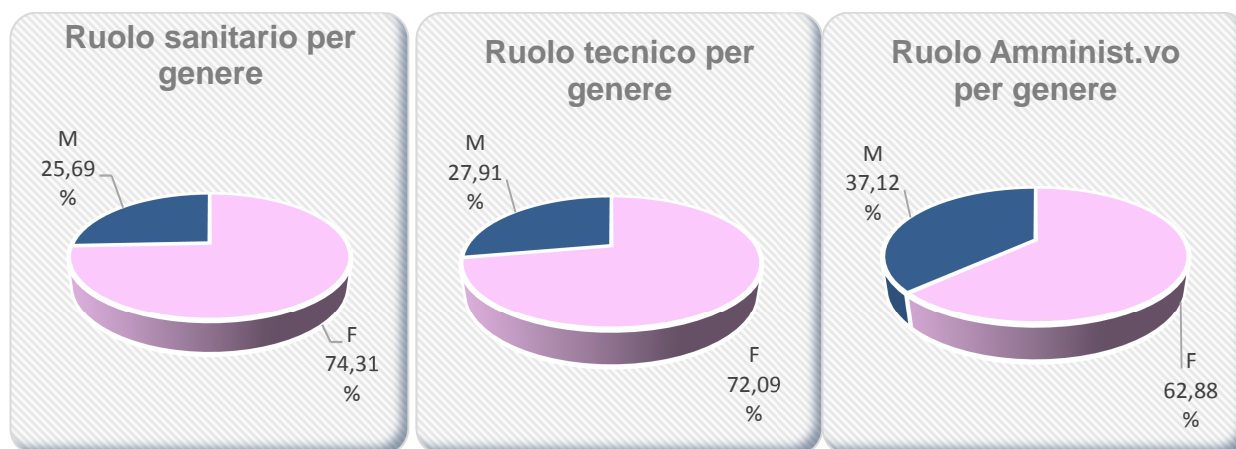
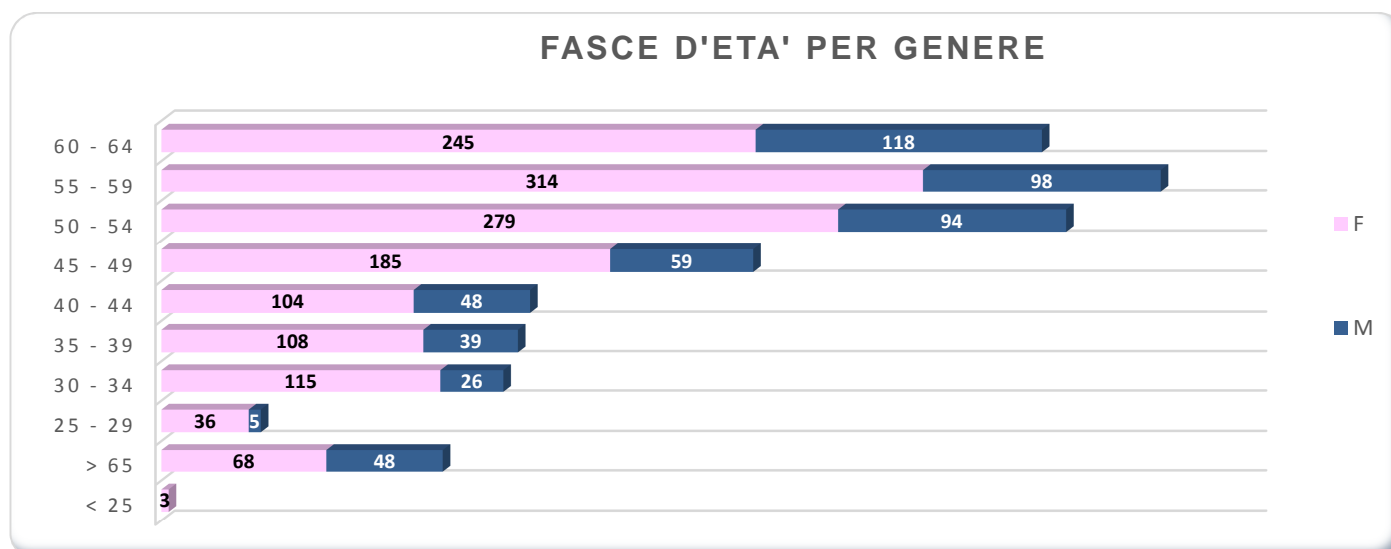
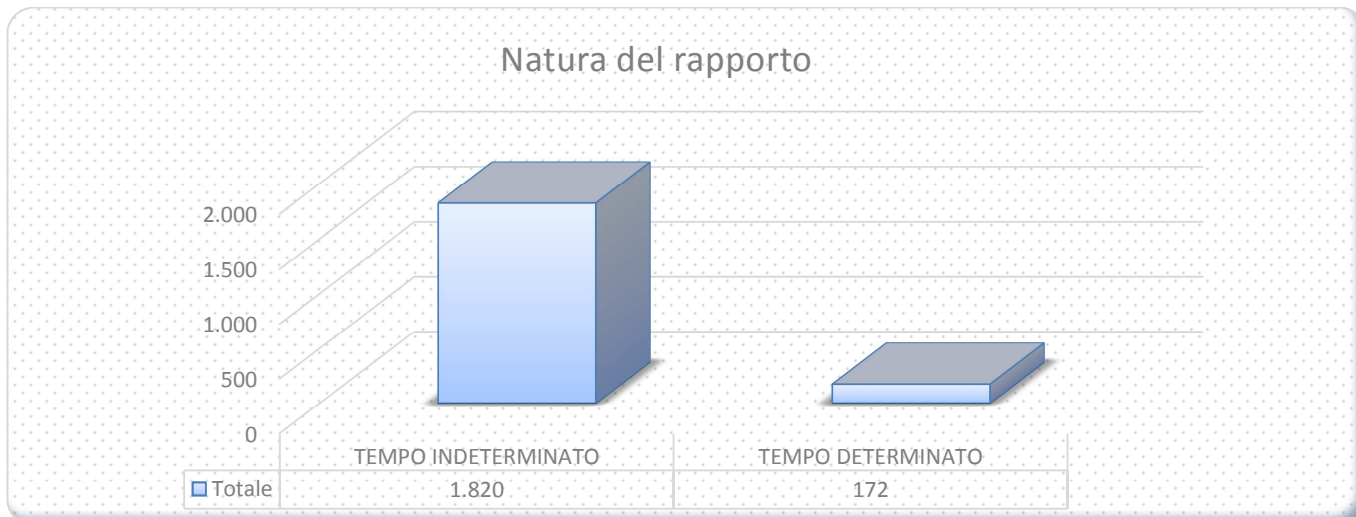


