

Azienda Sanitaria Locale 3 - Nuoro Piano Integrato di attività e Organizzazione (P.I.A.O.) Anni 2023/2025

ART. 6 Decreto legge 80/2022 convertito con modificazioni dalla legge 113/2021 .

Compilazione secondo il D.M. 30 Giugno 2022 n. 132 – Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di attività e organizzazione

Sommario

Premessa.....	2
Sezione 1. Scheda anagrafica dell'Amministrazione.....	5
1.1 Chi siamo e come operiamo.....	7
1.2 Il contesto di riferimento interno.....	9
1.3 Il Contesto di riferimento esterno.....	14
1.4 Amministrazione in cifre	15
Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione.....	23
Sottosezione 2.1: Valore Pubblico.....	23
Sottosezione 2.2: Performance	33
Sottosezione 2.3: Rischi corruttivi e trasparenza	23
Sezione 3. Organizzazione e Capitale Umano.....	77
Sottosezione 3.1 Struttura organizzativa.....	77
Sottosezione 3.2 Organizzazione del lavoro agile	82
Sottosezione 3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale	89
3.3.1 Piano triennale dei fabbisogni del personale 2023/2025	89
Sezione 4. Monitoraggio e miglioramenti dei processi.....	101

Premessa

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

Al comma 7-bis del citato articolo 6 è stato stabilito inoltre che “Le Regioni, per quanto riguarda le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui al presente articolo e ai contenuti del Piano tipo definiti con il decreto di cui al comma 6”.

In attesa di direttive in merito da parte della Regione Sardegna, è stato redatto il presente Piano secondo quanto disposto dal Decreto del Dipartimento Funzione pubblica del 30 giugno 2022, n. 132 “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione” pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 209 del 7.09.2022 che definisce i contenuti e lo schema tipo del PIAO.

Il provvedimento è entrato ufficialmente in vigore il 22 settembre 2022 e il PIAO è diventato operativo dal 1° luglio 2022.

Il PIAO vuole essere lo strumento della concreta semplificazione della burocrazia a vantaggio delle amministrazioni, con il quale compiere un passo decisivo verso il perseguimento di una maggiore efficienza, efficacia, produttività e misurazione della performance. L’obiettivo è la semplificazione dell’attività amministrativa e una maggiore qualità e trasparenza dei servizi pubblici.

Il PIAO è un documento unico di programmazione e governance che sostituisce una serie di Piani che finora le amministrazioni erano tenute a predisporre annualmente:

- Piano performance;
- Piano del fabbisogno del personale, parità di genere, lavoro agile;
- Piano anticorruzione.

Il D.M. n. 132 all’art. 2 regola la composizione del Piano Integrato di attività e organizzazione stabilendo che esso debba contenere:

- Sezione 1. Scheda anagrafica dell’amministrazione;
- Sezione 2. Valore pubblico, Performance e Anticorruzione dove sono definiti i risultati attesi, in termini di obiettivi generali e specifici (Art. 3);

- Sezione 3. Organizzazione e Capitale Umano dove verrà presentato il modello organizzativo adottato dall'Amministrazione o dall'Ente (Art. 4);
- Sezione 4. Monitoraggio dove saranno indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, insieme alle rilevazioni di soddisfazioni degli utenti e dei responsabili (Art. 5).

Le sezioni sono a loro volta ripartite in sottosezioni di programmazione riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionali.

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.

Si fa presente 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 in buona parte ripristinato gli assetti organizzativi delle vecchie ASL rispetto al recente passato (riforma 2017-2021) in cui ogni Azienda era priva di una propria identità gestionale ed economica.

Solo recentemente gli organi regionali con DGR n. 4/63 del 16 febbraio 2023 hanno dichiarato conforme la proposta dell'Atto Aziendale a chiusura di un iter iniziato con la delibera n. 606 del 05.12.2022 e successiva proposta n. 36 del 26.01.2023 "Recepimento e adeguamento dell'Atto aziendale dell'ASL n.3 di Nuoro alle prescrizioni regionali di cui alla deliberazione n.1/4 del 03.01.2023 della Giunta Regionale Sardegna".

La definitiva approvazione dell'Atto Aziendale consentirà nei prossimi mesi di avviare tutte le procedure necessarie per la definizione del nuovo assetto organizzativo dell'ASL di Nuoro. Tale atto costituisce il punto di partenza anche per la costituzione della dotazione degli organici sia per la parte sanitaria e sia per la

componente tecnico-amministrativa (Servizio del Personale, del Bilancio, degli Acquisti, del Servizio Tecnico). Infatti per quest'ultimo aspetto assumono particolare importanza le competenze effettive che saranno in capo all'Azienda ARES e che svolge per conto di tutte le Aziende Sanitarie regionali e l'interazione con i costituenti servizi all'interno delle singole ASL. Si deve tener presente che ARES ha in capo funzioni esclusive quali le attività relative alla committenza con gare centralizzate per l'acquisto di beni e servizi; la gestione delle procedure di selezione e concorso del personale del Servizio sanitario regionale, di gestire secondo le esigenze rappresentate dalle singole aziende; la funzione di omogeneizzazione della gestione dei bilanci e della contabilità delle singole aziende; la funzione di omogeneizzazione della gestione del patrimonio; il supporto tecnico all'attività di formazione del personale del servizio sanitario regionale; i servizi tecnici per la valutazione delle tecnologie sanitarie (Health technology assessment – HTA), servizi tecnici per la fisica sanitaria e l'ingegneria clinica; la gestione delle infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi dati in un'ottica di omogeneizzazione e sviluppo del sistema ICT; la gestione della committenza inerente l'acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da privati; i controlli di appropriatezza e di congruità dei ricoveri ospedalieri per tutte le strutture pubbliche e private.

Sezione 1. Scheda anagrafica dell'Amministrazione

Nella tabella sottostante sono riportati i dati identificativi dell'amministrazione.

SCHEDA ANAGRAFICA AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N. 3 NUORO	
Codice Regione (NSIS)	200
Descrizione Regione	SARDEGNA
Codice Azienda Sanitaria (NSIS)	303
Denominazione Azienda Sanitaria	AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N. 3 NUORO - ASL 3 NUORO
Indirizzo	VIA AMERIGO DEMURTAS 1
CAP	08100
Comune	NUORO
Sigla provincia	NU
Codice Istat Comune	091051
Telefono	0784 240642
Sito web	https://www.asl3nuoro.it/
E-mail / PEC	direzione.generale@asl3nuoro.it protocollo@pec.asl3nuoro.it
Riferimenti URP aziendale	urp.nuoro@asl3nuoro.it Telefono: 0784/240738/240146/240954/240622
Natura giuridica	AZIENDA PUBBLICA ECONOMICA A CARATTERE SANITARIO E SOCIO SANITARIO
Data di costituzione	1° GENNAIO 2022 (Riforma del Servizio Sanitario della Regione Sardegna con L.R. 24 del Legge n. 24 del 11/09/2020)
Codice Fiscale e Partita IVA	01620480911
Codice IPA	7T093CG4
Codice univoco Ufficio fatturazione elettronica	G6EX6X

L'Azienda socio sanitaria di Nuoro così come rappresentato nella Fig. 1 occupa territorialmente la parte centro orientale della Sardegna



Fig. 1 – Territorio della ASL 3 di Nuoro

L'Azienda opera attraverso le sue strutture sanitarie: 4 Distretti Socio-Sanitari, 3 Presidio 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 (sede Comune di Nuoro)
- Presidio Ospedaliero Cesare Zonchello (sede Comune di Nuoro)
- Presidio Ospedaliero San Camillo (sede Comune di Sorgono).

Si riportano sinteticamente nella rappresentazione grafica sottostante i dati identificativi dell'azienda:

Il logo identificativo dell'azienda è



1.1 Chi siamo e come operiamo

Nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale e in collaborazione con altri soggetti pubblici e privati, l'Azienda Sanitaria Locale di Nuoro concorre al *miglioramento e recupero della salute, sia collettiva che individuale, della popolazione.*

La promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della popolazione sarà attuato assicurando il rispetto dei Livelli essenziali di Assistenza, con riferimento all'area della prevenzione collettiva e sanitaria pubblica, all'area dell'assistenza distrettuale e all'area dell'assistenza ospedaliera.

Il bene "salute", inteso come stato di benessere complessivo, come effetto di uno sviluppo sostenibile non è solo il risultato della ricerca medica, ma anche l'esito di quanto prodotto con politiche tese a rimuovere o ad attenuare situazioni di disagio economico e sociale, ad educare alla salute e alla promozione di stili di vita adeguati.

Le problematiche emerse negli ultimi anni, caratterizzati dalla lotta alla pandemia da Sars – Cov 2 hanno amplificato il bisogno di "salute" creando i presupposti per una grande sfida. Alla nostra azienda, spetta il ruolo di interprete delle necessità del proprio territorio con l'attenzione rivolta verso i bisogni dei cittadini, mediando con il sistema sanitario regionale affinché questi possano essere soddisfatti.

Sono necessari strumenti e mezzi dinamici capaci di intercettare le complessità della società contemporanea e il suo continuo divenire, allo scopo di raggiungere un più adeguato standard decisionale nella programmazione sanitaria e socio-sanitaria.

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).

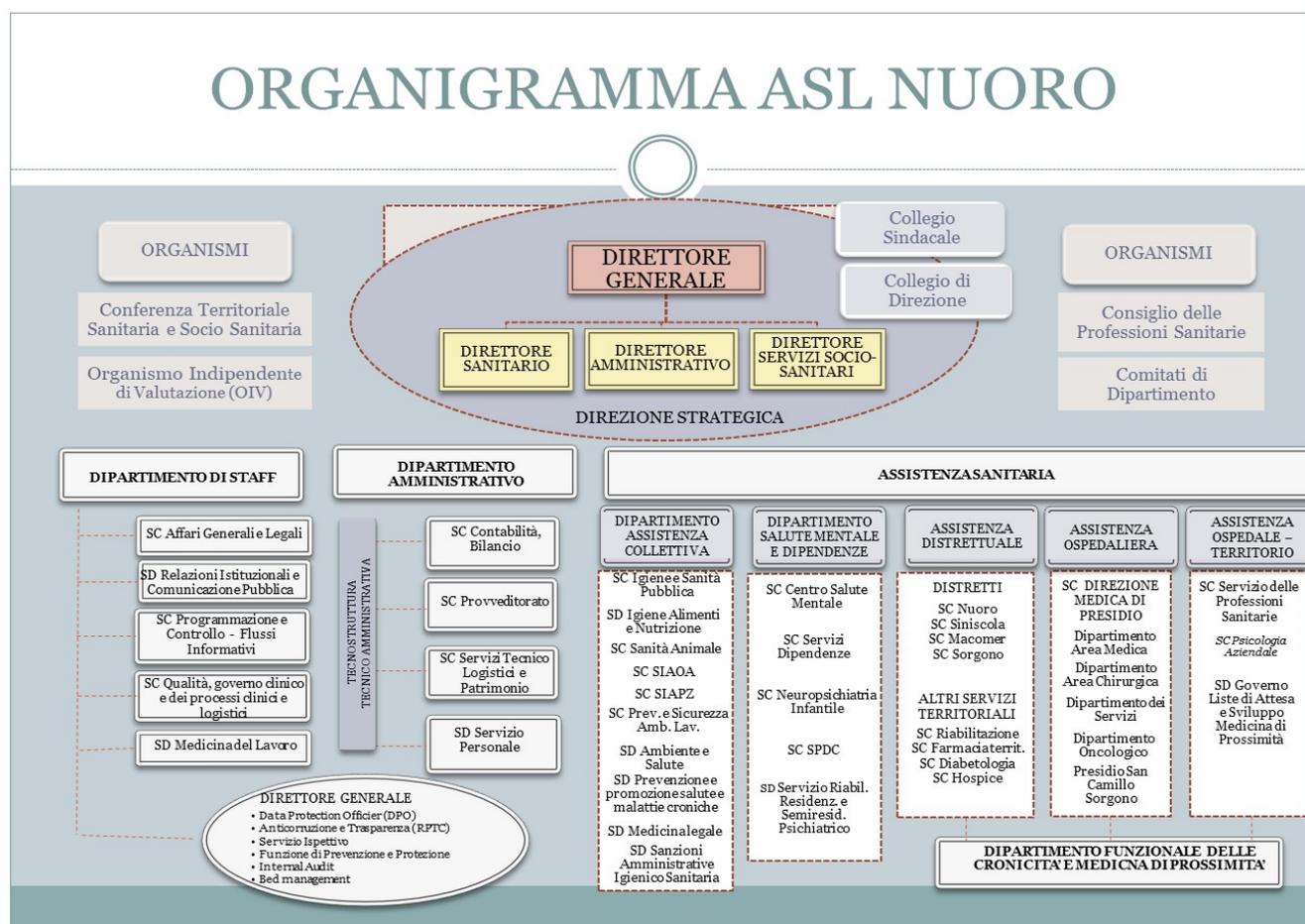
Attraverso tali principi, la ASL di Nuoro intende creare valore pubblico superando l'autoreferenzialità dell'amministrazione, perseguendo una conduzione collaborativa di condivisione insieme ai territori, in ottica partecipativa che caratterizza il momento specifico che stiamo vivendo. Il Valore Pubblico, 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.

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.

Attraverso l'adozione dell'atto aziendale, approvato come già anticipato con DGR n. 4/63 del 16 febbraio 2023, l'Azienda si è dotata di un fondamentale strumento organizzativo necessario per ridefinire le modalità di funzionamento più appropriate e consone al nostro territorio, con specifico riguardo all'area della prevenzione, ai percorsi clinico assistenziali, al potenziamento dell'assistenza territoriale ed ospedaliera, volta a 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.

Si riporta di seguito l'Organigramma aziendale relativo all'Atto Aziendale (Fig. 3).



1.2 Il contesto di riferimento interno

La ASL di Nuoro sorge su un territorio che si estende per 3.934 Km² e comprende 52 comuni. Il territorio si caratterizza per una geomorfologia del territorio complessa, tipicamente montana, con un sistema viario non all'altezza delle necessità, che rende difficoltose le comunicazioni interne e l'accessibilità all'assistenza sanitaria. La densità della popolazione è molto bassa, pari a 37,30 ab/ Km², con una forte disparità rispetto ai 65,90 ab/ Km² nella regione Sardegna e ai 195,97 ab/ Km² a livello nazionale.

I dati demografici del 2022 (Fonte Geo demo Istat all'01/01/2022, dato aggiornato 2023) evidenziano la presenza di tanti centri di piccole dimensioni, il 30,77% dei comuni dell'Asl Nuorese sono sotto i 1.000 abitanti.

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.

Tabella 1 - Dati strutturali anno 2022							
DISTRETTI ASL NUORO	Distretto Nuoro	Distretto Macomer	Distretto Siniscola	Distretto Sorgono	Totale ASL	Sardegna	Italia
Comuni	20	10	9	13	52	377	7.904
<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		
Abitanti	79.986	20.520	31.168	15.051	146.725	1.587.413	59.030.133
Incidenza % sul Tot. della Popolazione Asl	54,51%	13,99%	21,24%	10,26%	100,00%		
Superficie Km²	2.026,05	534,22	749,84	623,61	3.933,72	24.090	301.225
Densità ab/km²	39,48	38,41	41,57	24,14	37,30	65,90	195,97
Variazione della popolazione rispetto al 2021							
<i>assoluta</i>	-767	-257	46	-143	-1.121	-2.631	-206.080
<i>%</i>	-0,95%	-1,24%	0,15%	-0,94%	-0,76%	-0,17%	-0,35%

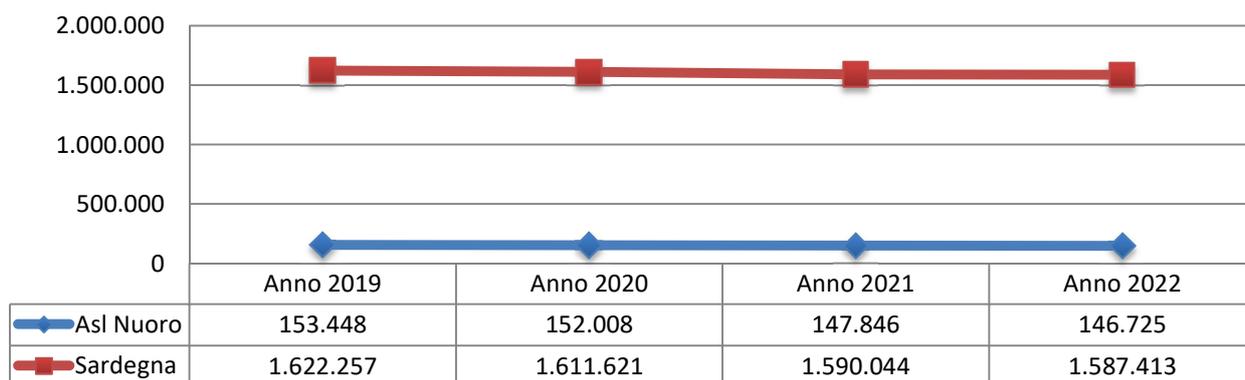
Fonte dati: Geo demo Istat all'01.01.2022

Negli ultimi 4 anni (2019/2022) l'andamento della popolazione evidenzia un calo complessivo dei residenti pari al -4,38%. Osservando i periodi intermedi notiamo come il calo più consistente si sia manifestato tra il 2021 e il 2020 (-2,74%), mentre il biennio 2022/2021 manifesta un ridimensionamento (-0,76%) e il calo è più contenuto della riduzione del periodo pre pandemia (-0,94%). La stessa tendenza si osserva anche a livello regionale sebbene le variazioni siano più ridotte.

Tabella 2 – Andamento della popolazione 2019/2022								
Popolazione	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Var. 2020/2019	Var. 2021/2020	Var. 2022/2021	Var. 2019/2022
Asl Nuoro	153.448	152.008	147.846	146.725	-0,94%	-2,74%	-0,76%	-4,38%
Sardegna	1.622.257	1.611.621	1.590.044	1.587.413	-0,66%	-1,3%	-0,2%	-2,15%

Fonte dati: Geo demo Istat all'01.01.2022

Graf. 1 - Andamento della popolazione - Anni 2019 /2020 / 2021/2022



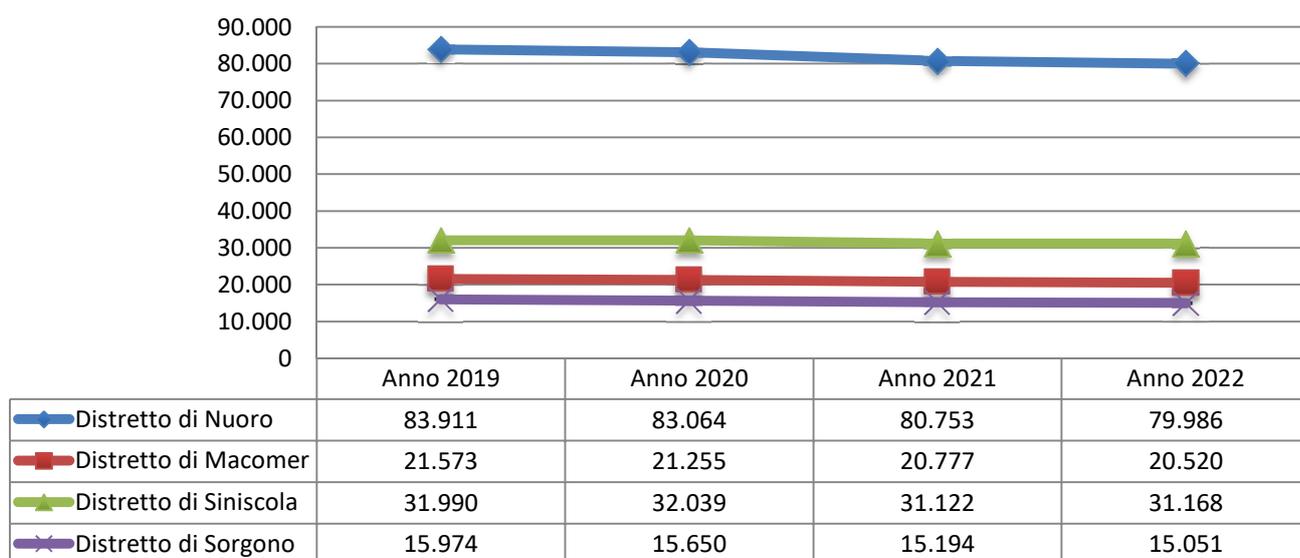
La stessa tendenza si riscontra anche nei singoli Distretti sanitari, anche se si può notare una riduzione più contenuta nel Distretto di Siniscola (-2,57%) che presenta un territorio prevalentemente costiero, a fronte di una riduzione massima nel Distretto di Sorgono pari a 5,78%, che presenta un territorio prevalente montano.

Tabella 3 – Andamento della popolazione nei Distretti sanitari

Distretti Sanitari	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Var. 2020/2019	Var. 2021/2020	Var. 2022/2021	Var. 2019/2022
Distretto di Nuoro	83.911	83.064	80.753	79.986	-1,01%	-2,78%	-0,95%	-4,68%
Distretto di Macomer	21.573	21.255	20.777	20.520	-1,47%	-2,25%	-1,24%	-4,88%
Distretto di Siniscola	31.990	32.039	31.122	31.168	0,15%	-2,86%	0,15%	-2,57%
Distretto di Sorgono	15.974	15.650	15.194	15.051	-2,03%	-2,91%	-0,94%	-5,78%

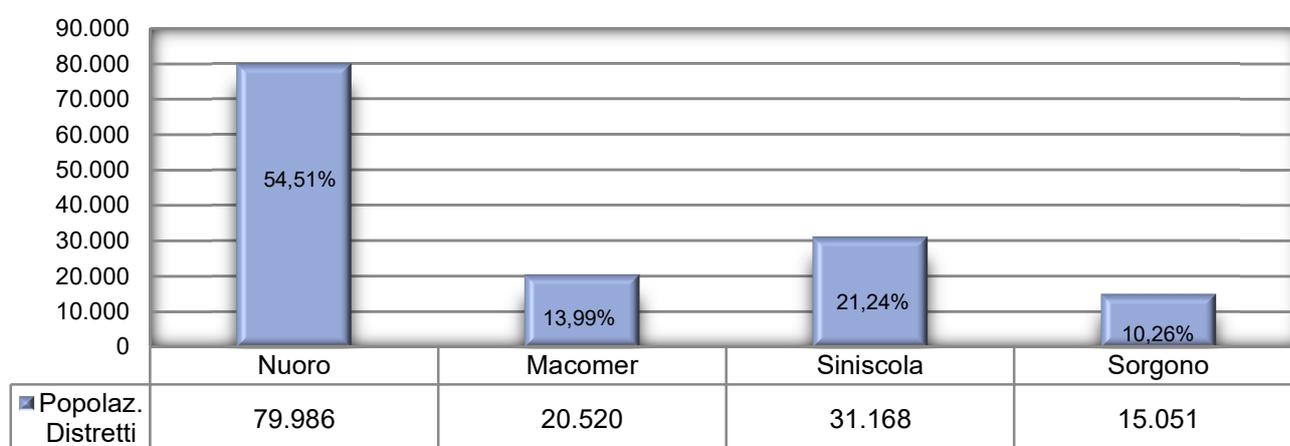
Fonte dati: Geo demo Istat all'01.01.2022

Graf. 2 - Andamento della popolazione nei Distretti Sanitari



Il grafico 3 mostra la distribuzione della Popolazione tra i 4 distretti. Oltre il 54% della popolazione della Asl di Nuoro risiede nel Distretto omonimo contraddistinto dal capoluogo di provincia, che in qualità di centro di riferimento, anche per la presenza del Presidio Ospedaliero San Francesco, attrae buona parte della popolazione dell'ASL; a seguire con il 21% circa si ha il Distretto di Siniscola, territorio economicamente fervente grazie alla vocazione turistica che lo contraddistingue. Il restante 25% è ripartito invece tra i Distretti di Macomer e Sorgono, più piccoli territorialmente e caratterizzati inoltre dalla presenza di comuni di piccole dimensioni.

