

Piano Integrato di Attività e Organizzazione Anni 2026/2028

Art. 6 decreto legge n. 80/2022 convertito con modificazioni dalla legge n.113/2021

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

Sommario

Premessa	3
1. Scheda anagrafica dell'Amministrazione	5
1.1. Chi siamo e come operiamo	6
1.2. Il contesto di riferimento interno	9
1.3. Il contesto di riferimento esterno	13
1.4. Amministrazione in cifre.....	14
1.5. La produzione dell'Azienda	15
2. Sezione Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione.....	20
2.1. Valore Pubblico	20
2.2. Performance	33
2.2.1. La dimensione della Performance.....	34
2.2.2. Piano della Performance	36
2.3. Rischi corruttivi e trasparenza	37
2.3.1. Analisi del contesto esterno ed interno	38
2.3.2. Analisi del Contesto esterno – Valutazioni di impatto del contesto esterno	38
2.3.3. Analisi del Contesto interno - Valutazioni di impatto del contesto interno	38
2.3.4. Mappatura Dei Processi	39
2.3.5. Identificazione, analisi e valutazione del rischio	43
2.3.6. Programmazione e monitoraggio, misure specifiche – prevenzione del rischio	44
2.3.6.1. Progettazione e monitoraggio sull'attuazione di misure organizzative per il trattamento dei rischi	51
2.3.7. Programmazione dell'attuazione della trasparenza	51
3. Sezione Organizzazione e Capitale Umano.....	54
3.1. Struttura Organizzativa	54
3.2. Organizzazione del lavoro agile	55
3.2.1. Il Piano del lavoro agile.....	55
3.2.2. Il Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile.....	57
3.2.3. Obiettivi da raggiungere con il Lavoro Agile	58
3.2.4. Attività effettuabili in modalità agile - il supporto al cambiamento organizzativo.....	59
3.2.5. I soggetti, i processi e gli strumenti del Lavoro Agile	60
3.2.6. Le condizionalità e i fattori abilitanti il lavoro agile.....	63
3.2.7. I Piani Operativi gli accordi individuali	66
3.3. Capitale Umano	67
3.3.1. Piano Triennale del Fabbisogno del Personale	70

3.3.2.	Formazione del Personale.	71
3.3.3.	Azioni positive e salute organizzativa.	74
4.	Sezione Monitoraggio.	76

Premessa

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

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

Con il decreto del Dipartimento Funzione Pubblica del 30 giugno 2022, n. 132 (“Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione”) sono stati definiti i contenuti e lo schema tipo del PIAO.

Con decreto del Ministero della Pubblica Amministrazione pubblicato in data 17 Dicembre del 2025 sono state presentate le nuove Linee guida e i Manuali operativi PIAO rivolti ai rappresentanti delle Amministrazioni centrali, Regioni, Comuni e Province e che costituiscono un *“supporto concreto per le amministrazioni alla risoluzione delle principali difficoltà riscontrate nella fase iniziale di applicazione del PIAO e mirano a una programmazione integrata più efficace e coerente”* (Portale PIAO), ove si dà atto che le Regioni, per quanto riguarda le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di dette Linee Guida ai sensi de comma 7bis dell'articolo 6 del dl 80/21.

In attesa di direttive in merito da parte della Regione Sardegna, è stato redatto il presente Piano secondo quanto disposto dal citato decreto del Dipartimento Funzione Pubblica del 30 giugno 2022, n. 132.

Stante i recenti avvicendamenti in capo alla direzione dell'Asl e alle modifiche organizzative introdotte dalla LR n. 8/25 sulle aziende sanitarie, sulla cui scia è recentemente intervenuta la DGR n. 50/9 del 24.09.2025, con la quale sono state adottate le linee guida per l'adozione del nuovo Atto Aziendale, il presente Piano potrà essere oggetto di aggiornamenti in modo tale da garantire un adeguato e costante livello di funzionalità dello stesso.

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

Il PIAO è un documento unico di programmazione e governance che sostituisce una serie di Piani che finora le amministrazioni erano tenute a predisporre annualmente relativamente alla performance, al fabbisogno del personale, al lavoro agile, all'anticorruzione, alla parità di genere.

Il PIAO, è dunque uno strumento unitario, "integrato", che sostituisce i piani del passato e li "metabolizza" in uno strumento nuovo e omnicomprensivo, che consente un'analisi a 360 gradi dell'amministrazione e di tutti i suoi obiettivi da pianificare.

Il D.M. n. 132 del 2022 all'art. 2 regola la composizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione e stabilisce che esso debba contenere:

- Scheda anagrafica dell'amministrazione;
- Sezione Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione;
- Sezione Organizzazione e Capitale Umano;
- Sezione Monitoraggio.

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

1. Scheda anagrafica dell'Amministrazione

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

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

Il logo identificativo dell'Azienda è:



1.1. Chi siamo e come operiamo

Con la Legge Regionale 11 settembre 2020, n. 24 che ha dato avvio alla riforma sanitaria regionale, l'Azienda di Nuoro dal 1.1.2022 ha assunto la propria identità di Azienda Socio Sanitaria.

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

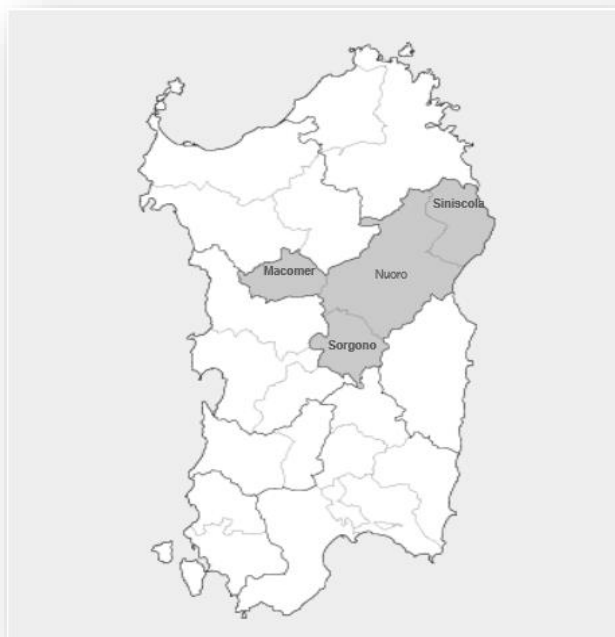


Fig. 1 – Territorio della ASL 3 di Nuoro

L'attuale assetto organizzativo dell'Azienda è stato definito con l'Atto Aziendale di cui alle delibere del Direttore Generale dell'Asl n. 3 di Nuoro n. 427 del 6/6/2023 e n. 88 del 21/02/2023, a seguito di conformità degli atti da parte degli organi Regionali, con DGR n. 4/63 del 16/02/2023 e D.G.R. n.18/13 del 18.05.2023.

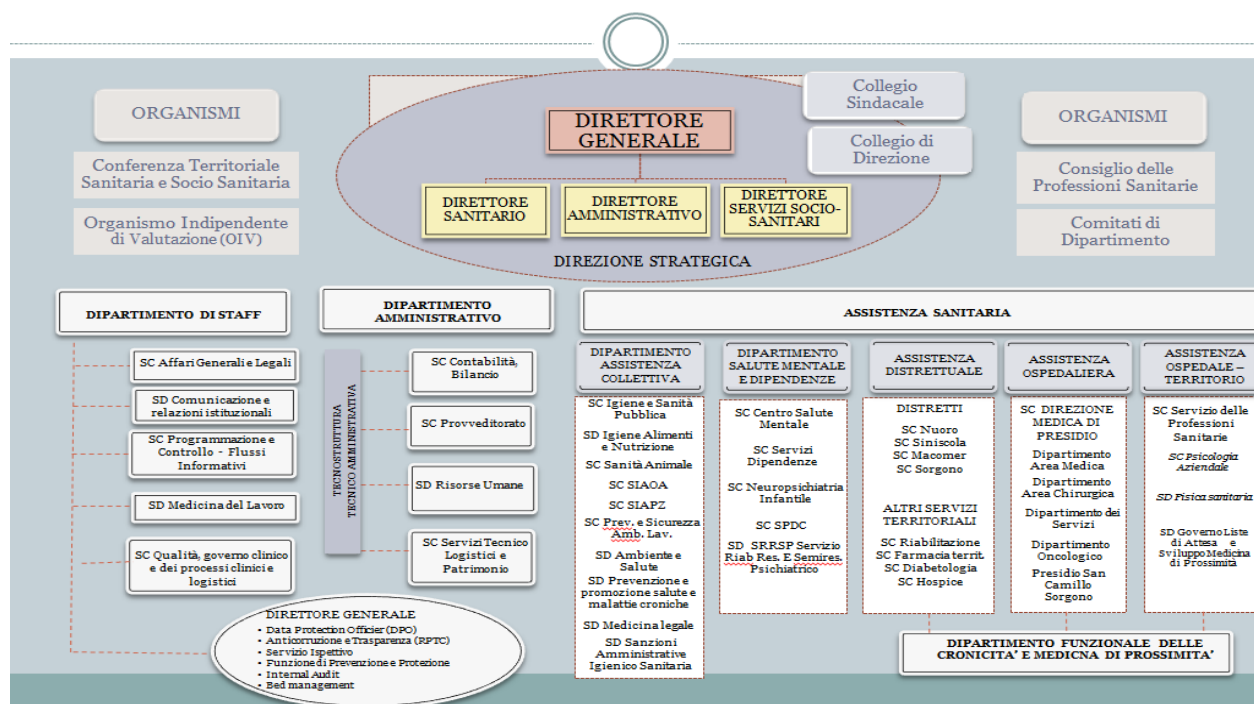
L'Atto Aziendale¹ sancisce che l'Azienda è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1, del D.lgs. 502 del 1992 e ss.mm.ii. e delle disposizioni legislative regionali di istituzione del SSR.

L'adozione dell'Atto Aziendale ha fornito all'Azienda lo strumento per la definizione del proprio assetto organizzativo individuando le modalità di funzionamento, sulla base delle indicazioni programmatiche del governo regionale.

Si riporta di seguito l'attuale organigramma aziendale:

¹ Il documento è disponibile nel sito internet dell'Azienda all'indirizzo: <https://www.asl3nuoro.it/azienda/organizzazione/atto-aziendale/>.

ORGANIGRAMMA ASL NUORO



Il patrimonio dell'azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili, ad essa appartenenti, ivi compresi quelli trasferiti dallo Stato o da altri enti pubblici, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità ai sensi e per gli effetti dell'art. 5 c. 1 e 2, del D.lgs. n. 502 del 1992 e ss.mm.ii. ed è quello risultante nei suoi libri contabili.

L'Azienda si trova, peraltro, in una fase di transizione, in quanto la L.R. n. 8/2025 ha ridisegnato l'assetto delle Aziende Sanitarie che verrà implementato da successivi atti aziendali e da un prossimo processo di riorganizzazione, come da DGR n. 50/9 DEL 24.09.2025 che delinea le nuove linee guida dell'atto aziendale.

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

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

I Distretti:

Distretto di Nuoro:

Casa Della Comunità di Nuoro:

Casa della Salute di Gavoi

Casa della Salute Oliena

Poliambulatorio di Bitti

Distretto di Siniscola

Poliambulatorio di Siniscola

Poliambulatorio di Orosei

Distretto di Macomer

Poliambulatorio di Macomer

Distretto di Sorgono

Poliambulatorio di Sorgono

Poliambulatorio di Aritzo

Casa della Salute di Desulo

I Presidi Ospedalieri:

Presidio Ospedaliero San Francesco (Nuoro):

Dipartimento Area Chirurgica

Dipartimento Area Medica

Dipartimento Oncologico

Dipartimento dei Servizi

Presidio Ospedaliero Cesare Zonchello (Nuoro):

Dipartimento Area Medica

Dipartimento dei Servizi

Presidio Ospedaliero San Camillo (Sorgono):

Dipartimento Area Chirurgica

Dipartimento Area Medica

Dipartimento dei Servizi

1.2. Il contesto di riferimento interno

La ASSL di Nuoro sorge su un territorio che si estende per 3.934 Km² e comprende 52 comuni. Il territorio si caratterizza per una geomorfologia del territorio complessa, in buona parte tipicamente montana, con un sistema viario non all'altezza delle necessità, che rende difficoltose le comunicazioni interne e l'accessibilità all'assistenza sanitaria. La densità della popolazione è molto bassa, pari a 36,22 ab/ Km², con una forte disparità rispetto ai 64,86 ab/ Km² nella regione Sardegna e ai 195,68 ab/ Km² a livello nazionale.

I dati demografici del 2025 (Fonte Geo demo Istat all'01/01/2025, dato aggiornato 2026) evidenziano la presenza di tanti centri di piccole dimensioni (il 34,62% dei comuni dell'Asl Nuorese sono sotto i 1.000 abitanti).

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

Tabella 1 - Dati strutturali anno 2025								
DISTRETTI ASL NUORO	Distretto Nuoro	Distretto Macomer	Distretto Siniscola	Distretto Sorgono	Totale ASL	Sardegna	Italia	
Comuni	20	10	9	13	52	377	7.896	
di cui sotto i 2000 abitanti (Anno 2025)	9	8	3	12	32			
di cui sotto i 1000 abitanti (Anno 2025)	5	4	2	7	18			
Superficie Km ²	2.026,05	534,22	749,84	623,61	3.933,72	24.090	301.225	

Anno 2025	Abitanti	77.469	19.745	31.019	14.264	142.497	1.562.381	58.943.464
	Variazione assoluta popolazione rispetto al 2024	-1.085	-228	-28	-220	-1.561	-8.072	-27.766
	Variazione % popolazione rispetto al 2024	-1,38%	-1,14%	-0,09%	-1,52%	-1,08%	-0,51%	-0,05%
	Incidenza % sul Tot. Della Popolazione Asl	53,78%	13,71%	21,53%	9,90%	9,12%	2,65%	
	Densità ab/km ²	38,24	36,96	41,37	22,87	36,22	64,86	195,68

Fonte dati: Geo demo Istat all'01.01.2025 (aggiornamento all'01.01.2026)

Negli ultimi 5 anni (2021/2025) l'andamento della popolazione evidenzia un calo complessivo dei residenti pari al -3,62%, più elevato rispetto alla variazione riscontrata a livello regionale pari a -1,74%.

Nei Distretti Sanitari la variazione più contenuta è quella del Distretto Sanitario di Siniscola (-0,33%) caratterizzato da una popolazione più giovane e dal dinamismo economico conseguente alla vocazione turistica del territorio, contrapposta al calo del Distretto Sanitario di Sorgono (-6,12%) caratterizzato da un territorio geograficamente svantaggiato per la viabilità e per l'età avanzata della popolazione.

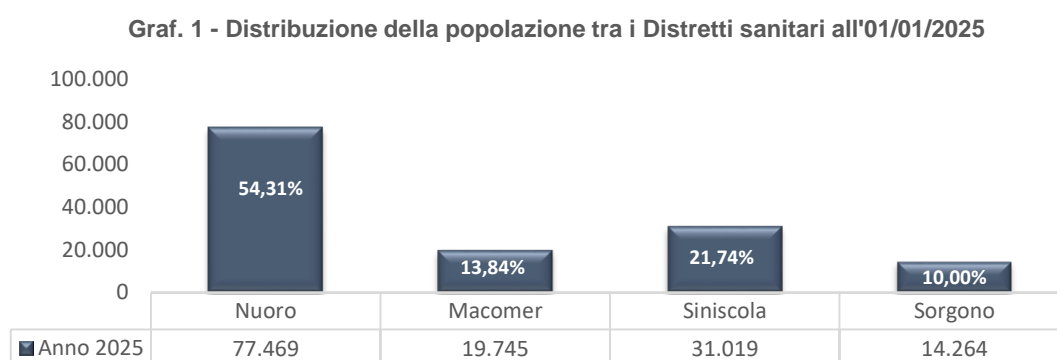
Si riportano nella tabella 2 i dati sintetici:

Tab. 2. Popolazione ASL Nuoro anni 2021/2025 - Totale							
DISTRETTI	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025	ANDAMENTO 2021/2025	
						Val. assoluti	Val. %
Sardegna	1.590.044	1.587.413	1.578.146	1.570.453	1.562.381	-27.663	-1,74%

Totale Asl Nuoro	147.846	146.725	145.257	144.058	142.497	-5.349	-3,62%
<i>Nuoro</i>	80.753	79.986	79.303	78.554	77.469	-3.284	-4,07%
<i>Macomer</i>	20.777	20.520	20.277	19.973	19.745	-1.032	-4,97%
<i>Siniscola</i>	31.122	31.168	30.993	31.047	31.019	-103	-0,33%
<i>Sorgono</i>	15.194	15.051	14.684	14.484	14.264	-930	-6,12%

Fonte dati: Geo demo Istat all'01.01 di ogni anno. Il dato 2025 è stato aggiornato all'01.01.2026

Il grafico 1 mostra la distribuzione della Popolazione tra i 4 distretti: oltre il 54% della popolazione della Asl di Nuoro risiede nel Distretto omonimo contraddistinto dal capoluogo di provincia, che in qualità di centro di servizi attrae buona parte della popolazione; il 21,74% circa risiede nel Distretto di Siniscola, il restante 24% è ripartito tra i Distretti di Macomer e Sorgono, più piccoli territorialmente e caratterizzati dalla presenza di comuni di piccole dimensioni.

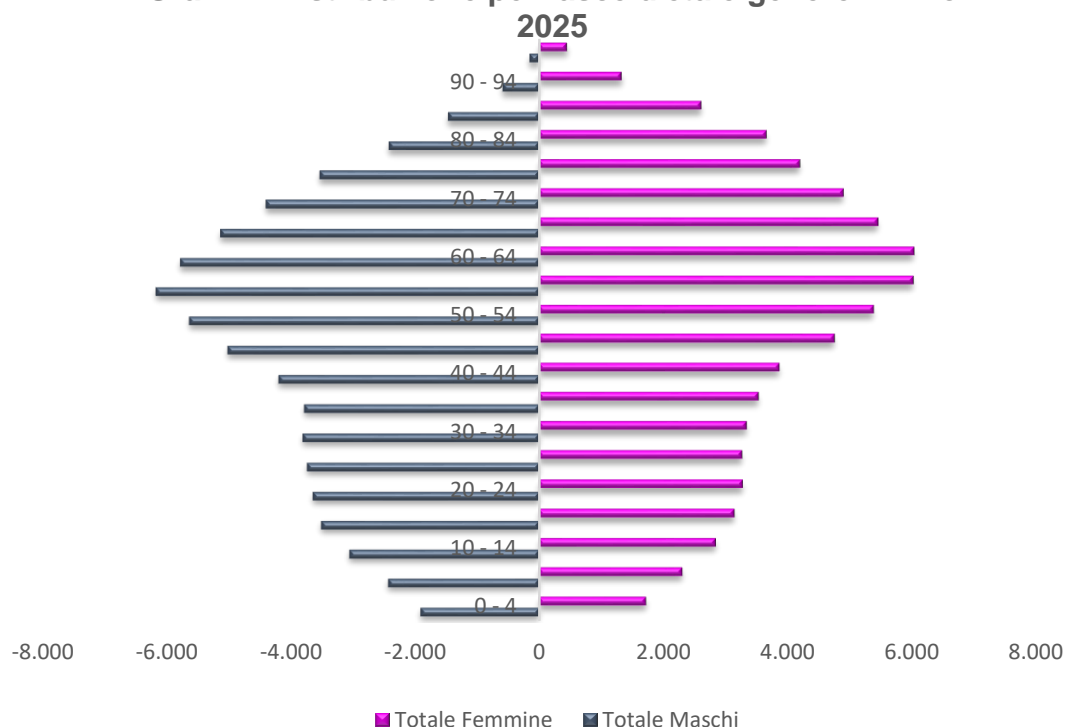


Fonte dati: Geo demo Istat all'01.01.2025 (aggiornamento all'01.01.2026)

La composizione per età e genere della popolazione residente nella ASL di Nuoro è raffigurata nella piramide delle età sottostante (Grafico 2). L'osservazione permette di rilevare lo sbilanciamento anagrafico della popolazione con una base più sottile rappresentata dalle fasce d'età più giovani e un andamento crescente verso le fasce più mature della popolazione.