Grafico 5: composizione del personale per fasce di età e genere

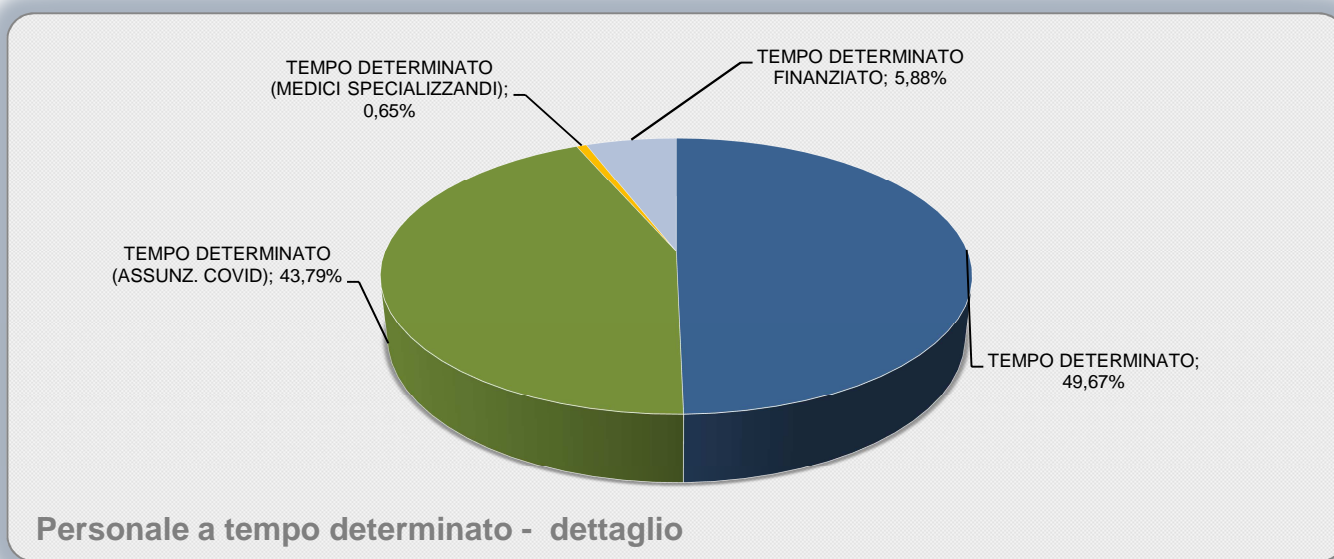


L'età del personale rappresenta una criticità per la nostra Azienda, infatti come evidenziato nel grafico sopra riportato oltre a riconfermare la prevalenza del genere femminile su quello maschile, mette in evidenza la maturità anagrafica del personale, oltre il 51 % rientrano nelle fasce dai 50 anni e più. La fascia d'età più numerosa è quella che va dai 55 ai 59 anni che da sola costituisce il 20,68%. La fascia dai 60 ai 64, cioè di coloro che si apprestano al periodo di quiescenza, lasciando vuoto il loro bagaglio di esperienza, professionalità e memoria storica rappresenta il 18,22%.

Grafico 5: composizione del personale per natura del rapporto di lavoro



La natura del rapporto instaurata con il personale vede la componente a tempo determinato pari al 8,63%, la cui articolazione, evidenziata nel grafico sottostante, mette in risalto come la pandemia abbia reso necessario ricorrere ad acquisire personale aggiuntivo per far fronte all'emergenza. Come sotto rappresentato le assunzioni con Finanziamento COVID che si aggiungono costituiscono circa il 43% del totale a tempo determinato e la copertura è stata confermata dalla Regione fino a tutto il 2022.