Graf. 3 - Distribuzione della popolazione tra i Distretti sanitari all'01/01/2022



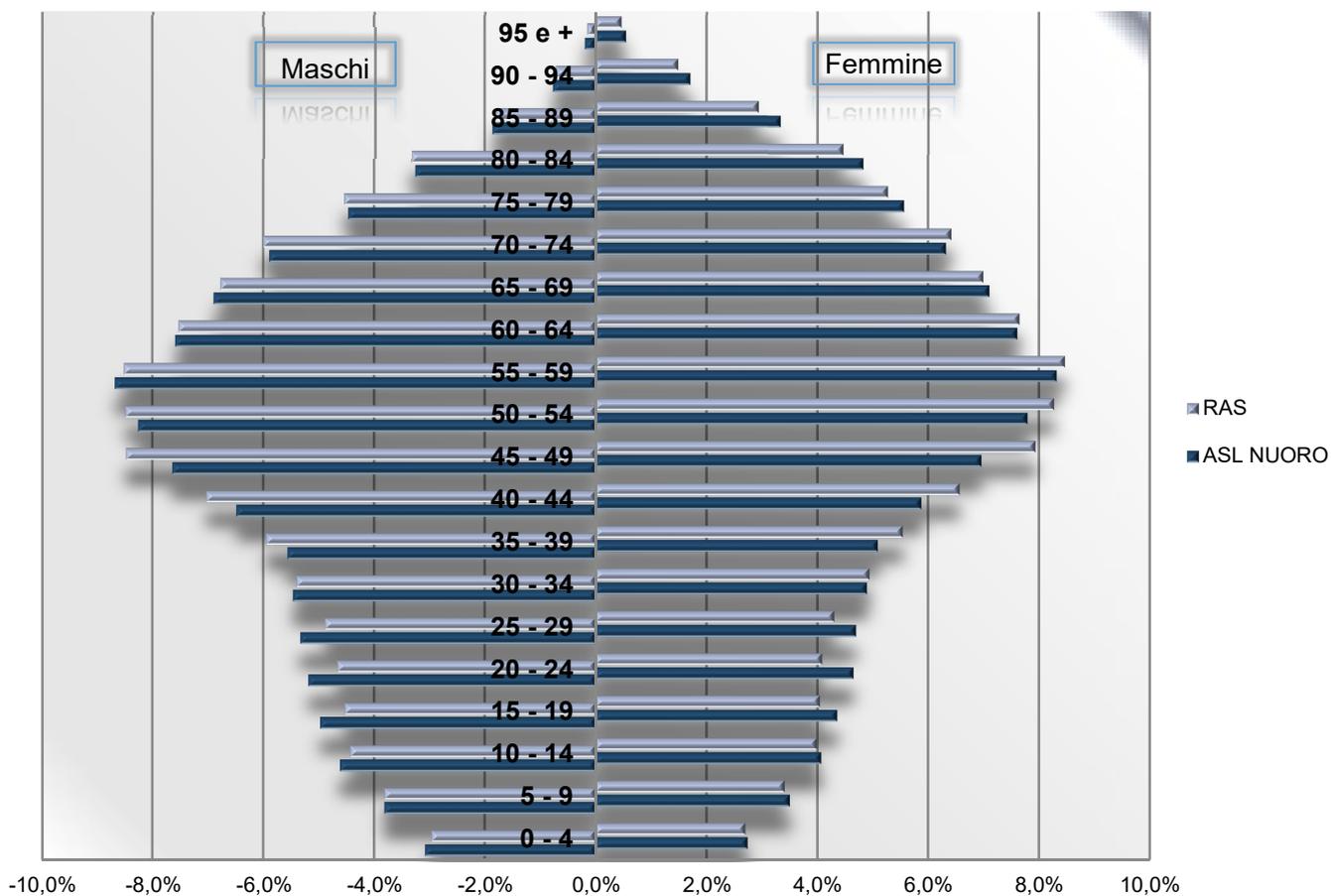
Fonte dati: Geo demo Istat all'01.01.2022

La composizione per età e genere della popolazione residente nella ASL di Nuoro raffigurata nella piramide delle età sottostante (Grafico 4), mette in evidenza come la ripartizione tra genere maschile e femminile sia sbilanciata a favore del genere maschile nelle fasce d'età da 0/4 fino a 55/59. Fino ai 59 anni il genere maschile costituisce il 51,49% del campione contro il 48,51% del genere femminile, la tendenza mostra segnali di inversione raggiunta la fascia dei 60/64, per consolidarsi nelle fasce d'età più mature. Il 56,58% della popolazione compresa tra le fasce 65 /100 e + anni è di genere femminile contro il restante 43,42% del genere maschile.

Il dato è ancora più rilevante se si osserva nello specifico la fascia dei grandi anziani (85 e + anni) che evidenzia una composizione che vede le donne molto più longeve degli uomini e che costituiscono il 67,14% dell'intero campione. La stessa tendenza è confermata dal confronto con i dati regionali dove il cambio di tendenza nella fascia 60/64 si manifesta in modo più deciso rispetto al territorio della Asl di Nuoro.

Dall'osservazione della piramide si può inoltre notare come la sua forma sia sempre più sbilanciata verso le età mature, rappresentando il progressivo invecchiamento della popolazione, l'assottigliamento della base della piramide evidenzia invece la riduzione del fenomeno delle nascite e la sempre più ridotta incidenza dei giovani sul totale della popolazione.

Graf.4 - Distribuzione per fasce d'età e genere - Confronto con dati Regionali



Fonte dati: Geo demo Istat all'01.01.2022

Si riportano di seguito nella tabella 4, alcuni indicatori di struttura della popolazione.

Tabella 4 – Indicatori di struttura della popolazione

	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza giovanile	Indice di ricambio della popolazione	Indice di carico di figli per donna	Tasso di natalità (anno 2021)	Tasso di mortalità (anno 2021)
SARDEGNA	241,77%	57,23%	40,49%	16,75%	177,24%	14,89%	N.D	N.D
ASL NUORO	242,62%	59,71%	42,28%	17,43%	163,00%	15,67%	5,35	13,51
<i>Distretto di Nuoro</i>	236,44%	58,93%	41,41%	17,51%	163,40%	15,52%	5,02	12,74
<i>Distretto di Macomer</i>	307,98%	64,93%	49,01%	15,91%	173,12%	13,68%	5,19	15,76
<i>Distretto di Siniscola</i>	191,59%	56,32%	37,00%	19,31%	147,10%	17,53%	6,57	12,04
<i>Distretto di Sorgono</i>	329,37%	63,01%	48,34%	14,68%	183,23%	14,97%	4,84	17,51

Fonte dati: Geo demo Istat all'01.01.2022

La tabella 4, riporta in sintesi la fotografia dell'evoluzione socio demografica della nostra popolazione, che evidenzia l'inesorabile processo di invecchiamento in corso e consente di comprendere gli squilibri generazionali, che contraddistinguono non solo il nostro territorio, ma anche quello regionale di riferimento, consentendo di cogliere i cambiamenti del tessuto sociale oltre che economico, informazioni utili per l'orientamento nelle scelte delle politiche sociali.

La presenza della popolazione straniera è sintetizzata nella tabella sottostante, da cui emerge che gli stranieri residenti nel nostro territorio costituiscono il 7.32% dell'intera popolazione straniera presente sul territorio regionale. Nell'intervallo di tempo tra il 2019 e il 2022 si è registrata complessivamente una riduzione degli stranieri pari al 14,38%, fortemente influenzata nel periodo intermedio dagli eventi pandemici che hanno contribuito a ostacolare i movimenti migratori. Nella composizione di genere possiamo osservare la prevalenza femminile, sicuramente dovuta alla domanda crescente di assistenza socio saniaatria. L'età media si attesta intorno ai 47 anni leggermente al di sotto dell'età media regionale.

Tabella 5 – Popolazione straniera residente

Distretto Sanitario	Anno 2022			Incidenza territoriale %	Variazione % 2022/2019	Età media
	Femmine	Maschi	Totale popolazione straniera			
Sardegna	25.737	22.663	48.400	7,32%	-7,36%	48,65
Totale Asl Nuoro	1.837	1.707	3.544	100,00%	-14,38%	47,13
<i>Ds Nuoro</i>	829	842	1.671	47,15%	-14,18%	43,44
<i>Ds Macomer</i>	254	214	468	13,21%	1,30%	39,98
<i>Ds Siniscola</i>	611	510	1.121	31,63%	-18,71%	44,76
<i>Ds Sorgono</i>	143	141	284	8,01%	-19,09%	39,67

Fonte dati: Geo demo Istat all'01.01.2022

1.3 Il Contesto di riferimento esterno

Il contesto e i principali interlocutori dell'Azienda, 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 Regionale della Prevenzione 2020-2025 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.

OPERATORI DEL SISTEMA



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 Kmq
Comuni	52
Popolazione residente	146.725 abitanti al 01.01.2022

AREA TERRITORIALE

Distretti Sanitari	n. 4
Poliambulatori	n. 9
Consultori Familiari	n. 8
Presidi di Continuità Assistenziale	n. 32 di cui 3 Punti di Guardia Turistica
Punti Territoriali di Emergenza 118	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 01.01.2022)	n. 333 + 20 culle
Posti letto DH/DS (HSP 12 al 01.01.2022)	n. 77
Ricoveri Ordinari (al 31.12.2022)	n. 10.734
Ricoveri DH/DS (al 31.12.2022)	n. 3.313
Casi Day Service (al 31.12.2022)	n. 1.025 (iniezione intravitreale di oculistica)
Accessi Pronto Soccorso (al 31.12.2022)	n. 30.006

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

1.4.1 La nostra produzione

1.4.1.1 Attività Ospedaliera

Dimissioni ospedaliere

La tabella sottostante evidenzia un incremento complessivo delle dimissioni rispetto all'anno precedente pari allo 1,15%. Mentre nei Presidi San Francesco e Zonchello si evidenzia un andamento positivo dell'attività tra l'anno 2021 e il 2022, pari rispettivamente a 1,00% e 32,56%, il Presidio Ospedaliero San Camillo registra un calo dell'attività (-14,81%,) ascrivibile oltre che alla sospensione delle attività chirurgiche anche alla carenza di personale dell'Unità di Medicina.

Nel Presidio Ospedaliero San Francesco, in particolare, si segnala la riduzione dell'attività della Chirurgia Generale, dell'Urologia e dell'Ortopedia per effetto della minore attività di sala operatoria dovuta principalmente al sottodimensionamento dell'organico dei tre reparti. Si apprezza la ripresa dell'attività nelle Unità Operative dell'area medica quali Geriatria, Medicina, Pediatria, oltre ad alcune Unità dell'area Chirurgica, quali Otorino e Ostetricia Ginecologia.

Stabilimento	Disciplina /Reparto	Anno 2021			Anno 2022			Delta su Totale Dimissioni	
		Totale dimessi	di cui Ord	di cui DH	Totale dimessi	di cui Ord	di cui DH	Assoluto	%
P.O. San Francesco	0901 - Chirurgia Generale	599	540	59	515	473	42	-84	-14,02%
	1401 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	224	201	23	218	192	26	-6	-2,68%
	1801 - Ematologia	977	382	595	947	375	572	-30	-3,07%
	2101 - Geriatria	622	569	53	784	745	39	162	26,05%
	2401 - Malattie Infettive E Tropicali	112	111	1	281	281	0	169	150,89%
	2402 - Malattie Infettive E Tropicali	247	247	0	0	0	0	-247	-100,00%
	2403 - Malattie Infettive E Tropicali	112	112	0	0	0	0	-112	-100,00%
	2601 - Medicina Generale	623	494	129	910	798	112	287	46,07%
	2901 - Nefrologia	398	232	166	399	255	144	1	0,25%
	3001 - Neurochirurgia	411	385	26	404	378	26	-7	-1,70%
	3101 - Nido	553	553	0	594	594	0	41	7,41%
	3201 - Neurologia	665	443	222	700	468	232	35	5,26%
	3401 - Oculistica	106	31	75	152	24	128	46	43,40%
	3601 - Ortopedia E Traumatologia	778	750	28	533	502	31	-245	-31,49%
	3701 - Ostetricia E Ginecologia	1.832	1.273	559	1.915	1.344	571	83	4,53%
3801 - Otorinolaringoiatria	486	467	19	570	522	48	84	17,28%	

Stabilimento	Disciplina /Reparto	Anno 2021			Anno 2022			Delta su Totale Dimissioni	
		Totale dimessi	di cui Ord	di cui DH	Totale dimessi	di cui Ord	di cui DH	Assoluto	%
	3901 - Pediatria	597	555	42	753	705	48	156	26,13%
	4001 - Psichiatria	208	208	0	238	238	0	30	14,42%
	4301 - Urologia	822	624	198	690	516	174	-132	-16,06%
	4901 - Terapia Intensiva	163	163	0	183	183	0	20	12,27%
	4902 - Terapia Intensiva	63	63	0	0	0	0	-63	-100,00%
	5001 - Unità Coronarica	1.160	951	209	1.184	982	202	24	2,07%
	5201 - Dermosifilopatia	621	357	264	559	336	223	-62	-9,98%
	6401 - Oncologia	495	0	495	477	0	477	-18	-3,64%
	7301 - Terapia Intensiva Neonatale	246	246	0	245	245	0	-1	-0,41%
	P.O. San Francesco -Totale	13.120	9.957	3.163	13.251	10.156	3.095	131	1,00%
P.O. C. Zonchello	6801 - Pneumologia	301	283	18	399	381	18	98	32,56%
	P.O. C. Zonchello - Totale	301	283	18	399	381	18	98	32,56%
P.O. San Camillo	0901 - Chirurgia Generale	12	12	0	0	0	0	-12	-100,00%
	2601 - Medicina Generale	454	240	214	397	197	200	-57	-12,56%
	P.O. San Camillo - Totale	466	252	214	397	197	200	-69	-14,81%
Totale complessivo		13.887	10.492	3.395	14.047	10.734	3.313	160	1,15%

Fonte dati: Anno 2021: Abaco; Anno 2022 sistemi informativi ospedalieri (SIO)

Attività di sala operatoria

Tabella 7 - Interventi per presidio					
Presidio ospedaliero	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Variazione 2020/2021	Variazione 2021/2022
San Francesco	5.689	6.030	5.781	5,99%	-4,13%
San Camillo	54	0	0	-100,00%	0,00%
Totale complessivo	5.743	6.030	5.781	5,00%	-4,86%

Fonte dati: Sistemi informativi ospedalieri (SIO)

A partire dall'anno 2020 l'attività di sala operatoria ha avuto un flessione negativa essenzialmente dovuta alla pandemia, ma negli anni che seguono l'andamento non lascia spazio all'ottimismo. Infatti a causa di gravi carenze di organico l'attività operatoria è stata ridimensionata, e come visibile nella tabella sottostante nei tre anni messi a confronto si evince come nel 2022 sia aumentata l'attività svolta in elezione contro la riduzione della gestione delle urgenze.

Tabella 8 - Interventi per tipo intervento						
Tipo Interventi	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Incidenza % 2020	Incidenza % 2021	Incidenza % 2022
Elezione	3.611	3.968	4.071	62,88%	65,80%	70,96%
Emergenza	27	34	44	0,47%	0,56%	0,77%
Urgenza	1.551	1.518	1.277	27,01%	25,17%	22,26%
Urgenza differita	554	510	389	9,65%	8,46%	6,78%
Totale complessivo	5.743	6.030	5.737	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte dati: Sistemi informativi ospedalieri (SIO)

Il regime prevalente degli interventi, sebbene nel 2022 si osservi una riduzione, resta quello ordinario mentre si assiste ad un orientamento sempre crescente verso il regime Day Service. Per quanto riguarda il Presidio Ospedaliero San Camillo, che ha visto cessare l'attività di sala nei primi mesi del 2020, si sta lavorando alla creazione di una struttura chirurgica Week e Day Surgery - Day Hospital (10 PL)

Tabella 9 - Interventi per Presidio e per Regime							
Presidio ospedaliero	Regime Intervento	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Incidenza % 2020	Incidenza % 2021	Incidenza % 2022
San Francesco	Day Service	691	1.792	1.943	12,15%	29,72%	33,61%
	Day Surgery	1.511	556	552	26,56%	9,22%	9,55%
	Ordinario	3.487	3.682	3.286	61,29%	61,06%	56,84%
	Totale	5.689	6.030	5.781	100,00%	100,00%	100,00%
San Camillo	Day Service	1	0	0	1,85%	0,00%	0,00%
	Day Surgery	46	0	0	85,19%	0,00%	0,00%
	Ordinario	7	0	0	12,96%	0,00%	0,00%
	Totale	54	0	0	100,00%	0,00%	0,00%
Totale complessivo		5.743	6.030	5.781			

Fonte dati: Sistemi informativi ospedalieri (SIO)

Indicatori di risultato

Stabilimento	Voce	2021	2022	Delta assoluto	Delta %
P.O. San Francesco	Occupazione PL DH	102,40%	40,6%	-61,80%	-60,35%
	Occupazione PL RO	63,00%	84,5%	21,50%	34,13%
	RO - Indice di rotazione	28,93	35,46	6,53	22,57%
	RO - Turn Over	4,67	1,46	- 3,21	-68,74%
	Degenza media	8,58	8,41	- 0,17	-1,98%
	Giorni Degenza Media pre operatoria	2,01	1,85	- 0,16	-7,96%
	Peso medio DO	1,23	1,17	- 0,06	-4,88%
	Peso Medio DH	0,93	0,94	0,01	1,08%
	Dimessi 0_2 giorno (dimessi vivi)	1.693	1.613	- 80,00	-4,73%
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	36,90%	43,4%	6,50%	17,62%
	% Ricoveri urgenti brevi	6,60%	7,6%	1,00%	15,15%
	% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	11,70%	12,0%	0,30%	2,56%
% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	20,60%	27,17%	6,57%	31,89%	
P.O. C. Zonchello	Occupazione PL DH	26,10%	2,4%	-23,70%	-90,80%
	Occupazione PL RO	64,70%	89,8%	25,10%	38,79%
	RO - Indice di rotazione	10,88	15,61	4,73	43,47%
	RO - Turn Over	11,83	2,17	- 9,66	-81,66%
	Degenza media	21,7	19,21	- 2,49	-11,47%
	Peso medio DO	1,23	1,25	0,02	1,63%
	Peso Medio DH	0,94	0,96	0,02	2,13%
	Dimessi 0_2 giorno (dimessi vivi)	14	13	- 1,00	-7,14%
	% Ricoveri urgenti brevi	1,20%	2,3%	1,10%	91,67%
	% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	6,50%	4,3%	-2,20%	-33,85%
	% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	22,20%	50,00%	27,80%	125,23%
P.O. San Camillo	Occupazione PL DH	143,00%	4,9%	-138,10%	-96,57%
	Occupazione PL RO	35,30%	47,8%	12,50%	35,41%
	RO - Indice di rotazione	11,2	13,20	2,00	17,86%
	RO - Turn Over	21,01	13,20	- 7,81	-37,17%
	Degenza media	11,46	12,08	0,62	5,41%
	Peso medio DO	1,12	1,15	0,03	2,68%
	Peso Medio DH	0,72	0,75	0,03	4,17%
	Dimessi 0_2 giorno (dimessi vivi)	29	13	- 16,00	-55,17%
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	100,00%	0,00%	-100,00%	-100,00%
	% Ricoveri urgenti brevi	8,60%	4,4%	-4,20%	-48,84%
	% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	2,40%	4,3%	1,90%	79,17%
% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	31,80%	0,00%	-31,80%	-100,00%	
ASL 3	Occupazione PL DH	99,80%	36,4%	-63,40%	-63,53%
	Occupazione PL RO	61,60%	83,4%	21,80%	35,39%
	RO - Indice di rotazione	26,86	33,15	6,29	23,42%
	RO - Turn Over	5,21	1,67	- 3,54	-67,95%
	Degenza media	9	8,86	- 0,14	-1,56%
	Giorni Degenza Media pre operatoria	2,01	1,85	- 0,16	-7,96%
	Peso medio DO	1,23	1,17	- 0,06	-4,88%
	Peso Medio DH	0,91	0,93	0,02	2,20%
	Dimessi 0_2 giorno (dimessi vivi)	1.736	1.639	- 97,00	-5,59%
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	37,20%	43,4%	6,20%	16,67%
	% Ricoveri urgenti brevi	6,40%	7,2%	0,80%	12,50%
% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	11,40%	11,6%	0,20%	1,75%	
% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	21,60%	27,38%	5,78%	26,76%	

Fonte dati: ABACO

Indicatori di esito

Si riportano di seguito alcuni indicatori di esito monitorati anche nel Piano Nazionale esiti riferiti agli anni 2022/2021 estratti dalla piattaforma 3M!360.

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

Struttura	2022			2021			Delta 2022 - 2021
	N. Ricoveri Intervento entro 2 gg	Totale Ricoveri IMA	N. Ricoveri Intervento entro 2 gg/Totale	N. Ricoveri Intervento entro 2 gg	Totale Ricoveri IMA	N. Ricoveri Intervento entro 2 gg/Totale	
ASL 3	164	267	61,42%	206	289	71,28%	-9,86%

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

Struttura	2022			2021			Delta 2022 - 2021
	N. Ricoveri Intervento entro 2 gg	Totale Ricoveri con Frattura	% Ricoveri Intervento entro 2 gg/Totale	N. Ricoveri Intervento entro 2 gg	Totale Ricoveri con Frattura	% Ricoveri Intervento entro 2 gg/Totale	
ASL 3	57	188	30,32%	115	286	40,21%	-9,89%

Percentuale parti cesarei primari (PCP) - Target 15% (maternità di 1° livello < 1000 parti; maternità di 2° livello > 1000 parti)

Struttura	2022			2021			Delta 2022 - 2021
	Dimessi PCP	Totale dimessi	Proporzione PCP	Dimessi PCP	Totale dimessi	Proporzione PCP	
ASL 3	183	708	25,85%	179	667	26,84%	-0,99%

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

Struttura	2022			2021			Delta 2022 - 2021
	N. Ricoveri Degenza Post op<3gg	Totale Ricoveri con Intervento	Proporzione	N. Ricoveri Degenza Post op<3gg	Totale Ricoveri con Intervento	Proporzione	
ASL 3	27	27	100,00%	15	15	100,00%	0,00%

Fonte dati: 3M!360

Analisi della mobilità - sintesi

In merito alla mobilità, il confronto 2021/2022 evidenzia come la produzione a favore dei cittadini residenti abbia inciso rispettivamente il 70,41% e il 69,29%. La restante quota, il 29,59% e il 30,71% rappresenta la produzione dei nosocomi nuoresi per i non residenti nel territorio della ASL di Nuoro e il dato mostra, come la nostra capacità di attrazione abbia avuto un andamento in crescita sia in termini percentuali e sia in valore assoluto con 76 ricoveri in più tra i due anni.

In merito alla mobilità passiva, si registra un incremento degli spostamenti rispetto al numero dell'attiva dovuto anche al venire meno dei limiti posti a causa della pandemia Covid-19, oltreché alle difficoltà strutturali dei nosocomi nuoresi in merito agli organici in sofferenza, che hanno determinato la fuga verso altre strutture sanitarie regionali. Su questo ha influito anche la presenza di nuove strutture ospedaliere a gestione privata che ha assorbito una parte importante dell'utenza che storicamente si è sempre riversata sulla Asl di Nuoro.

