

**Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 3 di Nuoro**

**PIANO INTEGRATO  
DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE  
(PIAO)**

**Aggiornamento**

**Triennio 2025/2027**

## PREMESSA

Con l'art. 6 del DL n.80 del 9 giugno 2021, convertito in Legge n. 119/2021, cd. *Decreto Reclutamento*, nel nostro ordinamento è stato introdotto un nuovo strumento unico di programmazione e governance, il **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)** che, a partire dal 30 giugno 2022, racchiude una serie di Piani che fino ad allora le Amministrazioni pubbliche erano tenute a predisporre annualmente, quali: performance; fabbisogno del personale, parità di genere, lavoro agile (POLA), formazione, prevenzione della corruzione e trasparenza e che, pertanto, avevano in precedenza ciascuno una propria autonomia circa tempistiche, contenuti e normative di riferimento.

Il Piano, di cui alla stesura sono tenute tutte le pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti (sono escluse le scuole), ha durata triennale, viene aggiornato annualmente ed è stato pensato al fine di semplificare concretamente la burocrazia e con l'obiettivo di assicurare maggiore efficienza, efficacia, produttività e misurazione alla performance.

Nel dettaglio, il documento deve definire, tra l'altro:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management , al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e del titolo di studio del personale, correlati all'ambito di impiego e alla progressione di carriera del personale;
- 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 dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione;
- semplificazione delle procedure mediante il ricorso alla tecnologia, nonché la pianificazione delle attività.

Ai sensi dell'articolo 7 del DPCM n.132 del 30 giugno 2022, le amministrazioni devono adottare il piano entro il 31 gennaio e

Pubblicarlo sui propri siti internet istituzionali nella sezione *Amministrazione Trasparente* e successivamente inviarlo al Dipartimento della funzione

pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione sul portale <https://piao.dfp.gov.it>.

Il presente Piano è composto da 4 sezioni contenenti:

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

Gli Allegati ne costituiscono parte integrante.

## Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 3 di Nuoro

### **PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2024 – 2026**

(art 6, c. 1 – 4 DL 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113)

SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE	DESCRIZIONE SINTETICA DELLE AZIONI / ATTIVITÀ OGGETTO DI PIANIFICAZIONE
<b>1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE</b>	<p><b>ANALISI AZIENDALE</b></p> <p>In seguito alla Riforma del sistema sanitario regionale del 2020 è stata costituita l'Azienda Socio-Sanitaria Locale (ASL) n. 3 di Nuoro a far data dal 1° gennaio 2022.</p> <p>La missione istituzionale è improntata ai seguenti principi guida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ la centralità della persona;</li> <li>✓ la qualità clinico-assistenziale, l'appropriatezza, il coinvolgimento e la qualificazione continua delle risorse umane;</li> <li>✓ la compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti</li> </ul> <p>e si realizza attraverso la correlazione tra i: Percorsi di integrazione Ospedale-Territorio, l'Appropriatezza in ambito ospedaliero, specialistica, farmaceutica e PDTA, Trasparenza organizzativa (utenti interni ed esterni) e Qualità (Professionale, Gestionale, Qualità percepita e Qualità del servizio).</p> <p>Attraverso l'adozione definitiva dell'atto aziendale dell'ASL 3 di Nuoro, la cui conformità è stata decretata con DGR n.4/63 del 16.02.2023, pubblicato in allegato alla Deliberazione del Direttore Generale n. 88 del 21/02/2023, l'Azienda ha ridefinito il proprio Organigramma, ha ridisegnato l'assetto organizzativo e l'articolazione di governo impegnandosi a perseguire <i>la buona salute e le migliori condizioni di vita</i>.</p>

**SCHEDA  
ANAGRAFICA  
DELL'AMMINISTRAZIONE**

Di seguito la scheda anagrafica dell'Ente:

Denominazione Sociale	<b>Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 3 di Nuoro</b>
Partita Iva	01620480911
Sede Legale	via Amerigo Demurtas n. 1 Nuoro CAP 08100
E-Mail	<a href="mailto:direzione.generale@aslnuoro.it">direzione.generale@aslnuoro.it</a>
PEC	<a href="mailto:protocollo@pec.aslnuoro.it">protocollo@pec.aslnuoro.it</a>
Telefono Centralino	0784 240237
Sito Web	<a href="http://www.asl3nuoro.it">www.asl3nuoro.it</a>
URP	<a href="mailto:urp.nuoro@aslnuoro.it">urp.nuoro@aslnuoro.it</a>
Tipo soggetto	55 - Amministrazioni Pubbliche
Data di costituzione e riferimenti	01/01/2022, rif. DGR Sardegna n. 46/25 del 25/11/2021, ai sensi dell'art. 47 della L.R. n. 24/2020
<b>Direzione Strategica:</b>	
Direttore Generale	Dott. Paolo Cannas
Direttore Amministrativo	Dott. Francesco Pittalis
Direttore Sanitario	Dott. Serafinangelo Ponti
Direttrice dei Servizi Socio-Sanitari	Dott.ssa Gesuina Cherchi

L'Azienda si articola in Strutture e Servizi inserite nelle seguenti macroaree:

- **Area di Direzione e Staff**

**SCHEDA  
ANAGRAFICA  
DELL'AMMINISTRAZIONE**

- **Area Tecnico-Amministrativa**
- **Area Distrettuale**
  - Distretto di Nuoro (20 comuni)
  - Distretto di Macomer (10 comuni)
  - Distretto di Siniscola (9 comuni)
  - Distretto di Sorgono (13 comuni)
- **Area Prevenzione e Assistenza collettiva**
- **Area Ospedaliera**
  - P.O. *San Francesco* di Nuoro
  - P.O. *Cesare Zonchello* di Nuoro
  - P.O. *San Camillo* di Sorgono
- **Area di Integrazione Territorio-Ospedale**

allo scopo di perseguire il miglioramento, il mantenimento, promozione e recupero della salute sia collettiva che individuale della popolazione garantendo, a tutti i cittadini, le prestazioni sanitarie comprese nei Livelli essenziali di assistenza, altrimenti definite LEA (art. 1, comma 3, D.Lgs. 502/1992, come sostituito dall'art. 1 del D.Lgs. 229/1999). Queste ultime si suddividono in tre grandi aree:

- Prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- Assistenza distrettuale;
- Assistenza ospedaliera

e comprendono, pertanto, le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni definite nello standard minimo della programmazione nazionale, al fine di realizzare la coerenza tra l'obiettivo generale di tutela della salute e il finanziamento a

disposizione del Servizio Sanitario Nazionale. Tuttavia, le Regioni nei propri Piani Sanitari Regionali possono prevedere e rielaborare ulteriori servizi realizzabili con risorse proprie.

**2. VALORE PUBBLICO,  
PERFORMANCE E  
ANTICORRUZIONE**

**2.1 Valore Pubblico**

L'Azienda socio-sanitaria locale di Nuoro è parte integrante del Sistema Sanitario Nazionale e, specificatamente, del SSR sardo. In tale ambito l'Azienda si caratterizza per la sua funzione pubblica di promozione e tutela della salute, intesa come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Analizzando il contesto si può programmare e misurare il valore pubblico, concetto che è stato introdotto obbligatoriamente tra gli strumenti di programmazione della pubblica amministrazione dall'estate del 2021 all'interno del PIAO e che si configura come l'insieme equilibrato degli impatti prodotti dalle politiche dell'amministrazione pubblica sui livelli di benessere economico, sociale, ambientale e sanitario, ma più in generale sul benessere dei cittadini. Partendo dall'individuazione dei fabbisogni della popolazione si studiano le strategie per la loro soddisfazione; si individuano gli stakeholders che possono favorire od ostacolare il raggiungimento delle strategie; si determinano i valori iniziali, il target da conseguire e come misurare i risultati che si intendono perseguire.

Asl 3 Nuoro ha dimostrato, sin dalla nascita nel 2022 e in particolar modo nel 2023, forte determinazione nel perseguire quelli che sono gli obiettivi strategici delle programmazioni triennali 2022-2024 e 2023-2025 e 2024-2026.

Il forte impegno volto al cambiamento ha imposto una rivisitazione critica degli attuali modelli funzionali ed organizzativi e una propensione costante verso l'innovazione. Gli elementi che oggi prende come riferimento per creare valore pubblico per il triennio 2024-2026 sono:

Gli obiettivi strategici:

## Valore Pubblico

- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)
- Obiettivi aziendali strategici;
- Obiettivi di valore pubblico;
- Obiettivi del Direttore Generale.

### PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)

Per risanare le perdite economiche-sociali causate dalla pandemia di Covid-19, l'Unione Europea ha introdotto uno strumento economico di ripresa e rilancio denominato Next Generation Eu. L'Italia per gestire tali fondi, ha presentato il PNRR, un programma articolato in sedici Componenti, raggruppate in sei Missioni, e i tre perni strategici su cui si sviluppo sono la digitalizzazione e innovazione, la transizione ecologica e l'inclusione sociale.

La Missione 6, dedicata alla Salute, suddivide gli interventi nelle seguenti due linee:

M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;

M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

Il grosso aiuto economico, dedicato ai progetti del PNRR e del Piano per gli investimenti complementari, è stato poi ripartito tra le regioni e le province autonome dal Ministero della Salute con Decreto 20 gennaio 2022 e recepito e rimodulato dalla Regione Sardegna alle varie ASL, nonché implementato con fondi regionali, come da Deliberazione RAS n. 33/9 del 13/10/2023 avente per oggetto: *Oggetto: Piano nazionale di ripresa e resilienza, Missione 6 Salute e Piano nazionale per gli investimenti complementari. Delib.G.R. n. 12/16 del 7.4.2022, n. 17/68 del 19.5.2022, n. 19/58 del 1.6.2023 e n. 27/33 del 10.8.2023. Interventi di cui al decreto di riparto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022. Integrazione finanziaria con fondi regionali.* Nell'allegato alla suddetta Delib.G.r. si apprendono le risorse messe a disposizione di ASL Nuoro al fine di investire sui seguenti interventi:



**Valore Pubblico**

Missione 6 Componente 1, Intervento **1.1: Case della Comunità** di Aritzo, Macomer, Siniscola, Sorgono, Dorgali e Ottana;  
 Missione 6 Componente 1, Intervento **1.2.2: Centrali Operative Territoriali (COT)** di Nuoro e Macomer **Strutture, Interconnessione, Device**;

Missione 6 Componente 1, Intervento **1.3: Ospedali di Comunità (OSCO)** realizzazione a Nuoro e Sorgono;

Investimento 1.1		Investimento 1.2.2		Investimento 1.3		
Risorse <b>PNRR</b>	<b>FOI</b> RGS n. 52 del 02.03.2023 RGS n. 154 del 19.05.2023	Risorse <b>PNRR Strutture</b>	Cofinanziamento <b>regionale</b> Strutture	Risorse <b>PNRR</b>	Cofinanziamento <b>regionale</b>	<b>FOI</b> RGS n. 52 del 02.03.2023 RGS n. 154 del 19.05.2023
8.119.280,00 €	805.800,00 €	346.150,00 €	33.350,00 €	5.494.542,00 €	2.739.458,00 €	908.100,00 €

Missione 6 Componente 2, Intervento **1.1: Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero (grandi apparecchiature)** del Presidio Ospedaliero San Francesco;

Missione 6 Componente 2, Intervento **1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile (Sismica)** per gli ospedali San Francesco di Nuoro e San Camillo di Sorgono.