### **Sottosezione 3.2 Organizzazione del lavoro agile**

Con la l. n. 124/2015 sulla riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche (c.d. legge Madia) si è dato avvio alla progressiva apertura, nel pubblico impiego, a forme alternative e flessibili di rapporto di lavoro. La normativa ne ha stabilito l'attuabilità nei limiti delle risorse di bilancio disponibili a legislazione vigente e senza nuovi e/o maggiori oneri per la finanza pubblica, incentivando l'adozione di misure organizzative «per la sperimentazione di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa» con l'obiettivo di tutelare e promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti pubblici e favorire, al contempo, la crescita della loro produttività.

Nello specifico, la disciplina invita ciascuna amministrazione, nell'esercizio della propria autonomia organizzativa a sperimentare nuove misure organizzative delle risorse umane (alternative al telelavoro) che consentano di superare il concetto della "timbratura del cartellino" della "presenza fisica" in ufficio e restituiscano ai lavoratori flessibilità e autonomia nella scelta degli spazi, degli orari e degli strumenti d'impiegare nell'esecuzione dell'attività lavorativa.

Alla base della norma risiede, a ben vedere, l'incentivazione di una nuova pensiero manageriale fondato sulla programmazione e sul perseguimento di obiettivi prestazionali specifici, misurabili in modo oggettivo, perseguibili in linea con il contesto organizzativo, capaci di responsabilizzare il personale dipendente rispetto alla missione istituzionale dell'amministrazione e, allo stesso tempo, di valorizzare la prestazione lavorativa in termini di performance e di risultati effettivamente raggiunti.

In tale ambito, si annovera il lavoro agile o smartworking. L'art. 18 della l. n. 81/2017 (le cui disposizioni si applicano, in quanto compatibili, anche ai rapporti di lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni) lo definisce 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". L'elemento distintivo di tale istituto è il c.d. patto di agilità che, sebbene latente, rappresenta la fonte che alimenta il lavoro agile.

È difatti, attraverso il patto di lavoro agile, che le parti del rapporto regolano le modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, introducendo elementi di flessibilità spaziale e temporale. Diversamente dal telelavoro, nel lavoro agile il lavoratore è tenuto ad eseguire la propria prestazione in forma alternata e cioè in parte all'interno dei locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa.

L'art. 18, l. n. 81/2017 chiarisce, che l'elemento del tempo di lavoro può essere o meno oggetto di precisi vincoli consensuali, atteso l'obbligo del rispetto dei "soli" limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale determinati dalla legge e dalla contrattazione collettiva per lo svolgimento dell'attività lavorativa extra-aziendale.

Partito lentamente in modalità sperimentale e per di più in un contesto di digitalizzazione dei processi di erogazione dei servizi per la collettività ancora molto arretrata, la ASL di Nuoro già in passato ha avuto l'occasione di applicare la normativa, proprio con la finalità di consentire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, ma si è trattato di un caso sporadico.

Il ricorso al lavoro agile subisce un'accelerazione repentina a seguito dell'imperversare della drammatica emergenza sanitaria da Covid-19, che ha spinto il Governo ad applicarlo in modo massivo e coattivo con il DL n. 6/2020 (convertito con modificazioni dalla l. n. 13/2020), recante "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19", con il riferimento ad attività lavorative "che possono

essere svolte in modalità domiciliare” e alle “specifiche deroghe, anche in ordine ai presupposti, ai limiti e alle modalità di svolgimento del lavoro agile” (art. 1, comma 2, lett. n) e o)).

L’istituto è stato, dapprima, applicato in via automatica e provvisoria anche in assenza degli accordi individuali ad ogni rapporto di lavoro subordinato, per ragioni di ordine pubblico sanitario a tutto il territorio nazionale con l’obiettivo primario di limitare la presenza dei dipendenti pubblici oltre agli spostamenti verso i luoghi di lavoro.

Tale finalità, che è stata alla base di tutta la legislazione dell’emergenza, ha consentito il superamento del regime sperimentale del lavoro agile che, a seguito del d.l. n. 18/2020 convertito, con modificazioni, dalla l. n. 27/2020, c.d. cura Italia, è diventata una modalità ordinaria di svolgimento delle attività lavorative ritenute differibili per le quali l’amministrazione non ravvisi la necessaria presenza del dipendente sul luogo di lavoro.

Nel corso del 2020 l’ATS ha applicato la normativa favorendo tale modalità di svolgimento dell’attività lavorativa attraverso autorizzazioni e note Interne, garantendo il supporto dei Servizi Informatici i quali hanno provveduto a fornire assistenza al personale, sia sui sistemi operativi sia sugli applicativi di posta elettronica in uso, affinché potesse continuare a svolgere la propria attività lavorativa in sicurezza avvalendosi principalmente di apparecchiature e strumenti informatici personali.

Nel corso dell’anno 2021 il quadro normativo di riferimento è mutato alla luce delle disposizioni del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 Settembre “Disposizioni in materia di modalità ordinaria per lo svolgimento del lavoro nelle pubbliche amministrazioni” che, al fine di evitare l’utilizzo del lavoro agile emergenziale come una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni, ha disposto le procedure organizzative per il rientro in presenza nella sede di servizio dei lavoratori a decorrere dal 15 ottobre 2021, nel rispetto delle vigenti misure di contrasto al fenomeno epidemiologico adottate dalle competenti autorità, il cui riscontro applicativo in ATS trova riscontro nella Circolare del Servizio Trattamento Giuridico ed Economico con protocollo PG/2021/358059 del 03/11/2021.