Gli spostamenti sono aumentati del 40,70% nel 2021 e del 42,73% nel 2022 per un totale di 337 casi

Si riportano di seguito nella tabella 10 i dati di sintesi:

Tabella 10 – Analisi mobilità 2021/2022 – dati di sintesi								
Presidio / Unità Operativa	2021		2022		Variazione% delle dimissioni		Incidenza % della mobilità	
	Dimessi	Valore	Dimessi	Valore	assoluta	%	2021	2022
Totale Produzione Asl 3	13.887	46.880.999,22	13.628	43.859.453,04	-259	-1,87%		
<i>di cui Totale Asl 3 per non residenti (Attiva)</i>	4.109	15.732.735,80	4.185	14.455.506,37	76	1,85%	29,59%	30,71%
<i>di cui Totale Asl 3 per i residenti</i>	9.778	31.148.263,42	9.443	29.403.946,67	-335	-3,43%	70,41%	69,29%
Prestazioni erogate ai residenti da altri presidi regionali (Passiva)	6.710	22.116.912,95	7.047	23.409.494	337	5,02%	40,70%	42,73%
Totale prestazioni ospedaliere erogate ai residenti nel territorio regionale	16.488	53.265.176	16.490	52.813.440,42	2	0,01%		

Fonte dati: Abaco

1.4.1.2 Attività Ambulatoriale

Codice branca	Descrizione branca specialistica	Anno 2021		Anno 2022		Variazione assoluta 2022 - 2021		Variazione % 2022 - 2021	
		N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
1	Anestesia	32	1.988,40	127	9.218,89	90	6.967,10	281,25%	350,39%
2	Cardiologia	23.520	538.209,30	20.285	469.163,20	-3.227	-68.588,30	-13,72%	-12,74%
3	Chirurgia generale	12.863	204.024,00	11.067	182.757,24	-1.107	-16.328,10	-8,61%	-8,00%
4	Chirurgia plastica	1	27,30	3	29,13	7	50,40	700,00%	184,86%
5	Chirurgia vascolare - Angiologia	2.847	78.158,10	2.949	77.268,48	95	-1.018,80	3,34%	-1,30%
6	Dermosifilopatia	26.434	392.742,60	25.315	377.014,30	-1.128	-15.811,60	-4,30%	-4,00%
8	Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica	47.234	2.419.186,40	52.067	2.339.127,82	5.277	-71.462,80	11,20%	-3,00%
9	Endocrinologia	3.081	69.489,20	2.554	56.648,39	-525	-12.799,50	-17,00%	-18,40%
10	Gastroenterologia - Chirurgia ed endoscopia digestiva	3.715	186.139,30	3.363	166.473,00	-352	-19.666,30	-9,50%	-10,60%
11	Lab. analisi - Anatomia e istologia patologica - Genetica-immunoematologia e s. trasf.	1.079.685	5.920.876,90	1.139.215	6.187.729,19	32.041	-81.416,40	3,00%	-1,40%
12	Medicina fisica e riabil.ne - Recupero e riabilitazione funz.le dei motulesi e neurolesi	88.577	890.904,20	81.363	826.058,26	-7.709	-71.306,20	-8,70%	-8,00%
13	Nefrologia	28.829	3.433.564,60	26.775	2.988.251,20	-1.895	-442.899,60	-6,60%	-12,90%
14	Neurochirurgia	511	10.931,30	384	7.045,82	-127	-3.885,40	-24,90%	-35,50%
15	Neurologia	12.241	175.472,60	12.539	190.092,89	300	14.635,80	2,50%	8,30%
16	Oculistica	21.197	1.504.845,80	22.499	1.612.595,27	1.306	110.291,80	6,20%	7,30%
17	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo facciale	7.185	135.385,00	7.346	139.566,99	165	4.259,10	2,30%	3,10%
18	Oncologia	24.630	256.894,40	23.237	247.577,40	-1.561	-11.627,60	-6,30%	-4,50%
19	Ortopedia e traumatologia	12.654	204.458,70	12.127	197.887,07	-934	-17.037,50	-7,40%	-8,30%
20	Ostetricia e ginecologia	5.914	142.283,00	6.941	178.375,74	1.027	36.092,80	17,40%	25,40%
21	Otorinolaringoiatria	10.047	153.580,60	10.955	160.691,46	904	7.054,10	9,00%	4,60%
22	Pneumologia	9.974	200.817,50	12.361	247.761,18	2.382	46.840,40	23,90%	23,30%
23	Psichiatria	726	11.062,40	501	7.366,59	-225	-3.695,80	-31,00%	-33,40%
24	Radioterapia*	70.924	3.599.382,20	51.268	2.890.683,73	-19.656	-708.698,50	-27,70%	-19,70%
25	Urologia	6.264	113.108,20	4.995	89.231,91	-966	-21.111,80	-15,40%	-18,70%
26	Altre prestazioni	52.011	592.730,60	53.094	591.505,44	27.203	336.803,40	52,30%	56,80%
Totale complessivo		1.551.096	21.236.262,50	1.583.330	20.240.120,59	31.385	-1.004.359,20	2,00%	-4,70%

Fonte: File C 2021 - 2022

Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione

Sottosezione 2.1: Valore Pubblico

Le Linee Guida 1/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica relativo alla predisposizione del Piano della Performance già definivano il Valore Pubblico come «il livello di benessere sociale, economico degli utenti e degli stakeholder», aggiungendo che «l'amministrazione crea Valore Pubblico quando persegue (e consegue) un miglioramento congiunto ed equilibrato degli impatti». Con la normativa di definizione del PIAO tale concetto viene ampliato e rafforzato.

L'ASL di Nuoro definisce il proprio Valore Pubblico come l'incremento del benessere reale, in termini sanitario, sociale, economico, ambientale, culturale, del nostro territorio e della collettività assistita, come frutto dell'azione sinergica delle strutture interne aziendali (sanitarie ed apparati di supporto), in funzione con i diversi soggetti pubblici coinvolti e che perseguono tale obiettivo, mobilitando al meglio le risorse disponibili siano esse finanziarie, tecnologiche, organizzative e sociali, che interpretando i bisogni espressi e meno del territorio fornisce risposte adeguate al cittadino proporzionalmente al contributo che lo stesso fornisce direttamente e indirettamente.

In tale prospettiva gli obiettivi strategici dell'ASL di Nuoro finalizzati a **garantire i Livelli Assistenziali di Assistenza – LEA** sono determinati tenendo conto degli:

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

Le strategie per la creazione di Valore Pubblico e i relativi indicatori di impatto, in coerenza con i documenti di programmazione economica e finanziaria (adozione Bilancio Economico di Previsione con Delibera n. 548 del 15.11.2022, in fase di verifica da parte degli organi regionali), sono:

Sviluppo e potenziamento della Medicina di Prossimità, con una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari ed ospedalieri, attraverso strutture intermedie territoriali come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, l'avvio delle Centrali Operative Territoriali (COT), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, l'attivazione dell'Infermiere di Famiglia e lo sviluppo della Telemedicina;

Rispetto dei tempi di attesa per classi di priorità relativi alla specialistica ambulatoriale da attuarsi attraverso una maggiore appropriatezza prescrittiva delle prestazioni, ridefinizione delle agende Cup (ridefinizione slot ed informatizzazione) e relativi all'attività di ricovero programmato attraverso il miglioramento e la trasparenza dei percorsi di accesso e della pre-ospedalizzazione.

Reingegnerizzazione dei processi: miglioramento continuo dei percorsi condivisi tra figure sanitarie e non attraverso l'attività delle comunità di pratica e il monitoraggio continuo dei percorsi assistenziali (PDTA) secondo le linee individuate con gli atti aziendali adottati (delibera n. 685 del 29.12.2022). Piena operatività del CAS Centro Assistenza Servizi con presa in carico del paziente oncologico che sarà accompagnato nelle varie fasi diagnosi e cura

Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale le cui misure sono finalizzate al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la

diffusione del FSE fascicolo sanitario elettronico, a migliorare la capacità erogazione e monitoraggio dei LEA attraverso efficaci sistemi informativi.

Per tale aspetto si precisa che tali attività sono in capo prevalentemente dell'Azienda ARES che detiene il Servizio ICT e dell'Ingegneria Clinica a valere su tutte le aziende sanitarie regionali. Sarà compito dell'ASL interagire maggiormente per essere parte integrante del rinnovamento tecnologico-informatico.

A supporto di questi obiettivi in ambito sanitario notevole rilevanza rivestono le azioni previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (**PNRR**) e nello specifico la missione 6 "salute", oltretutto quanto disposto dal DM 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", con l'obiettivo di garantire equità di accesso alle cure nonché rafforzare la prevenzione e i servizi sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure, ridurre i divari territoriali, generazionali e di genere.

In tal senso è intendimento mettere in campo azioni volte al rafforzamento dell'integrazione ospedale e territorio potenziando forme alternative al ricovero attraverso lo sviluppo della Medicina di Prossimità e valorizzando la rete specialistica ambulatoriale per meglio tutelare le persone affette da malattie croniche

Rispetto agli obiettivi di medicina di prossimità, 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.

Queste forme alternative ed innovative di presa in carico del paziente permetteranno di soddisfare un bisogno sempre più crescente di salute dovuta ad una popolazione sempre più anziana con forte prevalenza di malattie croniche, rendendo 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.

E' fondamentale proseguire nelle attività di monitoraggio e governo delle liste di attesa sia per la specialistica ambulatoriale che per l'accesso al ricovero in continuità con l'attività avviata negli ultimi anni, puntando ad una maggiore appropriatezza prescrittiva da un lato e una maggiore efficienza interna organizzativa e produttiva.

Inoltre, ci si impegna ad attuare interventi di umanizzazione delle cure in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza, percorsi che consentono con il rinnovo tecnologico sanitario in atto e le attività previste con i PNRR di completare il processo di rinnovamento preposto e volto a garantire:

- *Equità di accesso all'assistenza sanitaria (Valore benessere sociale ed ambientale)*
- *Migliore qualità dell'assistenza garantendo la continuità delle cure (Valore benessere sanitario)*
- *Migliore efficacia, efficienza, appropriatezza favorendo la presa in carico globale del paziente (Valore benessere sanitario ed economico).*

Il raggiungimento degli obiettivi prefissati deve necessariamente passare dall'analisi delle criticità che in questo specifico momento storico si riscontrano un po' su tutto il territorio, non solo della nostra nostra Asl. Per questo motivo il Servizio URP (Ufficio relazioni con il pubblico), ha fornito la sintesi dei principali reclami fatti

dall'utenza, raggrupandoli per categorie omogenee. Sono stati raccolti 6.083 reclami nel 2021 contro i 2.359 del 2022. Il quadro che emerge evidenzia come ci siano ampi spazi in cui applicarsi per migliorare la percezione del valore dei servizi offerti.

La problematica che maggiormente riferita attiene l'accessibilità ai servizi, l'utenza lamenta la poca chiarezza nei percorsi di accesso ai servizi e alle prestazioni. I reclami di questa natura hanno avuto nel 2021 un picco dovuto all'emergenza pandemica e alla pratica dei vaccini anti covid costituendo circa l'85% delle lamentele; nel 2022 la normalizzazione dell'emergenza covid ha ridimensionato il fenomeno (37,90%).

Se nel più recente passato una delle segnalazioni più rilevanti riguardava i tempi di attesa delle prestazioni, oggi i tempi di attesa lasciano la scena alle problematiche di accesso alle prestazioni, il paziente lamenta la difficoltà nel prenotare le prestazioni e la scarsa garanzia delle priorità. Nel 2022 tali segnalazioni hanno costituito il 31,50% delle segnalazioni. Il quadro si completa con la mancata riprogrammazione della prestazione quando la stessa viene sospesa, venendo meno la garanzia della priorità inizialmente definita dal medico prescrittore.

Non meno rilevanti sono i problemi riferiti per la Medicina convenzionata. La mancanza degli MMG e dei PLS sta costituendo un problema di difficile soluzione, non solo per i Comuni "disagiati" ma anche per quelli più grandi e popolosi.

Anche sul lato dei servizi i reclami evidenziano la difficoltà per i pazienti ad ottenere la propria documentazione sanitaria, cartelle cliniche, certificati che vengono spesso rilasciati dopo numerosi solleciti e spesso consegnati oltre il termine di legge. Anche nell'assistenza socio sanitaria il ritardo nella consegna dei materiali afferenti all'assistenza protesica e integrativa registra numerose segnalazioni.

Anche in ambito dell'assistenza ospedaliera sono state riscontrate criticità con lamentele dell'utenza (non sempre dei pazienti ma molto spesso dei parenti dei pazienti), riferite, in alcuni casi, alla poca attenzione e umanizzazione dell'assistenza, con difficoltà nel comunicare con gli operatori delle strutture per informazioni, non solo sulle procedure ma, soprattutto durante la gestione della pandemia e anche dopo, per avere informazioni su parenti ricoverati. Sono state segnalate altre problematiche strutturali in merito alla mancanza di posti letto letti in reparto, e lunghe attese al pronto soccorso.

Residuali sono le segnalazioni relative all'accessibilità fisica, o ai guasti alle apparecchiature medicali, allo smarrimento di effetti personali durante i ricoveri e alle richieste di rimborso per ticket pagati e prestazioni non eseguite.

La sintesi fatta è la fotografia di una situazione che in parte evidenzia problematiche di natura strutturale, vedi la grave carenza di personale medico e del comparto sanitario, che nonostante la scarsa disponibilità delle risorse, lavora per garantire i servizi. Allo stato attuale l'azienda sta attuando le misure volte a colmare gli organici inadeguati, ma il problema non avrà una soluzione nel breve periodo, così come altre problematiche individuate che non potranno essere risolte se non con una opportuna programmazione anche a livello regionale. Per questo motivo si ritiene necessario iniziare il percorso del miglioramento della percezione dei servizi sanitari pubblici dimostrando all'utenza che l'Azienda si mette al suo servizio, accrescendo le attività che fungono da punti di contatto e implementando le attività di comunicazione e l'accoglienza da migliorare attraverso percorsi formativi anche di umanizzazione necessari per il miglioramento del rapporto operatore/utente.

Sostenibilità ambientale e risparmio energetico

Nel periodo storico che stiamo vivendo le tematiche ambientali e la necessità di ricorrere all'uso delle fonti energetiche in modo più oculato sono diventate argomento di grandissima attualità.

Il Dipartimento della Funzione Pubblica, con la Circolare 2/2022 di recepimento del Regolamento 2022/1369 del 5 agosto 2022 dell'Unione Europea, ha introdotto delle misure per aumentare la sicurezza dell'approvvigionamento energetico, prevedendo la riduzione dei consumi di gas naturale fino al 31 marzo 2023.

Il Dipartimento riconosce nella Pubblica Amministrazione *“un settore strategico per contribuire al piano di risparmio energetico e di uso razionale e intelligente del gas e dell'energia”* per questa ragione si è fatto promotore di un decalogo di azioni di miglioramento, efficientamento e razionalizzazione nel settore pubblico, fornendo indicazioni operative nel documento *“Dieci azioni per il risparmio energetico e l'uso intelligente e razionale dell'energia nella Pubblica Amministrazione”*.

La nostra Azienda, in base a quanto riportato nel documento, ha stabilito di far proprie le possibili azioni attuabili con l'intento di perseguire nel prossimo triennio la produzione di economie derivanti dalla razionalizzazione della spesa energetica:

- ✓ Azione 1 – *“Formazione diretta e campagna di sensibilizzazione al personale delle amministrazioni pubbliche” sui temi dell'uso intelligente e razionale dell'energia e del risparmio energetico nei luoghi di lavoro pubblici;*
- ✓ Azione 2 – *“Formazione specifica dei dirigenti” con particolare riguardo a coloro che nelle loro funzioni hanno responsabilità di gestione degli immobili, dell'impiantistica e degli acquisti;*
- ✓ Azione 5 – *“Rinnovo di impianti e apparecchiature”, mettendo in atto le azioni volte all sostituzione con nuovi sistemi ad alta efficienza energetica;*
- ✓ Azione 8 – *“Codice di comportamento dei dipendenti pubblici”, il dipendente è chiamato a partecipare attivamente ai programmi di riduzione e contenimento dei consumi energetici, impegnandosi nel quotidiano ad adottare comportamenti virtuosi.*

Sanità animale – Benessere animale e lotta al randagismo

L'aumentata sensibilità della cittadinanza nei confronti del benessere animale e dei diritti degli animali quali esseri senzienti, richiede una riorganizzazione dei processi aziendali relativi alla prevenzione e controllo del randagismo, volta al perseguimento di tre macro-obiettivi:

1. la responsabilizzazione dei cittadini, avvalendosi di strumenti quali l'anagrafe canina e la vigilanza sul rispetto della stessa, per scoraggiare gli abbandoni e incentivare il possesso responsabile degli animali;
2. La promozione di comportamenti virtuosi che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali d'affezione e di processi di adozione consapevole che prevedano una completa informazione del potenziale nuovo proprietario sui doveri e le responsabilità connesse alla proprietà di un cane, con attività formative differenziate.
3. Il controllo delle nascite mediante la sterilizzazione, superando falsi pregiudizi e resistenze psicologiche derivanti dall'antropomorfizzazione dell'immagine degli animali da compagnia.

Le operazioni d'identificazione e iscrizione nell'anagrafe possono essere svolte gratuitamente dal Servizio Veterinario della ASL competente, oppure a pagamento presso i Veterinari privati, preventivamente autorizzati allo scopo dalla ASL.

L'Azienda attraverso il Servizio dedicato (valore strutturale) e la formazione ad hoc (valore umano) si impegna a ridurre i tempi di attesa per l'identificazione degli animali e la registrazione degli eventi in anagrafe canina (efficienza), migliorando l'accessibilità al servizio gratuito da parte di amministrazioni comunali, proprietari di animali da compagnia, associazioni di volontariato, cittadini e aziende zootecniche (valore economico, sanitario e di sicurezza).

Un sistema di anagrafe canina efficiente è indispensabile per la prevenzione delle zoonosi e delle malattie diffusive degli animali da compagnia (valore sanitario), scoraggia gli abbandoni e incentiva il possesso responsabile degli animali, riducendo i danni causati da cani randagi nel territorio e le spese connesse alla lotta al randagismo sostenute dalle comunità (valore economico).

VALORE PUBBLICO: PIANIFICAZIONE STRATEGICA											IMPATTO SUL VALORE PUBBLICO				
Cod.	Obiettivo Strategico (1)	Stakeholder	Contributor (3)	Tempi pluriennali (4)	Risorse (5)	Dimensione e formula di impatto sul livello di benessere (6)	Baseline (7)	Target (8)	Fonte (9)	Modalità e azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle amministrazioni da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità (10)	Elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione (11)	Benessere salute	Benessere sociale	Benessere economico	Benessere ambientale
VP1	Medicina di prossimità	Popolazione fragile e in particolare ultra 65-enni e pazienti con malattie croniche (Diabete – Scompenso Cardiaco – BPCO) e pazienti in Cure Domiciliari	ARES: Area Tecnica e ICT ASL Nuoro: Area Qualità e Governo clinico Distretti Sanitari MMG/PLS Guardie Mediche Specialisti del territorio e Ospedale	2023 Avvio Telemedicina TM e Teleassistenza TA per pazienti arruolati per Scompenso Cardiaco 2024: Potenziamento TM e TA pz cardiologici ed avvio altre cronicità 2023 - 2026 Attuazione Casa Comunità e Ospedale Comunità secondo programma PNRR 2023-2026 Potenziamento Cure Domiciliari	Azioni PNRR missione 6: Casa di Comunità Ospedale di Comunità COT (DGR 12/16 del 07.04.2022) DEL. DG n. 548 del 15.11.2022 Bilancio Preventivo Economico anni 2023-2025 e successivi agg.ti	Presa in carico totale del paziente e dei propri care giver Piena accessibilità su tutto il territorio ASL Tempestività dell'intervento Razionalizzazione delle risorse aziendali Piena integrazione Territorio – Ospedale	Cronoprogramma PNRR Linee Guida PDTA Delibera n. 685 del 29.12.2022 Scompenso cardiaco arruolati alla TM e TA Assistiti Cure Domiciliari al 01/01/2023	Presa in carico dei pazienti con Scompenso Cardiaco >= 50%; N. re-ricoveri 2023 <= 2019 (PNE); n. ricoveri 2023 <= 2019 (PNE)	Sistemi di Monitoraggio attivati dalla SC Qualità, governo clinico e gestione dei processi clinici e logistici; Indicatori di riduzione ricoveri impropri (Flussi Informativi Ospedalieri) Comunità di pratica per PDTA Rilevazione FLS11 assistenza territoriale	TM e TA 1° fase – Sperimentazione: Reclutamento pazienti SC; Addestramento personale dedicato all'attività di monitoraggio; Valutazione criticità (funzionamento sistema device collaborazione pz, recettività e copertura) 2° fase: Ampliamento del numero pz oggetto monitoraggio e revisione percorsi attivati Completamento adeguamento Strutture Sanitarie PNRR Applicazione protocolli inserimento ADI anche post dimissione	Gestione della Rete Sanitaria di riferimento per la presa in carico del paziente con tutti i referenti (MMG-Specialisti - ADI...) Monitoraggio con indicatori di processo ed esito e revisione periodica dei processi sanitari definiti e adottati con le Linee Guida sui PDTA sulla cronicità individuate con le Delib.685/2022	X	X	X	X

VALORE PUBBLICO: PIANIFICAZIONE STRATEGICA											IMPATTO SUL VALORE PUBBLICO				
Cod.	Obiettivo Strategico (1)	Stakeholder	Contributor (3)	Tempi pluriennali (4)	Risorse (5)	Dimensione e formula di impatto sul livello di benessere (6)	Baseline (7)	Target (8)	Fonte (9)	Modalità e azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle amministrazioni da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità (10)	Elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare (11)	Benessere salute	Benessere sociale	Benessere economico	Benessere ambientale
VP2	Governo delle liste di attesa	Popolazione di riferimento e utenti altre ASL	Strutture ospedaliere chirurgiche Distretti Sanitari Direzione Presidio Ospedaliero Radiologia Ospedaliera Dipartimento Prevenzione: Screening oncologici Struttura Rugla	2023 - 2025	DEL. DG n. 548 del 15.11.2022 Bilancio Preventivo Economico anni 2023-2025 e successivi agg.ti Progetti obiettivo finalizzati all'abbattimento liste d'attesa, anche attraverso l'istituto contrattuale delle prestazioni aggiuntive Finanziamenti dedicati Screening oncologici	Riduzione tempi di attesa specialistica ambulatoriale per classe priorità: (U-B-D-P) Rispetto tempi di attesa per le 17 prestazioni di ricovero ospedaliero oggetto di monitoraggio per classe priorità (A-B-C-D) N° di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua*100"	Piano Nazione Governo Liste di Attesa PNLGA 2019-2021 Tempi di attesa primo accesso ambulatoriale: Pubblicazione sul Sito Aziendale: https://www.asl3nuoro.it/amministrazione-trasparente/servizi-erogati/liste-di-attesa/ ; Ricoveri: rispetto medio tempi per i 17 ricoveri oggetto di monitoraggio = 80,86% Cervice: 31,15% Mammografico: 19,3% Colon: non attivato	Dare risposta al cittadino rispetto al proprio bisogno sanitario entro i tempi di attesa per classi di priorità: Rispetto dei tempi al 90% prenotati classi B-D-P U= 64% - B= 68% - D= 40% - P = 45% (2022 al 31.10.2022) Presenza in carico dei pazienti destinatari screening	Ambulatoriale: Sistema CUP WEB Ricoveri: Sistema Flussi Ospedaliero -ADT Sisar SSD RUGLA Distretti Sanitari Strutture ospedaliere coinvolte Centro Screening su piattaforma dedicata	Verifica costante dell'appropriatezza prescrittiva secondo i criteri RAO e implementazione della e-prescrizione da parte di MMG/PLS/Specialisti Rimodulazione delle ore di specialistica ambulatoriale secondo le priorità aziendali Ampliamento degli orari di apertura degli ambulatori anche il sabato su tutto il territorio aziendale Monitoraggio produttività degli operatori coinvolti all'erogazione delle prestazioni sanitarie Applicazione e gestione operativa dei progetti di abbattimento Liste di Attesa con finanziamenti vincolati Definizione programma screening inviti / attività screening di 1° e 2° livello	Monitoraggio e ridefinizione slot agende ed informatizzazione di quelle ancora cartacee Miglioramento percorso di accesso ai sistemi di prenotazione Attuazione dei percorsi clinico – assistenziali secondo PDTA Implementazione dell'assistenza attraverso il tele monitoraggio e la telemedicina Integrazione Ospedale e Territorio con l'istituzione dell'area di integrazione (Dip. Funzionale Atto Az.le) Individuazione di slot specifici per l'attività screening di 1° e 2° livello	X	X	X	X