Investimento 1.1 Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero (grandi apparecchiature)				Intervento 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile	
Risorse <b>PNRR</b>	Cofinanziamento <b>regionale</b>	Cofinanziamento <b>regionale integrativo</b>	Obiettivo complessivo <b>PNRR n. app.ture</b>	Risorse assegnate <b>PNRR</b>	Obiettivo complessivo <b>PNRR n. interventi</b>

**Valore Pubblico**

4.471.100,00 €	767.600,00 €	561.290,00 €	9,00	4.690.000,00 €	9,00
----------------	--------------	--------------	------	----------------	------

Nel dettaglio, segnaliamo la realizzazione degli obiettivi realizzati dall'Azienda:

- la **Casa della Comunità di Nuoro**, sita in via Amerigo Demurtas n.1 a Nuoro, è diventata il raccordo tra l'assistenza territoriale (rafforzamento della prevenzione, servizi sanitari e sociali) e gli uffici amministrativi e direzionali;
- Lo sviluppo della Medicina di Prossimità che, attraverso l'implementazione delle COT, del PASS e della CTM, facilita l'integrazione dei servizi sociosanitari territoriali ed ospedalieri per la presa in carico globale del paziente fragile.
- l'attenzione verso la **digitalizzazione e l'innovazione** di processi, prodotti e servizi;
- lo sviluppo delle competenze tecniche, digitali e manageriali del personale grazie alla **formazione** e l'addestramento. L'alta qualità tecnico-professionale delle prestazioni è ricercata, oltre che tra gli operatori, tramite collaborazioni esterne e mediante l'adeguatezza del parco tecnologico aziendale e la ricerca di nuovi modelli operativi;
- potenziamento del **Fascicolo Sanitario Elettronico** mediante l'ausilio della Regione Sardegna.

**PROGRAMMA DI SVILUPPO STRATEGICO**

Per il triennio 2025-2027 ci si ripropone di efficientare il lavoro già avviato su quelle dimensioni di valore pubblico ritenute strategicamente rilevanti per l'Azienda.

- Continuo aggiornamento della formazione degli operatori laici della Centrale di Telemonitoraggio (CTM);
- Efficientamento della Piattaforma Ambulatoriale Aziendale Territoriale e Ospedaliera;
- monitorare le liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali con particolare attenzione per quelle con priorità D e P;
- uniformare i tempi di erogazione di ogni visita ambulatoriale per ambito specialistico;
- assicurare il turnover dei medici specialisti negli spazi dedicati all'attività ambulatoriale fatta eccezione per quelle

## Valore Pubblico

prestazioni sanitarie che richiedono l'uso di apparecchiature elettromedicali specialistiche specifiche;

- rapportare il fabbisogno con l'offerta sanitaria Aziendale per formulare richieste mirate a potenziare l'attività ambulatoriale sulla base delle liste d'attesa;
- potenziamento delle attività del CAS (Centro Assistenza Servizi) per la presa in carico del paziente oncologico in tutte le fasi della sua storia clinica;
- promozione dell'approccio professionale multidisciplinare attraverso lo sviluppo dei PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) elaborati dalle Comunità di Pratica multidisciplinari;
- assistenza sanitaria a distanza per i detenuti grazie all'utilizzo della realtà aumentata,
- stipula di convenzioni con le altre Aziende Sanitarie regionali al fine di poter assicurare tutte quelle prestazioni sanitarie non erogabili per carenza di risorse umane;

Nel perseguire il fine ultimo, e vale a dire il miglioramento della qualità delle cure, ASL Nuoro prosegue a implementare il sistema improntato verso:

- la ricerca continua e la medicina basata sull'evidenza e l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche;
- la partecipazione attiva dell'assistito alle scelte di cura, che quindi deve essere non solo adeguatamente informato, ma coinvolto, supportato e rispettato in tutte le sue specificità;
- la fidelizzazione dei cittadini e degli operatori;
- l'attivazione di tutti i supporti professionali accessori, utili a sostenere il paziente nel percorso di diagnosi e cura, integrandone i contributi;
- l'alta affidabilità del sistema organizzativo sottostante i processi di erogazione delle prestazioni e dei servizi;
- l'opportuno supporto operativo e logistico per la fruizione delle prestazioni (prenotazioni, spostamenti, ecc.).
- i percorsi clinico assistenziali, logistici ed organizzativi

## Valore Pubblico

- l'audit e la gestione dei rischi;
- la sicurezza negli ambienti di lavoro;
- la riqualificazione dell'offerta verso livelli di assistenza più appropriati;
- lo sviluppo di un adeguato sistema di gestione dei flussi informativi aziendali (economici, epidemiologici, sanitari, sociodemografici);
- l'utilizzo di sistemi premianti per promuovere politiche del personale basate sulla responsabilizzazione dei vari operatori interni all'azienda attraverso forme di gratificazione di carattere non solo economico ma anche professionale e personale.

Finora ASL Nuoro ha, sì, orientato il proprio funzionamento al miglioramento continuo in coerenza con la dinamicità del quadro sociale in cui opera e con i bisogni dei pazienti, ma continuerà a dotarsi di strumenti adeguati al fine di raggiungere i propri obiettivi e realizzare le proprie azioni strategiche.

### OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO

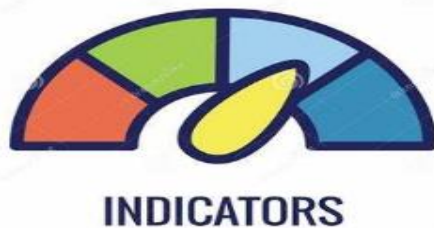
Gli obiettivi di carattere strategico delineati hanno lo scopo di assicurare continuità al valore pubblico generato nei confronti dei pazienti/cittadini, agire sulle determinanti della salute affinché gli indicatori di rischio siano monitorati e i fattori di rischio siano contenuti.

La realizzazione e la formalizzazione degli indicatori di Valore Pubblico costituisce la principale misura di crescita nella capacità di intercettare e interpretare il bisogno sanitario espresso dagli utenti e di seguito se ne riporta una tabella riassuntiva:

**Valore Pubblico**



1) Potenziamento dell'assistenza sanitaria in ambito ospedaliero attraverso i nuovi ambulatori ospedalieri

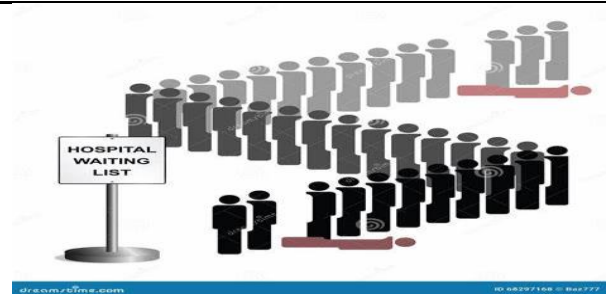


2) Studio delle variabilità degli esiti, dei processi e delle performance assistenziali attraverso il monitoraggio degli indicatori definiti nel Piano Nazionale Esiti (PNE)



3) Potenziamento dell'assistenza specialistica ambulatoriale in ambito territoriale e assistenza del paziente fragile per mezzo di COT, CTM e PASS

## Valore Pubblico



4) Riduzione delle di attesa per mezzo di prestazioni aggiuntive effettuate dal personale dipendente ASL in ambito di smaltimento e dal personale convenzionato (Specialisti Ambulatoriali Interni) garantendo l'apertura degli ambulatori anche il sabato



5) Rispetto delle milestone del PNRR



6) Partecipazione attiva della cittadinanza alla programmazione degli obiettivi di valore pubblico con la partecipazione richiesta agli stakeholders di offrire spunti e consigli entro la data di definizione di ogni aggiornamento PIAO annuale

**Valore Pubblico**
**OBIETTIVI DEL DIRETTORE GENERALE**

In linea con la richiesta della Regione Autonoma della Sardegna, inviata con nota Prot. Uscita n. 2336 del 27/01/2025 a tutti i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, l'ASL n. 3 di Nuoro ha considerato il Programma Regionale di Sviluppo 2024-2029 quale riferimento per la definizione degli obiettivi di performance da inserire nel proprio PIAO. Il suddetto documento programmatico, PRS, è stato deliberato dalla Giunta Regionale con Deliberazione n. 4/13 del 22/01/2025.

Asl Nuoro garantisce che gli obiettivi inseriti nel proprio Piano comprendono anche le strategie contenute nel documento programmatico regionale, sotto la sezione Sanità e Salute. La richiesta della RAS nasce per ovviare al fatto che, alla data di pubblicazione del presente aggiornamento e in vista della scadenza stabilita al 31 gennaio, la stessa Regione non ha ancora provveduto a definire e ad assegnare gli obiettivi specifici di Mandato.

Gli obiettivi individuati sono indicati all'Allegato 1.

## 2.2 Performance

Valutare le performance di un'azienda che tutela la salute dei cittadini stimola lo sviluppo di una sanità che sia adeguata al soddisfacimento dei bisogni della popolazione e indirizzata verso una crescita più moderna ed efficiente nonché sostenibile dal punto di vista economico. Accanto a questa **performance organizzativa**, troviamo la **performance individuale** alla quale rispondono i soggetti preposti all'esercizio di attività amministrative e, pertanto, per valutazione del personale si intende la procedura diretta ad assicurare che su ogni dipendente si svolga periodicamente un giudizio che serve a valutare e a individuare, secondo criteri omogeni, il rendimento e le caratteristiche che si manifestano nello svolgimento del lavoro. La valutazione è, dunque, strettamente collegata alla misurazione della produttività del dipendente e l'attuazione degli obiettivi rappresenta uno dei fini primari del D. Lgs 150/2009, il quale disciplina la gestione della performance nonché gli organismi preposti al monitoraggio di quest'ultima. Si tenga presente che il suddetto decreto, altrimenti detto *Decreto Brunetta*, è stato incisivamente modificato dal D.Lgs 74/2017, di attuazione della riforma Madia.

Relativamente alla Misurazione e Valutazione della Performance è previsto un apposito ciclo di gestione destinato all'attuazione di specifici obiettivi, tra cui il miglioramento dei servizi offerti dalle amministrazioni al cittadino e la crescita delle competenze professionali dei lavoratori pubblici attraverso la valorizzazione del merito e la predisposizione di premi per il raggiungimento dei risultati stabiliti.

Le azioni per il raggiungimento degli obiettivi vanno monitorate, misurate e valutate per giungere a una rendicontazione periodica dei risultati dei lavoratori meritevolmente premiati.

I soggetti coinvolti nel ciclo di gestione della performance sono:

- il Dipartimento della Funzione pubblica;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV). Si tratta di un organo che può essere collegiale con tre membri o monocratico, di cui tutte le amministrazioni devono necessariamente dotarsi e che si occupa, tra l'altro, del monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema della valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, nonché della



## Performance

garanzia della correttezza dei processi di valutazione dei pubblici dipendenti. L'OIV deve, inoltre, anche ai fini della validazione della Relazione sulla Performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione della performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;

- l'Organo di indirizzo politico-amministrativo di ciascuna amministrazione che promuove la responsabilizzazione dei dipendenti;
- i Dirigenti di ciascuna amministrazione preposti alla valutazione del personale.

In ogni caso, al centro di questo complesso sistema si colloca l'utente finale dei servizi erogati dagli uffici pubblici; si tratta di una delle principali innovazioni della riforma Madia che ha dato la possibilità ai cittadini di partecipare alla misurazione della performance, comunicando direttamente all'OIV il proprio grado di soddisfazione sui servizi ricevuti.

La valutazione dei processi e dei risultati conseguiti avviene su indicatori di performance della sanità, ossia parametri che consentono, per l'appunto, la quantificazione dei risultati. Per ottenere esiti brillanti si dovrebbe agire sui fattori che rispondono alle dimensioni di qualità dell'assistenza sanitaria di Maxwell (British Medical Journal, volume 288 del 12 maggio 1984):

- accessibilità: intesa come semplicità di accesso ai servizi sanitari, si lega strettamente alla problematica delle lunghe liste di attesa la cui gestione è regolarmente monitorata ed è periodicamente smaltita con prestazioni aggiuntive svolte dai sanitari;
- appropriatezza: la capacità di erogare servizi attinenti ai bisogni dell'intera comunità degli utenti/pazienti;
- equità cioè parità di trattamento a parità di esigenza;
- accettabilità sociale: uguaglianza dei cittadini al momento dell'erogazione delle cure;
- efficacia: è un concetto che implica il raffronto tra i risultati programmati e quelli raggiunti;
- efficienza ed economicità: il maggior numero di prestazioni con le risorse esistenti o il raggiungimento della migliore qualità di servizi erogati con il minor dispendio di risorse.