La ripartizione tra genere maschile e femminile è spostata a favore del genere maschile nelle fasce d'età da 0/4 fino a 55/59 di cui costituisce il 51,90% del campione contro il 48,10% del genere femminile; la tendenza mostra segnali di inversione raggiunta la fascia dei 60/64, per consolidarsi nelle fasce d'età più mature. Il 54,94% della popolazione compresa tra le fasce 65 /100 e + anni è di genere femminile contro il restante 45,06% del genere maschile. Il dato è ancora più rilevante se si osserva nello specifico la fascia dei grandi anziani (85 e + anni) che evidenzia una composizione che vede le donne molto più longeve degli uomini con il 66,53% dell'intero campione.

Graf. 2 - Distribuzione per fasce d'età e genere - Anno 2025



Fonte dati: Geo demo Istat all'01.01.2025 (aggiornamento all'01.01.2026).

Si riportano di seguito nella tabella 3, alcuni indicatori di struttura della popolazione.

	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza giovanile	Indice di ricambio della popolazione	Indice di carico di figli per donna	Tasso di natalità (anno 2024)*	Tasso di mortalità (anno 2024)*
SARDEGNA	282,53%	59,19%	43,72%	15,47%	189,15%	13,73%	4,49	11,78
ASL NUORO	282,53%	62,11%	45,87%	16,24%	177,58%	14,43%	4,67	12,75
<i>Distretto di Nuoro</i>	277,38%	61,80%	45,42%	16,38%	173,12%	14,29%	4,60	12,34
<i>Distretto di Macomer</i>	366,22%	67,99%	53,40%	14,58%	188,80%	12,45%	3,63	13,65
<i>Distretto di Siniscola</i>	221,53%	57,45%	39,58%	17,87%	161,52%	15,76%	5,58	11,03
<i>Distretto di Sorgono</i>	375,77%	66,46%	52,49%	13,97%	232,40%	14,80%	4,57	17,46

Fonte dati: Geo demo Istat all'01.01.2025 (aggiornamento all'01.01.2026)

*Ultimo dato disponibile

La tabella 3 riporta in sintesi la fotografia dell'evoluzione socio demografica della nostra popolazione, evidenzia l'inesorabile processo di invecchiamento in corso e consente di comprendere gli squilibri generazionali manifesti, che contraddistinguono non solo il nostro territorio, ma anche quello regionale di riferimento, consentendo di cogliere i cambiamenti del tessuto sociale oltre che economico e costituendo la base per l'orientamento nelle scelte delle politiche sociali.

La presenza della popolazione straniera è sintetizzata nella tabella sottostante, da cui emerge che gli stranieri residenti nel nostro territorio costituiscono il 7,48 % dell'intera popolazione straniera presente sul territorio regionale. Nell'intervallo di tempo tra il 2021 e il 2025 si è registrata complessivamente una variazione crescente degli stranieri pari al 9,67%. Nella composizione di genere possiamo osservare la prevalenza femminile, sicuramente dovuta alla domanda crescente di assistenza. L'età media si attesta intorno ai 41 anni, al di sotto dell'età media regionale.

Tabella 4 – Popolazione straniera residente						
Distretto Sanitario	Anno 2025			Incidenza territoriale %	Variazione % 2021/2025	Età media
	Femmine	Maschi	Totale popolazione straniera			
Sardegna	26.517	27.574	54.091	7,48%	9,67%	49,5
Totale Asl Nuoro	1.929	2.118	4.047	100,00%	11,52%	41,14
<i>Ds Nuoro</i>	872	935	1.807	44,65%	5,73%	41,34
<i>Ds Macomer</i>	260	272	532	13,15%	14,41%	38,72
<i>Ds Siniscola</i>	667	644	1.311	32,39%	9,98%	43,25
<i>Ds Sorgono</i>	130	267	397	9,81%	50,95%	39,93

Fonte dati: Geo demo Istat all'01.01.2023 (aggiornamento all'01.01.2026).

1.3. Il contesto di riferimento esterno

Il contesto e i principali interlocutori dell'Azienda incidono in modo più o meno significativo sulla capacità aziendale di determinare e raggiungere gli obiettivi strategici prefissati.

La Regione, considerato il suo ruolo costituzionalmente definito in materia di sanità, incide in modo significativo attraverso vari atti e leggi a diversi livelli (organizzazione delle strutture del SSR, programmazione e finanziamento).

Altri enti che incidono sulla operatività delle singole Aziende Sanitarie sono 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.

Vi sono poi le altre strutture sanitarie con le quali si instaurano rapporti in termini di acquisto di prestazioni (strutture private accreditate) o in termini di stipula di convenzioni (strutture pubbliche), 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 altre al fine di dare risposte ai bisogni dei cittadini.

Sempre più partecipative sono le Associazioni del Terzo Settore, il cui contributo è ormai fondamentale per orientare al meglio le scelte strategiche aziendali rispetto alle diverse categorie dei pazienti presenti nel territorio.

Anche i fornitori costituiscono un elemento di rilievo e il rapporto di fiducia e di leale collaborazione che si può instaurare con gli stessi, nel rispetto della normativa in materia, incide positivamente sulla capacità aziendale di determinare e raggiungere gli obiettivi strategici prefissati.

OPERATORI DEL SISTEMA



1.4. Amministrazione in cifre

Anno di costituzione dell'Azienda Socio-Sanitaria ASL 3 di Nuoro 01/01/2022
(Riforma del Servizio Sanitario della Regione Sardegna con L.R. 24 del Legge n. 24 del 11/09/2020)

TERRITORIO DI COMPETENZA

Superficie	3.934 Km ²
Comuni	52
Popolazione residente	142.497 ab. al 01.01.2025 (Fonte Geo Demo Istat - Aggiornati)

AREA TERRITORIALE

Distretti Sanitari	n. 4
Poliambulatori	n. 9
Consultori Familiari	n. 6 più 2 collocati all'interno Casa della Salute di Gavoi e della Casa della Comunità di Nuoro
Presidi di Continuità Assistenziale	n. 32 di cui 3 Punti di Guardia Turistica (Gestione ARES)
Centri di Riabilitazione	n. 12
Centri Salute Mentale	n. 4
Centri Diurni Salute Mentale	n. 1
Gruppi Famiglia (DSMD)	n. 3
Ser.D	n. 3
NPI	n. 5
Riabilitazione Globale	n. 1 con n. 9 posti letto
Hospice	n. 1

AREA OSPEDALIERA

P.O. DEA DI 1° LIVELLO	n. 1 (P.O. San Francesco)
P.O. di Base	n. 1 (P.O. C. Zonchello)
P.O. Zona Disagiata	n. 1 (San Camillo)
Posti letto RO (HSP 12 al 01.01.2024)	n. 338 + 20 culle
Posti letto DH/DS (HSP 12 al 01.01.2024)	n. 75
Ricoveri Ordinari (al 31.12.2025 - Provvisorio)	n. 11.883
Ricoveri DH/DS (al 31.12.2025 - Provvisorio)	n. 4.593
Accessi Pronto Soccorso (al 31.12.2025)	n. 42.151

AREA PRIVATO ACCREDITATO

Diagnostica Per Immagini	n. 4
Laboratori Analisi	n. 3
FKT	n. 2
Ambulatorio polispecialistico	n. 1
RSA	n. 1 con n. 40 posti letto (struttura pubblica a gestione privata)
Salute Mentale	n. 3
Riabilitazione Globale	n. 4

1.5. La produzione dell'Azienda

Attività Ospedaliera

Dimissioni ospedaliere

Il dato delle dimissioni ospedaliere del 2025 al momento è ancora provvisorio, il dato definitivo si avrà alla chiusura del flusso informativo prevista per la fine di febbraio. Pertanto, le valutazioni in merito alle variazioni tra i due anni messi a confronto potrebbero essere soggette a modifiche e le variazioni rilevate nei vari reparti, soprattutto quelle negative, al momento devono essere valutate con cautela. Nel momento in cui si scrive, dalla tabella sottostante si evince una crescita complessiva pari al 3,68% delle dimissioni. L'andamento positivo è riscontrabile in tutti e tre i nosocomi aziendali.

Nel presidio del San Francesco nel 2025 è possibile rilevare l'entrata a regime della Cardiologia Interventistica, della Chirurgia d'Urgenza oltre all'avvio della Chirurgia Senologica. L'U.O. di Ortopedia ha ripreso la sua attività, ampliata dall'avvio dell'attività in regime Day Surgery presso il Presidio San Camillo.

Stabilimento	Disciplina /Reparto	Anno 2024			Anno 2025 (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	815	745	70	1.089	979	110	274	33,62%
	0802 ssc Cardiologia Interventistica	0	0	0	247		247	247	100,00%
	0901 - Chirurgia Generale	445	371	74	472	360	112	27	6,07%
	0902 Chirurgia d'urgenza	391	308	83	437	307	130	46	11,76%
	0903 Chirurgia Senologica	0	0	0	133	110	23	133	100,00%
	1401 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	202	184	18	247	216	31	45	22,28%
	1801 - Ematologia	1.022	360	662	1.139	401	738	117	11,45%
	2101 - Geriatria	994	894	100	1.254	1.179	75	260	26,16%
	2401 - Malattie Infettive E Tropicali	167	166	1	130	102	28	-37	-22,16%
	2601 - Medicina Generale	1.206	883	323	1.241	1.090	151	35	2,90%
	2901 - Nefrologia	410	253	157	392	211	181	-18	-4,39%
	3001 - Neurochirurgia	376	341	35	377	297	80	1	0,27%
	3101 - Nido	628	628	0	646	646		18	2,87%
	3201 - Neurologia	754	516	238	616	466	150	-138	-18,30%
	3401 - Oculistica	170	19	151	156	16	140	-14	-8,24%
	3601 - Ortopedia E Traumatologia	177	156	21	606	553	53	429	242,37%
	3701 - Ostetricia E Ginecologia	2.450	1.456	994	2.245	1.356	889	-205	-8,37%
	3801 - Otorinolaringoiatria	633	567	66	614	563	51	-19	-3,00%
Stabilimento	Disciplina /Reparto	Anno 2024			Anno 2025 (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	3901 - Pediatria	819	745	74	666	624	42	-153	-18,68%
	4001 - Psichiatria	231	231	0	201	201		-30	-12,99%
	4301 - Urologia	916	547	369	967	625	342	51	5,57%
	4901 - Terapia Intensiva	191	191	0	188	188		-3	-1,57%
	5001 - Unità Coronarica	564	376	188	251	234	17	-313	-55,50%
	5201 - Dermosifilopatia	751	334	417	567	255	312	-184	-24,50%
	6401 - Oncologia	443	0	443	418		418	-25	-5,64%
	7301 - Terapia Intensiva Neonatale	214	214	0	196	196		-18	-8,41%
	P.O. San Francesco - Totale	14.969	10.485	4.484	15.495	11.175	4.320	526	3,51%
P.O. C. Zonchello	6801 - Pneumologia	429	406	23	479	440	39	50	11,66%
	P.O. C. Zonchello - Totale	429	406	23	479	440	39	50	11,66%
P.O. San Camillo	0901 - Chirurgia Generale	221	12	209	170	53	117	-51	-23,08%
	2601 - Medicina Generale	420	201	219	477	215	262	57	13,57%
	3601 Ortopedia day surgery	0	0	0	9	0	9	9	100,00%
	P.O. San Camillo - Totale	641	213	428	656	268	388	15	2,34%
Totale complessivo		16.039	11.104	4.935	16.630	11.883	4.747	591	3,68%

Fonte dati: Anno 2024: Abaco; Anno 2025 (Provvisorio) Sistemi Informativi Ospedalieri (SIO)

Attività di sala operatoria

Interventi per presidio					
Presidio ospedaliero	2023	2024 (Aggiornato)	Anno 2025 (Provvisorio)	Variazione 2024/2023	Variazione 2025/2024
San Francesco	6.472	6.585	6.811	1,75%	3,43%
San Camillo	70	219	352	100,00%	60,73%
Totale complessivo	6.542	6.804	7.163	4,00%	5,28%

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 2023, 2024 (aggiornato) e 2025 (quest'ultimo ancora provvisorio). L'analisi dei risultati evidenzia una lieve variazione in aumento registrata tra il 2023 e il 2024 pari complessivamente al 4%. Tra il 2024 e il 2025 l'incremento dell'attività operatoria si attesta al 5,28%, grazie anche all'avvio nel 2025 della Chirurgia Senologica. Il 2025, il cui dato non è ancora definitivo, ha visto la ripartenza delle attività ortopediche interrotte nel 2024 a causa della carenza dell'organico.

I dati sul tipo di intervento evidenziano un orientamento tendente prevalentemente all'erogazione dell'attività chirurgica programmata che nei tre anni arriva quasi all'80%; il restante 20% circa è costituito dalle attività erogate in urgenza e in modo residuale dall'emergenza. Tali dati sono il risultato di una scelta organizzativa che sempre più, per sopperire alla carenza di personale con specifica formazione professionale e alla

condizione di area svantaggiata che caratterizza la Asl di Nuoro, è costretta ad acquisire professionisti in regime libero professionale. Nel 2025 si assiste ad un incremento dell'urgenza differita.

Interventi per tipo intervento						
Tipo Interventi	2023	2024 (Aggiornato)	Anno 2025 (Provvisorio)	Incidenza % 2023	Incidenza % 2024	Incidenza % 2025
Elezione	4.718	5.403	5.585	72,12%	79,41%	77,97%
Emergenza	48	35	48	0,73%	0,51%	0,67%
Urgenza	1.342	1.233	1.209	20,51%	18,12%	16,88%
Urgenza differita	434	133	321	6,63%	1,95%	4,48%
Totale complessivo	6.542	6.804	7.163	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte dati: Sistemi informativi ospedalieri (SIO)

Il regime prevalente degli interventi è sempre quello ordinario. Le prestazioni in regime day service erogate al San Francesco oscillano intorno al 35%, cresce inoltre il day surgery, come risultato di scelte organizzative volte a migliorare l'appropriatezza dell'assistenza.

Interventi per Presidio e per Regime							
Presidio ospedaliero	Regime Intervento	2023	2024 (Aggiornato)	Anno 2025 (Provvisorio)	Incidenza % 2023	Incidenza % 2024	Incidenza % 2025
San Francesco	Day Service	2.269	2.591	2.362	35,06%	39,35%	34,68%
	Day Surgery	668	737	852	10,32%	11,19%	12,51%
	Ordinario	3.535	3.257	3.597	54,62%	49,46%	52,81%
	Totale	6.472	6.585	6.811	100,00%	100,00%	100,00%
San Camillo	Day Surgery	70	212	230	1,08%	3,22%	3,38%
	Ordinario		7	122	0,00%	0,11%	1,79%
	Totale	70	219	352	1,08%	3,33%	5,17%
Totale complessivo		6.542	6.804	7.163			

Fonte dati: Sistemi informativi ospedalieri (SIO)

Indicatori di esito

Si riportano di seguito alcuni indicatori di esito monitorati anche nel Piano Nazionale Esiti riferiti agli anni 2025/2024 estratti dalla piattaforma Solventum 360 Encompass Analytics. Il dato di base del 2025 è ancora provvisorio.

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

Struttura	2025 (Provvisorio)			2024			Delta 2025 - 2024
	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	168	252	66,67%	153	220	69,55%	- 2,88%
-------	-----	-----	--------	-----	-----	--------	------------

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

Struttura	2025 (Provvisorio)			2024			Delta 2025 - 2024
	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	45	89	50,56%	11	55	20,00%	30,56%

*Il dato del 2024 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	2025 (Provvisorio)			2024			Delta 2025 - 2024
	Dimessi PCP	Totale dimessi	Proporzione PCP	Dimessi PCP	Totale dimessi	Proporzione PCP	
ASL 3	196	692	28,32%	192	723	26,56%	1,77%

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

Struttura	2025 (Provvisorio)			2024			Delta 2024 - 2023
	N. Ricoveri Degenza Post op<3gg	Totale Ricoveri con Intervento	Proporzione	N. Ricoveri Degenza Post op<3gg	Totale Ricoveri con Intervento	Proporzione	
ASL 3	78	78	100,00%	78	78	100,00%	0,00%

Fonte dati: 3M!360

Attività ambulatoriale.

Codice branca	Descrizione branca specialistica	Anno 2024		Anno 2025 (Provvisorio)		Variazione assoluta 2024/2025		Variazione % 2024/2025	
		N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
Totale complessivo		1.628.378	22.654.778	1.552.037	22.483.614	-76.341	-171.164,06	-4,69%	-0,76%
01	Anestesia	339	16.411,30	646	28.295,46	307	11.884,16	90,56%	72,41%
02	Cardiologia	25.907	621.267,39	22.393	719.061,05	-3.514	97.793,66	-13,56%	15,74%
03	Chirurgia generale	11.157	192.403,89	8.653	173.863,73	-2.504	-18.540,16	-22,44%	-9,64%
04	Chirurgia Plastica	3	45,19			-3	-45,19	-100,00%	-100,00%
05	Chirurgia vascolare – Angiologia	3.945	102.532,76	3.986	111.411,32	41	8.878,56	1,04%	8,66%
06	Dermosifilopatia	29.360	435.546,53	25.644	485.941,24	-3.716	50.394,71	-12,66%	11,57%
08	Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica	48.374	2.304.739,74	43.662	2.327.054,68	-4.712	22.314,94	-9,74%	0,97%
09	Endocrinologia (1)	461	10.190,76	52.791	591.990,62	52.330	581.799,86	11351,41%	5709,09%
10	Gastroent. - Chirurgia ed endosc. digestiva	2.856	162.899,38	3.127	243.245,25	271	80.345,87	9,49%	49,32%

11	Lab. analisi chimico cliniche e microbiologiche - Microbiologia	1.156.814	6.235.215,02	1.121.548	5.929.055,13	-35.266	-306.159,89	-3,05%	-4,91%
12	Medicina fisica e riabilitazione - Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	75.312	768.132,40	59.219	919.936,91	-16.093	151.804,51	-21,37%	19,76%
13	Nefrologia	30.262	3.936.297,73	21.311	2.895.439,81	-8.951	-1.040.857,92	-29,58%	-26,44%
14	Neurochirurgia	813	15.902,27	1878	35.070,83	1.065	19.168,56	131,00%	120,54%
15	Neurologia	13.149	200.362,78	11.320	195.888,16	-1.829	-4.474,62	-13,91%	-2,23%
16	Oculistica	24.389	1.926.462,80	22.234	1.893.304,02	-2.155	-33.158,78	-8,84%	-1,72%
17	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo facciale	6.884	122.284,39	6.945	176.845,66	61	54.561,27	0,89%	44,62%
18	Oncologia	55.466	322.455,38	54.204	359.767,52	-1.262	37.312,14	-2,28%	11,57%
19	Ortopedia e traumatologia	12.347	187.946,87	12.681	252.541,02	334	64.594,15	2,71%	34,37%
20	Ostetricia e ginecologia	8.075	213.603,23	7.777	220.748,84	-298	7.145,61	-3,69%	3,35%
21	Otorinolaringoiatria	14.952	286.327,87	13.206	307.472,49	-1.746	21.144,62	-11,68%	7,38%
22	Pneumologia	17.237	389.074,77	15.597	379.038,14	-1.640	-10.036,63	-9,51%	-2,58%
23	Psichiatria	509	7.999,21	2146	45.739,80	1.637	37.740,59	321,61%	471,80%
24	Radioterapia	18.747	3.426.882,02	17.071	3.723.109,15	-1.676	296.227,13	-8,94%	8,64%
25	Urologia	4.330	120.671,35	4.598	132.587,98	268	11.916,63	6,19%	9,88%
26	Altre prestazioni (1)	66.690	649.122,53	19.400	336.204,69	-47.290	-312.917,84	-70,91%	-48,21%

Nota (1): le variazioni delle branche Endocrinologia e Altro sono dovute all'applicazione del nuovo nomenclatore tariffario entrato in vigore per le prestazioni prescritte dal 30.12.2024, che riconduce le visite e alcune prestazioni della diabetologia dalla branca 26 alla branca 9.