VALORE PUBBLICO: PIANIFICAZIONE STRATEGICA													IMPATTO SUL VALORE PUBBLICO			
Cod .	Obiettivo Strategico (1)	Stakeholder	Contributor (3)	Tempi pluriennali (4)	Risorse (5)	Dimensione e formula di impatto sul livello di benessere (6)	Baseline (7)	Target (8)	Fonte (9)	Modalità e azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle amministrazioni da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità (10)	Elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare (11)	Benessere salute	Benessere sociale	Benessere economico	Benessere ambientale	
VP3	Comunicazione e Accessibilità ai servizi: fisica e digitale e umanizzazione dell'accoglienza	Popolazione di riferimento e utenti interni ASL	Struttura Tecnico Logistico e Lavori pubblici ASL Struttura Comunicazione e Relazioni istituzionali Struttura ITC ARES Struttura CAS: Centro Assistenza Servizi (oncologico) Foresteria per familiari e personale sanitario Hospice Nuoro (Del. N. 686 del 30.12.2022)	2023-2025	DEL. DG n. 548 15.11.2022 2 Bilancio Preventivo Economico o anni 2023-2025 e successivi agg.ti	Accessibilità Fisica: abbattimento barriere architettoniche Sportello di accoglienza; Struttura CAS: Centro Assistenza Servizi con presa in carico del paziente oncologico che sarà accompagnato nelle varie fasi diagnosi e cura Digitale: miglioramento accessibilità ai servizi aziendali attraverso app specifiche sull'home page del sito aziendale	Mancanza di un sistema di misurazione utile alla misurazione del gradimento dei servizi offerti da parte del cittadino e del benessere organizzativo interno Previsione Atto Aziendale della Struttura specifica di Comunicazione e Relazione Istituzionale Istituzione CAS con Del. N 329 del 27.07.2022	1° anno: Creazione di un sistema di misurazione gradimento da parte dell'utenza e del benessere interno 2° e 3° anno: Riduzioni delle criticità rilevate del 25% rispetto all'anno precedente Maggiore fruibilità dell'home page aziendale con applicazioni semplificate quali ritiro referti – pagamenti e migliore accessibilità al sito da parte dell'utente con disabilità secondo le linee guida WAI "Web accessibility Initiative" – da definirsi con l'area ITC di ARES	Responsabile della SC Comunicazione	Attivazione con l'Atto Aziendale delle Strutture di Comunicazione e Relazione Istituzionale URP: ricognizione e catalogazione delle segnalazioni per categorie omogenee e definizione di Report periodici con le criticità riscontrate da parte dell'utenza URP: aggiornamento Carta dei Servizi sito web aziendale Proposta di formazione specifica volta all'umanizzazione dell'accoglienza da parte degli operatori sanitari e di supporto amministrativo	Estensione punti territoriali di accesso utenti URP: Definizione procedura omogenea di raccolta delle criticità da parte dell'utenza: proposta di un sistema di customer satisfaction anche in modalità digitale Ridefinizione percorsi interni volti al superamento criticità riscontrate Definizione, insieme all'area di psicologia di un sistema di valutazione della soddisfazione interna da parte dei dipendenti Asl	X	X	X	X	

VALORE PUBBLICO: PIANIFICAZIONE STRATEGICA											IMPATTO SUL VALORE PUBBLICO				
Cod.	Obiettivo Strategico (1)	Stakeholder	Contributor (3)	Tempi pluriennali (4)	Risorse (5)	Dimensione e formula di impatto sul livello di benessere (6)	Baseline (7)	Target (8)	Fonte (9)	Modalità e azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle amministrazioni da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità (10)	Elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare. (11)	Benessere salute	Benessere sociale	Benessere economico	Benessere ambientale
VP4	Trasparenza processi e misure di gestione per l'anti corruzione	Popolazione di riferimento utenti interni ASL e esterni (fornitori) – Organi istituzionali	Responsabile per la Prevenzione Corruzione e Trasparenza - RPCT Tutte le Struttura aziendali sanitarie e di supporto tecnico-amministrativi	2023-2025	DEL. DG n. 548 15.11.2022 Bilancio Preventivo Economico anni 2023-2025 e successivi agg.ti	Digitalizzazione, Semplificazione, Accessibilità, Pari opportunità: - Gestione sito WEB Aziendale - Obblighi di pubblicazione e corretta alimentazione sezione Area Trasparenza Qualità dei procedimenti: Garanzia trasparenza dei processi interni ed esterni	Delib. 138 del 29.04.2022	1° anno: Adeguamento della mappatura dei processi alla nuova riorganizzazione Definire un Piano Formativo per il personale dell'ASL Favorire la partecipazione degli Stakeholder nell'ambito delle attività in materia di trasparenza e prevenzione della Corruzione	RPCT	Consultazioni con i referenti delle articolazioni aziendali Accordo con il Servizio Formazione per la definizione del Piano Formativo 2023 Condivisione attraverso i canali istituzionali (Sito Web) per le osservazioni e proste da parte degli Stakeholder	Rimodulazione da parte delle Unità interessate alla dei processi che presentano rischio corruttivo come individuate dalla attività di mappatura dei processi Rotazione degli incarichi	X	X	X	

VALORE PUBBLICO: PIANIFICAZIONE STRATEGICA											IMPATTO SUL VALORE PUBBLICO				
Cod.	Obiettivo Strategico (1)	Stakeholder	Contributor (3)	Tempi pluriennali (4)	Risorse (5)	Dimensione e formula di impatto sul livello di benessere (6)	Baseline (7)	Target (8)	Fonte (9)	Modalità e azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle amministrazioni da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità (10)	Elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare. (11)	Benessere salute	Benessere sociale	Benessere economico	Benessere ambientale
VP5	Prevenzione delle zoonosi e delle malattie diffuse degli animali da compagnia. Esecuzione attività mediche veterinarie - implementazione anagrafi canina, lotta al randagismo.	Amministrazioni comunali; Cittadini; Proprietari di animali da compagnia; aziende zootecniche, associazioni di volontariato	Servizio di igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche; Servizio veterinario della Sanità animale	2023/ 2025	DEL, DG n. 548 15.11.2022 Bilancio Preventivo Economico anni 2023-2025 e successivi agg.ti	Numero di operazioni d'identificazione e iscrizione nell'anagrafe svolte gratuitamente dal Servizio Veterinario della ASL	Numero di operazioni d'identificazione e iscrizione nell'anagrafe svolte gratuitamente dal Servizio Veterinario della ASL: 1258	1° Anno - Incremento del 10% del numero di operazioni d'identificazione e iscrizione nell'anagrafe canina svolte gratuitamente dal Servizio Veterinario della ASL; 2° Anno - Incremento del 30% del numero di operazioni d'identificazione e iscrizione nell'anagrafe canina svolte gratuitamente dal Servizio Veterinario della ASL; 3° Anno - Incremento del 70% del numero di operazioni d'identificazione e iscrizione nell'anagrafe canina svolte gratuitamente dal Servizio Veterinario della ASL.	Banca Dati Nazionale Animali d'Affezione - Vetinfo - https://anagrafe.canina.vetinfo.it	Le operazioni di identificazione e iscrizione all'anagrafe canina possono essere svolte: - gratuitamente dal Servizio Veterinario della ASL competente; - dietro compenso dai Medici veterinari privati preventivamente autorizzati a tale scopo dalla ASL.	Miglioramento del percorso di accesso ai servizi	X	X	X	X
					DEL, DG n. 548 15.11.2022 Bilancio Preventivo Economico anni 2023-2025 e successivi agg.ti	Tempi di registrazione degli eventi nella banca dati nazionale degli animali d'affezione (giorni)	Tempi di registrazione degli eventi nella banca dati nazionale degli animali d'affezione (giorni): 60	1° Anno - Riduzione del 10% dei tempi di registrazione degli eventi nella banca dati nazionale degli animali d'affezione; 2° Anno - Riduzione del 30% dei tempi di registrazione degli eventi nella banca dati nazionale degli animali d'affezione; 3° Anno - Riduzione del 70% dei tempi di registrazione degli eventi nella banca dati nazionale degli animali d'affezione.				X	X	X	X

Linee guida Decreto 30 giugno 2022 n. 132

- (1) Quale strategia potrebbe favorire la creazione di Valore Pubblico
- (2) A chi è rivolto
- (3) Quali unità organizzative dell'ente e/o quali soggetti esterni contribuiranno a raggiungerlo
- (4) Entro quando intendiamo raggiungere l'obiettivo
- (5) Coerenza con i documenti di programmazione economica e finanziaria
- (6) Come misuriamo il raggiungimento dell'obiettivo
- (7) Da dove partiamo
- (8) Qual è il traguardo atteso
- (9) Dove sono verificabili i dati

Sottosezione 2.2: Performance

Si espongono di seguito gli obiettivi di Mandato per l'anno 2023, da parte della Giunta Regionale, attribuiti con DGR 4/62 del 16 febbraio 2023 e che trovano la propria declinazione nelle strutture competenti dell'ASL di Nuoro.

Obiettivi di Mandato

1) Tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018.

Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali - 30				
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2022 (Base line)	Impatto Anno 2023 - 2025
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	Liquidazione: media 27 gg Pagamento dalla ricezione della Fattura: media 38 gg*	Rispetto Standard previsto

*estrazione al 20.03.2023)

Situazione anno 2022

Risultato atteso: Numero medio di giornate di ritardo nel pagamento, rispetto ai 60 giorni previsti, pari a zero. L'indicatore è stato modificato con DGR 25/14 del 02.08.2022 con riferimento ai tempi di liquidazione.

Risultato ottenuto: 27,43 gg in media per la **liquidazione** delle fatture gestite direttamente dalla nostra Azienda (dato rilevato dal sistema contabile Sisar AMC per il periodo gennaio – novembre 2022 per gli uffici Liquidatori aziendali). In merito ai tempi di **pagamento**, si comunica che per la nostra Asl il dato, alla data del 14 ottobre, è stato pari a 38,32 gg (comunicazione della SC Ciclo Passivo ARES).

Conclusioni: Risultato 2022 raggiunto.

2) Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato.

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 40				
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana - 2				
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2022	Impatto Anno 2023 - 2025
Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	screening cervicale: tasso di adesione reale ≥ 35%; screening colonrettale: tasso di adesione reale ≥ 20%; screening mammografico ≥ 30%	Cervice: 31,15% Mammografico: 19,3% Colon: non attivato	Rispetto Standard previsti

Nota agli obiettivi di Mandato: Considerati i livelli di adesione reale per ciascuno dei tre screening registrati nel 2019 (anno pre-pandemia

Covid 19); screening cervicale 29,4%; screening coloretale 14,9%; screening mammografico 25,1%, e considerate le attività di recupero poste in essere nel 2021 e 2022 con gli appositi Piani aziendali, si pone l'obiettivo di un miglioramento della copertura per i tre programmi di screening rispetto al dato medio regionale del 2019 (base line). Si sottolinea che tale obiettivo è comunque inferiore rispetto al valore di copertura considerato accettabile: 50% per lo screening cervicale e coloretale e 60% per lo screening mammografico. L'obiettivo si intende raggiunto in proporzione al raggiungimento dello standard riferito ai tre indicatori (1/3 per ciascuno screening).

Situazione anno 2022

2a) Screening Cervice

Risultato atteso: 30% in termini di “N° di persone che hanno aderito all’invito/popolazione bersaglio annua*100”;

Risultato ottenuto: 31,15% come tasso di **adesione reale** (n. adesioni 4.078 / pop. Bersaglio 13.094);

Conclusioni: Risultato 2022 raggiunto

2b) Screening Mammografico

Risultato atteso: 25% in termini di “N° di persone che hanno aderito all’invito/popolazione bersaglio annua*100”.

Risultato ottenuto: 19,3% come tasso di **adesione reale** (n. adesioni 2.256 / pop. Bersaglio 11.692).

Questi ultimi dati si riferiscono al periodo gennaio-luglio 2022 l’attività ha subito una sospensione poi ripresa a metà del mese di dicembre, a seguito di convenzione con l’ASL Sassari, in quanto non sono disponibili in Azienda medici radiologi per la lettura delle mammografie di 1° livello.

Conclusioni: Risultato 2022 non raggiungibile per carenza di personale

2c) Screening Colon Retto

Risultato atteso: 15% in termini di “N° di persone che hanno aderito all’invito/popolazione bersaglio annua*100”.

Risultato ottenuto: screening non avviato per grave carenza di personale presso la Unità operativa di Endoscopia che svolge l’attività di 2° livello, funzionale allo screening di 1° livello.

Conclusioni: Risultato 2022 non raggiungibile per carenza di personale.

Il mancato conseguimento degli target previsti per lo screening mammografico e del colon retto è dovuto alla carenze croniche di risorse di personale interno. Inoltre, i concorsi centralizzati, delle figure specifiche, anziché colmare la carenza di medici richiesti, in alcuni casi hanno depauperato ulteriormente gli organici già esigui rendendo impossibile il raggiungimento degli obiettivi assegnati.

3) 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

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 40				
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana - 2				
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2022	Impatto Anno 2023 - 2025
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	Numeratore: numero di PMP attivati da parte di ogni sede SpreSAL di ciascuna ASL x 100; Denominatore: numero complessivo di PMP (n. 8) da attivare da parte di ogni sede SpreSAL di ciascuna ASL	100% (= 8/8 x 100)	Adottati 8 PMP	Attuazione di quanto previsto dai PMP

Situazione anno 2022

Risultato atteso: 100% in termini di “N. PMP attivati da parte di ogni sede SpreSAL di ciascuna ASL x 100 / N. complessivo di PMP (n. 8) da attivare da parte di ogni sede SpreSAL di ciascuna ASL”.

Risultato ottenuto: L'obiettivo è stato raggiunto con la pubblicazione di tutti gli 8 Piani previsti ([link aziendale https://www.asl3nuoro.it/sicurezza-ambienti-di-lavoro-online-i-piani-mirati-di-prevenzione/](https://www.asl3nuoro.it/sicurezza-ambienti-di-lavoro-online-i-piani-mirati-di-prevenzione/))

Conclusioni: Risultato 2022 raggiunto.

4) Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 40				
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana - 1				
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2022	Impatto Anno 2023 - 2025
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	Sorveglianza 101% del target	Mantenimento Standard previsti

Situazione anno 2022

Risultato atteso: 80% delle interviste previste in termini di “N. interviste caricate in piattaforma / N. interviste target definito dall'ISS *100” per ciascuna sorveglianza.

Risultato ottenuto: pari al 101% con (278 / 275).

Conclusioni: Risultato raggiunto.

5) Completezza ReNCaM

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 40				
Area della della Qualità e Governo clinico - 1				
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2022	Impatto Anno 2023 - 2025
Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (ReNCaM) fino al 2021	(N. schede codificate/N. schede inserite)*100	90%	/	Mantenimento Standard previsti

Nuovo obiettivo di Mandato anno 2023

6) Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 40				
Area della della Qualità e Governo clinico - 1				
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2022	Impatto Anno 2023 - 2025
Adesione al Sistema di Sorveglianza Okkio 2023	(N di scuole coinvolte nella sorveglianza/N. di scuole campionate dall'ISS)*100	90%	/	Mantenimento Standard previsti

Nuovo obiettivo di Mandato anno 2023

7) Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 40				
Area della della Qualità e Governo clinico - 2				
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2022	Impatto Anno 2023 - 2025
Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) e revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	1. n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie ospedaliere 2. n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES 3. redazione di una FMEA per area	1. >= 50 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. >= 5 audit per Azienda Sanitaria tutti i sinistri dell'Azienda Sanitaria 3. >= una per area	/	Mantenimento Standard previsti

Nota agli obiettivi di Mandato: Il valore è misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al 2023. N segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES) 3. Il valore è misurato sulle aree: chirurgica, medica, servizi ed emergenza-urgenza L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto lo standard riferito a tutti gli indicatori.

Nuovo obiettivo di Mandato anno 2023

8) Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 40				
Area della della Qualità e Governo clinico - 5				
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2022	Impatto Anno 2023
Produzione e invio di una relazione sulle strutture sanitarie, socio sanitarie e ospedaliere pubbliche e private accreditate	Delibera aziendale di approvazione	Deliberazione entro il 30/09/2023	/	Atto deliberativo

Nota agli obiettivi di Mandato: Nella relazione deve essere specificato l'elenco delle strutture ospedaliere e territoriali in essere, per le strutture ospedaliere deve essere specificato il numero di posti letto e per i servizi/ambulatori/laboratori sia ospedalieri che territoriale e il numero medio di prestazioni giornaliere/annuali.

Obiettivo rimodulato rispetto al 2022

9) Ottenere i risultati attesi dalla road map stilata da Bruxelles

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 40				
Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare -2,5				
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2022	Impatto Anno 2023 - 2025
Ottenere i risultati attesi dalla road map stilata da Bruxelles	Ottenere il 100% degli obiettivi stabiliti ai sensi della road map stilata in risposta alle raccomandazioni dell'audit FVO novembre 2021	Sorveglianza attiva e passiva nel domestico raggiungendo il 100 % degli obiettivi fissati dall'OEVR. N. 7 carcasse al mese per la ASL di Nuoro 3	70,23%, con 59 capi rispetto agli 84 previsti	Mantenimento Standard previsti
			97,98%, previsione di registrazione alla data del 31 marzo	Mantenimento Standard previsti

Situazione anno 2022

6a) Sorveglianza attiva e passiva

Risultato atteso: 100% della sorveglianza attiva e passiva nel domestico pari a livello **annuale** a n. 84 animali, con una media **mensile** di 7 da rispettare almeno al **70%**.

Risultato ottenuto: 70,23%, con 59 capi rispetto agli 84 previsti (dato parziale - fonte Servizio Veterinario dal Datawarehouse IZS Sardegna).

Conclusioni: Risultato non raggiungibile, dati in aggiornamento.

Le difficoltà di attuazione dell'obiettivo erano già state manifestate con la nota n. 24978 del 11.10.2022, per quanto si sia riscontrato un miglioramento dell'attività negli ultimi mesi dell'anno.

6b) Recuperare i censimenti ancora mancanti tra quelli da registrare a sistema entro il 31 Marzo

Risultato atteso: 94 % dei censimenti dovuti con regolare registrazione in BDN.

Risultato ottenuto: 97,98%, previsione di registrazione alla data del 31 marzo 2023 (n. 2961 su n. 3.022 - fonte dati Banca Dati Nazionale)

Conclusioni: Risultato raggiunto

10) Ottenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da Tubercolosi

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 40				
Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare - 2,5				
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2022	Impatto Anno 2023 - 2025
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 %	a) 100% (n. 977 / n. 975 - fonte Servizio della Sanità Animale su Banca Dati Nazionale); b) < 0,1%	Mantenimento Standard previsti

Situazione anno 2022

Risultato atteso: a) Target 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 %**"

Risultato ottenuto: a) **100%** (n. 977 / n. 975 - fonte Servizio della Sanità Animale su Banca Dati Nazionale);
b) **< 0,1%**

Conclusioni: Risultato 2022 raggiunto

11) Monitoraggio per la Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE).

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 40				
Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare - 2,5				
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2022	Impatto Anno 2023 - 2025
Ottenere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie compresa nel piano di monitoraggio per la Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST ovicaprine. Campionamenti	Percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie compresa almeno tra l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati	Attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL	/	Mantenimento Standard previsti

Nuovo obiettivo di Mandato anno 2023

12) Monitoraggio boviniper BSE

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 40				
Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare - 2,5				
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2022	Impatto Anno 2023 - 2025
Ottenere almeno un valore pari all'85% dei bovini morti testati per BSE di età superiore ai 48 mesi rispetto al numero di bovini morti di età superiore ai 48 mesi registrati in BDN a norma di quanto previsto dal reg. CE 999/2001	percentuale di bovini testati rispetto ai bovini registrati morti in BDN compresi tra 94,9% e il 75% del valore atteso	Attività volta al garantire che i bovini testati rispetto ai bovini registrati morti in BDN di valore siano di valore superiore almeno al 50% del valore registrato in bdn valore atteso de 74,99%	/	Mantenimento Standard previsti

Nuovo obiettivo di Mandato anno 2023

13) Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 40				
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR – 14 (2)				
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2022	Impatto Anno 2023 - 2025
Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori), e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	75% (periodo di misurazione ultimo quadrimestre 2022)	68%	Mantenimento Standard previsti

Situazione anno 2022

Risultato atteso: inferiore al **75%** in termini di "N. prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" / totale delle prestazioni erogate nel medesimo periodo" con riferimento all'ultimo quadrimestre 2022

Risultato ottenuto: **66,74%** riferito sia alle strutture pubbliche che private accreditate, alla data del 15 dicembre.

Conclusioni: Risultato non raggiungibile per le criticità sotto riportate.

Le criticità riscontrate possono sintetizzarsi:

- forte carenza di organico, in particolare in ambito ospedaliero in merito al quale si evidenzia, rispetto alle 64 prestazioni oggetto di monitoraggio, il caso emblematico della Radiologia del San Francesco, principale erogatore delle prestazioni radiologiche, che presenta difficoltà organizzative e programmatiche che non consentono di dare seguito al numero elevato di richieste, sia interne che esterne, con gravi ricadute sul percorso degli accessi al servizio.

Il risultato della struttura è infatti attualmente pari al 21,47% e costituisce il 10% circa della produzione complessiva (2.119 / 22.588 al 15 dic. 2022);

- ad un non sempre corretto utilizzo dell'agenda esclusiva, in particolare da parte dei medici ospedalieri per gli approfondimenti diagnostici;

- in caso di rinvio dell'erogazione di prestazioni già prenotate per singola agenda, si determina tecnicamente in fase di assegnazione della nuova data una situazione di ex post pur trattandosi di prenotazioni pubbliche prenotate correttamente.

Si fa presente, che in ambito Territoriale ci si attesta mediamente ad un valore di oltre il 70%.

Le azioni poste in campo da parte dell'Azienda e del Cup hanno permesso nel corso degli ultimi mesi un miglioramento dei percorsi adottati nelle varie strutture. Considerata, comunque, la complessità dell'obiettivo e dell'organizzazione su cui si sta operando, le azioni avviate necessitano di un riferimento temporale più ampio.

14) 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

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 40				
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR – 14 (2,5)				
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2022	Impatto Anno 2023 - 2025
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 (ASL 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	% di segnalazioni ME su numero di decessi con LCA	NUORO ≥ 23%	22,64%*	Mantenimento Standard previsti

*dati su SDO ICD9 al 30 Settembre 2022-in aggiornamento

Obiettivo rimodulato rispetto al 2022

Situazione anno 2022

Risultato atteso: ≥ 30% in termini di “N. di segnalazioni di CAM / N. di decessi per lesione”

Risultato ottenuto: 22,64% (dati su SDO ICD9 al 30 Settembre 2022)

Conclusioni: Risultato 2022 non raggiungibile, dati in aggiornamento.

Rispetto all'attività svolta nel 2021, il numero di accessi in PS ed il numero di ricoveri per lesione encefalica, da gennaio 2022 ad oggi, risulta essere inferiore al 2021.

- Decessi ICD9 nel PO San Francesco al 31/12/2021 tot. 78
- Decessi ICD9 nel PO San Francesco al 30/11/2022 tot. 50.

Per l'attività specifica del Reparto di Rianimazione si rappresenta che il n° di Acc.x I.e. / Dec.x I.e. = 47,8%, aggiornato al 30 Novembre.

Il dato è da considerarsi al momento ancora provvisorio e sono in corso di verifica le cartelle cliniche interessate.

15) Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 40				
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR – 14 (2)				
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2022	Impatto Anno 2023 - 2025
Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	1.N. record trasmessi entro i termini /N. totale record *100 2.N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	1. ≥ 95% 2. ≤ 5%	Media sul totale dei record di tutti i flussi >98%	Mantenimento Standard previsti

Nota agli obiettivi di Mandato: I record e gli errori sono riferiti alla totalità dei flussi SDO (file A), SAM (file C), SDF (file F), PS (file L), ADI (file O) dell'intero anno 2023. L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori

16) 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

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 40				
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR – 14 (2,5)				
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2022	Impatto Anno 2023 - 2025
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"> 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. Trasmissione a ARIS del sopra citato Piano, con relativa valorizzazione dei risparmi derivanti dalla sua implementazione e contestuale richiesta di aumento dei tetti di spesa per pari importo. 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. 	3/3	Delibera Aziendale n. 665 del 29/12/2022	monitoraggio

Situazione anno 2022

Risultato atteso: 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; 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.

Risultato ottenuto: Delibera Aziendale n. 665 del 29/12/2022

Conclusioni: Risultato 2022 raggiunto

17) 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).