Nel rispetto del decreto del Ministro per la Pubblica amministrazione l’ATS ha disposto conseguentemente, il rientro al lavoro in presenza per tutti i dipendenti dell’amministrazione a partire dal 15 ottobre 2021, fatta eccezione per coloro che a tale data erano in possesso dei requisiti necessari per continuare a beneficiare del lavoro agile (fragili).

A tal proposito in linea con i dettami del Decreto Legge 24 marzo 2022, n. 24 “Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell’epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza” convertito con la legge n. 52 del 19/05/2022, l’Ares ha recentemente diffuso l’informativa (PG/2022/42596 del 06/06/2022), che fissa, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza, le novità introdotte e le disposizioni confermate in riferimento ai lavoratori fragili, stabilendo le date per la cessazione del lavoro agile:

- al 30 giugno c.a., per coloro che sono affetti da patologie croniche con scarso compenso clinico e con particolare gravità e la cui condizione è certificata dal medico e per coloro che, ai sensi dell’art. 26 comma 2 del DL 18/2020, sono in possesso di certificazione rilasciata dai competenti organi medico legali la cui condizione di rischio, deriva da immunodepressione o da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita, ivi inclusi i lavoratori in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità;

- al 31 luglio per tutti coloro per i quali trovano applicazione le disposizioni di sorveglianza sanitaria straordinaria in quanto maggiormente esposti al rischio di contagio secondo i dettami dell'art. 83 commi 1, 2, 3 del D.L. 34/2020.

Si conferma con il presente Piano, in attesa di definire accordi specifici interni, quanto previsto dalla normativa secondo cui, oltre ai lavoratori fragili, una percentuale aggiuntiva del 15% del personale potrà continuare a ricorrere alla modalità del lavoro agile.

Superato quindi lo stato di emergenza sanitaria, l'Azienda Sanitaria Nuorese intende implementare e potenziare i processi, nonché dotare il proprio personale di un maggior numero di strumenti, al fine di valorizzare il lavoro agile quale modalità di svolgimento della prestazione lavorativa e quale leva strategica per lo sviluppo delle competenze e per il miglioramento della qualità dei servizi offerti.

Nelle more di un provvedimento autonomo aziendale di definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi allo smartworking e degli obiettivi correlati, si intende pianificare lo svolgimento delle prestazioni in modalità Agile nel rispetto delle condizioni indicate nel DPCM del 23 settembre 2021 e recepite dall'ATS con la Circolare sopra menzionata protocollo PG/2021/358059 del 03/11/2021.

Nello specifico si richiamano:

### *Condizionalità e i fattori abilitanti*

Lo svolgimento della prestazione in modalità agile è subordinata a otto specifiche condizioni:

1. non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti;
2. è necessaria un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, "dovendo essere prevalente, per ciascun lavoratore, l'esecuzione della prestazione in presenza rispetto a quella da remoto";
3. è necessaria una piattaforma digitale o un cloud o comunque strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni;
4. occorre la predisposizione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove sia stato accumulato;
5. per il personale, la dotazione di apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta;
6. definizione dell'accordo individuale di lavoro agile: (art.18 comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81)
7. per dirigenti e responsabili dei procedimenti amministrativi garantire il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa;
8. qualora le misure di carattere sanitario lo richiedano, la rotazione del personale impiegato in presenza.

Inoltre, fra le condizioni per lo svolgimento della prestazione in modalità agile, una definizione dell'accordo individuale che ricomprenda nella redazione "almeno":

- a. gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;
- b. le modalità e i tempi di esecuzione della prestazione e della disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro, nonché eventuali fasce di contattabilità;

- c) le modalità e i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento dell'attività lavorativa in smartworking.

### *Obiettivi*

Il lavoro agile deve intendersi come uno strumento che mira all'incremento della produttività individuale e dell'intera organizzazione, liberando il potenziale degli individui al fine di migliorare e far progredire il benessere collettivo dell'organizzazione

A tal fine è necessario ripensare ad una riorganizzazione del lavoro che definisca nell'ambito del rapporto di fiducia tra dipendente e datore di lavoro, in senso lato, gli strumenti e le modalità di lavoro per una gestione dello stesso nel rispetto della mission / obiettivi aziendali senza togliere gli strumenti di controllo per il corretto svolgimento dei compiti affidati, con la costante condivisione dei valori aziendali che nel tempo divengono appunto valori individuali, con il feedback reciproco bi-direzionale, utile per costruire e condividere i valori che alimentano quotidianamente il senso di responsabilità.

E' necessario riorganizzare e ripensare agli spazi di lavoro consentendo ai lavoratori di "scegliere" per alcune giornate alla settimana o al mese di lavorare in un luogo diverso dalla sede tradizionale, con l'autonomia di definire tempi e luoghi della prestazione, nel rispetto delle regole fondamentali di condotta legate sia a ragioni di sicurezza e anche in termini di rispetto dei limiti massimi di durata dell'orario di lavoro, sia a ragioni di rispetto degli obblighi scaturenti dal rapporto di lavoro che è e resta un rapporto di lavoro subordinato.