## Performance

La quantità, la qualità dei flussi informativi e la capacità di elaborazione degli stessi è legata a stretto filo alla fornitura di indicazioni precise e complete per la valutazione della performance conseguita.

L'ASL di Nuoro, nello svolgimento della sua primaria funzione pubblica, vale a dire la tutela della salute, persegue la **parità di genere** e l'uguaglianza delle opportunità, il che è dimostrabile dall'analisi del fabbisogno del personale.

Inoltre, sempre allo scopo di svolgere il suo compito, si avvale anche di soggetti privati accreditati e soggetti pubblici che svolgono prestazioni acquisite mediante specifici accordi o convenzioni, nell'ambito e nel rispetto dei vincoli della programmazione regionale e della legislazione nazionale, 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 continuità nell'erogazione delle prestazioni. Inoltre, 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, tra i quali, l'equilibrio economico-finanziario definito dalla Regione e l'integrazione tra processi clinici, logistici, organizzativi ed economici. 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.

## LA NOSTRA PRODUZIONE

### Attività Ospedaliera

## Performance

### Dimissioni ospedaliere

Il dato delle dimissioni ospedaliere del 2024 nel momento in cui si scrive non è ancora definitivo, pertanto le valutazioni in merito alle variazioni tra i due anni messi a confronto potrebbero essere soggette a variazioni. La tabella sottostante evidenzia una lieve riduzione complessiva pari a -0,33% delle dimissioni. L'andamento negativo è riscontrabile sia nel Presidio San Francesco (-0,54%), sia nel Presidio Zonchello (-16,83%), solo il Presidio San Camillo presenta un andamento in crescita (+26,39%) dovuto alla ripresa dell'attività chirurgica secondo il modello organizzativo del week surgery e del day surgery avviato alla fine del 2023 ed consolidato nel corso del 2024.

Nel presidio del San Francesco nel 2024 è possibile rilevare l'entrata a regime della nuova Chirurgia D'urgenza, anch'essa avviata nel 2023.

Dimissioni ospedaliere - Volumi									
Stabilimento	Disciplina /Reparto	Anno 2023			Anno 2024 (provvisorio)			Delta su Totale Dimissioni	
		Totale dimessi	di cui Ordinario	di cui DH	Totale dimessi	di cui Ordinario	di cui DH	Assoluto	%
P.O. San Francesco	0801 Cardiologia	600	569	31	816	745	71	216	36,00%
	0901 - Chirurgia Generale	419	384	35	445	371	74	26	6,21%
	0902 Chirurgia d'urgenza	197	176	21	391	308	83	194	98,48%
	1401 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	241	201	40	202	184	18	-39	-16,18%

**Performance**

P.O. San Francesco	1801 - Ematologia	908	333	575	803	360	443	-105	-11,56%
	2101 - Geriatria	1.006	912	94	924	895	29	-82	-8,15%
	2401 - Malattie Infettive E Tropicali	203	203		166	166		-37	-18,23%
	2601 - Medicina Generale	986	835	151	988	886	102	2	0,20%
	2901 - Nefrologia	388	258	130	300	253	47	-88	-22,68%
	3001 - Neurochirurgia	436	416	20	376	341	35	-60	-13,76%
	3101 - Nido	613	613		628	628		15	2,45%
	3201 - Neurologia	700	470	230	644	516	128	-56	-8,00%
	3401 - Oculistica	181	17	164	165	19	146	-16	-8,84%
	3601 - Ortopedia E Traumatologia	552	513	39	177	156	21	-375	-67,93%
	3701 - Ostetricia E Ginecologia	2.181	1.410	771	2.450	1.454	996	269	12,33%
	3801 - Otorinolaringoiatria	700	624	76	633	567	66	-67	-9,57%
	3901 - Pediatria	720	641	79	819	745	74	99	13,75%
	4001 - Psichiatria	223	223		231	231		8	3,59%
	4301 - Urologia	688	444	244	910	547	363	222	32,27%
	4901 - Terapia Intensiva	194	194		191	191		-3	-1,55%
	5001 - Unità Coronarica	715	504	211	564	376	188	-151	-21,12%
	5201 - Dermosifilopatia	690	346	344	751	334	417	61	8,84%
	6401 - Oncologia	496		496	399		399	-97	-19,56%
	7301 - Terapia Intensiva Neonatale	227	227		214	214		-13	-5,73%

## Performance

	<b>P.O. San Francesco -Totale</b>	<b>14.264</b>	<b>10.513</b>	<b>3.751</b>	<b>14.187</b>	<b>10.487</b>	<b>3.700</b>	<b>-77</b>	<b>-0,54%</b>
P.O. C. Zonchello	6801 - Pneumologia	517	502	15	430	406	24	-87	-16,83%
	<b>P.O. C. Zonchello - Totale</b>	<b>517</b>	<b>502</b>	<b>15</b>	<b>430</b>	<b>406</b>	<b>24</b>	<b>-87</b>	<b>-16,83%</b>
P.O. San Camillo	0901 - Chirurgia Generale	70	0	70	221	12	209	151	215,71%
	2601 - Medicina Generale	407	186	221	369	201	168	-38	-9,34%
	<b>P.O. San Camillo - Totale</b>	<b>477</b>	<b>186</b>	<b>291</b>	<b>590</b>	<b>213</b>	<b>377</b>	<b>113</b>	<b>23,69%</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>15.258</b>	<b>11.201</b>	<b>4.057</b>	<b>15.207</b>	<b>11.106</b>	<b>4.101</b>	<b>-51</b>	<b>-0,33%</b>

Fonte dati: Anno 2023: Abaco; Anno 2024 (Provvisorio) Sistemi Informativi Ospedalieri (SIO)

### Attività di sala operatoria

Tabella ____ - Interventi per presidio					
Presidio ospedaliero	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024 (Provvisorio)	Variazione 2023/2022	Variazione 2024/2023
San Francesco	5.795	6.472	6.480	11,68%	0,12%
San Camillo	0	70	219	100,00%	212,86%
<b>Totale complessivo</b>	<b>5.795</b>	<b>6.542</b>	<b>6.699</b>	<b>12,89%</b>	<b>2,40%</b>

Fonte dati: Sistemi informativi ospedalieri (SIO)

Nella tabella sono riportati i dati estratti dal Sistema informativo ospedaliero (SIO) relativi all'attività di sala operatoria per il periodo 2022, 2023 e 2024 (quest'ultimo ancora provvisorio). L'analisi dei risultati evidenzia una variazione positiva significativa

## Performance

registrata tra il 2022 e il 2023 pari complessivamente al 12,89%, sebbene tali anni siano stati caratterizzati da una grave carenza di personale con importanti ripercussioni anche sull'attività operatoria. Nel corso del 2023 la Direzione strategica ha dato impulso alla crescita dell'area chirurgica, grazie all'attivazione della nuova unità di Chirurgia D'urgenza presso il Presidio San Francesco e alla ripresa dell'attività chirurgica presso il San Camillo di Sorgono con il nuovo modello organizzativo. Nel corso del 2024, il cui dato non è ancora definitivo, le difficoltà legate alla carenza degli organici, ormai diventate strutturali, hanno fatto sentire i loro effetti determinando la sospensione dell'attività di Ortopedia dal mese di Marzo al mese di Novembre del 2024. Ciò malgrado è possibile osservare la tendenza ad una ulteriore crescita, anche se più contenuta rispetto al biennio precedente, grazie all'entrata a regime delle due nuove unità.

I dati sul tipo di intervento evidenziano un orientamento tendente prevalentemente all'erogazione dell'attività chirurgica programmata che è passata dal 70,42% del 2022 al 79,70% del 2024, il restante 20% circa è costituito dalle attività erogate in urgenza e in modo residuale all'emergenza. Tali dati sono il risultato di una scelta organizzativa che sempre più, per sopperire alla carenza di personale adeguatamente formato e alla condizione di area svantaggiata che caratterizza la Asl di Nuoro, è costretta ad acquisire professionisti in regime libero professionale.

Interventi per tipo intervento						
Tipo Interventi	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024 (Provvisorio)	Incidenza % 2022	Incidenza % 2023	Incidenza % 2024
Elezione	4.081	4.718	5.339	70,42%	72,12%	79,70%
Emergenza	44	48	34	0,76%	0,73%	0,51%
Urgenza	1.280	1.342	1.197	22,09%	20,51%	17,87%
Urgenza differita	390	434	129	6,73%	6,63%	1,93%
<b>Totale complessivo</b>	<b>5.795</b>	<b>6.542</b>	<b>6.699</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

## Performance

Fonte dati: Sistemi informativi ospedalieri (SIO)

Il regime prevalente degli interventi è sempre quello ordinario, sebbene nel Presidio maggiore dal 2022 al 2024 si sia ridotto del -4,27%. Aumenta l'incidenza delle prestazioni in day service e in day surgery, che denota scelte organizzative volte a migliorare l'appropriatezza dell'assistenza.

Interventi per Presidio e per Regime							
Presidio ospedaliero	Regime Intervento	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024 (Provvisorio)	Incidenza % 2022	Incidenza % 2023	Incidenza % 2024
San Francesco	Day Service	1.942	2.269	2.589	33,51%	35,06%	39,95%
	Day Surgery	552	668	731	9,53%	10,32%	11,28%
	Ordinario	3.301	3.535	3.160	56,96%	54,62%	48,77%
	Totale	5.795	6.472	6.480	100,00%	100,00%	100,00%
San Camillo	Day Service	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
	Day Surgery	0	70	212	0,00%	0,00%	96,80%
	Ordinario	0	0	7	0,00%	0,00%	3,20%
	Totale	0	70	219	0,00%	0,00%	100,00%
<b>Totale complessivo</b>		<b>5.795</b>	<b>6.542</b>	<b>6.699</b>			

Fonte dati: Sistemi informativi ospedalieri (SIO)

## Indicatori di esito

## Performance

Si riportano di seguito alcuni indicatori di esito monitorati anche nel Piano Nazionale esiti riferiti agli anni 2024/2023 estratti dalla piattaforma 3M!360.

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

Struttura	2024 (dato provvisorio)			2023			Delta 2024 - 2023
	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	138	194	71,13%	182	271	67,16%	3,97%

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

Struttura	2024 (dato provvisorio) *			2023			Delta 2024 - 2023
	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	11	55	20,00%	28	230	12,17%	7,83%

\*Il dato è riferito all'attività svolta nel periodo Gennaio /Marzo 2024

Percentuale parti cesarei primari (PCP) - Target 15% (maternità di 1° livello < 1000 parti; Target 25% maternità di 2° livello > 1000 parti)

Struttura	2024 (dato provvisorio)	2023	Delta 2024 -
-----------	-------------------------	------	--------------



## Performance

	Dimessi PCP	Totale dimessi	Proporzione PCP	Dimessi PCP	Totale dimessi	Proporzione PCP	2023
ASL 3	192	722	26,59%	160	703	22,76%	3,83%

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

Struttura	2024 (dato provvisorio)			2023			Delta 2024 - 2023
	N. Ricoveri Degenza Postop.<3gg	Totale Ricoveri con Intervento	Proporzione	N. Ricoveri Degenza Postop.<3gg	Totale Ricoveri con Intervento	Proporzione	
ASL 3	78	78	100,00%	16	19	84,21%	15,79%

Fonte dati: 3MI360

### Analisi della mobilità – sintesi

Dal confronto delle dimissioni ospedaliere degli anni 2023/2024 (il dato del 2024 è ancora non definitivo) si evince una lieve variazione nella produzione per i residenti che è passata dal 69,17% del 2023 al 67,67 % del 2024, che evidenzia la crescita della capacità di attrazione dei nosocomi Nuoresi.

Il dato della mobilità passiva del 2023 (al momento in cui si scrive il dato del 2024 non è ancora disponibile) rappresenta la tendenza crescente dei residenti della Asl Nuorese a ricorrere alle cure offerte dagli altri presidi regionali, incidendo sul totale delle dimissioni erogate ai residenti sul tutto territorio regionale per il 41,80%.