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 40				
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR – 14 (2,5)				
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2022	Impatto Anno 2023 - 2025
<p>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):</p> <p>1) Appropriatelyzza della fase pre-operatoria del PBM 2) Congruità nella fase diagnostica secondo algoritmo preoperatorio PBM).</p>	<p>1) N° pazienti inviati a consulenza PBM/N° interventi chirurgici in elezione candidati al percorso di PBM</p> <p>2) N° consulenze PBM efficaci/N° consulenze effettuate.</p> <p>(Delta Hb dopo supporto non trasfusionale >1g)</p>	<p>1) >50%</p> <p>2) >70%</p>	<p>- Delibera N. 669 del 29/12/2022 "Costituzione e funzionamento del Comitato per il Buon Uso del Sangue e delle Cellule Staminali da Sangue Cordonale (CoBUS) presso la ASL n. 3 di Nuoro";</p> <p>- Delibera N. 684 del 29/12/2022 "Approvazione Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PTDA) per la gestione dell'anemia nel paziente candidato ad intervento chirurgico o procedura invasiva e per la gestione dell'anemia ferro carenziale in gravidanza e nel post partum nell'ottica di un programma di Patient Blood Management (PBM)".</p>	<p>Monitoraggio PDTA secondo standard</p>

Obiettivo rimodulato rispetto al 2022

Situazione anno 2022

Risultato atteso: Adozione di una delibera aziendale di approvazione del PDTA

Risultato ottenuto: Delibere Aziendali:

- N. 669 del 29/12/2022 "Costituzione e funzionamento del Comitato per il Buon Uso del Sangue e delle Cellule Staminali da Sangue Cordonale (CoBUS) presso la ASL n. 3 di Nuoro";
- N. 684 del 29/12/2022 "Approvazione Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PTDA) per la gestione dell'anemia nel paziente candidato ad intervento chirurgico o procedura invasiva e per la gestione dell'anemia ferro carenziale in gravidanza e nel post partum nell'ottica di un programma di Patient Blood Management (PBM)".

Conclusioni: Risultato 2022 raggiunto

18) Efficienza economica finanziaria

Livello della sostenibilità economica e finanziaria - 30				
Area della razionalizzazione e contenimento della spesa – 10 (1/3)				
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2022	Impatto Anno 2023 - 2025
Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio	Ricavi = costi	Verificabile a chiusura di Bilancio Aziendale	Mantenimento pareggio di bilancio

19) Razionalizzazione spesa farmaceutica per acquisti diretti

Livello della sostenibilità economica e finanziaria - 30				
Area della razionalizzazione e contenimento della spesa – 10 (1/3)				
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2022	Impatto Anno 2023 - 2025
Razionalizzazione spesa farmaceutica per acquisti diretti	Riduzione spesa farmaceutica per acquisti diretti rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1, comma 281, della L. 30/12/2021, n. 234	Ricavi = costi	/	Rispetto standard

Nuovo obiettivo di Mandato anno 2023

20) Razionalizzazione spesa farmaceutica convenzionata

Livello della sostenibilità economica e finanziaria - 30				
Area della razionalizzazione e contenimento della spesa – 10 (1/3)				
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2022	Impatto Anno 2023 - 2025
Razionalizzazione spesa farmaceutica convenzionata	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1, comma 281, della L. 30/12/2021, n. 234	ASL Nuoro 409.000	/	Rispetto standard

Nuovo obiettivo di Mandato anno 2023

21) Rispetto delle milestone del PNRR

Livello della sostenibilità economica e finanziaria - 45				
Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare - 10				
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2022	Impatto Anno 2023 - 2025
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 2023	100% dei target previsti	Mantenimento Standard previsti

Situazione anno 2022

Risultato atteso: Rispetto del **100%** dei **target** previsti per l'anno 2022

Risultato ottenuto: **100%** dei target previsti

Tutte le milestone dei progetti relativi al PNRR gestite dall' Area Tecnica sono stati rispettati, con l'avanzamento procedurale e fisico degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionale e secondo i target imposti dai provvedimenti di rango nazionale

Conclusioni: Risultato 2022 raggiunto

22) Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione

Livello della sostenibilità economica e finanziaria - 45				
Area della gestione amministrativo-contabile – 10				
Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2022	Impatto Anno 2023 - 2025
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 15/11/2023	Delibera n. 548 del 15/11/2022 di adozione dei documenti di Programmazione Sanitaria ed Economica	Mantenimento Standard previsti

Situazione anno 2022

Risultato atteso: Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015 entro i termini stabiliti del 15 novembre.

Risultato ottenuto: Delibera n. 548 del 15/11/2022 di adozione dei documenti di Programmazione Sanitaria ed Economica.

Conclusioni: Risultato 2022 raggiunto

Piano operativo degli obiettivi

Si riportano nell'Allegato "Sottosezione 2.2 PERFORMANCE_Allegato 1- PIANO OPERATIVO" gli obiettivi operativi assegnate alle strutture dell'ASL di Nuoro. Si specifica che nel Piano operativo si è tenuto conto dell'assetto organizzativo attualmente vigente nella nostra Azienda.

Gli obiettivi ivi contenuti, pertanto, saranno oggetto di revisione ed integrazione una volta che verranno costituite le nuove strutture previste dall'Atto Aziendale con i relativi incarichi.

Dalla performance organizzativa alla performance individuale

La performance organizzativa dell'ASL di Nuoro viene misurata attraverso la valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi di carattere generale rispetto al perseguimento della missione aziendale oltre alla misurazione degli obiettivi di budget negoziati tra la Direzione della ASL e i Direttori delle diverse unità organizzative.

La valutazione della performance individuale, che attualmente avviene nel rispetto del regolamento emanato con la Delibera del Commissario straordinario della ex ATS n. 221 del 07 Aprile 2020, integrato con la Delibera CS n. 506 del 30/06/2021, nelle more dello studio e della applicazione di un nuovo regolamento aziendale che, nel rispetto della normativa, si adatti al mutato contesto organizzativo aziendale, consiste nella misurazione dei:

- ✓ risultati, riferiti agli obiettivi annuali definiti nei documenti strategici;
- ✓ comportamenti che l'individuo mette in atto per raggiungere i risultati.

Il sistema di valutazione della performance individuale trova la sua principale finalità nel verificare, valutare e premiare le funzioni, il livello di coinvolgimento e le altre condotte organizzative del personale dipendente nello svolgimento del proprio ruolo e nel perseguimento degli obiettivi e dei compiti assegnati.

La valutazione delle performance individuali misura le prestazioni ed i risultati di carattere quantitativo e ancor di più qualitativo di ciascun lavoratore tenendo conto della categoria e della posizione di lavoro, delle competenze comprovate e dei comportamenti organizzativi assunti, valutando il contributo effettivamente reso per la realizzazione degli obiettivi assegnati.

Per le figure dirigenziali e per i responsabili di struttura la valutazione tiene conto dei seguenti fattori: indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità; il raggiungimento degli specifici obiettivi individuali assegnati; l'apporto assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali messe in campo, oltre ai comportamenti organizzativi richiesti per garantire l'efficacia delle azioni svolte; alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, esplicabile attraverso la capacità di differenziare in modo significativo i giudizi; non ultimo l'aspetto relativo alla capacità di rispettare i tempi del ciclo della performance.

Per il restante personale la valutazione è legata:

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

L'attività di valutazione si articola nelle fasi della co-valutazione ad opera dei coordinatori e delle funzioni organizzative, della *valutazione vera propria fatta dal valutatore, segue la fase dei* commenti del valutato e solo in casi in cui si ritiene necessario si procede con il colloquio che prevede un confronto tra il valutato e il valutatore.

Il processo si chiude con la firma della scheda da parte del valutato e con l'invio della stessa da parte del valutatore che la invia al servizio personale per l'alimentazione del fascicolo personale del dipendente sia ai fini giuslavoristici che ai fini gestionali.

Sottosezione 2.3: Rischi corruttivi e trasparenza

Premessa

La presente Sezione Prevenzione Eventi Corruttivi e Trasparenza del PIAO, si colloca in una stagione di forti cambiamenti dovuti alle molte riforme connesse agli impegni assunti dall'Italia con il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per superare il periodo di crisi derivante dalla pandemia da SARS CoV-19, oggi reso ancor più problematico dagli eventi bellici in corso nell'Europa dell'Est. Le ingenti risorse a disposizione e le deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per esigenze di celerità della realizzazione di molti interventi, hanno indotto l'ANAC, a chiedere ai RPCT un maggiore sforzo organizzativo per rafforzare i criteri dell'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione per evitare che i risultati attesi con l'attuazione del PNRR siano vanificati da eventi corruttivi, senza gravare sullo sforzo volto alla semplificazione e alla velocizzazione delle procedure amministrative.

Circa l'organizzazione delle Pubbliche Amministrazioni, novità nel sistema dell'anticorruzione e della trasparenza sono state previste dal decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, recante "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".

In tale prospettiva, secondo quanto previsto dalla legge 6 novembre 2012, n. 190 «Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione», l'Autorità ha adottato il PNA 2022 con delibera n. 7 del 17/01/2023, che costituisce atto di indirizzo per le Pubbliche Amministrazioni e per gli altri soggetti tenuti all'applicazione della normativa con durata triennale ed al quale la nostra azienda si attiene, compatibilmente con la sua particolare situazione di Azienda Sanitaria costituita a seguito della Riforma Sanitaria della Regione Sardegna, e il cui Atto Aziendale è stato solo recentemente approvato ed adottato.

Come da indicazione del PNA approvato in data 17/01/2023, il PIAO e la presente Sezione intercetta gli orientamenti finalizzati a supportare i RPCT nell'importante ruolo di coordinatore della strategia della prevenzione della corruzione e, allo stesso tempo, rafforzare l'asse del collegamento fra la prevenzione della corruzione e le altre sezioni di cui si compone il PIAO, prime fra tutte quella della performance, in vista della realizzazione di obiettivi di valore pubblico.

Si ritiene opportuno e molto produttivo introdurre forme di coordinamento (informalmente già in corso) con i RPCT di ARES e delle altre ASL del Sistema Sanitario Regionale Sardo, eventualmente con l'istituzione, fra gli stessi e le specifiche Unità di missione per l'attuazione degli impegni assunti con la Sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO e PNRR per ottimizzare le attività interne verso obiettivi convergenti.

Ai sensi del DM 30/06/2022 n. 132 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione" la presente sottosezione è stata predisposta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) sulla base degli obiettivi strategici in materia definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge n. 190 del 2012 e formulati in una logica di integrazione con quelli specifici

programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore pubblico ed in riferimento alle indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generale adottati dall'ANAC.

Contesto esterno - 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 2** a 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 deve godere 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 incarico, 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 o 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.

Contesto interno - 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.

Con la DGR n. 46/25 del 25.11.2021, ai sensi dell'art.47 della Legge Regionale n. 24 del 11 settembre 2020, è stata costituita l'Azienda Socio-Sanitaria Locale (ASL) n. 3 di Nuoro a far data dal 1° gennaio 2022 con sede legale in Nuoro, Via Demurtas n. 1.

La riforma di cui alla citata Legge Regionale prevede di affidare alle Aziende Socio-Sanitarie Locali (ASL) la responsabilità dei servizi assistenziali nei rispettivi territori di competenza, e all'Azienda Regionale per la Salute della Sardegna (ARES) compiti e funzioni di carattere tecnico-amministrativo a favore delle ASL.

Con Deliberazione n. 88 del 21/02/2023, del Direttore Generale è stato definitivamente approvato l'atto aziendale dell'ASL di Nuoro, perchè dichiarato conforme ai sensi dell'art. 16, comma 2, della Legge Regionale 11 settembre 2020, n. 24, con DGR n. 4/63 del 16/02/2023.

Allo stato attuale la Direzione Aziendale sta procedendo ad apportare le modifiche organizzative ed istituzionali conseguenti all'approvazione dell'Atto Aziendale, anche se tale lavoro non potrà che avvenire per varie tappe intermedie e il cui tempo di realizzazione non può al momento essere quantificato.

Con la Deliberazione del Direttore Generale n. 109 del 14.04.2022 e ss.mm.ii., l'ASL di Nuoro ha recepito i regolamenti adottati da ATS Sardegna, in quanto compatibili, al fine di garantire la continuità di tutti i servizi sanitari ed amministrativi, così come previsto dalla RAS e pubblicati sulla pagina Amministrazione Trasparente del sito aziendale.

Con Deliberazione n. 30 del 03/03/2022, del Direttore Generale è stato individuato e nominato il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza dell'ASL di Nuoro.

Con Deliberazione n. 138 del 29/04/2022 del Direttore Generale, è stato adottato il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dell'ASL di Nuoro.

Con la Deliberazione del Direttore Generale n. 280 del 28.06.2022 e successiva modifica n. 446 del 26.09.2022, si è provveduto alla nomina dell'Organismo individuale di valutazione (OIV) dell'ASL di Nuoro.

In data 30.06.2022 con Deliberazione del Direttore Generale n. 281 è stato adottato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) dell'ASL di Nuoro.

In quanto nuova Azienda ancora in fase di strutturazione sia organizzativa che di personale l'ASL di Nuoro ha recepito oltre che tutti i Regolamenti ATS Sardegna, in quanto compatibili, le procedure e le buone prassi in materia di lotta alla corruzione, al fine di prevenire i possibili rischi corruttivi e per la Trasparenza. La sezione del sito Amministrazione Trasparente è in continua implementazione ed aggiornamento ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.

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

a) Presidio Ospedaliero. Con riferimento all'organizzazione sanitaria dei presidi ospedalieri la Legge 24/2020 ha voluto superare l'articolazione della rete ospedaliera caratterizzata dalla presenza di presidi

ospedalieri unici di area omogenea, eventualmente ripartiti in più stabilimenti sebbene, nelle more della riorganizzazione trovino applicazione le disposizioni del Documento del 25 ottobre 2017 con il quale il Consiglio Regionale della Regione Sardegna ha approvato la rete ospedaliera attualmente vigente;

b) Distretti Socio Sanitari, che nell'Azienda Socio sanitaria Locale n. 3 di Nuoro sono quattro, costituiscono il momento di sintesi tra assistenza sanitaria ed assistenza sociale;

c) Dipartimenti strutturali (ospedalieri e territoriali).

Con la DGR n. 2/9 del 17.01.2023 (avente ad oggetto "Indirizzi alle aziende sanitarie in merito alla gestione del ciclo passivo del procurement dei beni Farmaceutici e Sanitari del Magazzino Farmaceutico e del trasferimento degli Uffici Tecnici"), la Giunta Regionale ha dato mandato ad ARES di procedere al trasferimento degli Uffici Tecnici e delle Farmacie Territoriali e Ospedaliere e del relativo personale alle ASL a fare data dal 01.01.2023; ARES Sardegna con note prot. n. 140207 del 24.01.2023 e n. 16209 del 30.01.2023 ha disposto il passaggio all'ASL di Nuoro, con decorrenza dal 01.02.2023, del personale afferente all'Area del Farmaco e all'Area Tecnica. Con Delibera del Direttore Generale dell'ASL di Nuoro n. 119 del 01/03/2023 si è formalmente preso atto del suddetto trasferimento.

Per quanto riguarda comunque l'intero assetto organizzativo e le modalità di funzionamento dell'ASL di Nuoro si rimanda a quanto indicato in premessa al PIAO e in particolare al nuovo organigramma aziendale (Fig. 3).

Si evidenzia, in relazione alle Valutazioni di impatto di entrambi i contesti, che l'Azienda, persegue i propri scopi istituzionali nel costante rafforzamento delle politiche aziendali di valorizzazione dei principi di buon andamento e delle legalità, attraverso la cura delle buone pratiche amministrative e il monitoraggio delle aree a maggior rischio corruttivo come da L. 190/2012 e disposizioni collegate.

1 protagonisti della Prevenzione e della corruzione aziendale

La Direzione Aziendale

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

- ✓ designa e supporta il R.P.C.T,
- ✓ adotta il P.I.A.O. ed i suoi aggiornamenti;
- ✓ pubblica il P.I.A.O. approvato sul sito aziendale, nella sezione dedicata alla prevenzione della corruzione e verifica circa la trasmissione dello stesso al Dipartimento della Funzione Pubblica;
- ✓ adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001, regolamenti per le sponsorizzazioni, atti di organizzazione dell'attività libero professionale etc.);
- ✓ garantisce il coordinamento degli atti connessi alla prevenzione della corruzione con particolare riferimento a quelli organizzativi;

- ✓ definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione Trasparenza (RPCT)

Svolge nello specifico le seguenti attività e funzioni:

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

I Dirigenti

Nel sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza, i dirigenti svolgono le seguenti funzioni:

- ✓ attività informativa nei confronti del RPCT, nel rispetto delle tempistiche assegnate, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, implementazione e monitoraggio delle misure adottate nel P.I.A.O.;
- ✓ partecipano al processo di gestione del rischio;
- ✓ assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- ✓ adottano le misure gestionali di competenza, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);
- ✓ osservano le misure contenute nella sezione prevenzione della corruzione e trasparenza del P.I.A.O. (art. 1, comma 14, della l. n.190 del 2012);

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e Altri Organi di Controllo Interno

Nell'ambito della prevenzione della corruzione e della trasparenza gli organismi di controllo interno, l'O.I.V. ed il Collegio Sindacale, svolgono i seguenti compiti:

- ✓ partecipano al processo di gestione del rischio;
- ✓ svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione con riferimento alla trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 d.lgs. n. 33 del 2013);
- ✓ esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Ente (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165 del 2001);
- ✓ propongono annualmente eventuali modifiche e miglioramenti del PIAO e in particolare della sezione per la prevenzione della corruzione e trasparenza.

L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UDP)

✓ L'Azienda, nelle more della progressiva attuazione dell'Atto Aziendale recentemente approvato ed adottato, non ha ancora potuto attivare il proprio Ufficio dei Procedimenti Disciplinari (UDP) e risulta ancora operativo in continuità amministrativa quello attivato dall'ex ATS Sardegna, anche a seguito di accordo espresso tra i vertici ARES e i direttori generali della AA.SS.LL. Pertanto, al momento dell'attivazione ed implementazione delle strutture, così come previste nell'Atto Aziendale sarà opportuno in via prioritaria superare tale fase transitoria con la nomina di un proprio UDP aziendale e con l'approvazione dei rispettivi regolamenti per il personale Dirigente e per il personale del Comparto Sanità, al fine dell'esercizio delle proprie funzioni come previste dalle vigenti norme in materia e nello specifico:

- ✓ espletare i procedimenti disciplinari di competenza (art. 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);
- ✓ provvedere alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e di quella contabile;
- ✓ proporre l'aggiornamento del Codice di comportamento e relazionare semestralmente al Responsabile Anticorruzione sulla attività del proprio Ufficio.

Il Responsabile della Formazione

✓ Il Piano Nazionale Anticorruzione attribuisce importanza preminente alla formazione del personale ed in particolar modo alla formazione destinata a coloro che operano nelle aree a maggior rischio. L'Azienda, nelle more dell'approvazione ed adozione del proprio Atto Aziendale, avvenuta solo di recente, non ha potuto attivare un proprio Servizio Formazione, in quanto tale funzione è in capo ad ARES. Pertanto, al momento dell'attivazione di una struttura specifica, sarà opportuno in via prioritaria superare tale fase transitoria con la declinazione di specifiche procedure operative per definire e sviluppare rapporti di collaborazione col RPCT con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- ✓ collegamento tra la formazione specifica in materia di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e il Programma Annuale della Formazione;

- ✓ i criteri per individuare i soggetti che erogano la formazione e i contingenti di personale da formare;
- ✓ i contenuti, i canali e gli strumenti di erogazione della formazione.

Il personale dipendente e i collaboratori dell'Azienda.

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

- ✓ a partecipare al processo di gestione del rischio;
- ✓ ad osservare le misure contenute nel P.I.A.O. Sez. PCT.;
- ✓ a segnalare le situazioni di condotta illecita di cui sono venuti a conoscenza, in ragione del rapporto di lavoro, al proprio dirigente o al RPCT o all'U.P.D. (art.54 bis del D.lgs. 165/01), ovvero per il tramite della piattaforma aziendale Whistleblower;
- ✓ a segnalare casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis l. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento nazionale);
- ✓ a segnalare al proprio dirigente/superiore gerarchico o al RPCT l'apertura di eventuali procedimenti penali e procedimenti contabili per reati contro la pubblica amministrazione, che si sono conclusi con la richiesta del rinvio a giudizio, entro quindici giorni dalla ricezione formale del provvedimento;
- ✓ a tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato.

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

Al mantenimento del sistema di prevenzione dell'anticorruzione e della trasparenza, partecipa anche la figura del responsabile dell'anagrafe stazione appaltante e soggetto gestore antiriciclaggio (RASA). L'individuazione e la nomina di tale figura responsabile è stata operata con Deliberazione del Direttore Generale n. 12 del 27/01/2022. In riferimento alle indicazioni dell'ANAC (comunicato del 28 ottobre 2013) il RASA è incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa. Tale figura inoltre è individuata nella presente sezione del PIAO come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione e ad essa spetta l'obbligo informativo di implementazione la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici presso l'ANAC con i dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, la classificazione della stessa e l'articolazione in centri di costo. Tali adempimenti sussistono fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici.

La mappatura dei processi valutazione del diverso livello di esposizione al rischio di corruzione delle articolazioni aziendali

Individuazione delle attività a rischio

Premesso che, ad oggi, non sono stati segnalati né si è avuta notizia di fatti corruttivi, in attesa degli importanti cambiamenti dell'assetto organizzativo, tutt'ora in corso, a seguito dell'approvazione definitiva dell'Atto aziendale, nella seguente sottosezione sono riportati in coerenza e continuità con quanto già indicato nel PIAO 2022-2024 in tema di valutazione delle aree a rischio le rilevazioni sintetiche delle attività in essere da parte della costituenda Azienda e la mappatura del rischio di corruzione in relazione all'esistente.

Pertanto, sarà opportuno in via prioritaria procedere ad una revisione ed integrazione della mappatura dei processi e dell'analisi e valutazione delle aree di rischio tenuto conto dell'approvazione e implementazione dell'Atto Aziendale.

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

In particolare, è stato valutato il grado di rischio dei principali processi connessi con le attività aziendali più rilevanti, con specifico riferimento alla probabilità (media e alta) che si verifichi un evento corruttivo. In questa fase, comunque ancora transitoria, per la misurazione del rischio è stata utilizzata la stessa metodologia già in uso presso l'ex ATS Sardegna sin dal 2019 (come illustrato nell' **Allegato 4.1** alla presente sezione).

I livelli di rischio sono stati così definiti:

✓ Medio (normativa di principio, ridotta pubblicità, attività a media discrezionalità, controlli ridotti, modesta gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo). Nei casi in cui sia riscontrabile un livello di rischio medio, saranno assicurati controlli e verifiche semestrali, definizione di protocolli operativi o regolamenti e implementazione delle misure preventive specificatamente individuate.

✓ Alto (alta discrezionalità, elevata gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo, potere decisionale concentrato in capo a singole persone, rotazione dei funzionari dedicati solo in tempi molto lunghi, rischio di danni alla salute in caso di abusi, notevole casistica di precedenti storici di fatti corruttivi). Nelle attività in cui è previsto un alto livello di rischio, saranno effettuati controlli e verifiche trimestrali, saranno definiti i protocolli operativi e rafforzate le misure preventive specificatamente individuate.

Sono riportati nella "Tabella rischi e misure" - **Allegato 3** - le informazioni riferite a:

- ✓ Processi a rischio;
- ✓ Singole misure di prevenzione e contenimento;
- ✓ Grado di rischio;

- ✓ Tempi del monitoraggio;
- ✓ Struttura o Strutture di riferimento;
- ✓ Responsabile/i delle misure.

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

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

I Piani Nazionali Anticorruzione e nello specifico quello del 2022 in riferimento anche alla fase di gestione dei fondi a valere sui progetti del PNRR, così come il P.I.A.O. - Sez. PCT aziendale focalizzano essenzialmente tre obiettivi:

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

Le misure di ordine generale che l'Azienda intende mettere in campo al fine di prevenire il rischio di corruzione, riservandosi di adottarne delle ulteriori nel momento dell'implementazione del proprio Atto Aziendale, sono le seguenti:

- ✓ rotazione dei dipendenti;
- ✓ gestione del conflitto di interessi;
- ✓ monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti;
- ✓ patto d'integrità negli affidamenti;
- ✓ trasparenza e pubblicazione degli atti;
- ✓ azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile;
- ✓ gestione e monitoraggio del sistema di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito tramite la piattaforma *whistleblower* attivata a decorrere dal 12/09/2022.