Con il lavoro agile l'ASL di Nuoro intende perseguire i seguenti obiettivi principali:

- Sviluppare maggior autonomia e senso di responsabilizzazione del dipendente nella produttività e nella qualità del lavoro.
- Agevolare la conciliazione dei tempi di vita privata e professionale, permettendo una maggiore soddisfazione e flessibilità nell'organizzazione del lavoro.
- Sviluppare e diffondere una cultura orientata ai risultati, anche attraverso il bilanciamento dell'uso delle tecnologie digitali con i tradizionali strumenti di collaborazione.
- Valorizzare le competenze del personale mediante la formazione delle tecnologie digitali, migliorando il benessere organizzativo.
- Promuovere l'inclusione lavorativa dei dipendenti in situazione di fragilità.
- Promuovere un miglioramento qualitativo dei servizi resi alla collettività in termini di efficienza ed efficacia.

### *Contributi al miglioramento delle performance*

Il miglioramento della performance organizzativa del lavoro agile deve necessariamente passare attraverso l'analisi della modalità organizzativa e delle prestazioni maggiormente erogabili da remoto.

Il cambio di passo culturale è necessario, l'approccio organizzativo deve essere orientato ai processi, così da



favorire la definizione della nuova valutazione della performance individuale.

L'Azienda intende quindi individuare, mediante il supporto dei Dirigenti dei diversi servizi, le attività erogabili in modalità da remoto e che possono essere verificate in merito alla efficienza e alla efficacia prodotte, nonché individuare i soggetti maggiormente dotati di valori e competenze quali l'autonomia, la responsabilità e la capacità di lavorare per obiettivi e per progetti, oltre alla individuazione di quei soggetti ai quali concedere prioritariamente lo strumento del lavoro agile, secondo quanto stabilito dalle norme vigenti.

Un ruolo determinante è svolto dalla scelta di percorsi formativi mirati, volti al miglioramento delle performance, che consentano sia ai dipendenti del comparto che alla Dirigenza di avere una adeguata interazione, utilizzando al meglio le utilità derivanti dalle strumentazioni informatiche, nel rispetto delle norme in materia di privacy che favoriscano la sensibilità e la consapevolezza del personale sulle modalità di trattamento e utilizzo dei dati.

In attesa di definire una mappatura puntuale delle attività svolgibili in modalità smartworking secondo la nuova organizzazione che l'Azienda sta definendo e al fine di implementare l'utilizzo del lavoro agile come strumento flessibile dell'organizzazione del lavoro, si è fatta una breve analisi del fenomeno registrato nel corso del 2021.

Le attività svolte in tale modalità hanno riguardato principalmente l'Area distrettuale per la gestione delle procedure amministrative e dei servizi di supporto direzionali, considerato che tutto il personale afferente ai servizi tipici di supporto tecnico amministrativo (Bilancio, Servizio Personale, Acquisti...) erano di appartenenza all'ex ATS.

Nello specifico per l'Area di Nuoro, lo svolgimento dell'attività ha coinvolto un numero esiguo di personale, circa 40 persone, in alcuni casi per periodi brevi. Le attività hanno riguardato:

- Amministrazione distrettuale
- Attività liquidazione fatture
- Attività gestione gare e contratti
- Attività collegate al Ciclo della Performance
- Attività reportistica e rendicontazione
- Gestione flussi informativi

Il ruolo che maggiormente è potuto ricorrere allo smartworking per via delle sue caratteristiche organizzative, è pertanto quello amministrativo, con una prevalenza del genere femminile su quello maschile. Non dimentichiamo infatti che lo strumento di lavoro in oggetto nella sua originaria concezione, ha tra le sue prerogative quella di favorire e tutelare le cure parentali.

L'utilizzo del lavoro agile da parte della Dirigenza è stato minimo e le attività svolte da remoto, hanno riguardato prevalentemente i servizi le cui attività sono prevalentemente interne o legate a processi con un livello di informatizzazione medio /alto.

#### Indicatori di salute dell'amministrazione abilitanti del lavoro agile.

L'azienda si impegna a monitorare, secondo le indicazioni delle Linee Guida Ministeriali, i seguenti tre fattori abilitanti:

### *Salute organizzativa*

Al fine di agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, sarà fondamentale valorizzazione le risorse umane oltrechè provvedere ad un ammodernamento delle risorse strumentali ed efficientamento tecnologico e digitale al fine di garantire una maggiore produttività ed efficienza dell'intero sistema organizzativo. Tutto ciò non può prescindere dalla valorizzazione della responsabilizzazione del personale dirigente e non, anche attraverso gli attuali sistemi di misurazione e valutazione della performance.

### *Salute professionale*

In particolare, dovrà essere svolta:

1. La mappatura del personale e l'analisi dei relativi bisogni formativi.
2. L'analisi delle competenze direzionali in merito alla capacità di programmazione, coordinamento, misurazione e attitudine verso l'innovazione e l'utilizzo delle tecnologie digitali.
3. L'analisi delle competenze organizzative, ovvero la capacità di lavorare per obiettivi e per processi, e delle competenze digitali delle risorse umane.