Fonte: File C Aziendale 2025 - Estrazione del 22.01.2026 – Provvisorio

2. Sezione Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

2.1. Valore Pubblico

Le Linee Guida 1/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica relative alla predisposizione del Piano della Performance già definivano il Valore Pubblico come «il livello di benessere sociale, economico degli utenti e degli *stakeholder*», aggiungendo che «<l'amministrazione crea Valore Pubblico quando persegue (e consegue) un miglioramento congiunto ed equilibrato degli impatti>». Con la normativa di definizione del PIAO tale concetto viene ampliato e rafforzato e nel suo contesto di affermazione si coglie che esso è il risultato di una tendenza alla costruzione di sistemi di management pubblico fondati sull'impatto di medio – lungo termine sul benessere dei cittadini e della collettività, appunto Valore Pubblico.

La misurazione del Valore Pubblico valuta l'impatto multidimensionale (economico, sociale, ambientale, sanitario) delle azioni della Pubblica Amministrazione sul benessere di cittadini, imprese e stakeholder, usando indicatori di efficacia, di efficienza e di salute organizzativa (come soddisfazione utenti, inclusione, salute finanziaria, innovazione e sostenibilità) che valutano benefici ed efficacia, collegando risorse investite a risultati tangibili per la collettività, in un processo che mira a generare benessere e fiducia.

Il Valore Pubblico consente di guidare le performance dell'Ente verso gli obiettivi perseguiti divenendone la "stella polare" sia in fase di definizione del Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance che in fase di programmazione e rendicontazione.

L'ASL di Nuoro definisce il proprio Valore Pubblico come l'incremento del benessere reale, in termini sanitario, sociale, economico, ambientale e culturale, del nostro territorio e della collettività assistita e come il frutto dell'azione sinergica delle strutture aziendali e dei soggetti pubblici coinvolti, perseguiti il medesimo obiettivo. Azioni, che mobilitando al meglio le risorse disponibili finanziarie, tecnologiche, organizzative e sociali, interpretano i bisogni espressi e non espressi del territorio e forniscono, in un'ottica di condivisione e partecipazione, risposte adeguate al cittadino.

Nell'Asl di Nuoro la creazione di Valore Pubblico è ispirata dai seguenti principi:

- ✓ Prevenzione e Promozione della salute;
- ✓ Centralità della persona;
- ✓ Appropriatezza (in ambito ospedaliero, specialistico, farmaceutico e dei percorsi assistenziali);
- ✓ Qualità (gestionale, professionale dei servizi e percepita dall'utenza);
- ✓ Accessibilità fisica e digitale dei servizi;
- ✓ Integrazione Ospedale e Territorio;
- ✓ Comunicazione dinamica, includente ed efficace;
- ✓ Equilibrio economico finanziario;
- ✓ Valorizzazione del Capitale Umano;
- ✓ Trasparenza;
- ✓ Sostenibilità.

Le strategie per la creazione di Valore Pubblico e i relativi indicatori di impatto sono in coerenza con i documenti di programmazione economica e finanziaria (Delibera n. 713 del 13.11.2025) i cui obiettivi strategici generali e valori obiettivo, da conseguire, si intendono nel presente piano interamente confermati e richiamati. Tra le principali sfide progettuali per il triennio 2026 - 2028, che rivestono un importante riflesso in termini di Valore Pubblico, l'Azienda Sanitaria di Nuoro intende focalizzare le proprie azioni sulle seguenti tematiche.

Area prevenzione collettiva e sanità pubblica

Il Piano Regionale della Prevenzione svolge un ruolo cruciale di governance e indirizzo nell'ambito della prevenzione, basandosi su una visione che considera la salute come il risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente. Questo approccio riconosce l'interconnessione tra la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi, promuovendo un modello multidisciplinare, intersettoriale e coordinato, noto come *One Health*, per prevenire e contrastare i rischi per la salute.

In tale ambito è fondamentale orientare il sistema di prevenzione verso la promozione della salute, creando nelle comunità le condizioni che favoriscano una maggiore consapevolezza e capacità di intervento. Questo approccio mira a salvaguardare la salute sia a livello individuale che collettivo, valorizzando il ruolo della Prevenzione e Promozione della Salute come pilastro fondamentale della programmazione aziendale.

In tale prospettiva è stata valorizzata una visione che orienta le azioni verso il mantenimento del benessere lungo l'intero arco della vita, attraverso interventi fondati su evidenze di costo-efficacia, equità e sostenibilità.

La programmazione aziendale, per il triennio 2026 - 2028, intende continuare ad attuare ed implementare un modello di erogazione dei servizi a rete che favorisca una diffusione capillare sul territorio delle attività di prevenzione e promozione della salute e, al contempo, rafforzi la capacità dell'Azienda di intercettare precocemente i bisogni di salute della popolazione e di assicurare risposte tempestive e appropriate.

Attraverso un percorso di forte innovazione, integrazione e partecipazione attiva delle comunità, l'Asl di Nuoro intende proseguire e sviluppare i progetti di seguito elencati.

- *Rafforzamento e Innovazione degli Screening Preventivi.*

Nel prossimo futuro, si prevede un ulteriore potenziamento dei programmi di screening oncologici per la prevenzione del tumore della mammella, della cervice uterina e del colon retto attraverso l'adozione di modelli organizzativi più integrati e proattivi finalizzati all'individuazione precoce di tumori e lesioni pre-cancerose più facilmente curabili.

È altresì previsto un potenziamento dello *screening* dell'Epatite C (HCV) in considerazione della natura asintomatica dell'infezione e della necessità di favorire la diagnosi precoce nelle popolazioni target, individuate dal Ministero della Salute.

La creazione di reti territoriali e ospedaliere più efficaci, unitamente a modalità di accesso semplificate come gli *open-day* e i modelli di *screening* di prossimità, favorirà un aumento della copertura e dell'adesione alle prestazioni preventive.

L'introduzione di strumenti informativi moderni e campagne di comunicazione mirate potenzieranno l'*empowerment* dei cittadini, promuovendo scelte informate e consapevoli.

- *Promozione dell'attività fisica.*

L'Azienda prevede di estendere il progetto "Caminadores-Gruppi di Cammino" alle aree non ancora coinvolte. Tale programma, con oltre 1700 iscritti e 150 km di percorsi sicuri distribuiti su 33 comuni, ha infatti come principale obiettivo quello di contrastare progressivamente la diffusione di comportamenti sedentari e di inattività fisica al fine di ridurre sempre più il carico delle malattie croniche non trasmissibili, favorire il benessere mentale, l'invecchiamento attivo e l'inclusione sociale. È in fase di pianificazione, inoltre, un servizio dedicato alla prescrizione di attività fisica adattata ed esercizio fisico strutturato per soggetti con patologie croniche; tale progetto verrà inizialmente sperimentato nei pazienti affetti da diabete mellito (nell'ambito del progetto SNAI) e tra le donne operate di tumore al seno, con erogazione del servizio nelle palestre della salute aziendali.

- *Estensione e Sostenibilità delle Attività di Promozione della Salute.*

Le iniziative di promozione dell'attività fisica e di stili di vita sani saranno ulteriormente sviluppate e integrate nelle scuole e nei luoghi di lavoro. In ambito scolastico, si mira a consolidare percorsi partecipativi e innovativi, coinvolgendo studenti, docenti e famiglie, per creare una cultura della salute duratura e condivisa. Sul fronte lavorativo, il modello di *Workplace Health Promotion* si diffonderà, favorendo ambienti di lavoro più salutari e sostenibili, con interventi di educazione alimentare, attività fisica e *screening*.

Questi sforzi contribuiranno a ridurre il carico di malattie croniche, migliorare la qualità della vita e rafforzare la coesione sociale, promuovendo una cultura della prevenzione a livello collettivo.

- *Implementazione di Politiche di Prevenzione degli Incidenti.*

Le strategie di prevenzione degli incidenti domestici e stradali proseguiranno attraverso una collaborazione sempre più stretta tra enti pubblici, privati e comunità. L'intensificazione di campagne di sensibilizzazione, formazione e monitoraggio permetterà di ottenere risultati più significativi nella riduzione di incidenti e rischi, in particolare tra le fasce più vulnerabili come anziani e giovani. Programmi educativi nelle scuole e iniziative di coinvolgimento comunitario saranno fondamentali per diffondere comportamenti più sicuri, creando un ambiente più protetto e consapevole. La valutazione periodica degli interventi garantirà un miglioramento continuo delle strategie adottate, rendendo la prevenzione più efficace ed efficiente.

- *Innovazione Tecnologica e Collaborazione Intersettoriale.*

L'utilizzo di nuove tecnologie (potenziamento della chiamata attiva, metaverso, tecniche immersive) sarà centrale per migliorare la gestione e l'efficacia dei programmi di prevenzione. La collaborazione tra diverse istituzioni e settori si tradurrà in un approccio più integrato e sostenibile, capace di rispondere in modo tempestivo e mirato ai bisogni della popolazione.

La sinergia tra sanità, scuola, enti locali e associazioni favorirà lo sviluppo di interventi più personalizzati e inclusivi, capaci di raggiungere tutte le fasce sociali e territoriali, contribuendo a una società più sana, sicura e inclusiva.

Area Prevenzione – Vaccinazioni

L'Asl di Nuoro, nell'ottica della valorizzazione della prevenzione e della tutela della salute pubblica, in coerenza con i macro obiettivi del Piano di Prevenzione Regionale, tra i quali il rafforzamento e lo sviluppo di un patrimonio comune di pratiche preventive, intende implementare alcune iniziative nell'ambito delle vaccinazioni.

In base alla strategia attuata nel corso dell'anno 2025, diretta al riordino della Rete Aziendale composta da 11 CVA (ognuno dei quali ha in dote un gruppo di operatori monitorato con il software AVacS– Anagrafe Vaccinale Sardegna) che ha visto l'istituzione del Centro Unico Aziendale per la Medicina dei Viaggi (e l'implementazione dell'uso della piattaforma ISS– PREMAL), l'Azienda vuole implementare dette azioni e disporre l'apertura di un nuovo CVA presso la Casa di Comunità di Oliena.

Inoltre, la Asl di Nuoro pur avendo già dato avvio negli anni passati a programmi di “*catch up*” per la copertura anti Papilloma Virus (HPV) per la popolazione adolescenziale, in linea con le direttive del legislatore regionale, intende: proseguire con il potenziamento del programma di offerta gratuita con chiamata attiva diretta alla popolazione giovanile (25 anni) non ancora vaccinata; assicurare i programmi di prevenzione primaria nelle coorti degli adolescenti (coorti 1996-2012 per le femmine e coorti 2006-2012 per i maschi); assicurare l'offerta gratuita a tutte le donne già trattate per lesioni precancerose HPV correlate; implementare l'anagrafe vaccinale nelle coorti non inserite a sistema (1996 – 1999).

Area Prevenzione Sanitaria - Veterinaria

In una prospettiva di sviluppo sostenibile della sanità territoriale e di benessere collettivo, l'impegno dell'Azienda è profuso ad integrare ed implementare progressivamente diverse dimensioni quali: la prevenzione sanitaria mediante il controllo delle zoonosi, la tutela della sicurezza della popolazione da aggressioni e incidenti, il benessere animale e il rispetto dei diritti degli animali quali esseri senzienti, l'efficienza economica della gestione della sanità pubblica territoriale.

Per il triennio 2026.2028 si intende implementare le seguenti azioni:

- **identificazione degli animali d'affezione e gestione dell'Anagrafe Canina**
- Implementazione dei sistemi di identificazione elettronica, al fine di garantire la prevenzione della zoonosi, la riduzione degli abbandoni e del randagismo, assicurano il contenimento dei costi sociali.
- **cattura e gestione dei cani randagi**
- Misure di prevenzione dalle situazioni di pericolo per la sicurezza pubblica e per la tutela del benessere animale.
- **sterilizzazione e controllo delle nascite**

- Interventi di riduzione del randagismo alla fonte, mediante programmi di controllo delle nascite e azioni di sterilizzazione.
- **sorveglianza epidemiologica sugli allevamenti.**

La ASL di Nuoro intende potenziare obiettivi di sorveglianza epidemiologica sugli allevamenti, con un sistema strutturato che assicuri la tempestiva individuazione dei sospetti di malattia e l'attuazione delle misure previste dalla normativa vigente in materia di sanità animale. Particolare attenzione è rivolta alla capacità di risposta rapida ed efficace in caso di emergenza sanitaria, mediante il coordinamento operativo dei Servizi Veterinari e la collaborazione istituzionale con la Regione Autonoma della Sardegna, il Ministero della Salute e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna.

Accanto alle attività di controllo sanitario, l'Azienda vuole attribuire un ruolo centrale all'informazione e alla formazione degli allevatori, finalizzate a favorire il riconoscimento precoce dei segni clinici della malattia, l'applicazione delle misure di biosicurezza e la collaborazione attiva con l'autorità sanitaria. Tali azioni contribuiscono a rafforzare la resilienza del sistema zootecnico locale e a ridurre l'impatto economico e sociale di eventuali focolai.

Gli effetti attesi si traducono nel mantenimento di elevati livelli di sanità animale, nel contenimento delle perdite produttive, nella tutela del reddito degli allevatori e nella stabilità occupazionale delle aree rurali. Al contempo, l'efficacia delle attività di prevenzione e controllo rafforza il ruolo istituzionale della ASL di Nuoro quale presidio fondamentale di sanità pubblica veterinaria, in coerenza con gli indirizzi delle politiche sanitarie regionali e nazionali.

Area Governo della domanda e liste d'attesa

Stimolata dagli interventi regionali aventi l'obiettivo dell'abbattimento delle liste d'attesa, quali da ultimo la Delibera Delibera 47/7 del 10/09/2025 "Programma di abbattimento liste d'attesa 2025. Legge regionale 8.5.2025, n. 12, art. 2, comma 1" – che prevede un finanziamento di 5 milioni di euro destinato all'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale e ospedaliera da privati accreditati – la Asl di Nuoro intende proseguire nell'attuazione di tale programmazione prevedendo prestazioni aggiuntive eseguite dal personale dipendente (dirigenza medica e personale sanitario del comparto sanità) e da personale convenzionato, garantendo l'apertura degli ambulatori anche il sabato.

Propedeutica a tali misure è quella dell'adozione di un regolamento aziendale sull'Attività Libero Professionale Intramuraria con l'istituzione di una Commissione Paritetica che svolgerà il ruolo di controllo delle attività.

Inoltre, l'Azienda continuerà ad attuare il monitoraggio sulle prestazioni effettuate dalle strutture private accreditate finalizzate all'espletamento di prestazioni specialistiche convenzionate con il SSR.

Sempre in un'ottica di riduzione delle liste d'attesa, si procederà alla rimodulazione e all'implementazione della *governance* delle ore di Specialistica Ambulatoriale Interna, in sinergia con le Direzioni dei quattro Distretti, attuando misure mirate allo sviluppo della piattaforma ambulatoriale-territoriale, con funzioni di regia aziendale, al fine di incorporare diversi livelli, quello locale, la dotazione organica e le ore di SpeA. Anche l'implementazione dei percorsi interni alle piattaforme di pre-ospedalizzazione e sala operatoria sono diretti in tal senso al miglioramento della performance e quindi alla riduzione dei tempi di attesa.

È prevista anche la pubblicazione del regolamento/vademecum aziendale nel rispetto degli indirizzi forniti dalla Regione sulla costruzione delle nuove agende CUP, con la creazione di un gruppo di lavoro composto dai Referenti aziendali e dal Responsabile CUP.

Si ritiene funzionale all'obiettivo, programmare una campagna informativa rivolta agli stakeholder del territorio per favorire il meccanismo della riprenotazione in caso di assenza del medico, guasto macchinario, emergenza climatica e slot di abbattimento delle liste con gli ambulatori mobili "camper".

Area Distrettuale e integrazione Ospedale e Territorio

I punti sui quali l'Azienda intende focalizzarsi per l'implementazione dei servizi e delle prestazioni di assistenza sono i seguenti.

- Lo sviluppo e il potenziamento della Medicina di Prossimità attraverso strutture intermedie territoriali come: le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, il pieno funzionamento della Centrale Operativa Territoriale di Nuoro, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare con particolare attenzione anche ai percorsi di dimissione protetta e l'attivazione dell'Infermiere di Famiglia.

L'obiettivo primario è duplice: ottimizzare la gestione del paziente sul territorio e supportare l'offerta medica in aree geografiche caratterizzate da una carenza di professionisti sanitari.

- La telemedicina e la teleassistenza attraverso la piena attuazione di un sistema organizzativo integrato volto a superare i limiti assistenziali posti dalle distanze, sviluppando modelli che fino a ieri non rappresentavano una priorità, ma che il contesto più recente ha reso necessari. Queste forme alternative ed innovative di presa in carico del paziente permettono di soddisfare un bisogno sempre più crescente di salute, dovuta ad una popolazione sempre più anziana con forte prevalenza di malattie croniche. L'obiettivo aziendale è la comunicazione fra i diversi attori coinvolti, orientando gli erogatori verso un utilizzo appropriato delle risorse, riducendo i rischi legati a complicità, il ricorso alla ospedalizzazione, i tempi di attesa e ottimizzando nel contempo l'uso delle risorse disponibili.