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

Rotazione dei Dipendenti

Il quadro normativo vigente nel pubblico impiego privatizzato prevede l'istituto della rotazione del personale. Tale istituto è rimesso all'autonoma determinazione delle amministrazioni che - tenuto conto di eventuali limiti oggettivi e/o soggettivi - potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici. Va precisato che sui criteri generali di rotazione deve essere data informazione alle organizzazioni sindacali in modo di consentire loro di presentare osservazioni e proposte, senza che ciò comporti l'apertura di fasi di negoziazione in materia (vedi delib. ANAC n. 13/2015).

Va, inoltre, sottolineato che la rotazione ordinaria rappresenta soprattutto un criterio organizzativo che, nell'ottica del rispetto dei canoni di buona amministrazione ex art. 97 della Costituzione, può contribuire alla crescita del personale rispetto alle conoscenze ed alle competenze, favorendo lo sviluppo professionale del lavoratore. In tale ottica, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale ai fini del miglior utilizzo delle risorse umane disponibili.

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

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

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

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

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

Criteria per la rotazione ordinaria del personale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rotazione ordinaria del personale dirigenziale

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

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

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

Rotazione ordinaria del personale non dirigenziale

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

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

Rotazione straordinaria del personale

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

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

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

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

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

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

Tempistica ed immediatezza del provvedimento di eventuale adozione della rotazione straordinaria

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

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

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

Considerato che l'amministrazione può venire a conoscenza dello svolgimento del procedimento penale anche relativamente alle sue diverse fasi, si deve ritenere che il provvedimento debba essere adottato (con

esito positivo o negativo, secondo le valutazioni che l'amministrazione deve compiere) sia in presenza del solo avvio del procedimento, sia in presenza di una vera e propria richiesta di rinvio a giudizio. Un provvedimento con esito negativo in caso di mero avvio del procedimento potrebbe avere diverso contenuto in caso di richiesta di rinvio a giudizio.

Durata della rotazione straordinaria

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

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

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

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

Codice di Comportamento generale e Codice di Comportamento dell'ASL N 3 di Nuoro

Il 19 giugno 2013 è entrato in vigore il nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 4 giugno 2013), che definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare. Le previsioni del Codice, che supera il precedente decreto del Ministro per la funzione pubblica del 28 novembre 2000, sono integrate dai codici di comportamento adottati dalle singole amministrazioni. Il Codice si applica ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni (definite dal Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n.165), con estensione degli obblighi di condotta, per quanto possibile, a tutti i collaboratori o consulenti. La violazione degli obblighi contenuti nel codice di comportamento costituisce fonte di responsabilità disciplinare.

L'ASL di Nuoro non ha ancora potuto redigere un proprio Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici. In riferimento al principio di continuità amministrativa e tenuto conto in merito della nota R.A.S. prot. PG/2022/1246 del 18 gennaio 2022 avente ad oggetto "LR 11/09/2020 e s.m.i. Costituzione delle Aziende. Fase di prima applicazione. Continuità assistenziale e amministrativa", con la quale è stata ribadita la necessità di garantire la continuità di tutti i servizi sanitari e amministrativi da parte delle Aziende Socio Sanitarie Locali (ASL) e dell'Azienda Regionale della Salute (ARES), l'ASL di Nuoro, con Deliberazione D.G. n. 136 del 29.04.2022 recepisce il Codice di Comportamento approvato dall'ex ATS Sardegna (ora ARES) con deliberazione n. 501 del 29/06/2017 – e successive modificazioni e integrazioni – avente ad oggetto "Adozione provvisoria Codice di comportamento", rinvenibile nella seguente pagina web:

<https://www.aressardegna.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/>.

Tale documento adottato ai sensi dell'art. 54 del D.Lgs n. 165/2001, integra e specifica il codice adottato dal D.P.R. n. 62 del 16/04/2013 e tiene conto delle Linee guida emanate da ANAC con deliberazione n. 358/2017 e disciplina i seguenti ambiti:

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

Gestione del conflitto di interesse

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

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

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

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

La segnalazione del conflitto, anche potenziale, deve essere indirizzata dal dipendente al proprio

Responsabile diretto il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere il principio di imparzialità.

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

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

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

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

Il conflitto di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici L'ANAC con le Linee guida n. 15 recanti "Individuazione e gestione di conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici" (G.U. Serie generale n. 182 del 5.08.2019) ha definito l'ambito di applicazione del conflitto di interesse nelle procedure di gara.

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

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

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

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

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

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, i controlli delle dichiarazioni sostitutive sono effettuati a campione.

Il controllo viene avviato in ogni caso in cui insorga il sospetto della non veridicità delle informazioni ivi riportate, ad esempio al verificarsi delle situazioni previste per legge o in caso di segnalazione da parte di terzi.

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

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

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

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

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

Il responsabile dell'ufficio di appartenenza del soggetto interessato o, nel caso di dirigente, il superiore gerarchico, è chiamato a valutare, in contraddittorio con il dichiarante, se la situazione segnalata o comunque accertata realizza un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa. Il titolare del potere sostitutivo che valuta l'esistenza del conflitto di interesse in caso di dirigente apicale è la Direzione Aziendale o un suo delegato.

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

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

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

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

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

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

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

Il nuovo art. 35 bis D.lgs. 165/2001

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

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

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

Tali disposizioni integrano le leggi e i regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari.

Formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici in caso di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione: Misure da attuare

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

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

Incompatibilità/Inconferibilità incarichi

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

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

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

- a) acquisizione di apposite dichiarazioni (dichiarazione sostitutiva per inconferibilità degli incarichi dirigenziali dichiarazione sostitutiva per incompatibilità degli incarichi dirigenziali);

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

Svolgimento di incarichi di ufficio - attività ed incarichi extraistituzionali

Nelle more dell'adozione di specifico regolamento aziendale in ordine alla materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi extraistituzionali, si fa riferimento a quanto stabilito dall'art. 53 del D.lgs. 165/2001 e s.m.i. e, per il principio di continuità amministrativa, dal regolamento per la gestione del personale a suo tempo adottato dall'ex Ats-Sardegna con deliberazione del Direttore Generale n. 1325 del 28/12/2017, recepito dalla ASL di Nuoro con Deliberazione D.G. n. 109 del 14/04/2022, rinvenibile alla seguente pagina web istituzionale:
<https://www.atssardegna.it/index.php?xsl=119&s=12&v=9&c=4811&id=311282&nodesc=1&httpst=www.atssardegna.it>

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

Controlli e Regime Sanzionatorio

Nelle more dell'adozione di apposito regolamento aziendale e delle attivazioni di specifico servizio ispettivo, l'osservanza delle disposizioni sul corretto svolgimento di incarichi di ufficio e di attività extraistituzionali è soggetta alle verifiche effettuate anche a campione e/o mirate sui dipendenti da parte delle competenti Direzioni (Sanitaria e Amministrativa). Gli esiti delle verifiche circa le eventuali difformità rilevate sono trasmessi tempestivamente al Responsabile della Struttura di appartenenza del dipendente, ovvero all'Ufficio Procedimenti Disciplinari affinché siano attivate le conseguenti procedure disciplinari di competenza. L'attività di verifica deve essere inoltre trasmessa, con la periodicità prevista, al RPCT per i riscontri sui monitoraggi delle misure di prevenzione della corruzione.

Revolving door - Pantouflage

Al fine di dare attuazione alla misura di prevenzione obbligatoria concernente l'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, tenuto conto del disposto di cui all'art. 53, comma 16 ter, del D.lgs. 165/2001 che prevede il divieto, a carico dei dipendenti (sono da ricomprendersi anche i soggetti legati alla pubblica amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo – cfr. parere ANAC AG/2 del 4 febbraio 2015) che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali, di

prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale dei dipendenti stessi, l'Azienda consegna ai dipendenti dimissionari apposita informativa con contestuale sottoscrizione di dichiarazione in calce circa l'avvenuta consegna della stessa da inserire nel fascicolo personale del dipendente. Occorre precisare che nel novero dei "poteri autoritativi e negoziali" rientrano sia i provvedimenti afferenti alla conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi per la p.a. sia i provvedimenti che incidono, unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari. Tenuto conto della finalità della norma, può ritenersi che fra i poteri autoritativi e negoziali sia da ricomprendersi l'adozione di atti volti a concedere in generale vantaggi o utilità al privato, quali autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere (cfr. parere ANAC AG 2/2017 approvato con delibera n. 88 dell'8 febbraio 2017) e che il divieto di *pantouflage* si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.

Modello in uso:

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

L'ASL di Nuoro con la presente nota intende informarla in merito al disposto di cui all'art. 53, comma 16 ter. del D.lgs. 165/2001, consistente nel divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego in essere, nei confronti di destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con il proprio apporto decisionale negli ultimi tre anni di servizio (*).

L'ASL di Nuoro potrà agire in giudizio per ottenere il risarcimento dei danni nel caso sia accertata la violazione del divieto contenuto nell'art. 53 comma 16 ter. del D.lgs. 165/2001.

Il sottoscritto _____ dipendente dell'ASL di Nuoro

con la qualifica di _____,

dimissionario a far data dal _____

dichiaro di aver ricevuto copia della informativa di cui sopra in data odierna.

LUOGO E DATA _____

_____ (firma)

Il Patto di Integrità negli Affidamenti

Secondo quanto previsto dall'art.1 comma 17 della legge 190/2012, tra le misure di prevenzione della corruzione le Amministrazioni possono utilizzare i Patti d'integrità e i Protocolli di legalità. Si tratta di strumenti tesi a rafforzare la normativa antimafia mediante forme di controllo non obbligatorie ma volontariamente pattuite tra i soggetti coinvolti, ossia la Stazione appaltante e gli operatori economici che partecipano alla gara.

Lo scopo di tali patti è quello di prevenire il fenomeno corruttivo e valorizzare comportamenti eticamente

adeguati. Al fine di rendere operativa la procedura le Stazioni appaltanti inseriscono negli avvisi, nelle lettere d'invito e nei bandi di gara, una cosiddetta "clausola di salvaguardia". La mancata accettazione ed il mancato rispetto del protocollo di legalità danno luogo all'esclusione dalla gara ovvero alla risoluzione del contratto.

Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

L'Azienda attiverà e promuoverà l'utilizzo di canali di ascolto in chiave propositiva da parte dei portatori di interesse e dei rappresentanti delle categorie di utenti e di cittadini rispetto all'azione dell'Azienda al fine di migliorare ed implementare la strategia di prevenzione della corruzione.

Verranno attivati canali dedicati alla segnalazione e confronto attraverso lo sviluppo degli strumenti di relazione con i cittadini.

L'Azienda continuerà ad effettuare azioni di sviluppo dell'URP Aziendale e implementerà strumenti per la crescita sistematica del rapporto di comunicazione biunivoco con i cittadini attraverso azioni a carattere generale e di comunicazione.

Gestione e monitoraggio del sistema di tutela del segnalante sulla piattaforma Whistleblower

I soggetti che segnalano illeciti di cui sono venuti a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro e o di collaborazione con l'azienda, sono tutelati secondo quanto disposto dal comma 51 dell'art.1 della legge n. 190/2012.

E' vietato qualsiasi comportamento discriminante nei confronti dei dipendenti o collaboratori che segnalano un fatto illecito. Per misure discriminatorie si intendono quelle sotto indicate avviate nei confronti del dipendente che ha effettuato segnalazioni all'Autorità giudiziaria, alla Corte dei Conti o al proprio superiore gerarchico o al RPCT e che a tale evento siano da collegarsi:

- ✓ avvio di azioni disciplinari ingiustificate;
- ✓ molestie sul luogo di lavoro;
- ✓ ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro lesive dei diritti del lavoratore.

La piattaforma informatica *whistleblower* aziendale è stata attivata a decorrere dal 12/09/2022 in collaborazione con *Transparency International Italia*. In ottemperanza alla raccomandazione del PNA, il sistema informatico di segnalazione consente di indirizzare la segnalazione al RPCT, unico soggetto abilitato a ricevere e gestire la stessa nella piattaforma informatica nel rispetto delle garanzie che la normativa in materia offre al segnalante.

La gestione delle segnalazioni attraverso il sistema informatico ha il vantaggio di non esporre il segnalante alla presenza fisica dell'ufficio ricevente evitando la diffusione di notizie delicate e riservate.

Le segnalazioni saranno gestite dal RPCT ai sensi della vigente normativa e secondo le linee guida ANAC.

La tutela dei denunciatori sarà supportata anche da un'attività di sensibilizzazione e di formazione sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite.

Il numero e la tipologia delle segnalazioni sono oggetto di rilevazione e monitoraggio nella reazione annuale che il RPCT predispose e pubblica nella sezione amministrazione dedicata sul sito web aziendale entro il 15 dicembre di ciascun anno, salvo deroghe/rinvii disposti dall'ANAC.

La piattaforma è raggiungibile dai segnalanti al seguente indirizzo web:

<https://aslnuoro.whistleblowing.it/#/>

Procedure per la formazione dei dipendenti in materia di anticorruzione e trasparenza

Il Piano Nazionale Anticorruzione attribuisce importanza preminente alla formazione del personale ed in particolar modo alla formazione destinata a coloro che operano nelle aree a maggior rischio. Al fine di garantire una diffusione capillare delle informazioni inerenti la normativa anticorruzione e i relativi provvedimenti che l'azienda adotta nel proprio ambito di competenza (es. codice di comportamento), e mantenere comunque elevato il livello di conoscenza di tali tematiche tra i propri dipendenti, nonché favorire la condivisione di comportamenti organizzativi virtuosi, improntati al rispetto dei valori etici e di legalità, l'Azienda, in ottemperanza a quanto stabilito dalla norma, attua un programma di interventi formativi, da realizzarsi possibilmente entro il 30 novembre di ogni anno.

Attualmente le attività formative sono gestite dal Servizio Formazione ARES.

Le attività di formazione si articoleranno su due livelli:

✓ il primo prevede la realizzazione di eventi formativi destinati a tutti i dipendenti e collaboratori dell'azienda da compiersi sia a livello centrale che a livello di articolazione aziendale sui temi dell'etica e della legalità, della conoscenza della normativa di riferimento sulla prevenzione della corruzione. Il processo di informazione/ formazione dovrà essere facilitato e rafforzato dai Responsabili delle strutture;

✓ il secondo livello di approfondimento riguarda il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, i componenti degli organismi di controllo, i dirigenti e i funzionari addetti che svolgono la loro attività in settori che presentano un elevato grado di rischio di corruzione. Gli argomenti del secondo livello di formazione riguarderanno l'analisi approfondita della responsabilità nei procedimenti amministrativi, delle norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione, e più in generale sulla normativa volta alla prevenzione e al contrasto della corruzione.

Il RPCT in collaborazione con il Responsabile della Formazione ARES, con la definizione del programma di formazione e la vigilanza sulla sua attuazione, assolve i propri obblighi circa l'individuazione delle procedure idonee per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori particolarmente esposti al rischio di corruzione.

I temi oggetto degli eventi formativi di tipo generale e rivolti a tutti i dipendenti sono:

✓ Principi e valori Etici in Sanità Pubblica con approfondimenti specifici per i diversi ambiti professionali;

✓ L'analisi del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici e il codice disciplinare;

I temi oggetto della formazione specifica, rivolta a categorie specifiche di dipendenti, riguardano:

- ✓ Approfondimenti sulla normativa relativa al conflitto di interessi;
- ✓ Analisi degli obblighi di pubblicità e trasparenza per le stazioni appaltanti (D. Lgs.33/2013);
- ✓ Piano PTPCT – Sezione Anticorruzione e Trasparenza Piao;
- ✓ Approfondimenti sulla Responsabilità Amministrativa;
- ✓ Integrazione e approfondimento della mappatura del rischio di tutte le strutture aziendali e individuazione delle azioni da adottare, anche con l'esame di casi pratici e organizzazione di appositi *focus group*;

Nel corso del 2023 si procederà, compatibilmente con l'implementazione organizzativa a seguito dell'approvazione dell'Atto Aziendale, con iniziative di formazione/informazione base rivolte ai dipendenti privilegiando quelle da remoto (FAD), anche in relazione alle misure di contenimento dei contagi da Covid-19 ancora in corso, con interventi diretti del RPCT, con l'obiettivo di coinvolgere il maggior numero di risorse possibili, privilegiando i neoassunti.

Verranno altresì programmati eventi formativi specifici per il personale delle aree a maggior rischio e per l'Ufficio del RPCT.

Monitoraggio eventi formativi sponsorizzati

Nell'ambito della specificità dei percorsi formativi in sanità proseguirà nel corso del 2023 l'attenzione alla partecipazione dei dipendenti ad eventi di formazione o aggiornamento professionale sponsorizzati.

La fattispecie in oggetto trova applicazione soprattutto in relazione al personale dirigente medico e sanitario che, frequentemente, viene invitato a manifestazioni (congressi, convegni, etc.) organizzati direttamente o indirettamente da Aziende farmaceutiche o produttrici di presidi sanitari e sponsorizzati dalle stesse.

Il rischio specifico in relazione alla suddetta situazione è dato dal potenziale condizionamento, nei confronti di singoli professionisti o di equipe mediche, dei comportamenti prescrittivi ovvero, per quanto attiene alle sperimentazioni cliniche, alla possibile manipolazione di dati al fine di agevolare un esito della sperimentazione favorevole all'industria farmaceutica in cambio di benefit per la propria equipe (borse di studio, comodati d'uso, donazioni) o benefit personali (costi di partecipazione a convegni e congressi, consulenze per formazione e ricerca, quote sul fatturato ovvero comparaggio).

Come noto i contratti collettivi nazionali di lavoro dell'area sanità riconoscono al dirigente medico la libertà di autodeterminare il proprio percorso di aggiornamento professionale facoltativo, scegliendo in autonomia le iniziative formative, salvo obbligo di documentare debitamente la partecipazione alle stesse.

Ciò comporta che un eventuale diniego da parte dell'Azienda in ordine alla partecipazione del dipendente a particolari iniziative di aggiornamento professionale possa trovare giustificazione solo se fondato su basi oggettive, ovvero su comprovate esigenze di servizio; in caso contrario potrebbe determinarsi un ingiusto danno alla professionalità del dirigente, risarcibile in via giudiziaria.

È pertanto necessario individuare strumenti gestionali in grado di conciliare la necessità di effettuare un monitoraggio sulle situazioni a rischio richiamate con la libertà del dirigente in materia di formazione e aggiornamento professionale.

L'ASL di Nuoro, stante il perdurare della fase organizzativa transitoria e in attesa dell'implementazione del nuovo Atto Aziendale e comunque nelle more dell'adozione ovvero aggiornamento delle procedure tese a disciplinare la partecipazione dei propri dipendenti ad eventi sponsorizzati da Case Farmaceutiche o produttrici di beni sanitari, continuerà anche per l'anno 2023 a vigilare sulla corretta applicazione delle norme in materia previste dal "Regolamento per la gestione delle sponsorizzazioni e delle donazioni" approvato dall'ex Ats Sardegna con Deliberazione n. 777 del 12.06.2018, recepito dalla ASL Nuoro con Deliberazione D.G. n. 109 del 14.04.2022.

In fase di revisione/aggiornamento del presente P.I.A.O.- Sez. Anticorruzione e Trasparenza sarà opportuno in via preferenziale individuare un obiettivo specifico finalizzato alla revisione di suddetto Regolamento e all'attivazione di un sistema di verifica circa il suo rispetto da parte dei dipendenti, mediante un sistema di controlli incrociati sui flussi di dati in possesso del Servizio Formazione ARES e dell'istituendo Servizio del Personale dell'ASL Nuoro.

Ciò consentirà di far emergere, in occasione della eventuale partecipazione di dirigenti medici a commissioni per l'aggiudicazione di servizi o forniture ovvero di sperimentazioni cliniche, la sussistenza di potenziali conflitti di interesse, con la conseguente adozione di misure di riduzione dei possibili rischi. Sarà inoltre cura dell'Azienda promuovere la regolamentazione delle iniziative sponsorizzate promosse dalle Strutture Aziendali.

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 "generali", intese come misure trasversali sull'intera amministrazione che incidono complessivamente sul sistema di prevenzione della corruzione, e/o specifiche che agiscono puntualmente su rischi specificatamente individuati durante la fase di valutazione incidendo in modo mirato rispetto allo specifico rischio, calibrando al meglio il rapporto tra costi e benefici sostenibili sotto l'aspetto economico e organizzativo.

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

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.

Il RPCT entro il 15 dicembre di ogni anno, redige una relazione recante i risultati dell'attività svolta e i risultati conseguiti, basata anche sui rendiconti presentati dai dirigenti sulle misure poste in essere e sui risultati realizzati in esecuzione della sezione PCT stesso, e la trasmette al Direttore Generale ed all'OIV e provvede alla pubblicazione della stessa sul sito aziendale sezione amministrazione trasparente.

Per quanto attiene la relazione del 2022 la stessa è reperibile al seguente link:

<https://www.asl3nuoro.it/wp-content/uploads/2023/01/Scheda-Relazione-annuale-Rpct.ods>

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

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 "generali", intese come misure trasversali sull'intera amministrazione che incidono complessivamente sul sistema di prevenzione della corruzione, e/o specifiche che agiscono puntualmente su rischi specificatamente individuati durante la fase di valutazione incidendo in modo mirato rispetto allo specifico rischio, calibrando al meglio il rapporto tra costi e benefici sostenibili sotto l'aspetto economico e organizzativo.

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

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 inadeguata 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'inadeguatezza accertata delle misure adottate, comporta da parte del RPCT la ridefinizione delle misure e delle modalità di trattamento del rischio.

Il RPCT entro il 15 dicembre di ogni anno, redige una relazione recante i risultati dell'attività svolta e i risultati conseguiti, basata anche sui rendiconti presentati dai dirigenti sulle misure poste in essere e sui risultati realizzati in esecuzione della sezione PCT stesso, e la trasmette al Direttore Generale ed all'OIV e provvede alla pubblicazione della stessa sul sito aziendale sezione amministrazione trasparente.

Per quanto attiene la relazione del 2022 la stessa è reperibile al seguente link:

<https://www.asl3nuoro.it/wp-content/uploads/2023/01/Scheda-Relazione-annuale-Rpct.ods>

Programmazione dell'attuazione della trasparenza

Stato di attuazione complessivo

L'ASL di Nuoro alla luce del dettato normativo in materia di trasparenza e obblighi di pubblicazione (legge 6 novembre 2012, n. 190, D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, D.lgs. 25/05/2016 n. 97) nell'ambito del presente piano riporta l'apposita sezione anticorruzione, nella quale sono organizzati i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione ed elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati (vedasi **Allegato 2**)

In tale schema sono indicati i soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali servizi/uffici tenuti alla individuazione, alla elaborazione dei dati e alla pubblicazione sul sito web istituzionale. Sono altresì indicate i termini, le frequenze e le periodicità dei relativi aggiornamenti. Stante il perdurare dell'attuale fase transitoria e riorganizzativa del sistema sanitario regionale, come già illustrato, alcuni obblighi di pubblicazione e trasparenza non sono nella disponibilità dell'Azienda in quanto i relativi dati e flussi sono nella disponibilità dell'ARES e di tale condizione viene data evidenza nel programma per la trasparenza, così

come anche per i casi in cui non è possibile pubblicare i dati previsti dalla normativa in quanto non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative o funzionali dell'Amministrazione.

Dalle risultanze della relazione annuale del RPCT relativa alla gestione appena conclusa (2022) e dal monitoraggio effettuato da parte del OIV, si evidenzia come il sito web istituzionale (albo pretorio e sezione amministrazione trasparente) sia a distanza di un anno dalla nascita dell'Azienda sufficientemente popolato di dati ed informazioni e come lo stesso sia in continua evoluzione con l'obiettivo di garantire pienamente gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte dell'Azienda offrendo la possibilità agli *stakeholder* di conoscere sia le azioni ed i comportamenti strategici adottati con il fine di sollecitarne e agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento, sia l'andamento della performance ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel ciclo di gestione delle performance.