Si riportano di seguito i dati di sintesi:

Analisi Mobilità 2023/2024 – dati di sintesi

## Performance

Presidio / Unità Operativa	2023		2024 (Dato provvisorio)		Variazione% delle dimissioni		Incidenza % della mobilità	
	Dimessi	Valore	Dimessi	Valore	assoluta	%	2022	2023
Totale Produzione Asl 3	15.258	47.324.383,30	15.207	44.713.406,73	-51	-0,33%		
<i>di cui Totale Asl 3 per non residenti</i>	<i>4.704</i>	<i>15.949.990,39</i>	<i>4.916</i>	<i>15.149.300,18</i>	<i>212</i>	<i>4,51%</i>	<i>30,83%</i>	<i>32,33%</i>
<i>di cui Totale Asl 3 per i residenti</i>	<i>10.554</i>	<i>31.374.393</i>	<i>10.291</i>	<i>29.564.107</i>	<i>-263</i>	<i>-2,49%</i>	<i>69,17%</i>	<i>67,67%</i>
Prestazioni erogate ai residenti da altri presidi regionali	7.579	24.348.716,01	n.d	n.d	-7.579	-100,00%	41,80%	0,00%
Totale prestazioni ospedaliere erogate ai residenti nel territorio regionale	18.133	55.723.109	10.291	29.564.107	-7.842	-43,25%		

Fonte dati: Abaco / SIO

Nota: Il dato della mobilità passiva regionale al momento non è disponibile.

### Attività Ambulatoriale

Attività Ambulatoriale – Sintesi 2023/2024									
Codice branca	Descrizione branca specialistica	Anno 2023		Anno 2024 (Provvisorio)		Variazione assoluta 2024/2023		Variazione % 2024/2023	
		N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore

**Performance**

Totale complessivo		1.653.473	22.473.234	1.628.378	22.654.778	-25.095	181.543,33	-1,52%	0,81%
01	Anestesia	135	9.683,73	339	16.411,30	204	6.727,57	151,11%	69,47%
02	Cardiologia	22.132	539.369,81	25.907	621.267,39	3.775	81.897,58	17,06%	15,18%
03	Chirurgia generale	10.829	181.725,33	11.157	192.403,89	328	10.678,56	3,03%	5,88%
04	Chirurgia Plastica	0	0	3	45,19	3	45,19	100,00%	100,00%
05	Chirurgia vascolare – Angiologia	3.323	82.751,80	3.945	102.532,76	622	19.780,96	18,72%	23,90%
06	Dermosifilopatia	26.834	398.532,45	29.360	435.546,53	2.526	37.014,08	9,41%	9,29%
08	Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica	48.873	2.318.149,99	48.374	2.304.739,74	-499	-13.410,25	-1,02%	-0,58%
09	Endocrinologia	1.865	40.664,20	461	10.190,76	-1.404	-30.473,44	-75,28%	-74,94%
10	Gastroenterologia - Chirurgia ed endoscopia digestiva	3.247	167.923,25	2.856	162.899,38	-391	-5.023,87	-12,04%	-2,99%
11	Lab. analisi chimico cliniche e microbiologiche - Microbiologia – Virologia - Anatomia e istologia patologica - Genetica-immunoematologia e s. trasf.	1.201.482	6.460.510,59	1.156.814	6.235.215,02	-44.668	-225.295,57	-3,72%	-3,49%
12	Medicina fisica e riabilitazione - Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	80.294	800.368,29	75.312	768.132,40	-4.982	-32.235,89	-6,20%	-4,03%
13	Nefrologia	30.048	3.851.149,98	30.262	3.936.297,73	214	85.147,75	0,71%	2,21%
14	Neurochirurgia	430	7.924,37	813	15.902,27	383	7.977,90	89,07%	100,68%
15	Neurologia	12.309	194.649,16	13.149	200.362,78	840	5.713,62	6,82%	2,94%
16	Oculistica	22.688	1.805.430,16	24.389	1.926.462,80	1.701	121.032,64	7,50%	6,70%
17	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo facciale	7.832	145.604,20	6.884	122.284,39	-948	-23.319,81	-12,10%	-16,02%
18	Oncologia	54.821	374.123,02	55.466	322.455,38	645	-51.667,64	1,18%	-13,81%
19	Ortopedia e traumatologia	11.976	191.665,32	12.347	187.946,87	371	-3.718,45	3,10%	-1,94%
20	Ostetricia e ginecologia	8.745	234.518,66	8.075	213.603,23	-670	-20.915,43	-7,66%	-8,92%
21	Otorinolaringoiatria	10.242	183.898,03	14.952	286.327,87	4.710	102.429,84	45,99%	55,70%

**Performance**

22	Pneumologia	13.877	302.712,42	17.237	389.074,77	3.360	86.362,35	24,21%	28,53%
23	Psichiatria	566	7.621,63	509	7.999,21	-57	377,58	-10,07%	4,95%
24	Radioterapia	20.406	3.498.613,13	18.747	3.426.882,02	-1.659	-71.731,11	-8,13%	-2,05%
25	Urologia	5.659	104.288,87	4.330	120.671,35	-1.329	16.382,48	-23,48%	15,71%
26	Altre prestazioni	54.860	571.355,84	66.690	649.122,53	11.830	77.766,69	21,56%	13,61%

Fonte dati: File C Anni 2024(Provvisorio) /2023

### 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

#### Premessa

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 assume un ruolo determinante per l'individuazione di fenomeni e circostanze che possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi.

Un settore come quello sanitario, che si dedica alla cura e 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.

## **Rischi corruttivi e trasparenza**

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 al rischio corruttivo.

Superata la fase di transizione che ha caratterizzato i mesi successivi all'adozione dell'Atto Aziendale, approvato con deliberazione n. 88 del 21/02/2023, allo stato attuale la Direzione Aziendale sta ultimando le modifiche organizzative ed istituzionali.

## Rischi corruttivi e trasparenza

Per quanto riguarda l'intero assetto organizzativo e le modalità di funzionamento dell'ASL di Nuoro si rimanda al nuovo organigramma aziendale.

L'ASL di Nuoro, che all'indomani dell'adozione del nuovo Atto aziendale ha recepito tutti i Regolamenti ATS Sardegna per garantire la continuità dei servizi, oggi sta procedendo all'elaborazione di propri Regolamenti interni nei vari ambiti.

### **I protagonisti aziendali della Prevenzione e dell'Anticorruzione**

#### 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:

2) designa e supporta l' R.P.C.T,

✓ adotta e pubblica il P.I.A.O. ed i suoi aggiornamenti, 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.

**Rischi corruttivi 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 31 gennaio 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.

I Dirigenti

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

- ✓ attività informativa nei confronti del RPCT: redigono apposita relazione sul monitoraggio delle attività svolte per la



**Rischi corruttivi e trasparenza**

prevenzione della corruzione e la tutela della trasparenza all'interno della propria Struttura, 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). Effettuano un monitoraggio semestrale sui contenuti della sezione Amministrazione trasparente del sito web aziendale.
- ✓ esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Ente (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165 del

## Rischi corruttivi e trasparenza

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 (UPD)

L'Ufficio dei Procedimenti Disciplinari (UDP) della ASL3 di Nuoro è stato istituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 1303 del 25/11/2024 al fine di esercitare le 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, non ha attivato un proprio Servizio Formazione, in quanto tale funzione è in capo ad ARES.

### 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

## Rischi corruttivi e trasparenza

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. 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 (RSA) 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 (RSA). L'individuazione e la nomina di tale

## Rischi corruttivi e trasparenza

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, nella seguente sottosezione sono riportate le rilevazioni sintetiche delle attività in essere da parte dell'Azienda e la mappatura del rischio di corruzione.

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.

**Rischi corruttivi e trasparenza**

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** 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;

**Rischi corruttivi e trasparenza**

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

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

Le misure di ordine generale che l'Azienda intende mettere in campo al fine di prevenire il rischio di corruzione 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;
- ✓ 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.

**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 -

**Rischi corruttivi e trasparenza**

potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici.

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.

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.

**Rischi corruttivi e trasparenza**
**Criteri per la rotazione ordinaria del personale**

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

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

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

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

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

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

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



**Rischi corruttivi e trasparenza**

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. Infatti dalle relazioni di monitoraggio pervenute all'osservazione del RPCT si evince che la rotazione non è una misura agevole per via della carenza di personale e per l'infungibilità delle figure appartenenti alla dirigenza medica.

**Rischi corruttivi e trasparenza**
**Rotazione ordinaria**

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.

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,

**Rischi corruttivi e trasparenza**

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.

**Rischi corruttivi e trasparenza**

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.

**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.

**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.

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

**Rischi corruttivi e trasparenza**

situazione di conflitto.

La segnalazione del conflitto, anche potenziale, mediante la dichiarazione citata, 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

**Rischi corruttivi e trasparenza**

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.

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

**Rischi corruttivi e trasparenza**

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 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

**Rischi corruttivi e trasparenza**

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.

**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



**Rischi corruttivi e trasparenza**

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.

Le misure da attuare per la formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici in caso di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione prevedono l'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

**Rischi corruttivi e trasparenza**

del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconfiribili e incompatibili”.

L'Azienda applica le seguenti misure di prevenzione:

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

**Svolgimento di incarichi di ufficio - attività ed incarichi extraistituzionali**

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

**Rischi corruttivi e trasparenza**

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

## Rischi corruttivi e trasparenza

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.

### 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.

### 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.

È vietato qualsiasi comportamento discriminante nei confronti dei dipendenti o collaboratori che segnalano un fatto illecito.

## Rischi corruttivi e trasparenza

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 delle segnalazioni è oggetto di rilevazione e monitoraggio nella reazione annuale che l'RPCT predispone e pubblica nella sezione amministrazione dedicata sul sito web aziendale entro il 31 dicembre di ciascun anno, salvo deroghe/rinvii disposti dall'ANAC.

La piattaforma è raggiungibile dai segnalanti al seguente indirizzo web:

**Rischi corruttivi e trasparenza**

<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

**Rischi corruttivi e trasparenza**

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.

Nel corso del 2024 è stata riattivata l'iniziativa di formazione/informazione base rivolta ai dipendenti in modalità remota (FAD) proposta dal Servizio Formazione ARES.

**Monitoraggio eventi formativi sponsorizzati**

Nell'ambito della specificità dei percorsi formativi in sanità proseguirà nel corso del 2025 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)

**Rischi corruttivi e trasparenza**

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.

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, continuerà anche per l'anno 2025 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.

Si è provveduto nel corso del 2024 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 del Servizio del Personale dell'ASL Nuoro.

**Progettazione e monitoraggio sull'attuazione 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.

Il monitoraggio e il riesame periodico è la fase che consente di verificare l'attuazione e l'adequatezza delle misure di prevenzione



**Rischi corruttivi e trasparenza**

del rischio poste 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.

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 31 gennaio di ogni anno, redige una relazione recante i risultati dell'attività svolta nell'annualità precedente e i risultati conseguiti, basata anche sui rendiconti presentati dai dirigenti sulle misure poste in essere e sui risultati realizzati in esecuzione di questa sezione del PIAO. La trasmette al Direttore Generale ed all'OIV e provvede alla pubblicazione della stessa sul sito aziendale sezione amministrazione trasparente.

**Programmazione dell'attuazione della trasparenza**

**Stato di attuazione complessivo**

## Rischi corruttivi e trasparenza

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.

### 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 P.P.A.A., nel rispetto di limiti di tutela giuridicamente rilevanti.

Per quanto riguarda la trasmissione di flussi sulle richieste di accesso, con cadenza trimestrale ogni Struttura, dietro stimolo della segreteria del RPCT, fa pervenire un report in formato tabellare con le istanze pervenute. I report vengono pubblicati sul sito aziendale nella sezione Amministrazione trasparente.