Sono in fase di imminente implementazione anche i progetti di:

- telemedicina applicata a pazienti diabetici, utilizzando strumenti come telemonitoraggio, televisita, teleconsulto e metaverso, per cui sono state attivate postazioni a Sorgono e Gavoi direttamente connesse con l'ambulatorio metaverso del P.O. San Francesco di Nuoro;
 - telemonitoraggio di pazienti affetti da BPCO, attraverso un sistema di telemedicina di II livello, per il monitoraggio di circa 100 pazienti a domicilio, che sfrutta l'intelligenza artificiale per calibrare in modo autonomo e personalizzato le soglie dei parametri di normalità, inviando alert mirati alla centrale.
- Il rispetto dei tempi di attesa per classi di priorità relativi alla specialistica ambulatoriale: ridefinizione e informatizzazione degli slot.
 - La Strategia Nazionale Aree Interne – SNAI: una delle 72 aree scelte a livello nazionale per l'attuazione di questa strategia è la Comunità Montana Gennargentu Mandrolisai che ha stipulato un'apposita convenzione con la ASL di Nuoro. Il progetto, avviato nel settembre del 2025 con durata triennale, intende realizzare una serie di azioni e di interventi in sanità volti a potenziare e sviluppare la rete dei presidi sociosanitari delle Comunità e il sistema della assistenza domiciliare integrata con il rafforzamento della

medicina territoriale e l'introduzione di nuovi servizi sperimentali al fine di connettere efficacemente la struttura ospedaliera ed i servizi distrettuali.

È stato potenziato CDI con la assunzione di n. 2 infermieri a completamento del team degli operatori di CDI. Istituzione del servizio Percorso Nascita con la assunzione di n. 2 ostetriche di Comunità.

Sono state assunte 2 figure infermieristiche con qualificata esperienza: il *Case Manager*, che è chiamato ad assicurare ai pazienti il coordinamento di tutti gli interventi assistenziali, favorendo la ottimizzazione dei servizi erogati attraverso una attenta pianificazione del sistema di gestione del paziente tra i quali il reperimento dei dati clinici e referti dal sistema, programmazione di visite, attivazione di servizi domiciliari sanitari ed assistenziali, l'applicazione dei Piani di Assistenza Individuale; il *Mobility Manager*, che assicura e appronta le soluzioni organizzative consentendo al paziente e alla famiglia di seguire l'iter sanitario in piena sicurezza e serenità, riguardo gli spostamenti fisici tra i diversi poli sanitari;

Sono stati implementati i servizi di Telemonitoraggio, con finanziamento ad hoc affidati alla ASL di Nuoro, per l'acquisto di dispositivi ed attrezzature tecnologiche e la gestione dei servizi con piattaforma digitale. I pazienti verranno arruolati durante l'anno 2026.

Con le risorse della Comunità Montana Gennargentu Mandrolisai si è proceduto alla assunzione di 5 Infermieri di Comunità, figura che agisce nell'ambito della sanità di iniziativa, finalizzata al riconoscimento di una condizione di rischio elevato di malattia, alla gestione della malattia stessa e al monitoraggio per la prevenzione delle complicanze e della insorgenza di nuove patologie. L'Infermiere di Comunità diviene in tal modo un coordinatore proattivo della assistenza sanitaria e garantisce la sorveglianza dell'andamento della salute della persona, della famiglia e, quindi, della Comunità. Il target specifico di utenza è over 65 e under 14.

Si prevede ancora l'assunzione di n. 2 Laureati in Scienze Motorie per l'apertura del primo ambulatorio in Italia di prevenzione e mantenimento di un buon stato di salute attraverso la attività motoria per ultra sessantacinquenni affetti da pluripatologie.

Tra le azioni innovative previste dal progetto rientra inoltre l'attivazione di eventi informativi sui temi della salute e della prevenzione, mediante la realizzazione di un piano di formazione sanitaria per la partecipazione attiva dei cittadini sulle tecniche di primo soccorso. Il piano comprende: corsi di primo soccorso, corsi BLS Pediatrico, BLS/D rivolto agli alunni di tutte le scuole di ogni ordine e grado e alla popolazione della Barbagia Mandrolisai;

-Progetto PNES. Programma Nazionale "Equità nella Salute" 2021-2027 è un'area di intervento per contrastare la povertà sanitaria, promosso dal Ministero della Salute e coordinato dall'INMP – Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà – cofinanziato dalla UE.

È un progetto corposo di contrasto alla povertà sanitaria che punta a raggiungere migranti, senza fissa dimora, famiglie a basso reddito (Isee Inferiore a 10.000 euro) e Comunità RSC (Rom, Sinti e Caminanti) implementando, con percorsi di cura mirati, con risorse umane e strumentali dedicate, un'offerta sanitaria, articolata su più livelli e linee di intervento.

Il Programma individua quattro aree di intervento ritenute più urgenti e per le quali è necessaria un'iniziativa nazionale a supporto dell'organizzazione regionale e locale dei servizi sanitari e sociosanitari:

- prendersi cura della salute mentale;
- maggiore copertura degli *screening* oncologici;
- il genere al centro della cura;
- contrastare la povertà sanitaria.

Nell'ottica di promuovere l'equità nell'accesso ai servizi e alle cure, il PNES ha come obiettivi:

- presa in carico dei bisogni di salute delle persone in stato di povertà sanitaria, anche tramite prestazioni sanitarie specialistiche;
- la distribuzione di farmaci di fascia A e C a persone svantaggiate, essenziali per la cura di malattie croniche e per il miglioramento della qualità di vita;
- visite e cure odontoiatriche e fornitura di protesi odontoiatriche.

Il PNES ha un ulteriore obiettivo, incentivare stili di vita corretti e comportamenti salutari, prevede attività di informazione e sensibilizzazione rivolte alla popolazione target del programma e alla comunità di riferimento.

La ASL 3 di Nuoro ha avviato il progetto e intende implementarlo ulteriormente rispetto alle prestazioni offerte e agli ambiti di intervento. Sono stati aperti i primi ambulatori di prossimità nei 4 istretti per ridurre le barriere di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari e migliorare la presa in carico dei bisogni di salute delle persone vulnerabili e fragili da un punto di vista socio-economico. L'accesso agli ambulatori, per le persone in possesso dei requisiti, può avvenire direttamente o tramite Enti del Terzo Settore, Enti Locali e Ambiti territoriali Sociali.

– Appropriatezza prescrittiva.

Al fine di dare risposta al bisogno di salute dei cittadini, e alla luce del trend in costante crescita della spesa farmaceutica, l'Azienda ritiene necessario rafforzare le azioni di monitoraggio e controllo sull'appropriatezza prescrittiva. In quest'ottica, verranno messe in campo tutte le misure utili a monitorare l'attività prescrittiva per identificare e correggere eventuali inappropriatezze nelle prescrizioni, al fine di ottimizzare l'uso delle risorse e garantire trattamenti adeguati alle esigenze cliniche dei pazienti.

L'appropriatezza prescrittiva nell'area farmacologica sarà potenziata attraverso:

- il monitoraggio periodico della spesa farmaceutica convenzionata e DPC;
- la presentazione dei dati e discussione delle criticità nelle riunioni della Commissione Interdistrettuale sull'Appropriatezza Prescrittiva, evidenziando i casi di anomalia o di inadeguata prescrizione;
- attivazione di percorsi informativi/formativi per MMG/PLS in tema di appropriatezza prescrittiva;
- sensibilizzazione dei MMG ad una corretta prescrizione dei medicinali, attraverso la trasmissione di note informative sulle classi di farmaci di particolare interesse per la salute pubblica o che impattano maggiormente sulla spesa.

Area Reingegnerizzazione dei processi e piattaforme operative

L'Azienda intende promuovere, attraverso strumenti di governo clinico e monitoraggio della qualità, il miglioramento continuo della presa in carico del paziente in ottica di processo operativo, mediante attività condivise svolte da comunità di pratica/team multidisciplinari e il monitoraggio continuo dei percorsi assistenziali e organizzativi.

L'attività di reingegnerizzazione prevede un'analisi costante e approfondita dei processi e dei flussi di lavoro aziendali, con l'obiettivo di eliminare le inefficienze attraverso l'introduzione di soluzioni innovative volte a rendere l'organizzazione più agile ed efficace anche attraverso l'utilizzo di strumenti e metodologie di Lean Management, Value Based Healthcare per l'ottimizzazione dei processi.

In tale contesto l'Azienda è orientata alle azioni volte all'attivazione di audit dei processi aziendali intesi nella loro definizione più generale quali processi sistematici di verifica circa la conformità, l'efficacia e l'efficienza dei processi e dei procedimenti attuati rispetto agli obiettivi aziendali.

Con la delibera 91/2025 sono stati formalizzati i seguenti modelli assistenziali.

- Piattaforma Ambulatoriale Unica. La piattaforma ambulatoriale è un modello organizzativo avanzato e centralizzato per l'erogazione di prestazioni specialistiche sia in ambito ospedaliero che territoriale. A differenza del approccio tradizionale, che prevede l'allocatione di ambulatori dedicati nelle singole unità operative, il modello adottato si articola su un'area fisica comune e flessibile. In tale contesto, gli spazi ambulatoriali non sono permanentemente assegnati al singolo specialista, ma vengono allocati in modo dinamico e adattivo secondo le esigenze. Nella Piattaforma Ambulatoriale Ospedaliera del P.O. San Francesco, composta da 8 ambulatori, vengono erogate prestazioni di numerose specialità dell'area medica, ottimizzando l'uso degli spazi e delle risorse e concentrando le attività in un unico luogo fisico per facilitare il paziente. Nel corso del 2026 verrà attivata una seconda piattaforma per la gestione della chirurgia ambulatoriale. L'innovazione tecnologica di maggior rilievo all'interno della piattaforma ambulatoriale è la postazione Metaverso. Tale tecnologia consente l'erogazione di consulenze immersive a distanza.
- L'organizzazione del percorso del paziente chirurgico, dal prericovero alla dimissione. L'approccio dell'ASL di Nuoro ha previsto e sta potenziando:
 - col servizio di Pre-Ricovero Centralizzato, i pazienti vengono sottoposti a tutti gli esami diagnostici e alle valutazioni cliniche necessarie in un'unica sessione, eliminando la necessità di recarsi in più sedi e riducendo il rischio di rinvii o cancellazioni senza preavviso;
 - la ASL, inoltre, ritiene importante valorizzare le risorse disponibili presso il P.O. San Camillo di Sorgono. L'obiettivo è quello di estendere l'attività in essere ad ulteriori specialità chirurgiche.
- Gestione della piattaforma assistenziale di degenza dipartimentale per la degenza chirurgica e medica, con particolare attenzione all'organizzazione del personale sanitario, secondo il modello gestionale basato sulla classificazione [Prevalent/Not Prevalent].

Oltre al consolidamento di tali piattaforme, l'Azienda è attualmente impegnata nell'implementazione di ulteriori modelli e piattaforme operative strategiche, volti a perfezionare l'integrazione tra i diversi setting assistenziali e a potenziare l'assistenza territoriale e la medicina di prossimità attraverso la gestione dei percorsi di

dimissione protetta (PASS-COT-PUA/UVT), per una transizione fluida tra i setting assistenziali (H-T, T-H, T-T). Al fine di garantire ai pazienti fragili con bisogno complesso la continuità delle cure e dell'assistenza nel territorio, la ASL di Nuoro ha istituito i PASS Ospedalieri collocati nei P.O. San Francesco e Cesare Zonchello di Nuoro e nel P.O. San Camillo di Sorgono; inoltre ha approvato il regolamento delle Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT) e le Linee guida Aziendali per la transizione Ospedale - Territorio. Il potenziamento del modello prevede:

- l'introduzione della figura dell'infermiere del PASS a supporto del personale delle UO dimettenti per la compilazione delle schede di valutazione multidimensionale;
- la funzione del "segretariato sociale" in ambito ospedaliero ad integrazione di quello territoriale (PUA), in modo da garantire l'orientamento e l'accompagnamento ai servizi socio-sanitari.

L'Azienda persegue la creazione di Valore Pubblico, sempre nell'ambito della reingegnerizzazione dei processi, l'accessibilità e la tempestività delle risposte assistenziali, agendo strategicamente sui nodi di ingresso al sistema sanitario per orientare e dare risposte concrete al cittadino.

Il supporto alla gestione del percorso del paziente oncologico, attraverso l'istituzione del Centro di Accoglienza e Servizi (CAS) e l'implementazione di soluzioni di presa in carico e di monitoraggio a domicilio. Il CAS funge da punto di riferimento per il paziente con sospetta o accertata diagnosi di patologia oncologica, si occupa di accogliere il paziente e di pianificare il percorso, l'iter diagnostico e la stadiazione in tempi rapidi, in modo coordinato, secondo quanto previsto dalle linee guida e dai PDTA supportando il paziente dal punto di vista sanitario, socioassistenziale e psicologico. Parallelamente, per ottimizzare la gestione dei flussi in emergenza nel Pronto Soccorso l'Azienda implementa il modello del See & Treat. Questa metodologia di risposta rapida per i codici minori consente una presa in carico più celere da parte di personale infermieristico appositamente formato, secondo protocolli clinici prestabiliti.

Area Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

L'Azienda intende adottare ulteriori misure finalizzate al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, volto a migliorare la capacità di erogazione e monitoraggio dei LEA attraverso efficaci sistemi informativi.

In tale ambito, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (**PNRR**) e nello specifico la Missione 6 "Salute", che ha trovato attuazione con il Decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", ridefinisce i modelli e gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi ai quali conformarsi nell'organizzazione dell'assistenza e del sistema di prevenzione, al fine di garantire equità di accesso alle cure, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e ridurre i divari territoriali, generazionali e di genere.

Sul versante dell'innovazione e della digitalizzazione, l'adesione al progetto FSE 2.0 si propone di operare una evoluzione nella gestione del fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), agevolando la trasmissione dei fascicoli nel territorio nazionale e uniformandone il trattamento, il tutto in un'ottica di adeguamento alle innovazioni tecnologiche. Anche attraverso l'implementazione dell'utilizzo della cartella clinica territoriale informatizzata, si prosegue nell'opera di integrazione tra i diversi nodi della rete di assistenza, compresi quelli ospedalieri.

L'Azienda infatti, intende adottare linee di intervento volte al potenziamento del sistema informativo, sviluppando tali strumenti che migliorano il governo delle informazioni in tempo reale.

L'impegno dell'Azienda Nuorese si focalizza non solo sulla massimizzazione della disponibilità delle apparecchiature, che incide direttamente sull'erogazione delle prestazioni, attraverso la gestione degli interventi manutentivi ed il monitoraggio dell'efficienza dell'intero parco tecnologico, ma anche con l'opera di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, perfezionando l'assetto e l'offerta dei distretti sociosanitari e puntando sul rafforzamento delle cure primarie e sulla rete multiprofessionale.

Ci si riferisce nello specifico alle Case di Comunità (CdC), gli Ospedali di Comunità (OdC).

La Casa della salute, declinata in Case della Comunità (CdC) dalla normativa nazionale è struttura ausiliaria territoriale del Servizio Sanitario Regionale che raccoglie l'offerta extraospedaliera e la integra con il servizio sociale. Come richiamato dall'art. 44, comma 1 della L.R. 24/2020, si configura come il punto di riferimento per la gestione del processo di integrazione dei servizi sanitari, sociali e di promozione della salute, sia in termini funzionali che strutturali e fisici.

Con un investimento stanziato di circa 9,6 milioni di euro, l'ASL di Nuoro ha avviato i cantieri per realizzare sei CdC, secondo il modello Hub-Spoke definito nel DM n. 77/2022.

Per quanto riguarda l'Ospedale di comunità (OdC), esso svolge una funzione intermedia tra il domicilio, le Case di comunità e gli ospedali, con la fondamentale finalità di evitare i ricoveri impropri e di favorire le dimissioni protette in luoghi più idonei ai bisogni sociosanitari del paziente e più prossimi al domicilio.

Accessibilità digitale e comunicazione includente

Come già evidenziato, l'Azienda intende implementare la telemedicina e le altre applicazioni sanitarie che consentono di raggiungere pazienti presenti in aree geograficamente lontane o con mobilità ridotta, senza la necessità di spostamenti fisici, superando una delle barriere più difficili all'accesso alle cure.

Nell'ambito della comunicazione includente, l'ente ha promosso ed intende perseguire il rinnovamento e l'aggiornamento continuo del sito aziendale, relativamente: alla sezione "Amministrazione Trasparente", all'inserimento del Percorso di tutela per l'accesso alternativo alle prestazioni specialistiche, alle sezioni dedicate ai nuovi ambulatori e ai servizi offerti, all'aggiornamento della sezione intramoenia aziendale, all'uniformazione di tutte le guardie mediche e turistiche al nuovo numero NEA (Numero Europeo Armonizzato) 116,117, all'inserimento di nuove sezioni dedicate al PNES e agli interventi finanziati con fondi PNRR.

Un ruolo di fondamentale importanza è svolto dall'URP che garantisce l'ascolto del paziente/cittadino, attraverso colloqui diretti, raccolte di suggerimenti, la rilevazione dei bisogni e del livello di soddisfazione e la gestione dei reclami.

L'Urp inoltre prende in carico le istanze degli utenti che non riescono a prenotare una prestazione entro i tempi indicati dall'ordine di priorità della prescrizione del medico curante al fine di ottenere un anticipo sulle tempistiche, mediante un canale diretto con la Segreteria CUP che grazie agli slot liberati dalle disdette o a quelli inseriti tramite prestazioni aggiuntive, riesce a trovare le prestazioni.

L'Azienda intende, inoltre, creare un canale *whatsapp* aziendale con un risponditore automatico operativo h24 e dotato di A.I. per la gestione immediata delle richieste di informazioni su: servizi e modalità di fruizione, sistemi di accesso ed erogazione delle prestazioni etc. Il contatto sarà presidiato dagli operatori URP che forniranno risposte ulteriori qualora la richiesta dell'utente non venga soddisfatta con un primo step dell'A.I. L'introduzione di questo sistema consentirà di dare all'utente risposte immediate e aumenterà l'accessibilità del servizio.

Per quanto riguarda la comunicazione interna, l'Azienda con l'adozione del piano operativo Family Audit, ha previsto una serie di misure con un focus proprio sulla comunicazione includente. Per un approfondimento, si rimanda alla Sezione 3) Organizzazione e Capitale Umano.

Customer satisfaction

L'Azienda ha sempre riconosciuto l'importanza di sviluppare metodi e modelli di ricerca per la rilevazione del grado di soddisfazione del cittadino/paziente. Se in passato le indagini venivano svolte in modo analogico mediante la modulistica cartacea gestita all'interno delle U.O./Servizi, per il triennio 2026 -2028, si intende valutare l'adozione di opzioni innovative e totalmente digitali, con la combinazione di diversi sistemi per il raccoglimento dei dati, quali:

- Totem da collocare nelle aree ad alto traffico;
- QR CODE da collocare in ogni Unità Operativa o nei servizi transazionali ad alto traffico;
- Canali di distribuzione digitale: whatsapp, e-mail, SMS, con l'invio del sondaggio al termine del servizio.

Sostenibilità ambientale e risparmio energetico

Sul piano della normativa nazionale, il Dipartimento della Funzione Pubblica, con la Circolare n. 2/2022 di recepimento del Regolamento UE 2022/1369 del 5 agosto 2022, ha introdotto delle misure per aumentare la sicurezza dell'approvvigionamento energetico, prevedendo la riduzione dei consumi di gas naturale. Inoltre, il Dipartimento ha fornito indicazioni operative nel documento "Dieci azioni per il risparmio energetico e l'uso intelligente e razionale dell'energia nella Pubblica Amministrazione".