Per il corrente anno 2023, stante la situazione organizzativa complessiva, proseguirà l'attività del vigente programma per la trasparenza con verifiche e monitoraggi periodici così come indicati nelle apposite sottosezioni, salvo un complessivo aggiornamento dello stesso nel caso di importanti modifiche organizzative legate all'implementazione delle misure previste nell'Atto Aziendale.

Accesso civico e accesso generalizzato

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

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

Nel corso del 2022 è stato altresì raggiunto l'obiettivo relativo alla pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" di tutte le informazioni per consentire agli interessati l'Accesso Civico e l'Accesso Generalizzato secondo quanto già indicato da ANAC.

Come indicato nella relazione annuale 2022 del RPCT, sono state evidenziate alcune criticità legate alla procedura per quanto attiene la trasmissione di flussi. Per il corrente anno, al momento dell'implementazione conseguente alla progressiva attuazione dell'Atto Aziendale compatibilmente con la disponibilità di risorse umane, strutturali ed economiche, è opportuno apportare i dovuti correttivi prevedendo modalità informatizzate di trasmissione dei flussi in modo da poter consentire la pubblicazione integrale degli accessi entro il 31/12/2023.

Obblighi informativi verso il RPCT

Nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione sussistono gli obblighi di informazione da parte di tutti i soggetti coinvolti nel mantenimento del sistema di prevenzione della corruzione e della

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

Responsabilità in caso di violazione del PCT

Ai sensi dell'art. 1, comma 14 della legge 190/2012, in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il RPCT risponde ai sensi dell'art. 21 del Decreto Legislativo 165/2001, nonché per omesso controllo, sul piano disciplinare.

La violazione da parte dei dipendenti dell'Azienda delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare.

Collegamento con il piano della performance

L'efficacia del PIAO-Sez. Programmazione-Anticorruzione e Trasparenza dipende dalla collaborazione effettiva di tutta l'Organizzazione, pertanto è indispensabile che lo stesso sia coordinato rispetto a tutti gli altri strumenti di programmazione dell'Azienda. Particolarmente importante è l'integrazione da stabilire con il Ciclo della Performance e con gli obiettivi strategici aziendali. A tal fine con il presente piano si è data particolare rilevanza all'attività di contrasto dei comportamenti corruttivi individuati nell'ambito dei valori strategici di valore pubblico (VP4).

In questo senso la ASL n. 3 di Nuoro ha previsto in fase di programmazione del Ciclo della Performance di inserire nei piani operativi obiettivi e indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione.

Allegati alla sottosezione di programmazione - anticorruzione e trasparenza

Sottosezione 2.3 RCT_Allegato 1 - Contesto esterno regionale

Sottosezione 2.3 RCT_Allegato 2 - Elenco Obblighi di pubblicazione

Sottosezione 2.3 RCT_Allegato 3 - Tabella rischi e misure

Sottosezione 2.3 RCT_Allegato 4 - Catalogo procedimenti

Sottosezione 2.3 RCT_Allegato 4.1 - Misurazione-del-Rischio

Sottosezione 2.3 RCT_Allegato 5 - Normativa di riferimento

Sezione 3. Organizzazione e Capitale Umano

Sottosezione 3.1 Struttura organizzativa

Come già evidenziato nei paragrafi precedenti, la Giunta Regionale, con Deliberazione N. 463 del 16.02.2023, ha validato l'Atto Aziendale adottato dall'ASL di Nuoro.

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".

Le aziende sanitarie pubbliche, come tutte le strutture complesse, devono poter contare pertanto su una organizzazione efficiente e in grado di assicurare con efficacia al bisogno del cittadino nel rispetto di un utilizzo razionale delle risorse assegnate.

L'autonomia conferita all'Azienda sanitaria le consente di definire nell'ambito dell'assetto organizzativo che si è dato e nel rispetto del fine istituzionale, 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.

L'esplicitazione di questo quadro organizzativo impegnerà la direzione aziendale nei prossimi mesi guidando le principali azioni gestionali e di governo.

Si rappresenta di seguito in sintesi, il raffronto fra la consistenza del personale incardinato alla data di costituzione dell'ASL n. 3 di Nuoro e quella alla data del 01/01/2023, primo anno di vita della nuova ASL n. 3 di Nuoro.

RUOLO	Presenti al 01/01/2022*	Presenti al 01/01/2023*
AMMINISTRATIVO	132	135
Comparto	126	130
Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	6	5
SANITARIO	1.491	1.498
Comparto	1.030	1.063
Dir. delle Profess. Sanitarie	1	1
Dirig.Medico/Veterinaria	423	403
Dirig.Sanitaria non medica	37	32
TECNICO	369	376
Comparto	368	375
Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	1	1
Totale complessivo	1.992	2.010

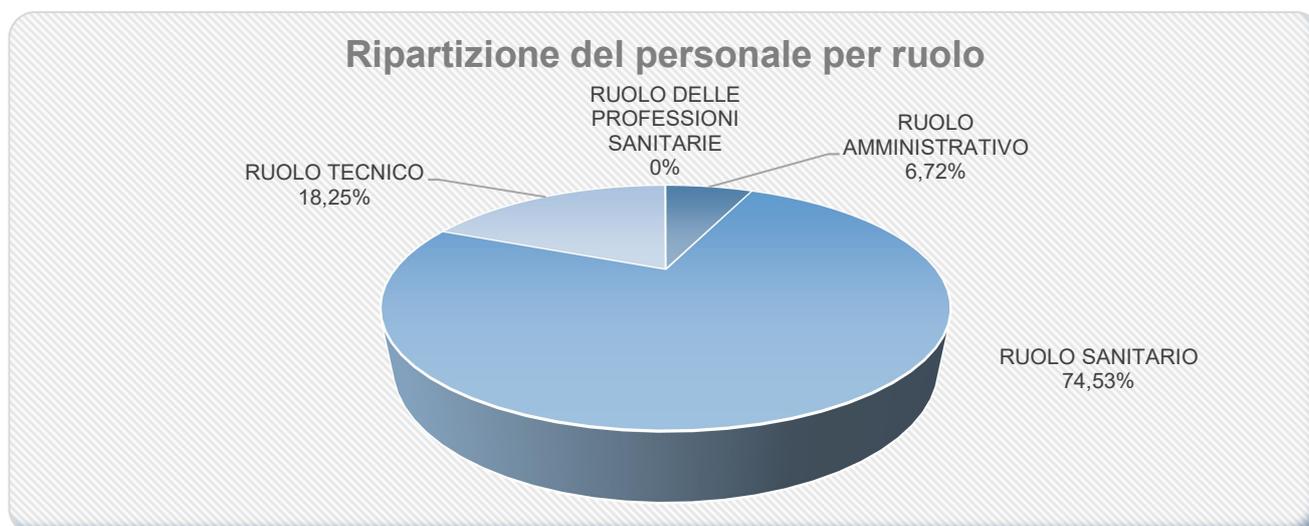
In entrambi gli anni è presente personale a tempo determinato finanziato pari a n. 18 nell'anno 2022 e n. 17 nell'anno 2023

Si evince che il personale amministrativo non ha registrato rilevanti variazioni, mentre per la parte sanitaria, ad un contenuto aumento del personale del comparto, 32 unità, si associa una diminuzione di 22 unità di quello dirigenziale.

Inoltre, al quadro sopra descritto si aggiungono ulteriori 83 unità di personale assunto per far fronte all'emergenza Covid-19, in diminuzione rispetto al 2021 in cui ne erano presenti 134, la cui presenza, dapprima assolutamente necessaria per la pandemia si è mantenuta per sopperire alle carenze di organico registrate 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):

RUOLO	Presenti al 01/01/2022	Presenti al 01/01/2023
AMMINISTRATIVO	5	5
Comparto	5	5
SANITARIO	107	56
Comparto	99	48
Dirig. Sanitaria non medica	8	8
TECNICO	22	22
Comparto	22	22
Totale complessivo	134	83

Grafico 1: composizione del personale operante nella nostra azienda alla data dell'01/01/2023



Il personale all'01/01/2023, non tiene conto dell'apparato tecnico amministrativo, che nella fase di passaggio ATS e ASL, secondo la riforma, è stato attribuito all'Azienda ARES che solo nella prima parte dell'anno manterrà tali servizi:

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

Al proposito si segnala la recente adozione della deliberazione della Giunta Regionale N. 2/9 del 17.01.2023 con la quale è stato dato mandato ad Ares di procedere, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 3, comma 3, e dall'art. 47, commi 1 e 13, della L.R. n. 24/2020, nonché dalla Delib.G.R. n. 36/47 del 31.8.2021 e dalla Delib.G.R. n. 2/14 del 20.1.2022 di approvazione definitiva, al trasferimento degli uffici tecnici e delle farmacie territoriali e ospedaliere e del relativo personale alle ASL a fare data dal 1.1.2023 e successivamente dal 01.02.2023, stabilendo che dovrà essere comunque garantito da Ares, a regime, il presidio delle funzioni di cui all'art. 3, comma 3, lettera f) della L.R. n. 24/2020 "omogeneizzazione della gestione del patrimonio".

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.

Grafico 2: composizione del personale per ruolo e tipo

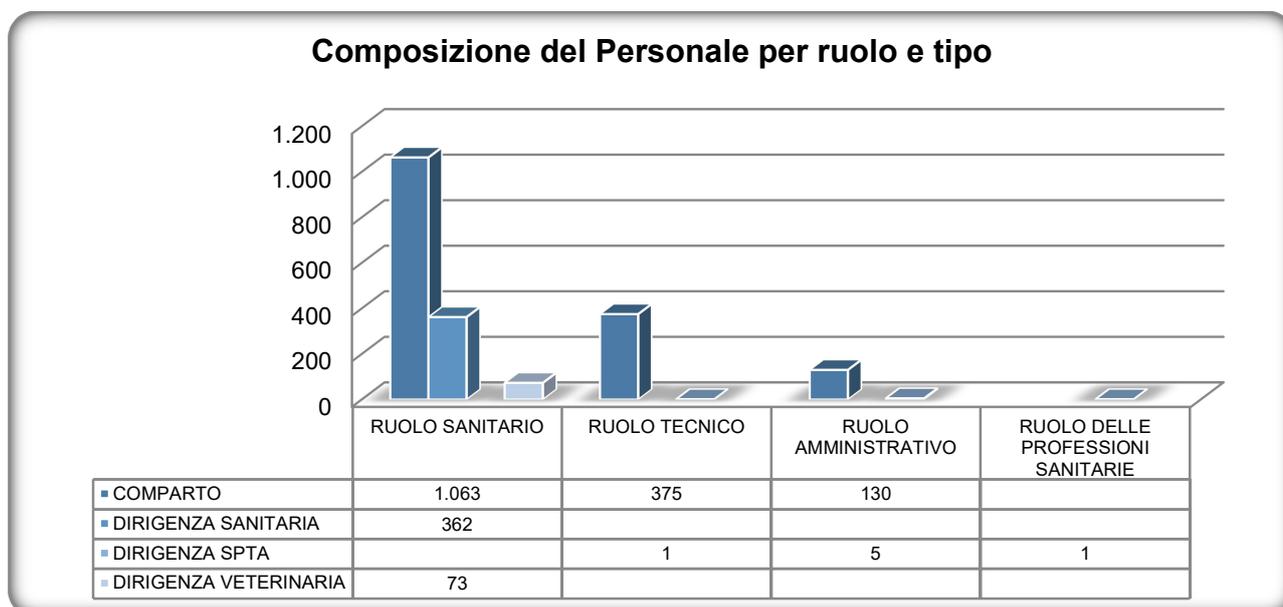
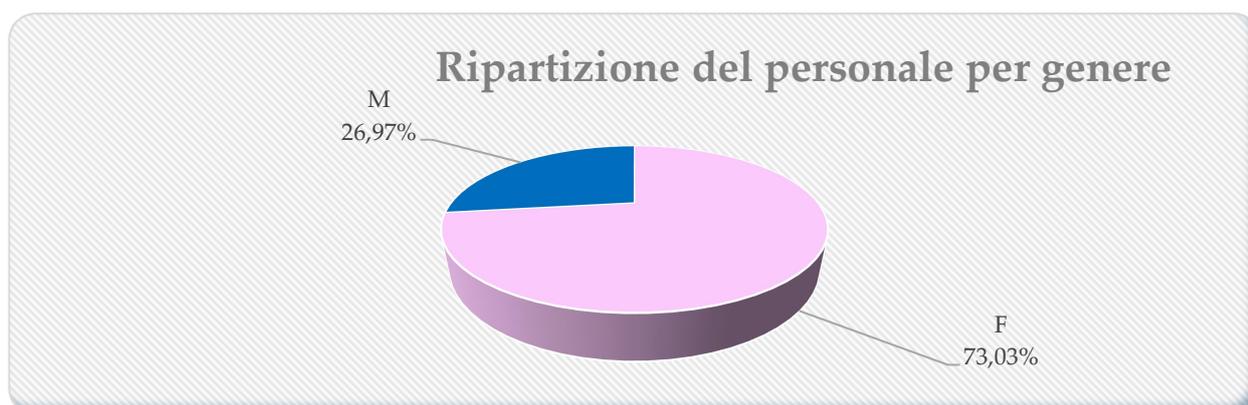


Grafico 3: composizione del personale per genere



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

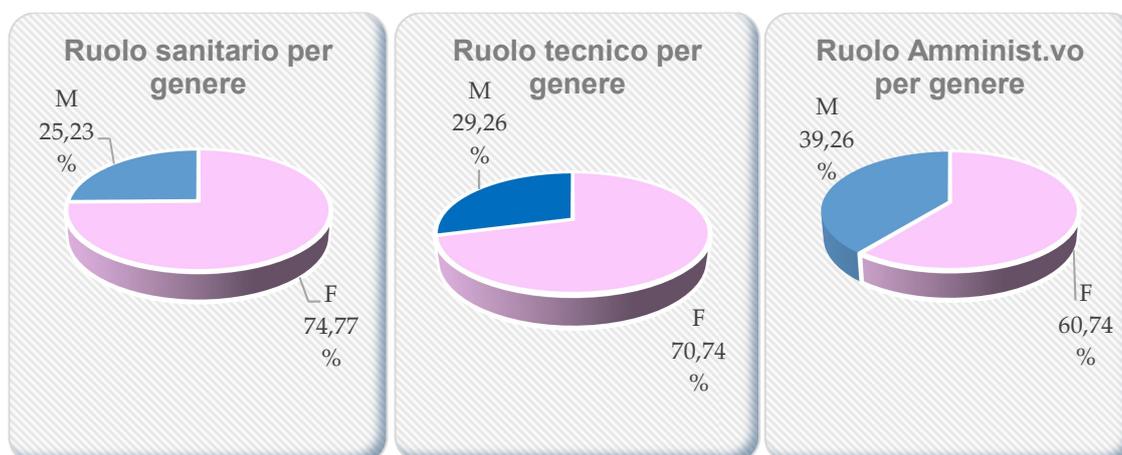
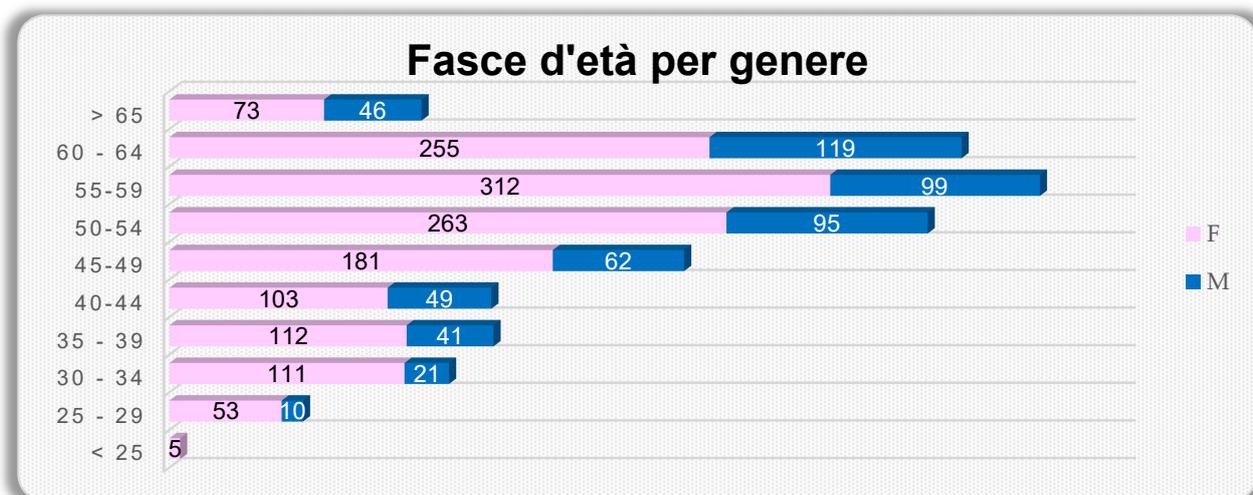


Grafico 5: composizione del personale per fasce di età e genere



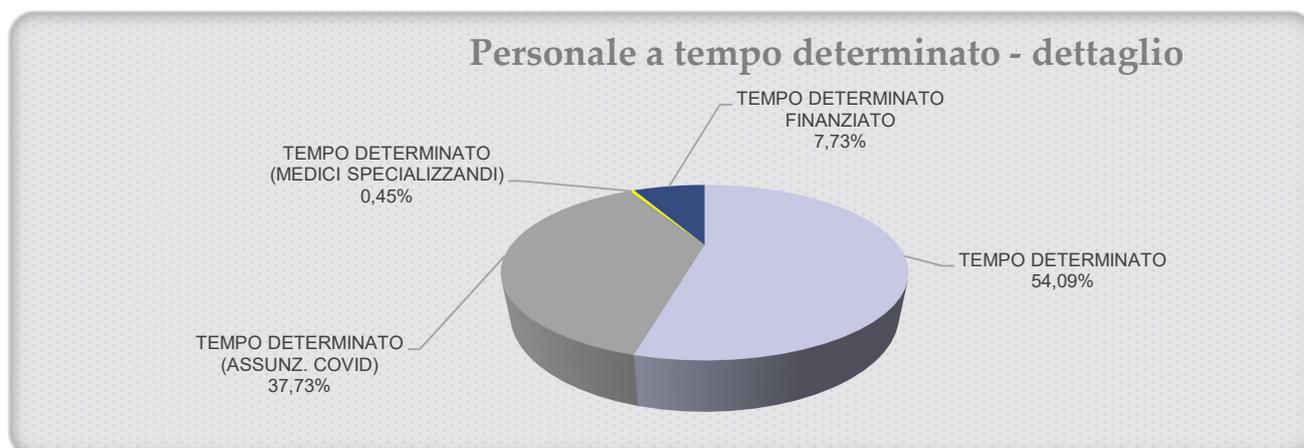
L'età del personale rappresenta una criticità per la nostra Azienda, infatti come evidenziato nel grafico sopra riportato oltre a riconfermare la prevalenza del genere femminile su quello maschile, mette in evidenza la maturità anagrafica del personale, oltre il 62,82 % rientrano nelle fasce dai 50 anni e più. La fascia d'età più numerosa è quella che va dai 55 ai 59 anni che da sola costituisce il 20,47%. 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 18,77%.

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 6,02%, Negli anni della pandemia appena trascorsi, così come specificato in premessa, si è reso necessario ricorrere ad acquisire personale aggiuntivo per far fronte all'emergenza. Come sotto rappresentato nel grafico n. 6, le assunzioni con Finanziamento COVID che si aggiungono, costituiscono circa il 38,07% del totale a tempo determinato e la copertura è stata confermata dalla Regione per l'anno 2023.

Grafico 6: Personale a tempo determinato- ripartizione



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 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 un nuovo 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 mission 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 2022, 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 salva vita, ivi inclusi i lavoratori in possesso del riconoscimento di disabilità con con notazione 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.

Lo scorso 21 settembre 2022 è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 221 la legge n. 142/2022, che ha convertito con modificazioni il decreto-legge n. 9 agosto 2022, n. 115 (c.d. Decreto Aiuti-bis) recante "Misure urgenti in materia di energia, emergenza idrica, politiche sociali e industriali", e che ha introdotto significative novità in materia di lavoro agile.

Tra le novità introdotte in materia di smart working, si segnala la proroga fino al 31 dicembre 2022 del diritto per i soggetti fragili e i lavoratori genitori di figli under 14 di richiedere che la prestazione di lavoro sia svolta in modalità di lavoro agile (art. 23-bis del Decreto).

Si conferma con il presente Piano, nelle more dell'adozione di un atto regolamentare aziendale di definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi al lavoro agile e degli obiettivi correlati, coinvolgendo nella redazione dello stesso il personale interessato, 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 dell'adozione del suddetto regolamento, si intende pianificare lo svolgimento delle prestazioni in modalità Agile nel rispetto delle condizioni indicate nel DPCM del 23 settembre 2021 recepite dall'ATS con la Circolare protocollo PG/2021/358059 del 03/11/2021 oltre che dalla normativa 2022 sopra richiamata.

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;
- a) 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.

La sua importanza è crescente anche alla luce del noto fenomeno c.d. delle "grandi dimissioni" (in inglese "Great Resignation"), termine coniato per indicare la tendenza che vede le/i dipendenti dimettersi volontariamente in massa dai propri posti di lavoro in seguito alla pandemia da covid-19. Il fenomeno è apparso nell'estate 2021 negli Stati Uniti e poi si è allargato anche in Europa.

Nel 2021 il fenomeno delle grandi dimissioni nel nostro Paese ha toccato la cifra di quasi 2 milioni di lavoratrici e lavoratori pari a circa l'8% del totale. Una crescita del 33% sull'anno precedente e del 12% dal 2019. Rispetto al periodo pre-pandemia, le dimissioni volontarie sono arrivate a rappresentare il 67% delle cessazioni totali dei rapporti di lavoro. Un aumento che non può passare inosservato e merita un'analisi più approfondita, soprattutto perché il trend non sembra essersi esaurito con la fine dell'emergenza sanitaria.

Una delle ragioni che hanno scatenato il fenomeno delle Grandi dimissioni, è conseguenza del periodo di lockdown, quando milioni di lavoratrici/lavoratori italiani hanno svolto il proprio lavoro in modalità remote o smart-working. Il risultato è che oggi le persone (soprattutto le più giovani) ricercano espressamente offerte di lavoro che consentano loro di svolgere l'attività a distanza, con maggiore flessibilità sugli orari e la possibilità di autogestire la propria quotidianità lavorativa.

Molti lavoratori hanno evidentemente ripensato la scala dei propri valori e rivalutato la posizione ricoperta dalla qualità della propria vita, fino ad allontanarsi dall'idea che sia necessario dedicare l'intera vita al lavoro.

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", concetto che richiama aspetti gestionali-managiariali in antitesi con quello della "procedura" che richiama aspetti amministrativo-burocratici, 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.

Sarà prevista, alla luce di quanto sopra, una formazione specifica per i dirigenti chiamati a riconfigurare il loro ruolo direzionale e gli strumenti di organizzazione e gestione del personale in una nuova logica agile; programmare e monitorare il lavoro dei gruppi, valutando in maniera corretta le loro performance.

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 favorirne

lo sviluppo attraverso la digitalizzazione dei processi, delle attività e dei servizi utilizzati ed incentivando oltre che l'innovazione anche la sperimentazione di tecniche alternative e alternativi a quelli tradizionali pur non essendo fisicamente presenti senza ridurre l'efficienza e l'efficacia della prestazione.

Fondamentale a tal fine è costruire una struttura con competenze tecnico informatiche al momento non ancora adeguata 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 2023/2025

In merito al Piano Triennale del Fabbisogno del personale (PTFP) per il triennio 2023-2025, approvato con delibera n. 548 del 15 Novembre 2022 (Programmazione sanitaria ed economica), si rinvia all'allegato "All. 8_PTFP 2023.2025 Asl Nuoro come da seguente link:

<https://www.asl3nuoro.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-di-programmazione-sanitaria/programmazione-sanitaria-annuale-e-triennale-2023-2025/>

Il fabbisogno per il triennio è stato definito valutando gli organici secondo i criteri di accreditamento, gli obiettivi individuati nel PIAO, gli altri atti programmatori aziendali e in funzione del nuovo modello organizzativo che l'azienda di Nuoro verrà ad assumere con l'applicazione del l'Atto aziendale. Pertanto, nella definizione del fabbisogno si è tenuto conto del personale relativo alla dirigenza sanitaria al fine del completamento degli organici necessari per riqualificare i servizi e i reparti aziendali al momento fortemente sottodimensionati, oltrechè al rafforzamento del comparto sanitario e a seguire di quello tecnico e amministrativo, necessario quest'ultimo per la ridefinizione delle strutture di supporto ancora mancanti.