## Rischi corruttivi e trasparenza

### 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.

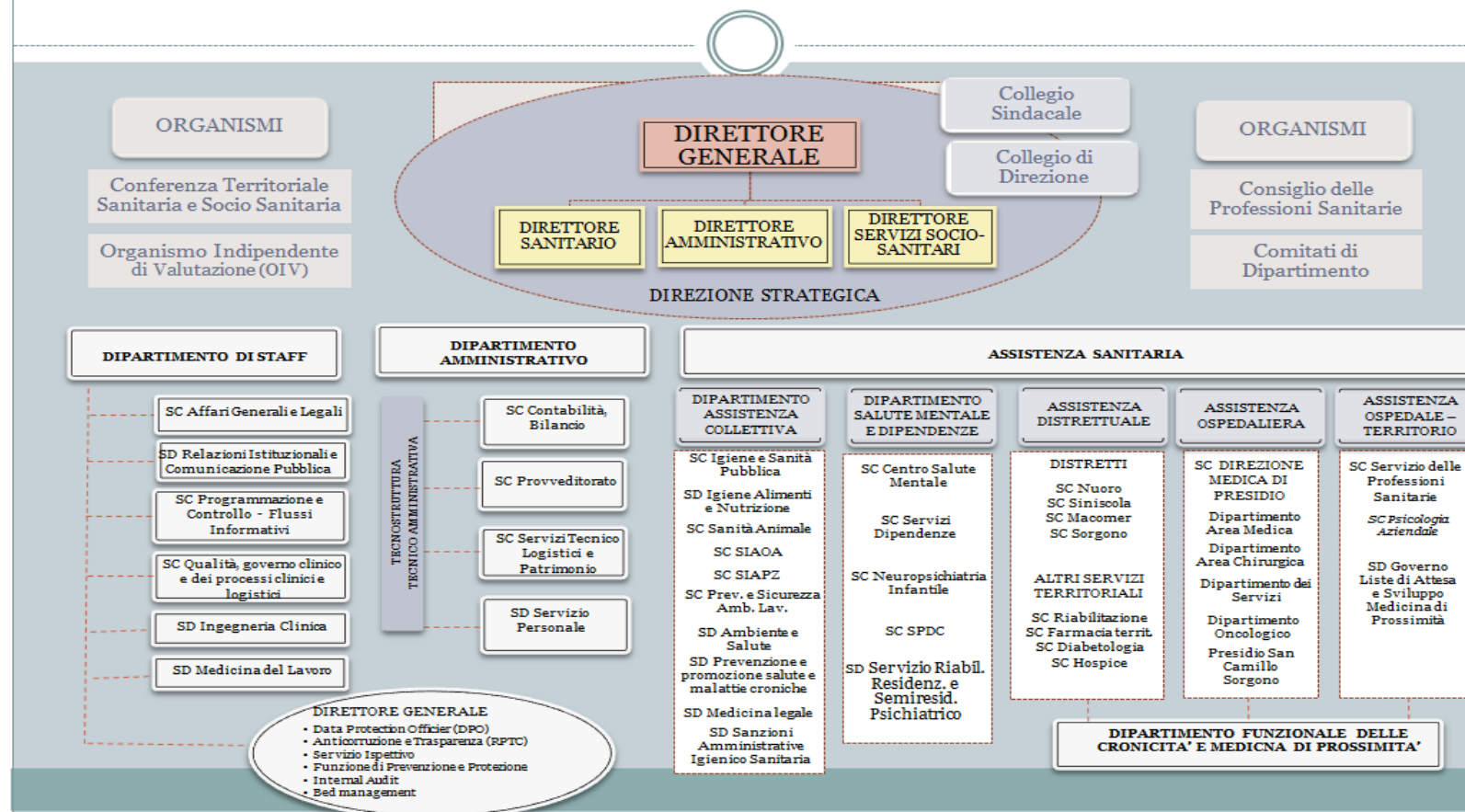
### Responsabilità in caso di violazione del PCT

Ai sensi dell'art. 1, comma 14 della legge 190/2012, in caso di ripetute violazione 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.

<b>3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO</b>	
<b>3.1 Struttura Organizzativa</b>	<p>Con DGR n.46/25 del 25.11.2021 è stata costituita l'Azienda Socio Sanitaria Locale di Nuoro, a far data dal 1° gennaio 2022.</p> <p>Attraverso l'adozione dell'Atto aziendale, approvato con DGR n.4/63 del 16 febbraio 2023, l'Asl 3 di Nuoro ha ridefinito il suo sistema strutturale ed organizzativo per garantire nel tempo la più efficace ed efficiente risposta in vista del raggiungimento degli obiettivi di valore pubblico che l'azienda si è posta.</p> <p>La struttura organizzativa è sviluppata in macro aree, a loro volta articolate per strutture e funzioni ed è rappresentata dal seguente organigramma:</p>          <div style="text-align: center;"> </div>
<b>3.1.1 Organigramma</b>	

# ORGANIGRAMMA ASL NUORO



### 3.1.2 Capitale Umano

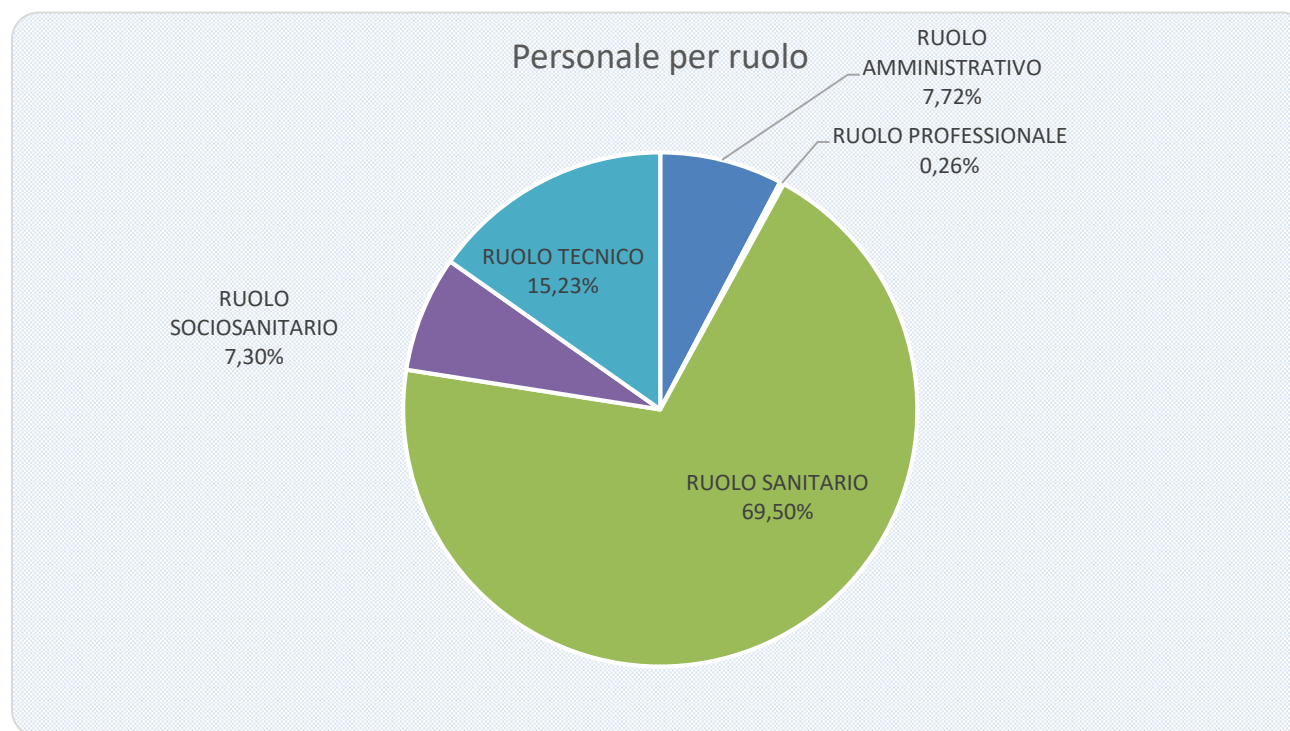
Nella tabella seguente viene fatto il raffronto fra la consistenza del personale della Asl 3 di Nuoro al 01.01.2025, e la consistenza del personale al 01.01.2024.

	al 01.01.2024	al 01.01.2025
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>	<b>170</b>	<b>181</b>
Comparto	161	172
Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	9	9
<b>RUOLO SANITARIO</b>	<b>1562</b>	<b>1629</b>
Comparto	1102	1154
Dirig.delle Professioni sanitarie	1	1
Dirig. Medico/Veterinaria	407	402
Dirig.Sanitaria non medica	52	72
<b>RUOLO SOCIO-SANITARIO</b>	<b>53</b>	<b>171</b>
Comparto	53	171
<b>RUOLO TECNICO</b>	<b>371</b>	<b>357</b>
Comparto	369	356
Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	2	1
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
Comparto	0	1
Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	4	5
<b>TOTALE</b>	<b>2160</b>	<b>2344</b>

## Capitale Umano

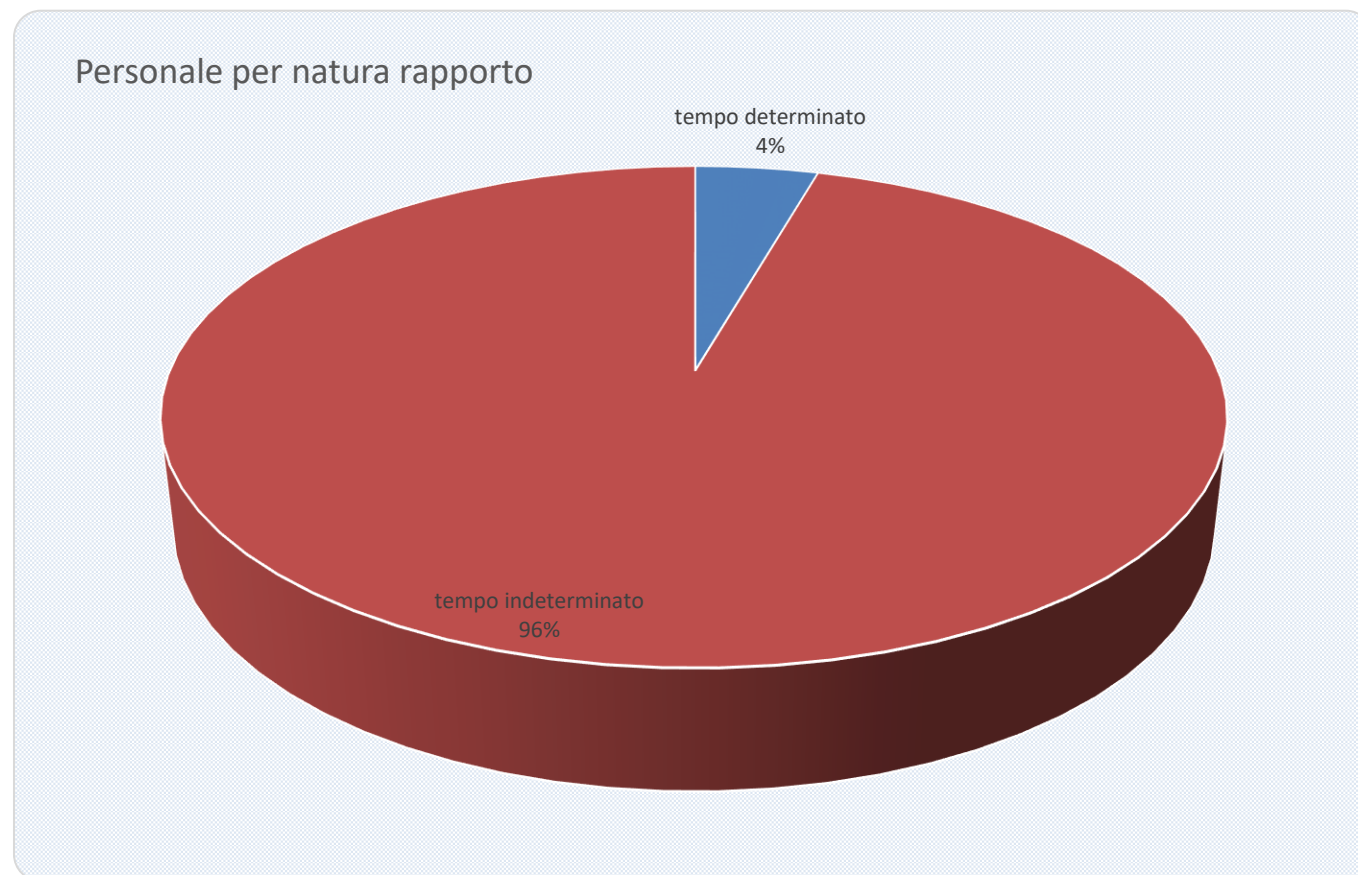
Dall'analisi dei dati si riscontra un incremento del personale pari a n. 184 unità, come saldo tra le uscite e i nuovi ingressi. Le principali variazioni sono avvenute nel ruolo sanitario, + 67 unità, e nel ruolo socio sanitario, + 118 unità.