L'Asl di Nuoro, che intende implementare queste misure, ha adottato il vademecum "Buone azioni quotidiane verso la sostenibilità" edizione dicembre 2025 ove fornisce indicazioni operative per orientare il proprio personale all'uso corretto delle apparecchiature e al risparmio energetico, con l'intento di migliorare ed ottimizzare la sostenibilità dell'azienda stessa.

Gli obiettivi espressi nel documento per ottenere dei risultati tangibili in tema di sostenibilità riguardano la diminuzione di:

- consumi energetici;
- emissioni inquinanti e Co2;
- produzione di rifiuti;
- utilizzo dell'acqua.

Inoltre, l'Azienda intende, per il prossimo triennio, produrre economie derivanti dalla riduzione della spesa energetica prevedendo nello specifico: la formazione diretta e una campagna di sensibilizzazione per il personale ed un rinnovo di impianti e apparecchiature.

Audit Interni e Sistemi di Qualità

Nell'ambito del rafforzamento delle funzioni di Governo Clinico e in coerenza con gli obiettivi aziendali di qualità, sicurezza delle cure e accreditamento istituzionale, l'Azienda ha adottato un modello strutturato di gestione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA), quali strumenti centrali per l'appropriatezza clinica, l'integrazione multiprofessionale e l'omogeneità dei percorsi di cura.

Sono stati sviluppati e verranno progressivamente rivalutati n. 16 PDTA, attraverso il coinvolgimento multidisciplinare delle strutture cliniche e organizzative interessate, con aggiornamento continuo sulla base delle evidenze scientifiche, degli indicatori di struttura, processo ed esito e delle esigenze organizzative, al fine di ridurre la variabilità clinica, migliorare la continuità assistenziale e incrementare la qualità dei percorsi di presa in carico. Inoltre, i PDTA sono oggetto di audit periodici, finalizzati alla verifica dell'aderenza alle evidenze, alla valutazione degli esiti assistenziali e all'individuazione delle aree di miglioramento.

Gli audit in programma per il 2026 saranno condotti secondo un modello metodologico coerente con la UNI EN ISO 19011, garantendo uniformità degli approcci, tracciabilità delle verifiche e sistematicità nella gestione delle evidenze, a supporto del progressivo allineamento agli standard di qualità e ai requisiti di accreditamento.

Parallelamente, l'Azienda si appresta ad erogare un corso professionalizzante per auditor interni, rivolto prioritariamente ai professionisti interessati, finalizzato allo sviluppo di competenze in audit clinico-organizzativo.

È inoltre programmata la centralizzazione della gestione degli audit interni accreditanti, al fine di garantire coerenza metodologica, integrazione con il sistema qualità aziendale e coordinamento delle azioni correttive.

A supporto del modello organizzativo è prevista la creazione di una piattaforma digitale condivisa per la gestione, la verifica e la validazione delle procedure, sia di competenza delle singole strutture operative sia a valenza aziendale. La piattaforma costituirà lo strumento centrale per la programmazione degli audit, la raccolta delle evidenze e il monitoraggio delle azioni di miglioramento.

Il sistema così delineato consolida un approccio integrato al governo clinico, fondato sulla responsabilizzazione delle strutture, sulla valorizzazione delle competenze interne e su una valutazione strutturata delle performance assistenziali, orientata al rafforzamento delle dimensioni di qualità delle cure, tra cui l'efficienza, l'appropriatezza, l'efficacia, l'equità e la sicurezza delle cure oltre che la soddisfazione dei pazienti e degli operatori dell'Azienda.

2.2. Performance

La creazione di Valore Pubblico richiede che l'Azienda persegua livelli adeguati di performance organizzativa, sia in termini quantitativi sia qualitativi. Il conseguimento delle performance deve essere funzionale al miglioramento del benessere degli stakeholder e al raggiungimento degli obiettivi di Valore Pubblico, evitando una ricerca autoreferenziale e frammentata di risultati privi di reale utilità sociale. Ai sensi delle Linee Guida n. 1/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP), la performance organizzativa rappresenta il contributo dell'amministrazione – considerata nel suo complesso, nelle singole unità organizzative, nei progetti e nei processi – al perseguimento delle finalità istituzionali, attraverso: la disponibilità e la qualità degli input, ossia delle risorse umane, economico-finanziarie e strumentali (salute amministrativa); l'utilizzo razionale degli input per la produzione di output, quali servizi, atti e provvedimenti, garantendo livelli adeguati di efficienza e di efficacia rispetto alle attese degli utenti; il miglioramento del benessere sociale, economico, ambientale e sanitario di cittadini, imprese e altri stakeholder, sia in termini specifici (impatto) sia complessivi (impatto degli impatti o Valore Pubblico).

La performance organizzativa

Viene misurata principalmente attraverso indicatori di efficacia ed efficienza:

- **l'efficacia**, esprime il grado di raggiungimento dei risultati attesi (output) e la loro adeguatezza rispetto ai bisogni e alle aspettative degli utenti. Essa può essere valutata sia dal punto di vista dell'amministrazione, in termini di quantità e qualità delle prestazioni erogate, sia dal punto di vista degli stakeholder, in termini di quantità e qualità delle prestazioni fruite o percepite. I dati utili alla misurazione dell'efficacia possono essere ricavati dal controllo di gestione, dal sistema di qualità e dalle rilevazioni di customer satisfaction;
- **l'efficienza**, misura lo sforzo realizzativo dell'amministrazione e la sua capacità di utilizzare le risorse in modo produttivo (efficienza produttiva), sostenibile sotto il profilo economico-finanziario (efficienza economica) e tempestivo (efficienza temporale). In altri termini, l'efficienza esprime la capacità di produrre beni, servizi e atti minimizzando le risorse impiegate. I dati necessari alla sua determinazione derivano dal controllo di gestione.

Mentre gli indicatori di impatto misurano gli effetti di politiche/progetti/servizi sul livello di benessere degli stakeholder (outcome), gli indicatori di performance organizzative misurano le cause di tali conseguenze, ovvero le leve organizzative sui cui agire per ottenere gli impatti attesi.

La performance Individuale

Ai sensi delle Linee Guida n. 2/2017 del DFP, la performance individuale rappresenta il contributo dei dirigenti e del personale non dirigenziale al perseguimento degli obiettivi dell'amministrazione, tenendo conto:

- della quantità e della qualità delle risorse umane, economico-finanziarie e strumentali disponibili (salute amministrativa);
- del raggiungimento di obiettivi oggettivi (risultati) e soggettivi (comportamenti);

- del miglioramento delle performance organizzative in termini di efficacia ed efficienza, con un contributo indiretto al miglioramento del benessere sociale, economico, ambientale e sanitario degli stakeholder, sia in termini di impatto specifico sia di Valore Pubblico complessivo.

La performance individuale, sia per i dirigenti sia per il personale non dirigenziale, si articola in risultati e comportamenti:

- ai dirigenti sono assegnati risultati individuali di natura direzionale e comportamenti manageriali (ad esempio *leadership*), direttamente funzionali al conseguimento degli obiettivi operativi e di performance e indirettamente alle strategie e agli obiettivi di Valore Pubblico;
- al personale non dirigenziale sono assegnati risultati individuali di tipo esecutivo e comportamenti operativi (ad esempio capacità relazionali e collaborazione), direttamente funzionali agli obiettivi operativi e di performance e indirettamente alle strategie e agli obiettivi di Valore Pubblico;
- a dirigenti e personale non dirigenziale possono inoltre essere attribuiti obiettivi e comportamenti ordinari, non direttamente connessi alle performance organizzative e agli obiettivi di Valore Pubblico, da assegnare tramite strumenti “extra-PIAO”.

2.2.1. La dimensione della Performance

La letteratura scientifica internazionale e nazionale conosce molti sistemi di valutazione dei sistemi sanitari, fondati su di un approccio alla valutazione basato su indicatori organizzativi che misurano la qualità secondo una ripartizione in tre assi - struttura, processo ed esito - o il modello della *balanced scorecard* di Kaplan e Norton, che consiste nella lettura dei risultati aziendali tramite un sistema “bilanciato” di indicatori riconducibili ad alcune macro prospettive, economico-finanziaria, dei clienti, dei processi interni e dell'innovazione e crescita.

A livello nazionale è il Programma Nazionale Esiti (PNE) che rappresenta un'attività istituzionale del servizio sanitario italiano e si configura come un osservatorio permanente sull'assistenza sanitaria con l'obiettivo di valutare l'efficacia nella pratica, l'appropriatezza clinico - organizzativa, l'equità di accesso e la sicurezza delle cure garantite dal Servizio Sanitario Nazionale.

Queste prospettive sono state adattate dal sistema di misurazione e valutazione della performance della Asl di Nuoro che ha individuato strategie, obiettivi ed azioni, riferibili alle seguenti dimensioni di performance:

- dimensione dell'utente/paziente;
- dimensione dei processi interni;
- dimensione economica;
- dimensione dello sviluppo e innovazione.

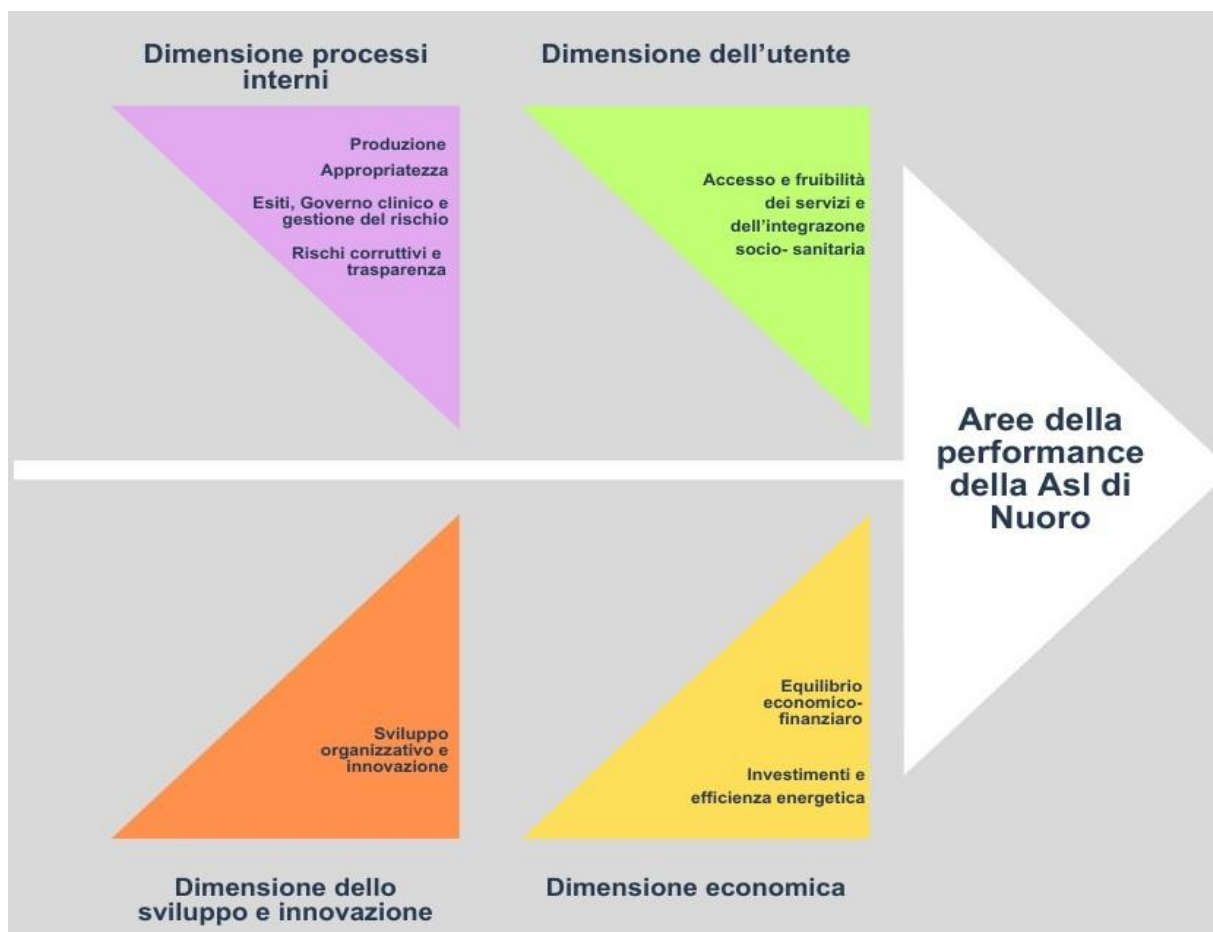


Diagramma delle aree di performance aziendali.

Nel diagramma si mostrano le dimensioni della performance con le specifiche aree, ovvero: dimensione utente, nella quale si individuano al suo interno le aree di performance dirette a garantire l'accessibilità e la fruibilità dei servizi, l'integrazione socio-sanitaria e l'appropriatezza dei percorsi assistenziali, intese come strumenti che garantiscono il completo soddisfacimento della domanda di servizi. L'area interessata è l'accesso e la fruibilità dei servizi dell'integrazione socio-sanitaria.

La dimensione dei processi interni prende in considerazione aspetti fondamentali che assicurano lo svolgimento efficiente, efficace e sicuro dell'offerta sanitaria. Le aree interessate sono: rischi corruttivi e trasparenza; produzione; appropriatezza; esiti; gestione del rischio.

La dimensione economica analizza il corretto utilizzo delle risorse disponibili al fine di conseguire la razionalizzazione ed il contenimento della spesa. Le aree interessate sono: equilibrio economico-finanziario; degli investimenti e dell'efficienza energetica; dimensione dello sviluppo e innovazione. Si tratta di una dimensione strategica in ambito sanitario, in quanto assicura l'aggiornamento ed il miglioramento delle prestazioni e dei servizi erogati, oltre che delle competenze dei professionisti che operano nelle Aziende.

2.2.2. Piano della Performance

Attraverso il Piano della Performance Organizzativa, l'Azienda definisce le linee strategiche e gli obiettivi nella loro articolazione complessiva, assumendo come riferimento prioritario gli obiettivi assegnati dalla Regione alla Direzione Generale e gli obiettivi a valenza pluriennale contenuti nei precedenti piani. Nelle more dell'assegnazione degli obiettivi regionali per l'anno 2026, e considerato che molti dei macro-obiettivi regionali 2025 saranno presumibilmente riproposti anche nel 2026, il Piano della performance organizzativa è stato predisposto verificando la riproducibilità per il 2026 degli obiettivi contenuti nell'ultimo Piano della performance organizzativa approvato.

L'istruttoria è stata curata dalla S.C. Programmazione e Controllo di Gestione, con la collaborazione delle altre strutture aziendali, ed è stata validata dalla Direzione Strategica ai fini dell'inclusione del Piano nel PIAO, la cui scadenza annuale di approvazione è fissata al 31 gennaio. Il Piano dovrà essere integrato nell'ambito di un percorso di condivisione tra la Direzione e le strutture aziendali. A seguito di tale confronto, nel quale i Direttori di Dipartimento svolgeranno un ruolo di raccordo con i Direttori e responsabili delle Strutture afferenti, e sulla base della Deliberazione regionale di assegnazione degli obiettivi per l'anno 2026 ai Direttori delle Aziende Sanitarie Locali, il Piano sarà aggiornato.

Conseguentemente, saranno validate le Schede Obiettivi per l'anno 2026, ai fini della loro successiva approvazione e sottoscrizione da parte dei Direttori, dei responsabili e del personale delle Strutture aziendali.

Nell'allegato si riportano in dettaglio gli obiettivi strategici per il triennio 2026 – 2028.

2.3. Rischi corruttivi e trasparenza

Introduzione

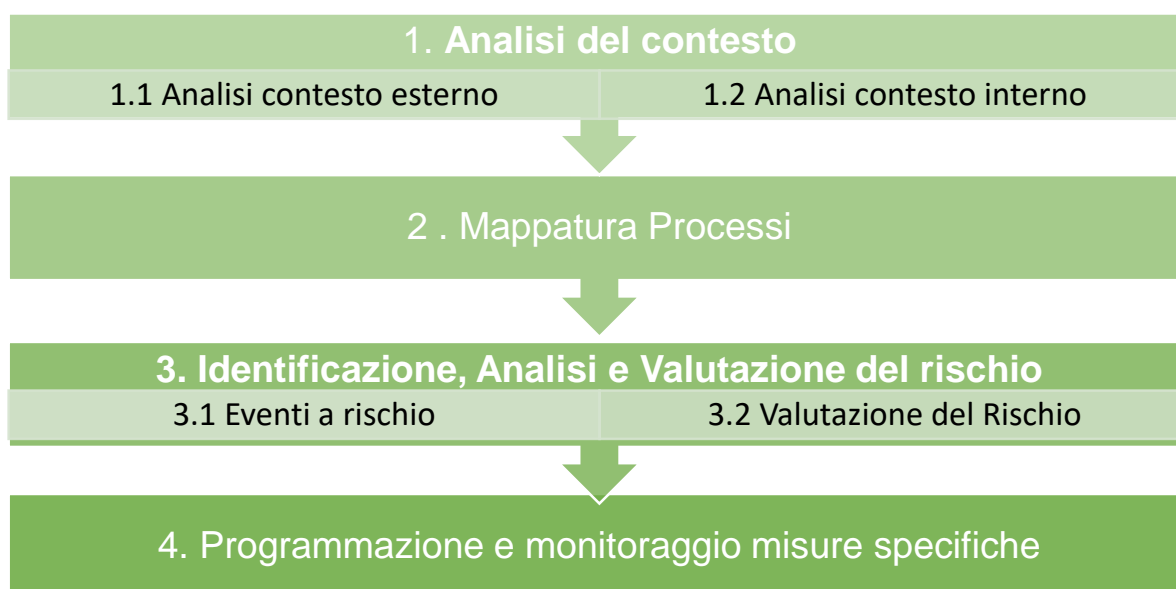
La sottosezione 2.3 “Rischi Corruttivi e Trasparenza” del PIAO per il triennio 2026-2028, è parte della sezione “Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione”. È predisposta dall’RPCT, coordinandosi con gli attori coinvolti e contiene la programmazione anticorruzione.

La collaborazione tra i vari soggetti che operano nell’amministrazione, deve essere continua e riguardare l’intera attività di predisposizione e attuazione della strategia di prevenzione, contribuendo a creare un contesto istituzionale e organizzativo di reale supporto al RPCT.

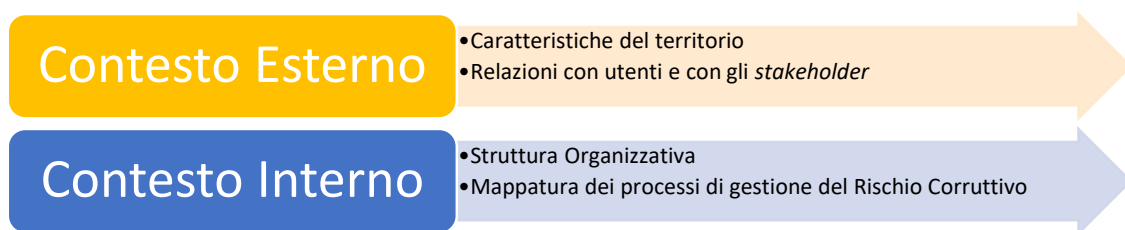
I contenuti essenziali della presente sottosezione, sono elaborati nel rispetto della L. 190/2012, del D.L. 80/2021 e del D.M. 132/2022. E la sua redazione persegue i criteri di chiarezza e sinteticità, in linea con le indicazioni dell’ANAC approvate il 23.07.2025, e con le Linee Guida 2025 della Presidenza del Consiglio dei Ministri e Manuale Operativo regionale 2025, in Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.297 del 23-12/2025.