Si fa presente che il PTFP ha attualmente un valore provvisorio, in quanto alla data di redazione del presente documento sono in corso le verifiche da parte dei servizi competenti della Regione.

3.3.2 Formazione del Personale

Con Delibera del Direttore Generale dell'Ares Sardegna n. 296 del 23/12/2022 è stato approvato il Piano della Formazione Aziendale "Approvazione Piano annuale della formazione del Provider ARES 2023" valido per l'attuale compagine organizzativa, tenuto conto che il Servizio della Formazione rientra tra le strutture accentrate all'ARES e svolge la sua attività a supporto di tutte le Aziende Sanitarie.

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 2023:

Struttura Proponente	Titolo del Progetto Formativo	Tipologia	Tematica	Edizioni	Ore ediz.	Partecipanti per edizione
Servizio Residenze Semiresidenze Riabilitazione Psichiatrica	Principali trattamenti Psicosociali per le disabilità Psichiatriche	Blended	3. Area salute mentale	1	18	35
Direzione Generale	Modello RAO – Procedura per l'applicazione gestionale	FSC (Formazione Sul Campo)	1. Area comunicazione e relazione	4	4	40
Direzione Generale	Gestione dei PACE MAKER e dei dei fibrillatori	FSC (Formazione Sul Campo)	13. Area specialità chirurgiche	3	4	5
Direzione Generale	Cure Intermedie - Medicina di Prossimità'	FSC (Formazione Sul Campo)	14. Area specialità mediche	1	4	40
Direzione Generale	Infermiere di Famiglia di Comunità' COT	FSC (Formazione Sul Campo)	14. Area specialità mediche	2	4	30
Direzione Generale	Le urgenze in Dermatologia	FSC (Formazione Sul Campo)	14. Area specialità mediche	3	4	30
Direzione Generale	Psoriasi	FSC (Formazione Sul Campo)	14. Area specialità mediche	3	4	30
Direzione Generale	Scenari simulazione	FSC (Formazione Sul Campo)	14. Area specialità mediche	3	6	10
Direzione Generale	Prevenzione infezioni correlate all'assistenza	FSC (Formazione Sul Campo)	15 Area prevenzione e promozione della salute	20	6	20
Direzione Generale	Informatica di base	FSC (Formazione Sul Campo)	16. Area informatica	4	4	25
Direzione Generale	Gestione aritmie in urgenza	FSC (Formazione Sul Campo)	17. Area emergenza ed urgenza	2	4	10

Struttura Proponente	Titolo del Progetto Formativo	Tipologia	Tematica	Edizioni	Ore ediz.	Partecipanti per edizione
Direzione Generale	ECOCG base	FSC (Formazione Sul Campo)	21. Area Cardiovascolare	2	4	5
Direzione Generale	ECG Pediatrico	FSC (Formazione Sul Campo)	4. Area materno infantile	2	4	10
Direzione Generale	Radioprotezione del lavoratore	FSC (Formazione Sul Campo)	7. Area oncologica	2	6	20
Direzione Generale	Radioprotezione della popolazione	FSC (Formazione Sul Campo)	7. Area oncologica	2	6	20
Direzione Generale	Addetti al Front-Office, Percorso di sviluppo del ruolo e delle competenze	RES (residenziale)	1. Area comunicazione e relazione	2	5	20
Direzione Generale	Elementi di comunicazione e Public Speaking	RES (residenziale)	1. Area comunicazione e relazione	1	48	25
Direzione Generale	Corso avanzato di Project Management in sanità	RES (residenziale)	11. Area metodologica	1	20	6
Direzione Generale	Risorse umane organizzazione	RES (residenziale)	11. Area metodologica	1	20	6
Direzione Generale	Certificazione ISIPM - Project Management base	RES (residenziale)	11. Area metodologica	1	20	6
Direzione Generale	Corso Software di Project Management	RES (residenziale)	11. Area metodologica	1	20	6
Direzione Generale	Pianificazione ass infermieristica con tassonomie NANDA-I, NOC E NIC	RES (residenziale)	11. Area metodologica	3	30	30
SC Ginecologia e Ostetricia	Chirurgia ricostruttiva del pavimento pelvico e qualità di vita della donna	RES (residenziale)	13. Area specialità chirurgiche	1	18	60
Direzione Generale	La chirurgia endoscopica delle vie lacrimali	RES (residenziale)	13. Area specialità chirurgiche	4	8	25
SC Odontostomatologia	Traumatologia dei mascellari e delle arcate dentarie	RES (residenziale)	13. Area specialità chirurgiche	2	6	25

Struttura Proponente	Titolo del Progetto Formativo	Tipologia	Tematica	Edizioni	Ore ediz.	Partecipanti per edizione
Direzione Generale	Urgenza medica	RES (residenziale)	13. Area specialità chirurgiche	2	8	10
Direzione Generale	Corso CFM	RES (residenziale)	14. Area specialità mediche	1	16	15
Direzione Generale	Dermatologia Pediatrica	RES (residenziale)	14. Area specialità mediche	3	4	30
Direzione Generale	Formazione istruttori PBLSD	RES (residenziale)	14. Area specialità mediche	1	16	10
Direzione Generale	Melanoma e tumori cutanei	RES (residenziale)	14. Area specialità mediche	3	4	30
Direzione Generale	Triage Pediatrico	RES (residenziale)	14. Area specialità mediche	4	8	10
Direzione Generale	Ulcere cutanee nel paziente fragile – dalla diagnosi alla terapia	RES (residenziale)	14. Area specialità mediche	2	5	30
Direzione Generale	Approfondimento del genere Russula	RES (residenziale)	15 Area prevenzione e promozione della salute	1	20	30
Direzione Generale	L'umanizzazione e la sicurezza delle cure	RES (residenziale)	15 Area prevenzione e promozione della salute	2	5	25
Direzione Sanitaria Aziendale	ALS (Advanced Life Support)	RES (residenziale)	17. Area emergenza ed urgenza	2	20	15
Pronto Soccorso NU (MCAU)	ATCN	RES (residenziale)	17. Area emergenza ed urgenza	1	24	16
Direzione Sanitaria Aziendale	ATLS	RES (residenziale)	17. Area emergenza ed urgenza	1	24	12
Pronto Soccorso NU (MCAU)	ATLS	RES (residenziale)	17. Area emergenza ed urgenza	1	24	16
Direzione Sanitaria Aziendale	BLS non sanitari	RES (residenziale)	17. Area emergenza ed urgenza	2	5	12

Struttura Proponente	Titolo del Progetto Formativo	Tipologia	Tematica	Edizioni	Ore ediz.	Partecipanti per edizione
Direzione Sanitaria Aziendale	BLSD sanitari	RES (residenziale)	17. Area emergenza ed urgenza	14	5	12
Direzione Sanitaria Aziendale	BLSD sanitari Retraining	RES (residenziale)	17. Area emergenza ed urgenza	2	5	12
Direzione Sanitaria Aziendale	E.P.A.L.S	RES (residenziale)	17. Area emergenza ed urgenza	1	20	6
Direzione Generale	Gestione medico-chirurgica dell'ostruzione acuta delle vie aeree	RES (residenziale)	17. Area emergenza ed urgenza	4	8	25
Direzione Sanitaria Aziendale	Maxi emergenza ospedaliera	RES (residenziale)	17. Area emergenza ed urgenza	1	8	60
Direzione Sanitaria Aziendale	NLS (new born life support)	RES (residenziale)	17. Area emergenza ed urgenza	1	8	12
Direzione Generale	PALS	RES (residenziale)	17. Area emergenza ed urgenza	3	16	10
Direzione Generale	PBLSD	RES (residenziale)	17. Area emergenza ed urgenza	5	8	12
Direzione Sanitaria Aziendale	PTC avanzato	RES (residenziale)	17. Area emergenza ed urgenza	1	20	15
Direzione Sanitaria Aziendale	PTC base	RES (residenziale)	17. Area emergenza ed urgenza	2	8	12
Direzione Sanitaria Aziendale	Retraining PBLSD	RES (residenziale)	17. Area emergenza ed urgenza	1	5	18
Direzione Generale	Sistema gestione emergenza interna	RES (residenziale)	17. Area emergenza ed urgenza	5	4	50
Direzione Sanitaria Aziendale	T.T.T.P. Total Training trauma package	RES (residenziale)	17. Area emergenza ed urgenza	1	20	6
Direzione Sanitaria Aziendale	Triage	RES (residenziale)	17. Area emergenza ed urgenza	1	16	24

Struttura Proponente	Titolo del Progetto Formativo	Tipologia	Tematica	Edizioni	Ore ediz.	Partecipanti per edizione
Direzione Generale	Controlli ufficiali sui prodotti della pesca-normativa Comunitaria e Nazionale	RES (residenziale)	18. Area igiene e sanità pubblica	1	8	40
Direzione Generale	Il campionamento	RES (residenziale)	18. Area igiene e sanità pubblica	1	16	25
Direzione Generale	La gestione dei reflui zootecnici - Aspetti pratici e normativi	RES (residenziale)	18. Area igiene e sanità pubblica	1	8	30
Direzione Generale	Normativa Comunitaria sui controlli ufficiali nel settore delle carni	RES (residenziale)	18. Area igiene e sanità pubblica	1	8	40
Direzione Generale	Addetti alla prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze	RES (residenziale)	19. Area sicurezza luoghi di lavoro	7	16	30
Servizio Prevenzione Protezione Aziendale	Aggiornamento addetti antincendio	RES (residenziale)	19. Area sicurezza luoghi di lavoro	1	8	26
Servizio Prevenzione Protezione Aziendale	Aggiornamento formazione degli addetti primo soccorso	RES (residenziale)	19. Area sicurezza luoghi di lavoro	1	6	12
Servizio Prevenzione Protezione Aziendale	Corso aggiornamento lavoratori	RES (residenziale)	19. Area sicurezza luoghi di lavoro	1	6	35
Servizio Prevenzione Protezione Aziendale	Corso antincendio rischio alto - ART. 37 D.LGS. 81/2008	RES (residenziale)	19. Area sicurezza luoghi di lavoro	1	16	25
Servizio Prevenzione Protezione Aziendale	Corso antincendio rischio medio - ART. 37 D.LGS. 81/2008	RES (residenziale)	19. Area sicurezza luoghi di lavoro	1	8	25
Servizio Prevenzione Protezione Aziendale	Corso antincendio rischio medio D.LGS 81/2008 ART 37	RES (residenziale)	19. Area sicurezza luoghi di lavoro	1	8	25
Servizio Prevenzione Protezione Aziendale	Corso formazione lavoratori rischio medi ART.37 D.LGS 81/08	RES (residenziale)	19. Area sicurezza luoghi di lavoro	1	12	35
Servizio Prevenzione Protezione Aziendale	Formazione degli addetti antincendio - rischio alto	RES (residenziale)	19. Area sicurezza luoghi di lavoro	4	16	25
Servizio Prevenzione Protezione Aziendale	Formazione degli addetti primo soccorso	RES (residenziale)	19. Area sicurezza luoghi di lavoro	2	12	25

Struttura Proponente	Titolo del Progetto Formativo	Tipologia	Tematica	Edizioni	Ore ediz.	Partecipanti per edizione
Direzione Generale	Formazione dirigenti - Gestione ed organizzazione sicurezza	RES (residenziale)	19. Area sicurezza luoghi di lavoro	1	16	11
Direzione Generale	Formazione particolare aggiuntiva per il preposto	RES (residenziale)	19. Area sicurezza luoghi di lavoro	1	8	30
Direzione Generale	Modulo base antincendio – prevenzione e protezione	RES (residenziale)	19. Area sicurezza luoghi di lavoro	12	4	30
Direzione Generale	Modulo specifico antincendio – rischi e dispositivi di protezione individuale	RES (residenziale)	19. Area sicurezza luoghi di lavoro	13	12	30
Direzione Generale	L'appropriatezza prescrittiva	RES (residenziale)	2. Area cure primarie	2	5	30
SC Oontostomatologia	Moderne metodiche in Endodonzia	RES (residenziale)	2. Area cure primarie	2	6	25
Direzione Generale	Applicazione decreti legislativi 5 agosto 2022, N. 134 N.135	RES (residenziale)	22. Area medicina veterinaria	1	24	50
Direzione Generale	Elementi di comunicazione e public speaking	RES (residenziale)	23. Area diagnostica di laboratorio	1	48	25
Direzione Generale	Fast Track SEPSI	RES (residenziale)	23. Area diagnostica di laboratorio	2	6	50
Direzione Generale	HLA e malattie	RES (residenziale)	23. Area diagnostica di laboratorio	2	4	30
Direzione Generale	IL CQ nella medicina di Laboratorio	RES (residenziale)	23. Area diagnostica di laboratorio	2	8	25
Direzione Generale	Interpretazione dell'antibiogramma e regole eucast	RES (residenziale)	23. Area diagnostica di laboratorio	2	6	25
Direzione Generale	Le infezioni nosocomiali	RES (residenziale)	23. Area diagnostica di laboratorio	2	10	50
Direzione Generale	Patient Blood Management	RES (residenziale)	23. Area diagnostica di laboratorio	6	4	30

Struttura Proponente	Titolo del Progetto Formativo	Tipologia	Tematica	Edizioni	Ore ediz.	Partecipanti per edizione
Direzione Generale	Corso di formazione per TSRM	RES (residenziale)	24. Area diagnostica per immagini	2	8	40
Direzione Generale	Diagnostica per immagini pelvi femminile	RES (residenziale)	24. Area diagnostica per immagini	1	20	30
Direzione Generale	Imaging del pancreas-fegato e vie biliari	RES (residenziale)	24. Area diagnostica per immagini	1	12	30
Direzione Sanitaria Aziendale	La radioprotezione del paziente in attività radiologiche ad alte dosi	RES (residenziale)	24. Area diagnostica per immagini	1	7	35
Direzione Generale	Neuroimaging nell'ictus	RES (residenziale)	24. Area diagnostica per immagini	1	12	30
Direzione Generale	Radioprotezione dell'operatore e del paziente	RES (residenziale)	24. Area diagnostica per immagini	3	8	30
Direzione Generale	Accompagnamento nell'implementazione del nuovo modello di gestione delle tecnologie sanitarie	RES (residenziale)	25. Area gestionale management organizzativa	20	4	25
Direzione Generale	Cultura organizzativa e competenze individuali	RES (residenziale)	25. Area gestionale management organizzativa	1	150	35
Direzione Generale	Lean Award miglioramento continuo dei processi aziendali	RES (residenziale)	25. Area gestionale management organizzativa	1	24	30
Direzione Generale	Lean Award miglioramento continuo dei processi aziendali	RES (residenziale)	25. Area gestionale management organizzativa	1	24	30
Direzione Generale	Management in sanità	RES (residenziale)	25. Area gestionale management organizzativa	1	100	45
Direzione Generale	PDPA BPCO	RES (residenziale)	25. Area gestionale management organizzativa	1	32	30
Direzione Generale	PDPA Frattura Femore	RES (residenziale)	25. Area gestionale management organizzativa	1	32	30
Direzione Generale	PDPA Ictus	RES (residenziale)	25. Area gestionale management organizzativa	1	32	30

Struttura Proponente	Titolo del Progetto Formativo	Tipologia	Tematica	Edizioni	Ore ediz.	Partecipanti per edizione
Direzione Generale	PDTA K Cervice Uterina	RES (residenziale)	25. Area gestionale management organizzativa	1	32	30
Direzione Generale	PDTA K Colon	RES (residenziale)	25. Area gestionale management organizzativa	1	32	30
Direzione Generale	PDTA K Mammella	RES (residenziale)	25. Area gestionale management organizzativa	1	32	30
Direzione Generale	PDTA Paziente Diabetico	RES (residenziale)	25. Area gestionale management organizzativa	1	32	30
Direzione Generale	PDTA Percorso Nascita	RES (residenziale)	25. Area gestionale management organizzativa	1	32	30
Direzione Generale	PDTA Sclerosi	RES (residenziale)	25. Area gestionale management organizzativa	1	32	30
Direzione Generale	PDTA Scompenso Cardiaco	RES (residenziale)	25. Area gestionale management organizzativa	1	32	30
Direzione Generale	Progettazione Aienda LEAN	RES (residenziale)	25. Area gestionale management organizzativa	1	100	35
Direzione Generale	Team Bilding	RES (residenziale)	25. Area gestionale management organizzativa	1	42	20
Struttura Complessa Centro Salute Mentale Nuoro	Disturbi della nutrizione e dell' alimentazione	RES (residenziale)	3. Area salute mentale	2	12	30
Struttura Complessa Centro Salute Mentale Nuoro	Terapia metacognitiva ansia	RES (residenziale)	3. Area salute mentale	1	12	30
SC Ginecologia e Ostetricia	Prevenzione e diagnosi precoce della patologia gravidica	RES (residenziale)	4. Area materno infantile	1	18	60
Direzione Generale	Rianimazione Neonatale	RES (residenziale)	4. Area materno infantile	3	16	10
Direzione Generale	Strumenti diagnostici/terapeutici nel trattamento dipendenza da cocaina	RES (residenziale)	5. Area delle dipendenze	1	8	30

Struttura Proponente	Titolo del Progetto Formativo	Tipologia	Tematica	Edizioni	Ore ediz.	Partecipanti per edizione
UOC Ematologia e CTMO	Diagnostica Ematologica	RES (residenziale)	7. Area oncologica	1	10	15
Direzione Generale	Il trattamento radioterapico nel paziente portatore di CIED	RES (residenziale)	7. Area oncologica	1	8	50
SC Odontostomatologia	Lesioni Pprecancerose del cavo orale	RES (residenziale)	7. Area oncologica	2	6	25
Direzione Genera	Sviluppo attività (CAS) Centro Accoglienza e Servizi Oncologici e Preospedalizzazione	RES (residenziale)	7. Area oncologica	1	80	30
Direzione Sanitaria Aziendale	Pediatric Advanced Life Support (PALS)	Residenziale/FAD Sincrona	17. Area emergenza ed urgenza	1	16	15
Servizio Prevenzione Protezione Aziendale	Aggiornamento RLS	Residenziale/FAD Sincrona	19. Area sicurezza luoghi di lavoro	1	8	35
Servizio Prevenzione Protezione Aziendale	Corso Formatori della Sicurezza- modulo A (DM 03/09/2021)	Residenziale/FAD Sincrona	19. Area sicurezza luoghi di lavoro	1	60	10
Servizio Prevenzione Protezione Aziendale	Corso di formazione specifica per Dirigenti	Residenziale/FAD Sincrona	19. Area sicurezza luoghi di lavoro	1	16	35
Servizio Prevenzione Protezione Aziendale	Corso di formazione specifica per Preposti	Residenziale/FAD Sincrona	19. Area sicurezza luoghi di lavoro	1	8	35
Servizio Prevenzione Protezione Aziendale	Corso di formazione specifica per Rischio Alto	Residenziale/FAD Sincrona	19. Area sicurezza luoghi di lavoro	8	12	35
Servizio Prevenzione Protezione Aziendale	Corso di formazione specifica per Rischio Basso	Residenziale/FAD Sincrona	19. Area sicurezza luoghi di lavoro	1	4	35
Servizio Prevenzione Protezione ATS	Formazione degli addetti Antincendio – Rischio Medio -	Residenziale/FAD Sincrona	19. Area sicurezza luoghi di lavoro	5	8	35

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 Piano delle azioni positive

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 al monitoraggio degli obiettivi, lo stesso viene determinato attraverso la fase del ciclo della performance di verifica intermedia con le strutture aziendali, del raggiungimento degli obiettivi e relative criticità, al fine di porre in essere eventuali azioni correttive qualora l'andamento della gestione non dovesse essere in linea con gli obiettivi predefiniti. Attività tendenzialmente svolta nel mese di Settembre.

L'azienda intende porre in essere delle azioni di miglioramento dei processi che prevedono:

- l'anticipazione della gestione della fase di monitoraggio intermedio da compiersi nel corso del mese di Luglio, al fine di consentire in tempi congrui, una rimodulazione eventuale degli obiettivi assegnati in fase di contrattazione di budget;
- adozione del Regolamento di Misurazione e Valutazione della Performance Aziendale come revisione del Regolamento ex ATS vigente;

Nell'ambito della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza il Responsabile, allo scopo di instaurare il giusto rapporto con gli stakeholder, dovrà mettere in atto le azioni necessarie per ricevere i contributi e le osservazioni utili a migliorare i processi previsti dal Piano che coinvolgono l'azienda.

Per quanto attiene le attività di monitoraggio relative alla Sezione Organizzazione e Capitale umano, sarà compito della nascente struttura del Servizio del personale aziendale:

- procedere alla gestione del Piano triennale dei fabbisogni di personale per gli anni 2023-2025 con riapprovazione periodica del PTFP, al fine di adeguare le esigenze aziendali al documento programmatico assunto nel rispetto dei vincoli economici che esso contiene;
- tra le altre azioni da intraprendere, ai sensi dell'art. 57, comma 3, del Decreto Legislativo n. 165 del 30 marzo 2001, modificato dall'articolo 21 della Legge n. 183 del 4 novembre 2010 e delle Direttive della

Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011 e del 16 luglio 2019, l'Azienda di Nuoro dovrà procedere all'istituzione del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG); il d.lgs. 11 aprile 2006 n. 198 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'art. 6 della L. 28 novembre 2005, n. 246" all'art. 48 dispone che ciascuna Pubblica Amministrazione, predisponga un Piano di azioni positive volto ad "assicurare [...] la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne" prevedendo, inoltre, azioni che favoriscano il riequilibrio della presenza di genere nelle attività e nelle posizioni gerarchiche.

Per il presente triennio il Piano delle Azioni Positive della Asl di Nuoro si propone di individuare specifiche aree di intervento tra quelle ritenute più delicate nell'ottica di una reale politica di genere, favorendo lo sviluppo della cultura di genere e di sostegno alle pari opportunità all'interno dell'Azienda, oltre ai necessari interventi volti a migliorare il benessere organizzativo comune, promuovendo la tutela della salute dei lavoratori e il benessere in ambito lavorativo, anche attraverso misure organizzative che rispondano alla sempre più sentita esigenza di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Di seguito si riportano le aree di intervento su cui l'azienda di Nuoro intende agire con l'indicazione delle strutture chiamate in causa per la loro realizzazione:

Pari opportunità e diritti - Servizio del Personale

Azione 1: elaborazione di report per analisi di genere e di età sull'organizzazione del lavoro nelle strutture aziendali;

Azione 2: analisi di contesto secondo le linee guida del Ministero F.P. ai fini della stesura di un autonomo provvedimento aziendale di definizione e applicazione del lavoro agile e degli obiettivi correlati, come integrazione e aggiornamento della Circolare ex ATS, protocollo PG/2021/358059, del 03/11/2021 secondo i dettami del DPCM del 23 settembre 2021 e ss.mm.ii;

Azione 3: analisi periodica, in ottica di genere, dei dati relativi ad eventuali differenziali retributivi, all'accesso al lavoro agile, al part-time e agli altri istituti di conciliazione tempi di vita e di lavoro;

Benessere Organizzativo - SD Comunicazione e Relazioni istituzionali

Il nuovo Atto aziendale prevede l'istituzione della struttura SD Comunicazione e relazioni pubbliche, che verrà impegnata così come individuato negli obiettivi strategici di valore pubblico nella definizione:

Azione 1: di 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;

Azione 2: istituzione di una Commissione aziendale per la promozione della salute e la definizione di strumenti operativi per la misurazione e la valutazione dei bisogni qualitativi e del benessere organizzativo del personale operante nella nostra azienda;

Azione 3: di linee guida per l'utilizzo di un linguaggio rispettoso dell'identità di genere;

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