Per quanto riguarda la classificazione del personale per ruolo rappresentata nel grafico seguente, si evidenzia la prevalenza della componente sanitaria, considerata la natura dell'Azienda. In particolare, quasi il 70% dei dipendenti è inquadrato nel ruolo sanitario, il 15% nel ruolo tecnico, quasi l'8% nel ruolo amministrativo, circa il 7% nel ruolo socio sanitario e una minima parte nel ruolo professionale.



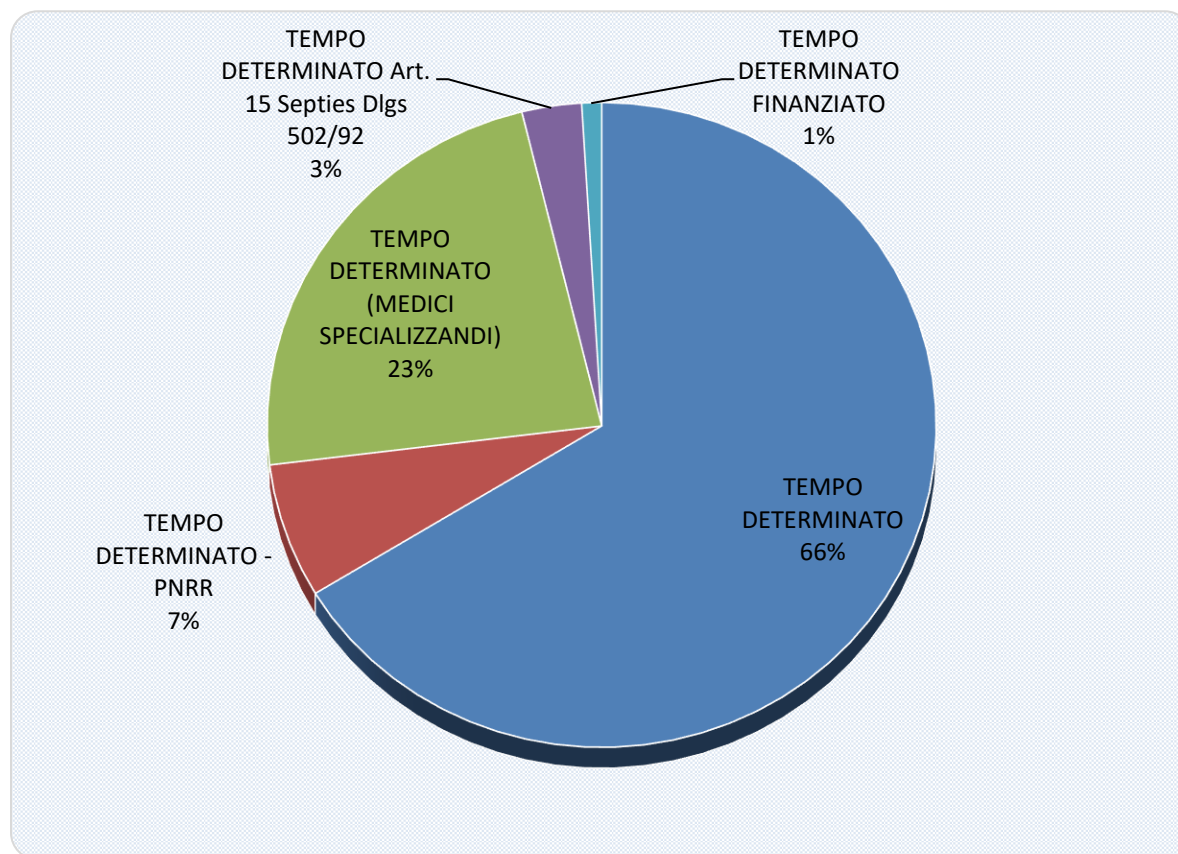
## Capitale Umano

Considerando, invece, la natura del rapporto si riscontra che il personale assunto con contratto a tempo indeterminato rappresenta circa il 96% , mentre la restante parte, circa il 4%, con contratto a tempo determinato, rappresentato nel dettaglio nel secondo grafico





## Capitale Umano

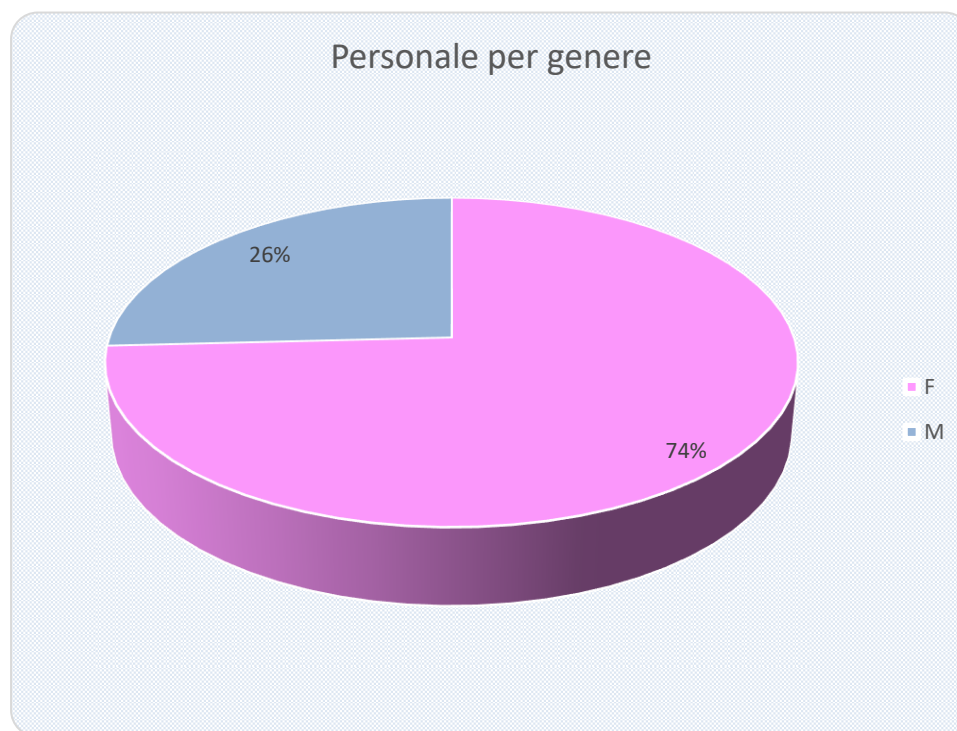


La grave carenza del personale medico nel mercato del lavoro sia a livello nazionale e tanto più regionale, ha reso spesso difficoltoso garantire volumi di attività adeguati alla domanda e una assistenza sanitaria efficiente, sia a livello ospedaliero che

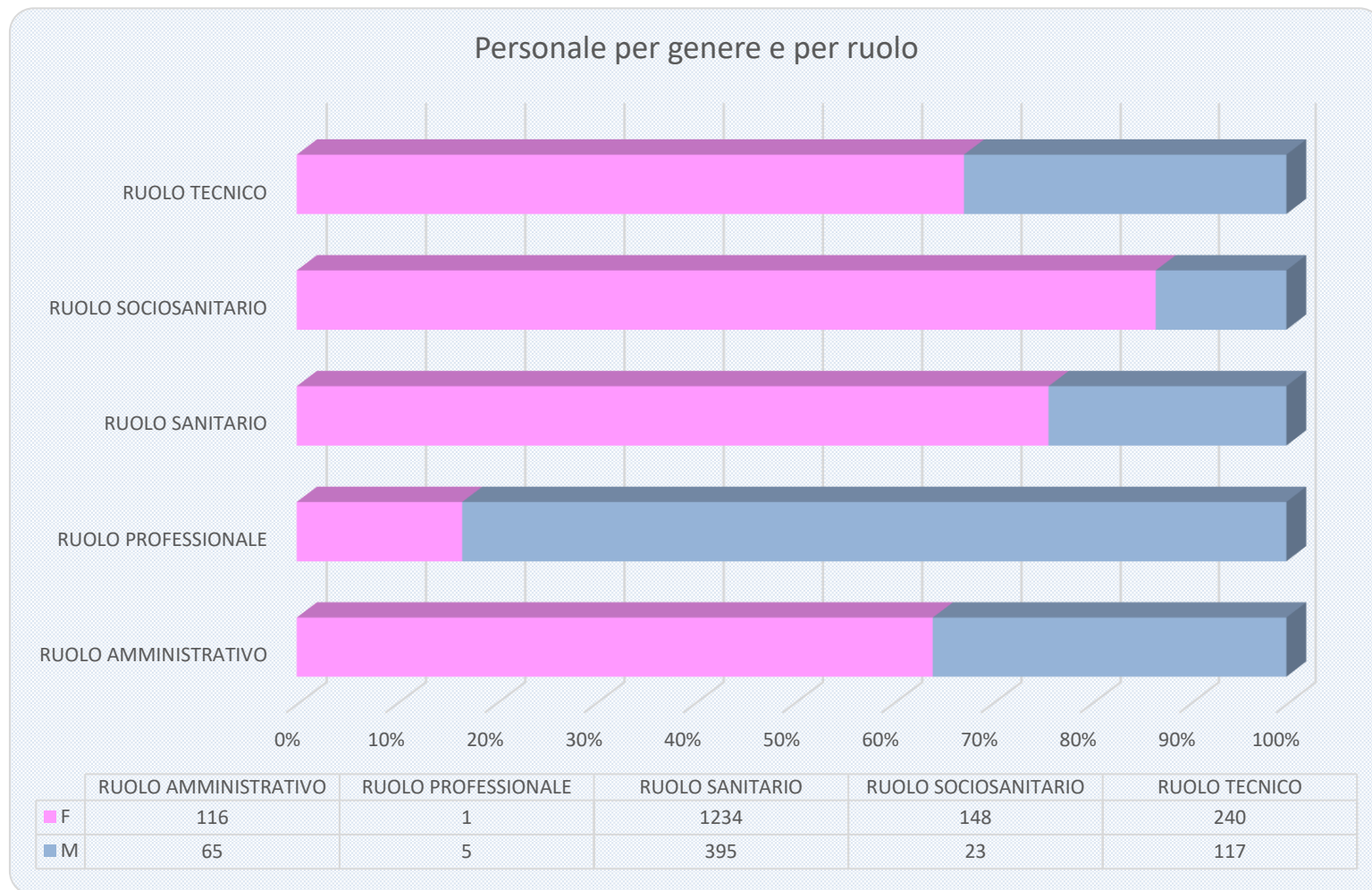
## Capitale Umano

territoriale. Allo scopo di migliorare i livelli di assistenza sanitaria e abbattere le liste di attesa, oltre agli istituti consueti dello straordinario e delle prestazioni aggiuntive, che sembrano non essere più sufficienti, si sta facendo ricorso a forme flessibili di lavoro e all'acquisizione di prestazioni in regime libero professionale da parte di professionisti in quiescenza o già appartenenti al sistema sanitario pubblico.