Di seguito un’indicazione di come è formulata la presente relazione illustrativa, che preliminarmente descrive: i soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione e nella gestione del rischio, la specificazione dei loro compiti e la responsabilità di ognuno; la mappatura ed identificazione dei processi relativi all’intera attività svolta dall’intera ASL 3, ritenuti a maggior rischio, per i quali si prevede di effettuarne la gestione in ottica preventiva.

Ai fini della gestione del rischio corruttivo, viene fatta una sua mappatura, che tenga conto del contesto operativo dell’amministrazione, dei vari processi di attività, procedendo con l’identificazione, analisi e valutazione del rischio corruttivo, fino alla definizione delle misure di prevenzione ed alla programmazione del monitoraggio, secondo le seguenti fasi:



2.3.1. Anali del contesto esterno ed interno



2.3.2. Analisi del Contesto esterno – Valutazioni di impatto del contesto esterno

Per l'analisi del contesto esterno si fa rinvio alla Sottosezione del PIAO "Valore Pubblico".

Un settore come quello sanitario, che si dedica alla cura e all'assistenza delle persone fragili, avrebbe bisogno di contare su un personale integro, dai comportamenti ineccepibili, dalle relazioni trasparenti. Il sistema sanitario andrebbe preservato, mantenendolo coerente con la propria natura solidaristica e andrebbe protetto da possibili infiltrazioni dell'illegalità, affinché possa garantire la propria funzione essenziale. Perché ciò sia possibile sarebbe 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.

Al fine di evitare fenomeni distorsivi, anche di natura corruttiva, sui servizi sanitari ai cittadini, sarebbe necessaria l'erogazione degli stessi, con un ampliamento dell'offerta.

Di fatto, un primo fenomeno che dovrebbe essere affrontato è quello dell'erogazione di prestazioni ai cittadini. Questi elementi, di fatto, renderebbero la sanità un ambito che presenta fattori di rischio superiori a quelli di altri settori, anche 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 ad acquisire rendite di posizione o ad accaparrarsi contratti di fornitura senza rispettare le normative di settore. Non si può inoltre non considerare la quantità di operatori che a vario titolo lavorano in sanità e nelle organizzazioni connesse.

2.3.3. Analisi del Contesto interno - Valutazioni di impatto del contesto interno

Per l'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi, è importante il ruolo di coordinamento dell'RPCT, strettamente connesso al contributo attivo di altri attori all'interno dell'organizzazione.

Pertanto 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.

Per quanto riguarda l'intero assetto organizzativo e le modalità di funzionamento dell'ASL di Nuoro si rimanda alla sottosezione del PIAO 3.1 relativa a "Organizzazione e Capitale Umano".

2.3.4. Mappatura Dei Processi

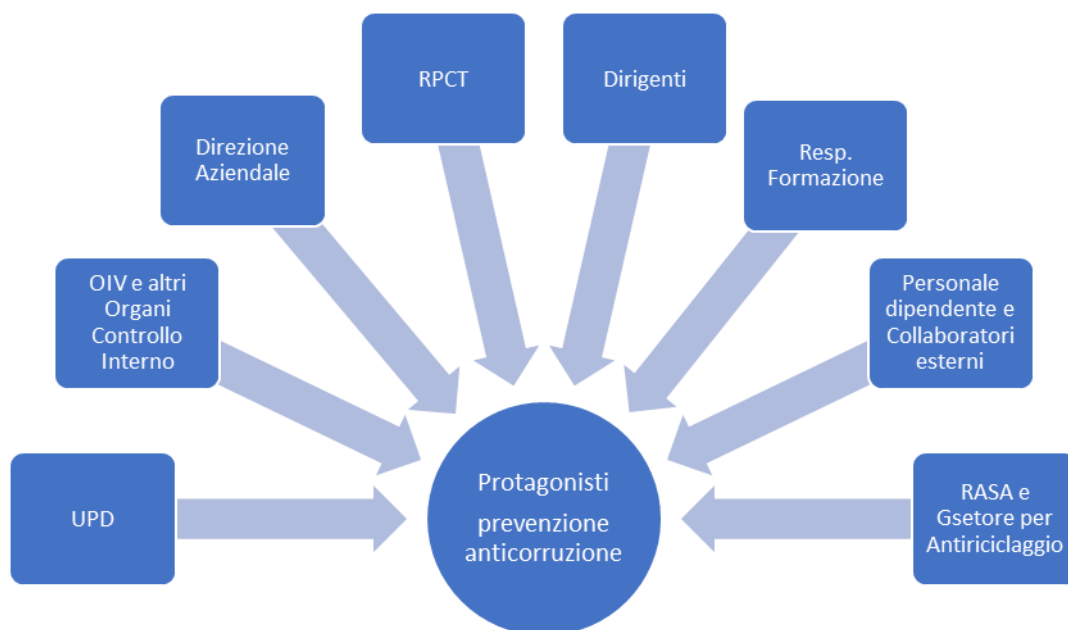
Si premette che l'ASL di Nuoro ha approvato il Piano Triennale di Prevenzione sulla Corruzione sulla Trasparenza 2025/2027 e che l'ANAC nel corso del 2025, ha emanato ulteriori indirizzi e indicazioni applicative che incidono sulla pianificazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza. Attualmente l'assetto organizzativo dell'Azienda è interessato da un processo di definizione e di assestamento, con possibili riflessi sulla mappatura dei processi, sull'analisi dei rischi e sull'individuazione delle relative misure di prevenzione e, pertanto, alcune delle nuove indicazioni ANAC richiedono un approfondimento istruttorio e una valutazione puntuale in relazione allo specifico prossimo nuovo assetto organizzativo dell'Azienda.

Nella presente sottosezione sono riportati, quindi, in coerenza e continuità con quanto già indicato nel vigente PIAO, in tema di valutazione delle aree a rischio, le rilevazioni sintetiche dei processi, ovvero delle attività in essere da parte dell'attuale struttura aziendale e la mappatura del rischio di corruzione in relazione all'esistente.

La presente sottosezione del PIAO, così come l'allegato di dettaglio relativo alla mappatura dei processi e definizione delle aree di rischio, ed alle relative misure di prevenzione declinate (Allegato 3 al PIAO 2026/2028 - "Tabella rischi, misure prevenzione e tempi monitoraggio), indica le specifiche rilevazioni, gli indicatori di monitoraggio e le frequenze con cui i dati devono essere, obbligatoriamente, trasmessi a cura dei soggetti 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.

A tal fine, l'RPCT, rinnova l'invito a tutti i Servizi ed Unità organizzative aziendali, affinché forniscano il proprio essenziale contributo nell'approfondimento e nella revisione graduale delle schede di rischio e delle misure di mitigazione, garantendo la necessaria aderenza, dei contenuti della Tabella rischi e misure, tra teoria e prassi operativa.

Le unità organizzative, attualmente, responsabili, sono:



La Direzione Aziendale

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

- ✓ designa e supporta il R.P.C.T,
- ✓ adotta 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.

Si dà atto che nel corso del 2025, il ruolo di Direttore Generale è stato svolto fino al 11/05/2025, al quale ha fatto seguito una gestione Commissariale dal 12/05/2025, fino alla data del 24/12/2025 e che in data 05/01/2026, con Delibera n.1, ha preso incarico un nuovo Direttore Generale.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione Trasparenza (RPCT)

Nell'ASL n.3 di Nuoro, l'RPCT gestisce il servizio di Anticorruzione e Trasparenza collocato nell'ambito del Dipartimento di Staff del Direttore Generale (v. ORGANIGRAMMAASL NUORO contenuto nella sottosezione 3.1. del PIAO, a cui si rinvia). E che l'Azienda ha individuato il Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza, in un dipendente della struttura organizzativa.

L'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 la Direzione Aziendale, 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 la Direzione Aziendale, il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- ✓ redige e pubblica, per il tramite del servizio Comunicazione, 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. 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;

- ✓ si impegna a garantire la presa in carico delle segnalazioni Whistleblowing, con l'effettuazione delle opportune verifiche.

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 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. Effettuano un monitoraggio semestrale sui contenuti della sezione Amministrazione trasparente del sito web aziendale;
- ✓ esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Ente;
- ✓ 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) risulta istituito con Deliberazione 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. Attualmente le attività formative sono gestite dal Servizio di Formazione ARES, con la collaborazione di un servizio di formazione interno all'Azienda.

Nel 2026 verranno definiti e sviluppati rapporti di collaborazione insieme al servizio aziendale della Formazione, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- ✓ attivazione e mantenimento del collegamento tra la formazione specifica in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza ed il programma annuale della formazione;
- ✓ individuare i soggetti che erogano la formazione e i contingenti di personale da formare;
- ✓ individuazione di contenuti, canali e strumenti di erogazione della formazione.

Con riferimento alla formazione di base, si promuoverà nel 2026 la partecipazione del numero più elevato possibile di dipendenti alle attività formative a distanza (FAD), attraverso l'utilizzo di piattaforme informatiche che consentano la partecipazione a distanza.

Il personale dipendente e i collaboratori dell'Azienda.

Prevenire la corruzione è un'azione collettiva che passa sicuramente attraverso l'impegno e la responsabilità di tutti i protagonisti che sin qui sono stati indicati, ma è in primo luogo un'azione sinergica di tutti coloro che operano a qualsiasi titolo nell'Azienda. Moltissimi dipendenti e collaboratori svolgono infatti la propria attività a contatto con il pubblico contribuendo a costruire l'immagine dell'Azienda. 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.

Inoltre nell'ottica di curare il benessere organizzativo, tutelare e valorizzare il personale dipendente, l'Azienda ha intrapreso diverse azioni utili.

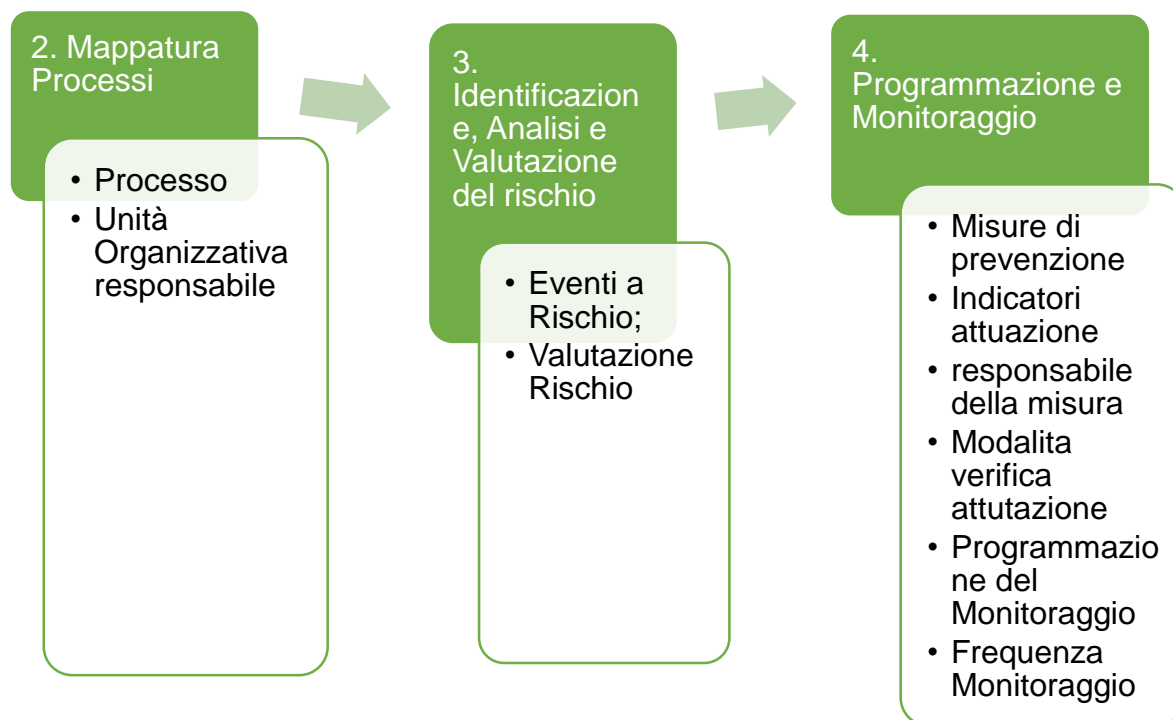
È attivo lo strumento di management, c. d. *Family Audit*, che stimola le Aziende a prestare attenzione ai temi della conciliazione vita - lavoro, della valorizzazione delle competenze di genere, dell'age management e dell'occupazione giovanile, della sostenibilità, della promozione del benessere degli occupati e delle loro famiglie anche a livello territoriale.

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

Al mantenimento del sistema di prevenzione dell'anticorruzione e della trasparenza, partecipa anche la figura del responsabile dell'anagrafe stazione appaltante e soggetto gestore antiriciclaggio (RASA). L'individuazione e la nomina di tale figura responsabile è stata operata con Deliberazione del Direttore Generale n. 3 del 19/01/2022. 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.

2.3.5. Identificazione, analisi e valutazione del rischio

Per la metodologia di gestione dei rischi corruttivi, secondo le indicazioni ANAC del 2025, il riferimento continua ad essere l'Allegato 1) al PNA 2019, che articola la gestione secondo fasi, i cui contenuti sono riportati nell'Allegato 3 al PIAO 2026/2028 - "Tabella rischi, misure prevenzione e tempi monitoraggio" e di seguito esplicitati:



Specificamente, nella "Tabella rischi, misure prevenzione e tempi monitoraggio"- **Allegato 3** - sono riportati le informazioni riferite a:

- ✓ Servizio a rischio
- ✓ Processo a rischio;

- ✓ Esempi di rischio specifici;
- ✓ Misurazione del rischio
- ✓ Obiettivi di trattamento;
- ✓ Singole misure di prevenzione e contenimento;
- ✓ Tempi di attuazione del monitoraggio;
- ✓ Soggetti responsabili dell'attuazione delle misure monitoraggio;
- ✓ Indicatori del monitoraggio;
- ✓ Modalità di verifica del monitoraggio.

Premesso che, ad oggi, non sono stati segnalati né si è avuta notizia di fatti corruttivi, per la Misurazione del rischi, nell'**Allegato 3** sono riportate le rilevazioni sintetiche dei processi, ovverossia delle attività in essere, effettuate dall'Azienda, e la mappatura del connesso rischio di corruzione.

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, come illustrato nell' **Allegato 4** alla presente sezione, al quale si rinvia.

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.

2.3.6. Programmazione e monitoraggio, misure specifiche – prevenzione del rischio

Le misure di ordine generale che l'Azienda intende mettere in campo al fine di prevenire il rischio di corruzione sono le seguenti:

- ✓ rotazione del personale;
- ✓ gestione del conflitto di interessi;
- ✓ il nuovo art. 35 bis Dlgs. 165/2001
- ✓ incompatibilità e Inconferibilità Incarichi;
- ✓ Svolgimento di incarichi d'ufficio e d' incarichi extraistituzionali;
- ✓ Revolving door- Pantouflage;
- ✓ Patto d'Integrità negli affidamenti;

- ✓ Gestione e monitoraggio del sistema di tutela del segnalante sulla piattaforma Whistleblower;
- ✓ Procedure per la formazione dei dipendenti in materia di anticorruzione e trasparenza;
- ✓ Monitoraggio eventi formativi sponsorizzati;
- ✓ Progettazione e monitoraggio sull'attuazione di misure organizzative per il trattamento del rischio;
- ✓ Programmazione e attuazione della Trasparenza

Rotazione del personale

Il quadro normativo vigente nel pubblico impiego prevede l'istituto della rotazione del personale. Tale istituto è rimesso all'autonoma determinazione delle amministrazioni che - tenuto conto di eventuali limiti oggettivi e/o soggettivi - potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici.

La rotazione del personale è 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) insieme ad altri riferimenti normativi. E' da considerare una misura di arricchimento del bagaglio professionale del pubblico dipendente e una 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

La rotazione del personale è attuata e monitorata dal Direttore Responsabile della Struttura di assegnazione del personale dipendente.

Rotazione ordinaria

La rotazione del personale, si realizza nelle aree che afferiscono a processi a rischio individuati nel PIAO-SEZ-PCT (di cui all'Allegato n.3) , prevedendo l'alternanza fra i responsabili di Unità Operative Complesse, fra i Responsabili di Unità Operative Semplici, del personale tutto, dei Responsabili di procedimento nonché dei Componenti delle commissioni di gara e di concorso.

Con riguardo ai criteri per la rotazione ordinaria, 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 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.

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”.

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.

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

Attualmente è in uso a quest'Azienda la dichiarazione di conflitto di interesse e di cause di inconferibilità e incompatibilità, si tratta di una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e di certificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000.

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.

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

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

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

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

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

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

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. 464 del 26 novembre 2025 "Delibera di carattere generale

sull'esercizio del potere di vigilanza e accertamento, da parte del RPCT e dell'ANAC, in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi di cui al DLgs n.39 del 2013".

L'Azienda applica le seguenti misure di prevenzione:

- ✓ acquisizione di apposite dichiarazioni (dichiarazione sostitutiva per inconferibilità degli incarichi dirigenziali dichiarazione sostitutiva per incompatibilità degli incarichi dirigenziali);
- ✓ acquisizione, con cadenza annuale, della dichiarazione sostitutiva per incompatibilità degli incarichi dirigenziali ex art. 20, comma 2, D.lgs. 39/2013;
- ✓ accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità (Delib. ANAC n. 464/2025).

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.

Revolving door - Pantouflage

Al fine di dare attuazione alla misura di prevenzione obbligatoria concernente l'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, tenuto conto del disposto di cui all'art. 53, comma 16 ter, del D.lgs. 165/2001 che prevede il divieto, a carico dei dipendenti (sono da ricomprendersi anche i soggetti legati alla pubblica amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo – cfr. parere ANAC AG/2 del 4 febbraio 2015) che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali, di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale dei dipendenti stessi, l'Azienda consegna ai dipendenti dimissionari apposita informativa con contestuale sottoscrizione di dichiarazione in calce circa l'avvenuta consegna della stessa da inserire nel fascicolo personale del dipendente. Occorre precisare che nel novero dei "poteri autoritativi e negoziali" rientrano sia i provvedimenti afferenti alla conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi per la p.a. sia i provvedimenti che incidono, unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari. Tenuto conto della finalità della norma, può ritenersi che fra i poteri autoritativi e negoziali sia da ricomprendersi l'adozione di atti volti a concedere in generale vantaggi o utilità al privato, quali autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere (cfr. parere ANAC AG 2/2017 approvato con delibera n. 88 dell'8 febbraio 2017) e che il divieto di *pantouflage* si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.