### *Salute digitale*

I requisiti tecnologici dell'ASL non sono al momento all'altezza di una amministrazione moderna e pronta per le sfide che l'evoluzione del sistema sta ponendo. Pertanto sarà necessario adottare azioni mirate a favorire lo sviluppo di una amministrazione digitale, attraverso la digitalizzazione dei processi, delle attività e dei servizi utilizzati ed incentivando oltre che l'innovazione anche la sperimentazione di tecniche alternative per favorire sistemi alternativi a quelli tradizionali pur non essendo fisicamente presenti senza ridurre che l'efficienza e l'efficacia della prestazione ne venga pregiudicata.

Fondamentale a tal fine è costruire una struttura con competenze tecnico informatiche al momento pressoché assente in Azienda.

### *Salute economico finanziaria*

Naturalmente l'evoluzione sopra definita non può che tener conto dei vincoli economici, considerato l'impegno finanziario e le energie che sottostanno alle attività di reingegnerizzazione dei processi, quali:

1. formazione ed implementazione delle competenze organizzative e digitali, funzionali allo svolgimento del lavoro in modalità agile;
2. investimenti in digitalizzazione dei processi e delle procedure amministrative;
3. sviluppo delle tecnologie informatiche, dei sistemi informatici e delle dotazioni individuali.

## Sottosezione 3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale

### 3.3.1 Piano triennale dei fabbisogni del personale 2022/2024

Quadro sintetico del fabbisogno del personale per l'intero triennio 2022/2024

Profilo professionale / Disciplina	Posti coperti al 1/1/2022	Cessazioni	Assunzioni
	N. Teste	N. Teste	N. Teste
<b>Ruolo Amministrativo</b>			
Comparto	126	13	97
Dirigente amministrativo	6	2	3
<b>Totale Ruolo Amministrativo</b>	<b>132</b>	<b>15</b>	<b>100</b>
<b>Ruolo Professionale</b>			
Comparto	0	0	1
Dirigenza	0	0	4
<b>Totale Ruolo Professionale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
<b>Ruolo Tecnico</b>			
Comparto	368	20	96
Dirigenza	1	0	0
<b>Totale Ruolo Tecnico</b>	<b>369</b>	<b>20</b>	<b>96</b>
<b>Ruolo Sanitario</b>			
Comparto	1.030	43	164
Dirigenza sanitaria non medica	38	6	16
Dirigenza medica e veterinaria	423	42	188
<b>Totale Ruolo Sanitario</b>	<b>1.491</b>	<b>91</b>	<b>368</b>
<b>Personale Complessivo</b>			
<b>Totale Comparto</b>	<b>1.524</b>	<b>76</b>	<b>358</b>
<b>Totale Dirigenza</b>	<b>468</b>	<b>50</b>	<b>211</b>
<b>Totale Complessivo Personale Dipendente</b>	<b>1.992</b>	<b>126</b>	<b>569</b>

\* Dato provvisorio. Il documento definitivo verrà adottato dall'Azienda con il Bilancio Economico di Previsione 2022\_2024

Si fa presente la difficoltà e complessità nel definire questo documento di rilevanza programmatica fondamentale per l'Azienda in assenza di una vera e propria tecnostruttura organizzativa e amministrativa, considerato che l'Azienda nasce il 1° gennaio 2022 senza aver avuto un supporto adeguato che il passaggio alla nuova azienda avrebbe necessitato.

Il fabbisogno per il triennio è stato al momento considerato valutando le esigenze manifestate dai Direttori dei servizi aziendali, l'analisi degli organici secondo i criteri di accreditamento, gli obiettivi individuati nel PIAO e valutato il fabbisogno del personale in funzione del nuovo modello organizzativo che l'azienda di Nuoro verrà ad assumere con le funzioni amministrative che si intendono ricostituire.

Complessivamente tra cessazioni e nuove assunzioni il fabbisogno sarà pari a 443 unità con una maggiore incidenza sul lato della dirigenza sanitaria al fine del completamento degli organici necessari per riqualificare i servizi e i reparti aziendali al momento fortemente sottodimensionati, inoltre è previsto il rafforzamento del comparto sanitario e a seguire e in pari misura quello tecnico e amministrativo.

### Rispetto dei vincoli economici

Come sopra rappresentato il Bilancio Economico di previsione 2022/2024 (BEP), da definire secondo le linee guida indicate dalla RAS con nota n. 7260 del 23 Marzo 2022 e ss.mm. ii., è in fase di valutazione con i servizi dell'Assessorato, dato che l'anno 2022, è il primo esercizio economico in gestione all'Asl.

Inoltre, a fronte di un'assegnazione finanziaria ancora provvisoria, sono in corso le interlocuzioni con l'ARES per la determinazione dei fondi per la copertura del fabbisogno del personale e la definizione dello stesso PTFP.

Pertanto in attesa di chiudere questo processo, si anticipa nel presente documento quanto l'Azienda ha ritenuto necessario quantificare per il corretto funzionamento dei servizi aziendali considerate le carenze di figure sanitarie più volte evidenziate.