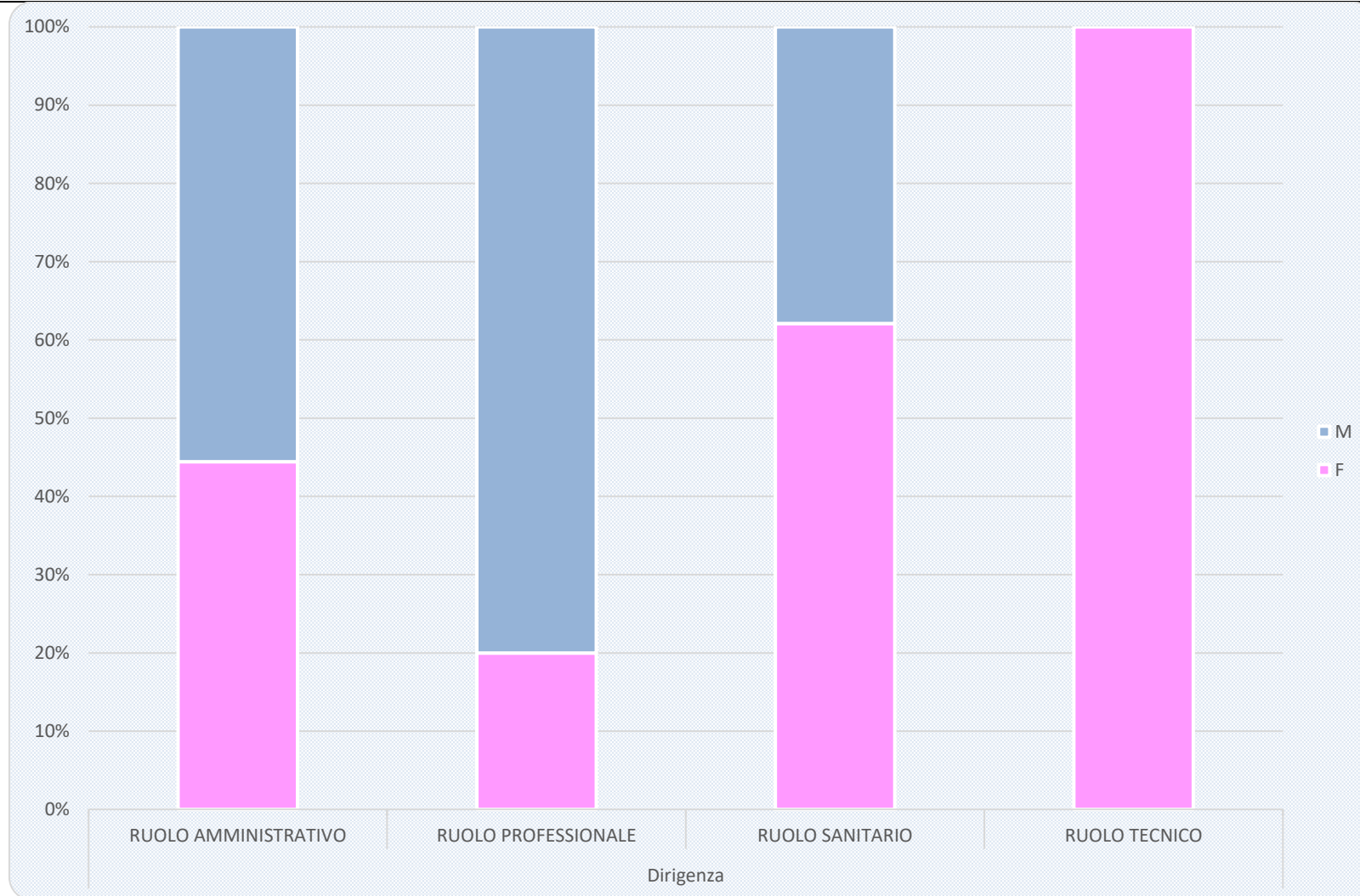
Come evidenziato dai grafici sottostanti, il genere femminile è prevalente in maniera netta in tutte le aree di inquadramento, fatta eccezione nel ruolo professionale.



## Capitale Umano



## Capitale Umano



### 3.2 Organizzazione del Lavoro Agile

La Legge n.124 del 7 agosto 2015 ha dato il via, nel pubblico impiego, all'adozione e allo sviluppo di forme alternative e flessibili di rapporto di lavoro, con l'obiettivo di promuovere una migliore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti pubblici. In particolare l'art. 14 prevedeva che le pubbliche amministrazioni adottassero misure organizzative che garantissero ad almeno il 10% dei dipendenti facenti richiesta, la possibilità di avvalersi di modalità innovative, come il telelavoro, in un arco temporale di tre anni.

In un momento successivo, la Legge n. 81 del 18 maggio 2017 ha introdotto e disciplinato in Italia il lavoro agile, definendolo come una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato, stabilita mediante accordo tra le parti, caratterizzata dall'assenza di vincoli di orario e di luogo di lavoro e con la possibilità di utilizzare strumenti tecnologici.

La prestazione di lavoro risulta caratterizzata dal suo svolgimento in parte all'interno e in parte all'esterno dei locali aziendali (a differenza del telelavoro), senza una postazione fissa, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale previsti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

Il lavoro agile permette dunque una collaborazione tra l'Amministrazione e i lavoratori per la creazione di lavoro pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalla modalità che questi ultimi scelgono per attuare gli obiettivi perseguiti dall'Amministrazione.

A seguito dello stato di emergenza relativo all'insorgenza e alla diffusione del Covid-19, il ricorso al lavoro agile ha subito un'accelerazione repentina, trasformandosi nella modalità ordinaria di svolgimento dell'attività lavorativa.

Con il DL 17 marzo 2020, n.18 convertito con la Legge 24 aprile 2020 n.17, il Governo ha imposto ai datori di lavoro pubblici e privati, fino alla cessazione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, di limitare la presenza del personale nei luoghi di lavoro per assicurare esclusivamente le attività ritenute indispensabili.

La norma ha autorizzato il lavoro agile in maniera semplificata, prevedendo la possibilità in via eccezionale di derogare agli accordi individuali e agli obblighi informativi di cui alla citata Legge 81/2017.

Nel corso del 2020 l'ATS ha applicato la normativa favorendo tale modalità di svolgimento dell'attività

## Organizzazione del Lavoro Agile

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.

Il graduale risolversi del fenomeno pandemico è stato accompagnato dall'altrettanto graduale 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 (c.d. lavoratori fragili).

Fino al 31 dicembre 2023, con la Legge n.197 del 12 dicembre 2022, è stata data la possibilità ai lavoratori fragili di avvalersi dello strumento del lavoro agile per svolgere la propria attività lavorativa.

Nel corso del 2023, nell'Asl di Nuoro, solo 12 lavoratori hanno continuato a lavorare in tale modalità; di questi, 6 dipendenti del ruolo sanitario, 5 del ruolo amministrativo e 1 del ruolo tecnico.

La Legge di Bilancio 2024 non ha prorogato la possibilità per i lavoratori fragili della Pubblica Amministrazione di svolgere in smart working la propria prestazione lavorativa.

Tuttavia la Direttiva del Ministero per la Pubblica Amministrazione del 29 dicembre 2023 consente ai lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza.

Stabilisce inoltre che all'interno di ciascuna amministrazione, sarà compito del dirigente responsabile individuare le misure organizzative che si rendono necessarie, attraverso specifiche previsioni nell'ambito degli accordi individuali.

Il lavoro agile va contestualizzato e applicato in maniera personalizzata per ogni azienda sulla base delle tipologie di attività che

## Organizzazione del Lavoro Agile

si svolgono all'interno di essa. La modalità applicativa del lavoro agile nell'Asl di Nuoro, trattandosi di Azienda Sanitaria è differente rispetto alle altre tipologie di azienda e ad altre pubbliche amministrazioni, soprattutto per la presenza di un elevato numero di attività che richiede, per il corretto svolgimento, la presenza fisica dell'operatore sanitario e/o il contatto diretto con l'utente finale. Per questo motivo possono accedere a tale forma di lavoro solo una minima parte dei sanitari, la cui attività non richiede una necessaria presenza sul posto di lavoro, mentre i dipendenti che operano negli altri ruoli, soprattutto quello amministrativo, sono generalmente più agevolati.

L'Asl 3 di Nuoro, in applicazione della Direttiva ministeriale, ha proceduto ad effettuare una mappatura delle attività che possono essere svolte da remoto, anche attraverso l'utilizzo di documenti digitalizzabili, e ad elaborare un regolamento aziendale di prossima adozione.

I requisiti perché l'attività possa essere eseguita in modalità agile sono i seguenti:

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

## Organizzazione del Lavoro Agile

Allo stato attuale, l'Asl 3 di Nuoro ha individuato un elenco, non esaustivo, delle attività che possono essere svolte in modalità agile:

- attività di protocollazione in entrata e in uscita;
- attività di trasmissione documenti attraverso Pec o posta ordinaria;
- attività di archiviazione elettronica di documenti e atti;
- redazione di atti giuridico – amministrativi;
- attività di rassegna stampa e aggiornamento sito istituzionale;
- attività in materia di gestione del bilancio economico e finanziario;
- attività di validazione delle domande presentate per i procedimenti ad iniziativa di parte;
- attività di valutazione della documentazione presentata a corredo dei procedimenti a iniziativa d'ufficio e a iniziativa di parte;
- attività in materia di gestione del bilancio economico e finanziario;
- adempimenti relativi agli obblighi di trasparenza e pubblicità;
- gestione flussi informativi;
- attività di gestione gare e contratti;
- attività in materia di anticorruzione e trasparenza;
- attività correlate al Ciclo della Performance;
- attività di supporto per la pianificazione strategica, l'elaborazione degli obiettivi e il controllo di gestione;
- gestione del contenzioso giudiziale e stragiudiziale.

Gli obiettivi perseguiti sono i seguenti:



## Organizzazione del Lavoro Agile

- aumento della produttività e qualità del lavoro
  - riduzione delle assenze dal servizio
  - vantaggi per il personale in termini di miglioramento dell'equilibrio fra vita professionale e privata
  - maggiore flessibilità nell'organizzazione dell'attività lavorativa
  - maggiore autonomia e senso di responsabilità dei dipendenti
  - sviluppo di una cultura orientata ai risultati
  - promozione dell'inclusione lavorativa di persone che si trovino in situazione di particolare necessità temporanea o permanente (genitori con bambini in età scolare, portatori di handicap in situazione di gravità o che assistono un familiare portatore di handicap in situazione di gravità).
- Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile avviene in seguito alla stipula di un accordo individuale con il dipendente ed è subordinata al rispetto di determinate condizioni:
- non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti
  - un'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile
  - utilizzo di strumenti tecnologici idonei a garantire la riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile
  - la predisposizione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato
  - la dotazione di adeguati strumenti tecnologici per il personale
  - la stipula dell'accordo individuale che definisca obiettivi, modalità e tempi di esecuzione della prestazione resa in maniera agile
  - prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa per i dirigenti, responsabili e per i soggetti titolari di funzioni di coordinamento.
- E' attualmente in fase di adozione il Regolamento per disciplinare l'applicazione del lavoro agile, nel quale saranno specificate le modalità e i requisiti di accesso, le modalità di svolgimento, nonché ogni altro aspetto non definito nel presente Piano.

<b>Organizzazione del Lavoro Agile</b>	
<b>3.3 Pari Opportunità e Benessere Organizzativo</b>	<p>L' art. 21 della legge 4 novembre 2010 n. 183 ha previsto che le pubbliche amministrazioni costituiscano al proprio interno il "Comitato Unico di Garanzia" per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.</p> <p>Il Comitato Unico di garanzia (CUG) dura in carica quattro anni, ha una composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione, nonché da altrettanti componenti supplenti, al fine di assicurare la presenza paritaria di entrambi i generi, e da un Presidente designato dall'amministrazione.</p> <p>Il CUG ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e opera per garantire un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psicologia.</p> <p>Con Delibera del Direttore Generale n. 365 del 04.04.2024 è stato costituito Il Comitato Unico di Garanzia della ASL n. 3 di Nuoro, il cui regolamento interno di funzionamento è in fase di attuazione.</p> <p>Nell'ottica del miglioramento del benessere organizzativo, La ASL 3 di Nuoro ha recentemente intrapreso il procedimento per ottenere la certificazione Family Audit. Si tratta di un processo di valutazione volto a migliorare il proprio impegno a favore delle esigenze di conciliazione tra vita lavorativa e privata dei propri dipendenti.</p> <p>Lo standard Family Audit è nato nel 2016 dalla Provincia autonoma di Trento all'interno dell'Agenzia Provinciale per la Famiglia, la Natalità e le Politiche Giovanili (APF), dove viene istituito l'Ufficio denominato "Family Audit" al fine di promuovere e implementare anche a livello nazionale lo standard "Family Audit" e diffondere così nel mercato pubblico e privato del lavoro tale certificazione di qualità dei processi organizzativi.</p>

### **Pari Opportunità e Benessere Organizzativo**

Il percorso di certificazione si articola in 3 processi consequenziali: Certificazione → Mantenimento → Consolidamento; temporalmente viene scandito in diverse fasi.