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. Per misure discriminatorie si intendono quelle sotto indicate avviate nei confronti del dipendente che ha effettuato segnalazioni all'Autorità giudiziaria, alla Corte dei Conti o al proprio superiore gerarchico o al RPCT e che a tale evento siano da collegarsi:

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

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

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

Le segnalazioni saranno gestite dal RPCT ai sensi della vigente normativa e secondo le linee guida ANAC. La tutela dei denunciatori sarà supportata anche da un'attività di sensibilizzazione e di formazione sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite.

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

La piattaforma è raggiungibile dai segnalanti al seguente indirizzo web: <https://aslnuoro.whistleblowing.it>.

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

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

Le attività di formazione si dovranno articolare su due livelli:

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

Il RPCT in collaborazione con il Responsabile della Formazione ARES, con la definizione del programma di formazione e la vigilanza sulla sua attuazione, assolverà 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 degli anni precedenti è stata attuata un'iniziativa di formazione/informazione base rivolta ai dipendenti in modalità remota (FAD). Nel 2026 verranno, altresì, programmati eventi formativi base, per il nuovo personale, e specifici per il personale delle aree a maggior rischio e per i Direttori di Struttura.

Monitoraggio eventi formativi sponsorizzati

Nell'ambito della specificità dei percorsi formativi in sanità proseguirà nel corso del 2026 l'attenzione alla partecipazione dei dipendenti ad eventi di formazione o aggiornamento professionale sponsorizzati.

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

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

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

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 2026 a vigilare sulla corretta applicazione delle norme in materia previste dal "Regolamento per la gestione delle sponsorizzazioni e delle donazioni" approvato dalla ASL Nuoro con Deliberazione D.G. n. 109 del 14.04.2022.

2.3.6.1. Progettazione e monitoraggio sull'attuazione di misure organizzative per il trattamento dei rischi

Le misure generali, intese come misure trasversali sull'intera amministrazione che incidono complessivamente sul sistema di prevenzione della corruzione, sono riportate nell'**Allegato n. 3**.

Il monitoraggio si articola in TRE sotto-fasi:

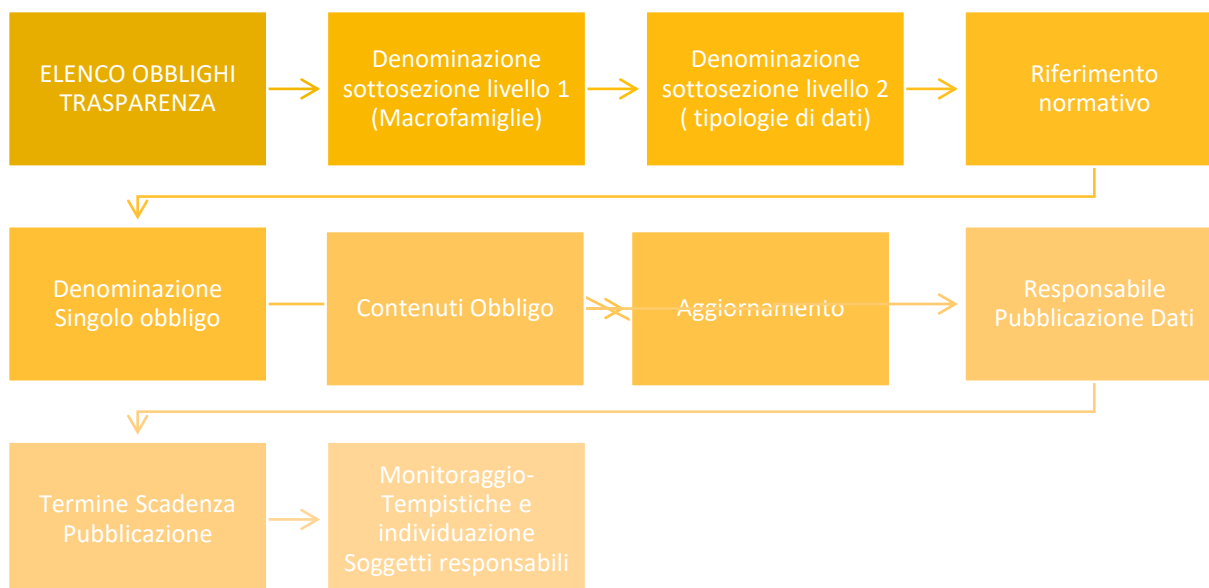
- ✓ i tempi del monitoraggio
- ✓ gli indicatori del monitoraggio delle misure di trattamento del rischio;
- ✓ le modalità di verifica del monitoraggio del rischio.

2.3.7. Programmazione dell'attuazione della trasparenza

Stato di attuazione complessivo

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

Nello schema, di seguito riportato, 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 Agli Atti/Documentale (secondo la legge 241 del 1990);
- ✓ Accesso Civico Semplice (secondo il D.Lgs. 33/2013 e D.Lgs. 97/2016, con la richiesta di pubblicazione obbligatoria dei dati sul sito Amministrazione trasparente, qualora questi non fossero già presenti);
- ✓ Accesso Civico Generalizzato (secondo il D.Lgs. 33/2013 e D.Lgs. 97/2016) che ha ampliato l'istituto dell'accesso civico, prevedendo che chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle PP.AA., nel rispetto di limiti di tutela giuridicamente rilevanti.

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

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.

Azioni di sensibilizzazione e rapporti con la società civile. Partecipazione degli Stakeholder

L'ASL n. 3 di Nuoro ha attivato e promosso, l'utilizzo di canali di ascolto in chiave propositiva da parte dei portatori di interesse e dei rappresentanti delle categorie di utenti e di cittadini rispetto all'azione dell'Azienda al fine di migliorare ed implementare la strategia di prevenzione della corruzione.

In data 16 ottobre 2025, la ASL n. 3 Nuoro ha avviato la consultazione pubblica, finalizzata a coinvolgere i cittadini, utenti, dipendenti e tutte le Associazioni o altre forme di organizzazioni portatrici di interessi collettivi e diffusi (stakeholder) al fine di presentare proposte, suggerimenti, osservazioni di cui l'Amministrazione terrà conto al fine di adeguare in sede di elaborazione e di aggiornamento la Sotto-Sezione Rischi corruttivi e trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione – PIAO 2026/2028.

Il modulo in formato editabile da utilizzare e l'informativa sul trattamento dei dati personali sono stati resi disponibili nella sottosezione "Prevenzione della corruzione" della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale.

L'ASL n. 3 di Nuoro effettuerà azioni di sviluppo dell'URP Aziendale e implementerà strumenti per la crescita sistematica del rapporto di comunicazione biunivoco con i cittadini attraverso azioni a carattere generale e di comunicazione (tipo: sviluppo canali dedicati, e/o adesione ad una linea amica).

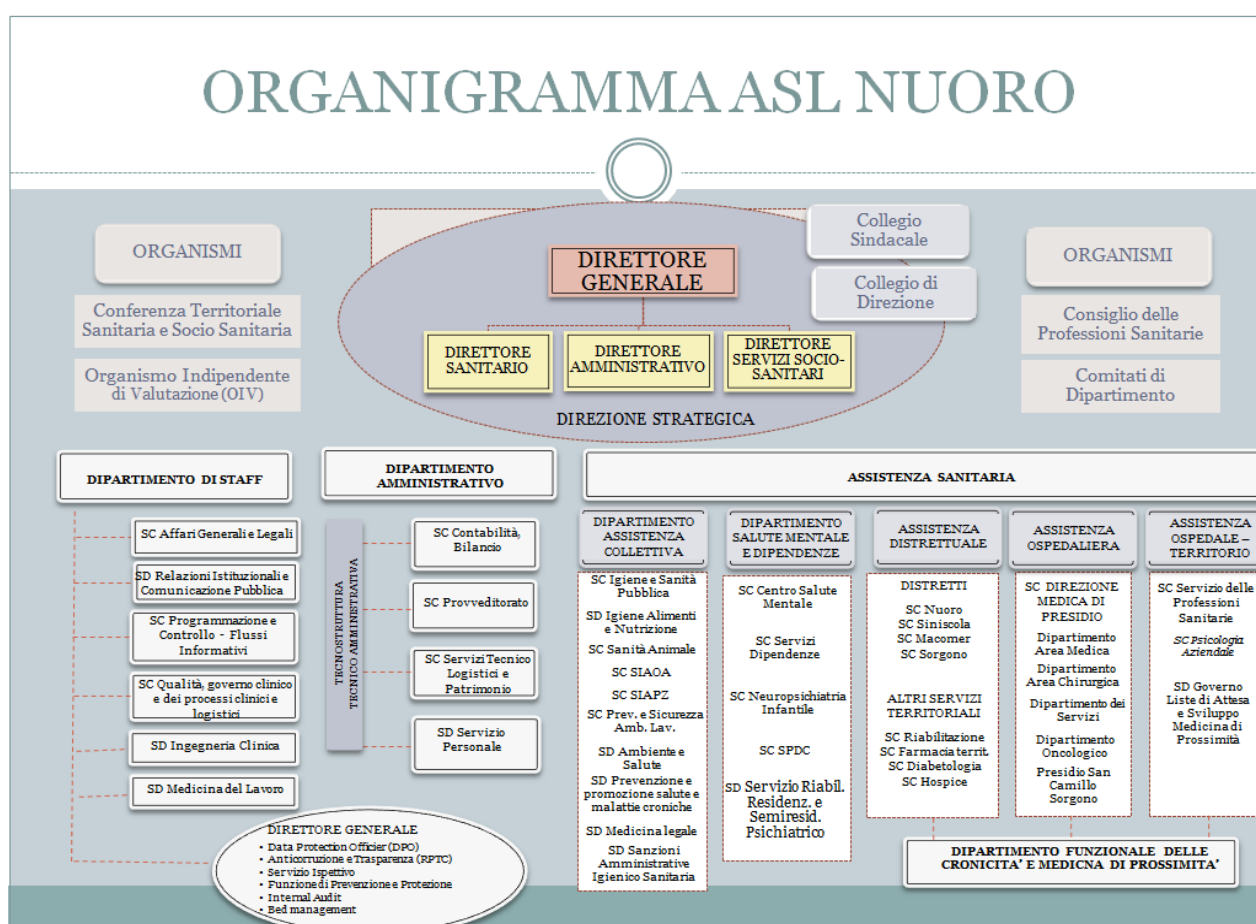
3. Sezione Organizzazione e Capitale Umano

3.1. Struttura Organizzativa

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.

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.

La struttura organizzativa è sviluppata in macro aree, a loro volta articolate per strutture e funzioni ed è rappresentata dal seguente organigramma:



Il modello organizzativo delineato evidenzia:

- la Direzione strategica (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo e Direttore dei servizi socio-sanitario);

- lo Staff di Direzione che ha il compito di supportare la direzione nel governo delle relazioni con i portatori di interesse interni ed esterni all'Azienda;
- la tecnostruttura tecnico - amministrativa che è preposta all'organizzazione e all'espletamento di attività di supporto operativo;
- l'Area di Assistenza distrettuale preposta all'organizzazione, produzione ed erogazione di prestazioni di assistenza extra ospedaliere;
- l'Area di Assistenza collettiva che include le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi ambientali, legati alle condizioni di lavoro e correlati agli stili di vita;
- l'Area di Assistenza ospedaliera preposta all'organizzazione, produzione ed erogazione di prestazioni di assistenza ospedaliere;
- l'Area integrazione territorio ospedale include attività trasversali a tutta l'Azienda e che si esplicano sia sul territorio che in ospedale.

3.2. Organizzazione del lavoro agile

3.2.1. Il Piano del lavoro agile

L'art. 1 del DPR n. 81/2022 ha soppresso gli adempimenti previsti per i documenti di programmazione che le Pubbliche Amministrazioni erano tenute ad adottare annualmente, fra cui il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), poiché assorbiti nelle apposite sezioni del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO). I provvedimenti normativi che si sono susseguiti riferiti al PIAO hanno previsto la seguente tempistica di adozione:

- l'art. 6 del DL n.80/2021 ha adeguato la scadenza del PIAO, prevedendo che "in sede di prima applicazione il Piano è adottato entro il 30 giugno 2022";
- il DM n.132/2022 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione" emanato il 30 giugno 2022.

Seguendo la normativa sopra richiamata, l'Azienda ha provveduto ad adottare il Piano Operativo Lavoro Agile (quale allegato del PIAO) con i seguenti atti:

- deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. 3 di Nuoro n. 281 del 30/06/2022, con la quale è stato adottato il primo PIAO aziendale, triennio 2022-2024;
- la deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. 3 di Nuoro n. 218 del 31/03/2023, con la quale è stato adottato l'aggiornamento al PIAO per il triennio 2023-2025;
- la deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. 3 di Nuoro n. 59 del 31/01/2024, con la quale è stato adottato l'aggiornamento al PIAO per il triennio 2024-2026;
- la Deliberazione del Direttore Generale n. 85 del 30/01/2025, con la quale è stato adottato l'aggiornamento al PIAO per il triennio 2025-2027.

E' stata inoltre elaborata la proposta di Regolamento per introdurre in maniera stabile, nella ASL 3 di Nuoro, il lavoro a distanza. L'ipotesi di Regolamento sarà sottoposto alle parti sindacali per consentire la funzione partecipativa, tramite il modello di relazione sindacale del confronto, previsto dai vigenti CCNL del Comparto sanità e della Dirigenza area sanità e Funzioni locali per la Dirigenza professionale tecnica e amministrativa, su alcuni temi centrali quali i criteri di mappatura, le modalità attuative, le attività smartabili e i criteri di priorità di accesso.

Gli elementi fondamentali contenuti nella proposta di Regolamento sono sintetizzabili nei seguenti:

- applicabilità a tutti i dipendenti dell'ASL 3 di Nuoro, sia del Comparto sia della Dirigenza, con contratto di lavoro a tempo determinato e indeterminato, a tempo pieno o parziale, nonché al personale in comando, nel rispetto del principio di non discriminazione e di pari opportunità tra uomo e donna;
- la garanzia di un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, assicurando la prevalenza, per ciascun lavoratore, dell'esecuzione della prestazione lavorativa in presenza;
- possibilità di svolgere la prestazione al di fuori della sede di servizio, secondo la tempistica da concordare preventivamente con il Direttore della struttura di assegnazione;
- nel corso dell'anno solare sono previsti un limite di 100 giorni in *smart working*;
- fornitura di dotazione tecnologica standard o utilizzo di tecnologia di proprietà del dipendente;
- specifica informativa sulla salute e sicurezza;
- definizione di un Accordo Individuale completo degli elementi previsti dalle disposizioni sul lavoro agile;
- il lavoro agile straordinario (LAS) che coniuga sia la dimensione individuale del dipendente (rispondendo ad esigenze improvvise di natura personale o alla tutela dei soggetti fragili) sia quella organizzativa (per esigenze organizzative).

Il lavoro agile, introdotto nel corso dell'emergenza sanitaria da ATS Sardegna, non si è ancora consolidato presso la ASL 3 di Nuoro, come strumento a beneficio dei dipendenti e dell'intera organizzazione aziendale. Ciò in quanto l'operatività delle postazioni di lavoro agile, avviate da ATS Sardegna prima del 2022 con modalità semplificate, non è stata stabilizzata come modalità "a regime" di utilizzo dell'istituto, anche a seguito della riforma del SSR del 2020 che ha comportato la costituzione della ASL 3 di Nuoro solo nel 2022. L'Azienda ha comunque dato attuazione alle disposizioni normative mediante la stipulazione di accordi individuali di lavoro agile richiesti dai Direttori delle strutture sulla scorta della mappatura delle attività *smartabili* condotta dai medesimi. Al momento i Direttori delle strutture raccolgono le manifestazioni di disponibilità dei collaboratori interessati al lavoro agile e sottoscrivono gli accordi individuali, nei quali sono fissate le seguenti condizioni di svolgimento:

- numero massimo di giornate mensili;
- luogo di lavoro;
- obiettivi assegnati;
- indicatori di risultato;

- fasce orarie di contattabilità;
- strumenti di lavoro utilizzati (PC, telefono e ulteriori dotazioni tecnologiche).

La durata massima degli accordi individuali è fissata in un anno; terminato tale periodo può essere proposto il rinnovo ove ricorrano le condizioni organizzative e permanga l'interesse dei dipendenti che vi hanno aderito. I nuovi accordi (per nuovi assunti oppure per dipendenti già in servizio per i quali si sono verificate le condizioni per l'attivazione) possono essere attivati previa proposta del Direttore del servizio di appartenenza e accettazione volontaria da parte del dipendente. L'accordo individuale viene sottoscritto in due copie: la prima viene consegnata al lavoratore, insieme alle informative sulla sicurezza del lavoratore ed alla sicurezza dei dati nell'utilizzo di strumenti informatici; la seconda viene conservata nel fascicolo del dipendente. Dalla data in cui viene sottoscritto l'accordo viene aperta la causale di assenza per *smart working*, pertanto il dipendente può iniziare lo svolgimento del lavoro agile.

Attualmente il numero non elevato di dipendenti collocati in modalità di lavoro agile deve essere considerato nel contesto aziendale, caratterizzato, com'è noto, dalla presenza largamente predominante, sul totale dei dipendenti, di personale adibito a mansioni assistenziali e sanitarie, necessariamente impegnato in presenza nelle attività di cura.

3.2.2. Il Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile

Il lavoro agile, introdotto nel corso dell'emergenza sanitaria da ATS Sardegna, non si è ancora consolidato presso la ASL 3 di Nuoro come strumento a beneficio dei dipendenti e dell'intera organizzazione aziendale. Ciò in quanto l'operatività delle postazioni di lavoro agile, avviate da ATS Sardegna prima del 2022 con modalità semplificate, non è stata stabilizzata come modalità "a regime" di utilizzo dell'istituto, anche a seguito della riforma del SSR del 2020 che ha comportato la costituzione della ASL 3 di Nuoro solo nel 2022. L'Azienda ha comunque dato attuazione alle disposizioni normative mediante la stipulazione di accordi individuali di lavoro agile richiesti dai Direttori delle strutture sulla scorta della mappatura delle attività *smartabili* condotta dai medesimi. Al momento i Direttori delle strutture raccolgono le manifestazioni di disponibilità dei collaboratori interessati al lavoro agile e sottoscrivono gli accordi individuali, nei quali sono fissate le seguenti condizioni di svolgimento:

- numero massimo di giornate mensili;
- luogo di lavoro;
- obiettivi assegnati;
- indicatori di risultato;
- fasce orarie di contattabilità;
- strumenti di lavoro utilizzati (PC, telefono e ulteriori dotazioni tecnologiche).

La durata massima degli accordi individuali è fissata in un anno; terminato tale periodo può essere proposto il rinnovo ove ricorrano le condizioni organizzative e permanga l'interesse dei dipendenti che vi hanno aderito. I nuovi accordi (per nuovi assunti oppure per dipendenti già in servizio per i quali si sono verificate le condizioni

per l'attivazione) possono essere attivati previa proposta del Direttore del servizio di appartenenza e accettazione volontaria da parte del dipendente. L'accordo individuale viene sottoscritto in due copie: la prima viene consegnata al lavoratore, insieme alle informative sulla sicurezza del lavoratore ed alla sicurezza dei dati nell'utilizzo di strumenti informatici; la seconda viene conservata nel fascicolo del dipendente. Dalla data in cui viene sottoscritto l'accordo viene aperta la causale di assenza per *smart working*; pertanto, il dipendente può iniziare lo svolgimento del lavoro agile.