Rispetto alle direttive definite con la DGR 46/42 del 22 Novembre 2019 "Linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale", pertanto non si potrà al momento rappresentare i modelli allegati alla DGR con l'intero costo per gli anni di riferimento, ma gli stessi sono espressi in termini di costo tabellare contrattuale per profilo professionale i cui valori fanno riferimento a quanto comunicato da ARES nel corso del 2022 in accompagnamento alla consistenza del Personale per l'Asl di Nuoro al 01/01/2022.

Pertanto, in attesa della chiusura delle verifiche con l'Assessorato e l'ARES, il PTFP allegato assume al momento un carattere provvisorio e si rinvia all'atto definitivo con l'adozione del BEP, di cui il PTFP costituisce parte integrante, per l'approvazione da parte della Regione dello stesso nel rispetto di quanto disposto dalla normativa in materia.

### **3.3.2 Formazione del Personale**

Con determina n. 963 del 21/12/2021 è stato approvato il Piano della Formazione Aziendale "Approvazione Piano Formativo Aziendale 2022" ancora valido per la nuova compagine organizzativa relativo al passaggio ATS e nuove 9 aziende, tenuto conto che il Servizio della Formazione rientra tra le strutture accentrate all'ARES e svolge la sua attività a supporto delle attuali aziende.

I corsi pertanto vengono accreditati da ARES Sardegna come Provider ECM e svolge tale funzione anche per i corsi destinati o richiesti dalle singole Aziende Sanitarie e ciò anche al fine di garantire il possesso dei Requisiti organizzativi richiesti per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie aziendali e la riqualificazione

Nell'ambito del Piano Formativo L'Azienda ha già programmato attività formative sostenibili nei costi e di dimostrata efficacia che garantiscano la riqualificazione, il potenziamento delle competenze tecniche e trasversali, nonché le pari opportunità a tutti i dipendenti.

Le aree della formazione che si intendono sviluppare possono essere identificate sostanzialmente con:

1. Area della formazione conseguente agli indirizzi della Regione Autonoma della Sardegna e finanziati con fondi vincolati.
2. Area della formazione generale costituita dagli indirizzi della Direzione Aziendale in tema di:
  - Risk Management
  - Sicurezza sul lavoro
  - Informatica
  - Anticorruzione e Privacy
  - Comunicazione
  - Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale
  - Rischio clinico
  - Emergenza urgenza
  - Medicina di Genere
  - Ricerca, Bioetica/ Salute-Ambiente

Sono stati di recente avviati, inoltre, su iniziativa della Direzione Generale, al fine di favorire l'integrazione del personale afferente alle diverse aree e come elemento motivante anche in funzione delle nuove sfide organizzative le seguenti attività formative:

- Corsi di Management Aziendale volti ad acquisire avanzate conoscenze interdisciplinari su materie aziendali, economiche, quantitative e giuridiche che consentano di agire nel contesto aziendale anche interpretando correttamente gli effetti dei fenomeni economici dell'ambiente esterno sul sistema interno.
- Corsi PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) finalizzati a uniformare l'approccio clinico a determinate categorie di pazienti attraverso lo sviluppo della cooperazione interprofessionale e la costituzione di percorsi assistenziali appropriati al raggiungimento dell'obiettivo di salute prefissato, il tutto volto a incrementare la qualità dell'assistenza percepita ed effettivamente erogata, a

migliorare gli outcomes e a promuovere la sicurezza del paziente attraverso l'utilizzo delle giuste risorse necessarie.

3. Area della formazione specifica tecnica professionale coerente con i fabbisogni formativi espressi dalla Direzione Generale, dai Dipartimenti, dai Distretti e dalle Unità Operative, di seguito ripresi da Piano Formativo 2022:

Denominazione struttura proponente	Titolo del Progetto Formativo	Tipologia	Edizioni	Ore ediz.	Partecipanti per edizione
Anatomia patologica San Francesco	Approccio multidisciplinare alle malattie linfoproliferative	RES (residenziale)	1	18	20
CSM Nuoro	Diagnosi e trattamento di disturbi alimentari	FAD Sincrona (Videoconferenza)	1	5	40
Centro trasfusionale	Patientblood management	RES (residenziale)	6	8	30
Consultorio di Nuoro	Corso CAM	FSC (Formazione sul campo)	2	8	8
Distretto Socio Sanitario di Macomer	RAO e Governo liste d'attesa	RES (residenziale)	1	6	50
Distretto Socio Sanitario di Macomer	Appropriatezza prescrittiva	RES (residenziale)	1	6	50
Ematologia CTMO San Francesco	Nursing in Ematologia. Piani assistenziali	FSC (Formazione sul campo)	4	42	10
OBI San Francesco	Tossicologia	RES (residenziale)	2	8	16
Pediatria e TIN San Francesco	Emergenza e urgenza neonatale e pediatrica	RES (residenziale)	18	16	10
Professioni sanitarie Asl Nuoro	L'infermiere di famiglia e di comunità IFC	RES (residenziale)	1	40	25
Professioni sanitarie Asl Nuoro	See and treat	RES (residenziale)	2	40	20
Radioterapia oncologica San Francesco	Gating respiratorio e RT Stereotassica body:dalsetupal delivery	RES (residenziale)	3	6	10
Radioterapia oncologica San Francesco	Ecografia Fast	FSC (Formazione sul campo)	3	6	3
S.PRE.S.A.L.	Controlli in qualità sulla sicurezza lavoro Iso 45001	FAD Sincrona (Videoconferenza)	4	40	12
Sanità animale Nuoro e Lanusei	La tubercolosi bovina. Aggiornamenti	RES (residenziale)	1	7	100
SC Igiene degli alimenti OA	Approccioonehealth nella gestione delle tossinfezioni alimentari	RES (residenziale)	1	8	50
Servizio di Neuropsichiatria infantile	ICF e profilo di funzionamento	FAD Sincrona (Videoconferenza)	1	6	15
Servizio di Riabilitazione	La gestione del paziente con sclerosi multipla	RES (residenziale)	2	18	30
S.I. A O.A Zona Centro	Gestione delle malattie trasmesse con alimenti	RES (residenziale)	1	8	50
Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura	Gestione delle criticità nei servizi psichiatrici	RES (residenziale)	2	8	50
Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura	Gestione delle criticità SPDC e salute mentale territoriale	RES (residenziale)	1	8	50
SIAN	Il campionamento	FSC (Formazione sul campo)	1	16	25
SIAN	Approfondimento del genere Agaricus	FSC (Formazione sul campo)	1	12	25
Dermatologia San Francesco	Congresso regionale Dermatologia 2022	RES (residenziale)	1	8	100
Dermatologia San Francesco	Visita guidata nell'ambulatorio di Oncodermatologia	RES (residenziale)	3	4	10
Ematologia San Francesco	Diagnostica ematologica	RES (residenziale)	1	15	15
Oculistica San Francesco	Angiografia retinica, quale, quando, perché	FSC (Formazione sul campo)	2	8	6
Direzione POU Asl Nuoro	Scheda di dimissione ospedaliera	Blended	15	15	10
Direzione POU Asl Nuoro	La sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico	Blended	6	2	15
Oncologia San Francesco	Umanizzazione delle cure - modello Hucare nel percorso oncologico	RES (residenziale)	1	15	13
Direzione aziendale - Ospedale san Francesco	Scuola di Chirurgia robotica	FSC (Formazione sul campo)	1	50	

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

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

## SEZIONE 4. MONITORAGGIO E MIGLIORAMENTI DEL PROCESSO

L'Azienda individua, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs n. 150/2009, il proprio ciclo di gestione e valutazione dei risultati che si articola nelle seguenti fasi:

- a) Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, nel rispetto degli obiettivi impartiti dalla Regione, dei risultati attesi e dei relativi indicatori;
- b) Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) Monitoraggio in corso d'esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) Misurazione e valutazione annuale dei risultati;
- e) Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito in coerenza con i vigenti contratti collettivi nazionali di lavoro e con i contratti integrativi aziendali e accordi con le OO.SS;

Il sistema di misurazione e valutazione della performance aziendale è correlato ed integrato con i sistemi di controllo strategico e controllo di gestione operativi in azienda.

Il Monitoraggio viene attuato periodicamente attraverso la rendicontazione trimestrale alle unità operative della produzione e consumo di risorse oltreché degli indicatori sanitari e di produttività, specificatamente il monitoraggio degli obiettivi viene determinato attraverso la verifica intermedia con le strutture, effettuata generalmente nel mese di settembre, al fine di porre in essere eventuali azioni correttive qualora l'andamento della gestione non dovesse essere in linea con gli obiettivi predefiniti.

L'anno 2022 costituisce l'anno zero, pertanto saranno da attivare percorsi utili per migliorare la rilevazione e la rendicontazione, in particolare si ritiene necessario sviluppare un sistema per garantire la valutazione partecipativa dei cittadini/utenti, chiamati ad esprimere il grado di soddisfazione per le attività ed i servizi erogati dall'azienda e ogni altra valutazione utile a migliorare la qualità dei servizi.

Lo strumento oggi a disposizione in continuità con gli anni passati, gestiti attraverso l'integrazione tra il sistema informativo aziendale (SISAR) e il sistema informatico di misurazione della performance (GURU), non ha permesso di disporre di informazioni esaustive. Si consideracome alternativa percorribile, in attesa di eventuali implementazioni del sistema informatico disponibile, verificare le informazioni e le reportistiche prodotte dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico in merito allaraccolta ed elaborazione delle segnalazioni dell'utenza oltreché definire, anche con il supporto dell'ARES, per i ruolo di coordinamento con le altre Aziende Sanitarie, la raccolta ed elaborazione del questionario del benessere organizzativo.

Il tutto con il supporto tecnico dell'Organismo Individuale di Valutazione di recente istituzione.

D'altro canto anche per il monitoraggio nell'ambito della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza il Responsabile dovrà mettere in atto le azioni necessarie relativealla verifica dell'attuazione delle misure generali e specifiche predisposte dall'Azienda e all'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel presente Piano.

In ordine alle attività di monitoraggio relative alla Sottosezione Piano triennale dei fabbisogni di personale, le stesse saranno attuate con le verifiche dell'andamento del personale in servizio tramite la nascente struttura aziendale della gestione del Personale.

Infine, in merito all'applicazione di forme flessibili di lavoro agile ci si riserva, a seguito della gestione dell'istituto da parte del servizio aziendale competente di prossima definizione verranno individuati e definiti gli indicatori più appropriati volti al monitoraggio degli obiettivi assegnati al personale che opererà in smartworking.