L' ASL 3 di Nuoro, con il supporto del Consulente Family Audit e del Referente aziendale, ha iniziato la Prima fase: ha una durata 6 mesi ed è iniziata con il primo work shop di direzione, (Incontro programmatico col Management dell'Organizzazione) a cui è seguita l'attivazione di due gruppi di lavoro al fine di compiere un'indagine partecipata per rilevare i bisogni di conciliazione, i vincoli aziendali e le possibili soluzioni.

Questa fase si concluderà con l'approvazione del Piano Aziendale e con l'ottenimento del Certificato Family Audit che prelude l'avvio della fase attuativa delle misure individuate con il Piano.

### **3.4 Formazione del personale**

Con Delibera del Direttore Generale dell'Ares del 24.12.2024, n. 347, è stato approvato il "Piano Annuale della Formazione del Provider ARES 2025".

Il Piano Annuale della Formazione (PAF) rappresenta uno strumento organico e articolato, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi formativi del personale afferente alle aziende del SSR.

La formazione in sanità svolge una funzione strategica, in quanto strumento di innovazione e diffusione delle conoscenze volto al miglioramento continuo umano e professionale e contribuisce allo sviluppo complessivo delle competenze e delle relazioni.

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

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

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

- Gli obiettivi formativi nazionali, regionali e aziendali;
- Le scelte strategiche aziendali;

## Formazione del personale

- L'analisi del fabbisogno formativo espresso dalle articolazioni aziendali;
- Le competenze scientifiche delle varie professionalità;
- Il miglioramento qualitativo degli eventi formativi.

La realizzazione dei punti precedenti è finalizzata al raggiungimento di obiettivi di sistema, di processo e tecnico professionali.

Obiettivi formativi di sistema sono quelli finalizzati allo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza del sistema sanitario. Questi obiettivi si rivolgono, di norma, a tutti gli operatori avendo quindi caratteristiche interprofessionali.

Obiettivi formativi di processo sono quelli finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, dell'efficienza, dell'efficacia, dell'appropriatezza e della sicurezza negli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Questi obiettivi si rivolgono ad operatori e gruppi di lavoro che intervengono in un determinato segmento di produzione.

Obiettivi formativi tecnico-professionali sono quelli finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico professionali individuali nel settore specifico di attività nella disciplina di appartenenza.

Gli obiettivi formativi di rilievo nazionale sono definiti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua e sono riconducibili alle attività sanitarie e sociosanitarie collegate ai Livelli Essenziali di Assistenza. Detti obiettivi, nel tener conto dei programmi per la salute definiti dal Piano Sanitario Nazionale, oltre a promuovere le condizioni generali di salute della popolazione di riferimento, vanno altresì riferiti alla necessità di promuovere e mantenere nel tempo quelle conoscenze e quelle competenze indispensabili per il miglioramento degli standard di efficacia, appropriatezza, sicurezza e qualità dei servizi resi ai cittadini.

Le aree della formazione che si intendono sviluppare nel corso del 2024 sono tre:

## Formazione del

- Area della formazione generale
- Area della formazione specifica tecnica professionale
- Area della formazione conseguente a indirizzi Regionali e/o ministeriali

Il Piano formativo 2025 risulta articolato in tre sezioni:

- Formazione con Fondi Aziendali
- Formazione PNRR
- Formazione Regionale

In seguito all'impattante carico formativo per i professionisti previsto dal PNRR, si è reso necessario per l'anno 2025, d'intesa con la Regione, inserire per ciascuna Azienda nella sezione "Formazione con Fondi Aziendali", la formazione in tema di sicurezza nei luoghi di lavoro, di gestione dell'emergenza-urgenza ed un numero limitato di progetti formativi ritenuti strategici da ciascuna Azienda del SSR oltre ad eventuali progetti formativi in adempimento di specifici obblighi di legge.

Si riporta di seguito il link :

<https://www.aressardegna.it/ap/deliberazione-del-direttore-generale-n-347-del-24-12-2024/>

Per la realizzazione dei percorsi formativi sono ritenute appropriate le seguenti tipologie formative che vengono considerate di notevole importanza nel percorso di crescita sia dei singoli professionisti che dell'organizzazione aziendale:

- A.** La Formazione residenziale interattiva e in videoconferenza sincrona (RES)  
 attribuisce ai partecipanti un ruolo attivo e permette un elevato livello di interazione tra loro e i docenti
- B.** La formazione sul campo (FSC)  
 l'apprendimento avviene attraverso l'utilizzo di gruppi di lavoro/studio quindi attraverso l'interazione fra pari e favorisce il miglioramento, contribuisce all'integrazione interprofessionale e interdisciplinare ed è fondamentale per rafforzare il lavoro di squadra e il senso di appartenenza all'unità organizzativa

**personale**
**C. La Formazione a distanza (FAD) sulla piattaforma e-learning aziendale**

ha il vantaggio di essere svincolata dal tempo e dal luogo, quindi consente di superare i limiti posti dalla presenza in un luogo fisico come l'aula tradizionale, consente un risparmio dei costi complessivi, permette la condivisione on-line da parte del docente di varie tipologie di documenti e permette un ampliamento della platea dei destinatari della formazione.

Il budget per la formazione per l'anno 2025 è costituito per ciascuna Azienda sulla stima dell'1% del Monte Salari dei dipendenti delle Aziende del SSR come indicato nella tabella sottostante:

**ARES SARDEGNA - Piano Formativo anno 2025- Tabella Costi**

AZIENDA	BUDGET Provvisorio	IMPEGNO DI SPESA PAF	STIMA COSTI ECM	BUDGET Aggiornamento Individuale	RISORSE Non Impegnate
ARES Sardegna	€ 315.438,72	€ 238.407,75	€ 8.500,00	€ 31.543,87	€ 36.987,10
ASL Cagliari	€ 1.645.504,94	€ 376.665,47	€ 9.180,00	€ 164.550,49	€ 1.095.108,98
ASL Gallura	€ 677.405,00	€ 362.662,23	€ 13.600,00	€ 90.500,00	€ 210.642,77
ASL Medio Campidano	€ 399.028,40	€ 219.369,23	€ 10.200,00	€ 39.902,84	€ 129.556,33
ASL Nuoro	€ 1.089.305,62	€ 433.689,23	€ 10.200,00	€ 108.930,56	€ 536.485,83
ASL Ogliastra	€ 264.828,18	€ 223.239,23	€ 15.640,00	€ 25.948,95	€ 0,00
ASL Oristano	€ 500.000,00	€ 176.269,23	€ 3.740,00	€ 80.000,00	€ 239.990,77
ASL Sassari	€ 1.039.204,78	€ 882.609,23	€ 17.340,00	€ 103.920,48	€ 35.335,07
ASL Sulcis	€ 526.544,61	€ 337.806,43	€ 14.620,00	€ 52.654,46	€ 121.463,72
AOU Cagliari	€ 670.694,98	€ 315.769,23	€ 8.840,00	€ 201.208,49	€ 144.877,26
AOU Sassari	€ 1.191.262,28	€ 380.513,31	€ 9.860,00	€ 119.126,23	€ 681.762,74
AREUS	€ 181.870,41	€ 164.656,47	€ 10.540,00	€ 0,00	€ 6.673,94
ARNAS G. Brotzu	€ 1.127.348,07	€ 240.974,23	€ 19.040,00	€ 507.306,63	€ 360.027,21

**Formazione del**

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

**personale**



<b>Formazione del personale</b>	
<b>3.5 Piano Triennale del Fabbisogno del Personale</b>	<p>Il PTFP, previsto dagli articoli 6 e 6 ter del decreto legislativo 165 del 2001, viene redatto in prospettiva triennale, ma è adottato annualmente e ciò consente la possibilità di adattare la programmazione del fabbisogno alle risorse disponibili e alle sopravvenute esigenze di carattere organizzativo.</p> <p>L'obiettivo è quello di una corretta allocazione delle risorse umane, che consenta una più efficace ed efficiente gestione e valorizzazione delle figure professionali, permettendo un impiego migliore delle risorse pubbliche disponibili e un miglioramento della qualità dei servizi offerti agli utenti finali.</p> <p>Il PTFP 2025-2027 riporta la consistenza del personale al 01.01.2025 e espone le capacità assunzionali a tempo indeterminato nel triennio, sulla base dei limiti di spesa previsti dalla vigente normativa, e le cessazioni previste in ragione del raggiungimento dei limiti di età.</p> <p>Nella predisposizione del Piano si è tenuto conto delle forti criticità che caratterizzano l'Asl 3 di Nuoro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il sottodimensionamento del personale sanitario nelle strutture ospedaliere e territoriali</li> <li>- la particolare struttura del territorio nel quale opera l'Azienda, che amplifica la distanza fra utenti e strutture.</li> </ul> <p>Gli obiettivi principali che l'azienda, attraverso il programma sanitario, si pone per il triennio sono quelli di superare i limiti assistenziali posti dalle distanze, sviluppare nuovi modelli che puntano alla presa in carico globale del paziente (Telemedicina e Teleassistenza) e rafforzare l'assistenza territoriale, in modo che tutti i pazienti abbiano parità di accesso ai servizi sanitari.</p> <p>Inoltre è di primaria importanza smaltire le lunghe liste di attesa e mettere in atto procedure di screening non portate a termine negli anni precedenti per mancanza di personale.</p> <p>In merito al Piano Triennale del Fabbisogno del personale (PTFP) per il triennio 2025-2027, approvato con delibera n. 1277 del</p>
<b>Piano Triennale del Fabbisogno del Personale</b>	

	<p>15 novembre 2024 (Adozione degli atti di Programmazione Sanitaria annuale e triennale 2025.2027, ai sensi dell'art. 33 della L.R. 24/2020, e del Bilancio preventivo economico annuale e triennale 2025.2027, ai sensi dell'art. 39 della L.R. 24/2020 e redatto secondo quanto previsto dall'art. 25 del D.Lgs. 118/2011 e ss.mm.ii.), si rinvia all'allegato 8 "Piano Triennale del Fabbisogno del Personale" Asl Nuoro come da seguente link:</p> <p><a href="https://www.asl3nuoro.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-di-programmazione-sanitaria/programmazione-sanitaria-annuale-e-triennale-2025-2027/">https://www.asl3nuoro.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-di-programmazione-sanitaria/programmazione-sanitaria-annuale-e-triennale-2025-2027/</a></p>
<b>4. MONITORAGGIO</b>	<p>Il ciclo di gestione e valutazione dei risultati si articola nelle seguenti fasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, nel rispetto degli obiettivi impartiti dalla Regione, dei risultati attesi e dei relativi indicatori;</li> <li>b) Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;</li> <li>c) Monitoraggio in corso d'esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;</li> <li>d) Misurazione e valutazione annuale dei risultati;</li> <li>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;</li> </ul> <p>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, 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</p>

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 102 Piano Integrato di Attività e organizzazione – Anni 2023/2025 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.
--	------------------------------

**ALLEGATI:****Allegato 1 – Obiettivi e indicatori – sottosezione Performance****Allegato 2\_Elenco Obblighi di pubblicazione****Allegato 3\_Tabella rischi e misure****Allegato 4\_Misurazione del rischio****Allegato 5\_Catalogo procedimenti**