Attualmente il numero non elevato di dipendenti collocati in modalità di lavoro agile deve essere considerato nel contesto aziendale, caratterizzato, com'è noto, dalla presenza largamente predominante, sul totale dei dipendenti, di personale adibito a mansioni assistenziali e sanitarie, necessariamente impegnato in presenza nelle attività di cura.

3.2.3. Obiettivi da raggiungere con il Lavoro Agile

La ASL di Nuoro interpreta il lavoro agile come modello organizzativo innovativo che necessita di coniugare autonomia, intraprendenza e flessibilità da parte dei dipendenti e richiede, ai Dirigenti delle Unità operative, un'ottima conoscenza dei propri collaboratori per programmare ed orientare il loro lavoro al raggiungimento degli obiettivi aziendali. Il lavoro agile mira a conseguire molteplici finalità interne all'organizzazione e può fornire esternalità positive anche per la collettività in generale, contribuendo allo sviluppo sostenibile e riducendo i consumi e la mobilità evitabile:

- sviluppare una cultura organizzativa e una modalità di lavoro orientate alla definizione degli obiettivi e al raggiungimento del risultato e non solo al compito assegnato, valorizzando le competenze delle persone connesse all'autonomia e alla responsabilizzazione e orientando il sistema di valutazione e misurazione della performance;
- migliorare il benessere dei lavoratori, facilitando la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro attraverso una maggiore flessibilità spaziale e temporale dell'attività svolta;
- perseguire la digitalizzazione dei procedimenti dell'Azienda per migliorare la produttività e trasparenza;
- contribuire al processo di semplificazione amministrativa;
- razionalizzare le risorse strumentali;
- ridurre l'impatto ambientale degli spostamenti connessi al raggiungimento della sede di lavoro;
- riprogettare gli spazi di lavoro e ridurre i costi generali;
- creare un ambiente di lavoro attrattivo.

In tale ottica saranno attivati i confronti con le Organizzazioni Sindacali dei tre tavoli negoziali: Comparto, Dirigenza Professionale Tecnico Amministrativa e Area Sanità, nell'ambito dei quali sarà approvato il Regolamento dedicato al personale appartenente alle rispettive aree contrattuali. Il documento, non appena approvato sarà allegato al presente piano.

Gli obiettivi connessi alla prestazione di lavoro devono essere condivisi, puntuali, chiari, coerenti con quelli aziendali e di Struttura (comunque coerenti con la qualifica ed il profilo del lavoratore) e misurabili in termini di tempo e di risultato. Il raggiungimento degli stessi durante lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile deve essere monitorato dal Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura di appartenenza, sulla base di indicatori di performance lavorativa individuale di seguito declinati:

DIMENSIONE	INDICATORE
Efficacia Quantitativa	a) n. di pratiche/procedimenti b) n. utenti serviti c) n. di pratiche in lavoro agile/n. pratiche totali d) n. utenti serviti in lavoro agile/n. utenti serviti
Efficacia Qualitativa	qualità del lavoro effettuato attraverso la valutazione del Direttore/Dirigente Responsabile e/o rilevazioni da customer satisfaction
Efficienza Temporale	Tempistica di completamento pratiche/procedimenti in lavoro agile/Tempistica di completamento pratiche/procedimenti in presenza

3.2.4. Attività effettuabili in modalità agile - il supporto al cambiamento organizzativo

L'Azienda sanitaria nuorese considera strategico il lavoro agile. Nell'arco del triennio di riferimento (2026/2028) il percorso di sviluppo del lavoro agile sarà progressivo e graduale. Come noto infatti le aziende sanitarie, sono organizzazioni complesse, con un intensivo impiego di personale, che rappresenta la risorsa essenziale per la realizzazione della propria missione. Sostenere nel tempo una nuova modalità organizzativa del lavoro richiede un piano di cambiamento, anche culturale, finalizzato a diffondere il diverso modo di intendere la prestazione lavorativa e la misurazione dei risultati con essa prodotti. Il presente documento, descrive il percorso che si intende intraprendere per lo sviluppo del lavoro agile nell'Azienda, mettendo in evidenza le fasi da seguire per supportarne l'implementazione e l'evoluzione progressiva. Il processo tiene conto del progetto *"Family audit"* che ha consentito all'ASL di Nuoro di ottenere la certificazione *"Family Audit"* che sancisce il percorso seguito dall'Azienda nuorese per favorire l'adozione di strumenti di flessibilità tra i quali il lavoro agile. All'esito di tale processo la direzione del Servizio personale ha elaborato la proposta di Regolamento per il lavoro agile che sarà sottoposto alle OO.SS. per il confronto e l'individuazione delle attività così dette "smartabili ovvero che presentano le caratteristiche per essere svolte in modalità agile e delle regole per la sicurezza sul lavoro degli smart worker.

In particolare si tratta di condividere i requisiti di tali attività, contenuti nel regolamento aziendale come di seguito riportati:

- è possibile delocalizzare, almeno in parte, le attività assegnate al dipendente, senza che sia necessaria la costante presenza fisica nella sede di lavoro aziendale;

- è possibile utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
- il lavoro agile non può in ogni caso comportare un aggravio di attività a carico del personale espletante la prestazione lavorativa in modalità “tradizionale”, né la formazione di lavoro arretrato;
- è possibile organizzare l’esecuzione della prestazione lavorativa nel rispetto degli obiettivi prefissati ed in piena autonomia;
- è possibile monitorare e valutare i risultati delle attività assegnate al dipendente, che opera in condizioni di autonomia, rispetto agli obiettivi programmati;
- l’attività in modalità agile è pienamente compatibile con le esigenze organizzative e gestionali di servizio della propria struttura;
- le condizioni in cui viene svolta l’attività fuori sede consentono di garantire adeguatamente la tutela dei dati personali trattati.

Rimangono in ogni caso escluse tutte le attività di front office, quelle implicanti ispezioni e sopralluoghi sul territorio e /o richiedenti la presenza fisica del dipendente nella sede Aziendale, le attività assistenziali, socioassistenziali e di cura in genere, nonché quelle che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni e documentazione non remotizzabili. Alcune attività richiedono necessariamente la presenza del dipendente presso la sede di lavoro, altre attività, che in questo momento non possono essere svolte in modalità agile, potrebbero esserlo in futuro con interventi di sviluppo delle modalità operative ed organizzative, supportati da appropriate strumentazioni tecnologiche e adeguati percorsi formativi. Nella redazione della mappatura delle attività saranno coinvolti i Direttori delle Strutture aziendali, in particolare di quelle in Staff alla Direzione ed afferenti al Dipartimento Tecnico amministrativo.

Per individuare le attività smartabili i Direttori delle Strutture devono predisporre una mappatura delle attività erogabili in modalità agile, o che lo potrebbero divenire nel breve-medio periodo, indicando nel contempo l'eventuale fabbisogno di tecnologia informatica e di formazione. Nei piani operativi dovranno essere individuati i dipendenti potenzialmente coinvolti nel lavoro agile e gli elementi utili per la predisposizione degli accordi individuali.

3.2.5. I soggetti, i processi e gli strumenti del Lavoro Agile

Il percorso aziendale verso l’adozione del lavoro agile in modalità ordinaria prevede il coinvolgimento di molti attori che, in base al loro ruolo, saranno chiamati a fornire contributi puntuali per raggiungere gli obiettivi attesi con l’implementazione dello strumento. Tali ruoli e contributi sono espressi nella seguente tabella:

Ruolo	Contributo atteso
Direttore Generale	Adotta il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO), di cui il POLA rappresenta una specifica sezione.

Direttore Amministrativo	<p>Delinea la strategia aziendale in materia di lavoro agile. Promuove lo strumento del lavoro agile, in particolare nei dipartimenti di supporto tecnico amministrativo. Partecipa direttamente alle iniziative di formazione dedicate ai dirigenti. È il presidente della delegazione trattante nell'ambito del confronto con i soggetti sindacali sul regolamento per il lavoro agile del personale non dirigente e della dirigenza PTA e dello stesso POLA. Supporta il Direttore Sanitario nel confronto con i soggetti sindacali sul regolamento per il lavoro agile della Dirigenza Area Sanità.</p>
Direttori di UO	<p>Rappresentano il motore del cambiamento organizzativo e vengono supportati con iniziative formative e riunioni con il Gruppo di lavoro Aziendale e la Direzione Amministrativa per lo sviluppo del lavoro agile. Predispongono e aggiornano la mappatura delle attività che possono essere svolte in modalità agile ed il relativo personale potenzialmente coinvolto. Redigono i piani operativi di UO, esprimendo il fabbisogno in termini di tecnologia informatica e formazione del personale. Valutano le richieste di adesione al lavoro agile del personale, prefigurando le attività che possono svolgere, le fasce orarie di contattabilità, gli obiettivi da assegnare e gli indicatori per la misurazione dei risultati. Sottoscrivono gli accordi individuali con i dipendenti che svolgono lavoro agile nelle proprie unità operative. Segnalano, nell'ambito delle attività di monitoraggio, possibili azioni di miglioramento, proponendo soluzioni finalizzate all'estensione ad eventuali attività ulteriori a quelle indicate come "smartabili" nella fase di avvio. Forniscono informazione sul regolamento del lavoro agile nell'ambito dell'UO e ne verificano il rispetto, per quanto di competenza.</p>
Servizio Personale -Risorse Umane	<p>La SSD Risorse Umane cura la predisposizione dello schema di accordo individuale per il lavoro agile, predispone il Regolamento per il lavoro agile, relativamente alle diverse aree contrattuali. Contribuisce alla redazione del POLA per gli aspetti di propria competenza. Partecipa al percorso di confronto con i</p>

	<p>soggetti sindacali sui regolamenti, fornendo supporto tecnico. Partecipa direttamente alle iniziative di formazione sul lavoro agile (in particolare sui temi di gestione delle risorse umane). Supporta i direttori di UO nella sottoscrizione di accordi individuali ed effettua la comunicazione telematica dell'accordo individuale e delle sue modificazioni al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Si occupa della rilevazione delle presenze dei dipendenti nelle giornate di smart working; estrae dati sull'effettivo utilizzo dello strumento ai fini della reportistica direzionale, l'aggiornamento normativo ed i rapporti in materia con le OO.SS.</p>
Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale	<p>In generale si occupa di aspetti relativi al benessere organizzativo ed alla salute dei lavoratori. Partecipa direttamente alle iniziative di formazione sul lavoro agile (in particolare sui temi legati alla sicurezza). Predispose l'informativa (che viene consegnata al dipendente in sede di stipulazione dell'accordo individuale), con i requisiti della sede di lavoro in cui il dipendente svolge lavoro agile. Si occupa della valutazione delle condizioni di salute che possono presentare dei rischi per il lavoratore, certificando limitazioni che possono comportare priorità per il lavoro agile.</p>
ICT ARES	<p>Recepisce il fabbisogno di dotazione tecnologica espresso dai dirigenti e provvede al soddisfacimento delle richieste di hardware, software o collegamenti telematici. Propone soluzioni tecnologiche che consentano la digitalizzazione dei servizi e di conseguenza lo sviluppo del lavoro agile in ottica pluriennale.</p>
CUG	<p>Contribuisce con funzioni propositive, consultive e di verifica, all'attuazione del lavoro agile nell'ottica delle politiche di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata funzionali al miglioramento del benessere organizzativo. Presidia l'allineamento tra il POLA ed i Piani triennali di azioni positive nelle materie di propria competenza.</p>
OIV	<p>Fornisce indicazioni per la redazione del Piano triennale della Performance nella quale si inserisce il Piano</p>

	Operativo del Lavoro Agile. Propone gli indicatori per il monitoraggio dello sviluppo del lavoro agile.
Organismi paritetici	Gli organismi paritetici svolgono le funzioni indicate all'art. 6 bis CCNL Dirigenza Area Sanità, art. 6 CCNL Area Funzioni Locali e art. 8 CCNL Comparto.
Organizzazioni Sindacali	Partecipano al confronto sui regolamenti per le tre aree. contrattuali Comparto Sanità, Dirigenza Professionale Tecnica ed Amministrativa e Dirigenza Area Sanità
DPO	Fornisce le linee guida per la compliance privacy delle attività effettuate in remoto, e supporta il datore nelle iniziative di formazione e sensibilizzazione dei lavoratori sia sull'utilizzo, custodia e protezione degli strumenti impiegati per rendere la prestazione, sia sulle cautele comportamentali da adottare nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, compresa la gestione dei data breach
Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP)	Alle prestazioni rese all'esterno dei locali aziendali si applicano gli obblighi di salute e sicurezza sul lavoro di cui al D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i., ossia quelli relativi agli obblighi comportamentali, anche in merito alle dotazioni tecnologiche informatiche, laddove fornite dall'Azienda. Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione fornisce con cadenza almeno annuale, l'informativa scritta nella quale sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro.

3.2.6. Le condizionalità e i fattori abilitanti il lavoro agile

A) Il Regolamento per il lavoro agile

La prima misura organizzativa aziendale da adottare per far evolvere il lavoro agile verso la modalità ordinaria, è la stesura del regolamento per il lavoro agile.

Nel regolamento sarà stabilita la durata di un anno eventualmente rinnovabile.

Il numero di dipendenti autorizzato al lavoro agile non è rigido e può variare con l'ingresso di nuovi dipendenti (o uscita) nel novero di coloro che utilizzano l'istituto, in base a condizioni evolutive. Il Regolamento potrà prevedere percentuali soglia di lavoro in modalità agile. Medio tempore si ritiene opportuno non definire

quantità fisse e sfruttare tutte le potenzialità messe a disposizione dallo strumento, introducendolo, ove possibile, nella misura in cui consente di svolgere le attività in modo idoneo e con il consenso dei dipendenti interessati, con la gradualità necessaria e con un efficace governo del cambiamento organizzativo. In attesa dell'approvazione del Regolamento aziendale verrà richiesto esclusivamente il rispetto dei tetti previsti dalla normativa, fermo restando l'obbligo di facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure. In particolare, per i lavoratori che documentino particolari esigenze di salute o che assistano familiari con disabilità in situazione di gravità ai sensi della legge n. 104/1992 o che godano dei benefici previsti dal d.lgs. n. 151/2001 a sostegno della genitorialità e per le altre casistiche individuate in sede di contrattazione integrativa, con l'accordo individuale di cui all'art. 78 (Accordo individuale) del CCNL 2.11.2022 è possibile estendere il numero di giorni di attività resa in modalità agile rispetto a quelle previste per il restante personale. Pertanto negli accordi individuali saranno indicate giornate massime mensili di lavoro fuori sede compatibili con i tetti normativi. Va al contempo ricordato che con circolare ministeriale del 5 gennaio 2022 si ribadisce che la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni pubbliche è quella svolta in presenza, precisando tuttavia che "Una delle principali caratteristiche della disciplina oggi vigente per il lavoro agile nella pubblica amministrazione è la flessibilità." La circolare chiarisce che il principio della prevalenza del lavoro in presenza può essere rispettato nell'ambito della programmazione plurimensile.

Fino all'approvazione del predetto Regolamento la ASL di Nuoro consente lo svolgimento del lavoro agile per le attività *smartabili*, che l'Azienda datrice di lavoro è tenuta ad individuare (Comparto sanità art. 28 CCNL 2022-2024), sulla base di una semplice richiesta del Dirigente, che autorizza il lavoratore ad un numero di giornate settimanali di lavoro fuori sede indicandolo nell'accordo individuale, garantendo così un ulteriore elemento di flessibilità nell'ottica di conciliare le esigenze personali del lavoratore con quelle organizzative aziendali nell'ottica di migliorare il benessere organizzativo. L'art. 28, comma 2, stabilisce che, fermo restando quanto previsto dall'art. 6 comma 3, lett. i) (Confronto), l'Azienda individua le attività che possono essere effettuate in lavoro agile, fermo restando che sono esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili.

In data 23/01/2024 è intervenuta la sottoscrizione del C.C.N.L. Area Sanità per il triennio 2019/2021. L'art. 93, comma 2, rimette in capo all'Azienda l'individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile, con esclusione dei lavori in turno e di quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili; sono comunque escluse le attività ispettive, di polizia giudiziaria ovvero le attività che per l'erogazione della prestazione necessitano della presenza fisica del dirigente. Il successivo art. 95, comma 1, definisce l'articolazione della prestazione in modalità agile in fasce temporali e l'impossibilità, nelle giornate in cui la prestazione lavorativa non viene svolta in presenza di effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato o in condizioni di rischio (comma 3). Infine, l'art. 97 introduce anche per l'Area Sanità il "lavoro da remoto" come ulteriore modalità di espletamento della prestazione lavorativa presso il domicilio del dirigente oppure in altre forme di lavoro a distanza, come il coworking o il lavoro decentrato da centri satelliti.

In data 16/07/2024 è stato sottoscritto il C.C.N.L. Area Funzioni Locali - Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa per il triennio 2019/2021. L'art. 11 dispone che le attività compatibili con il lavoro a distanza,

ed i criteri di priorità nell'accesso allo stesso, saranno oggetto di confronto sindacale così come stabilito dai rispettivi CC.CC.NN.LL.

Lo sviluppo del lavoro agile comporta per l'Azienda un impegno costante verso la reingegnerizzazione dei processi, anche grazie ad una concreta transizione digitale ed all'applicazione di soluzioni nuove. Per realizzare quest'importante innovazione sono necessari investimenti tecnologici, ma anche un'evoluzione della cultura organizzativa, con graduale spostamento da un modello di controllo diretto del lavoro dei collaboratori (controllo visivo) ad uno maggiormente indirizzato alla valorizzazione dell'autonomia e della flessibilità, privilegiando la collaborazione e l'orientamento ai risultati (controllo dei risultati). L'Azienda ha acquisito, anche in seguito al progetto Family audit la consapevolezza che un'organizzazione flessibile, adattiva ed agile può resistere meglio ad eventi inattesi, migliorando la resilienza. Il lavoro agile è una leva strategica che, opportunamente governata, può portare ad un'organizzazione del lavoro più flessibile e più motivante, capace di affrontare le sfide del futuro. La proposta di Regolamento si ispira ai nuovi contenuti dei Contratti Collettivi Nazionali: in particolare nel caso del personale non dirigente, il 27 ottobre 2025 è stato sottoscritto il CCNL Comparto Sanità; Il contratto consolida la disciplina già introdotta nel triennio 2019-2021, ribadendo la distinzione tra il lavoro agile (flessibile e per obiettivi) e il lavoro da remoto (con vincoli di orario e luogo), usati come strumenti organizzativi alternativi. La stessa scelta è stata attuata nell'area contrattuale della Dirigenza Sanità, nell'ambito del CCNL sottoscritto il 23.01.24 e nell'area delle Funzioni Locali nell'ambito del CCNL sottoscritto il 16.07.24 per la dirigenza professionale tecnica ed amministrativa. La proposta di regolamentazione aziendale, tiene conto dei predetti contratti.

B) Dotazione digitale dell'Azienda

Tra i fattori abilitanti del lavoro agile, è determinante un'adeguata dotazione tecnologica, assieme ad una adeguata cultura lavorativa e di utilizzo corretto degli strumenti. La competenza sulle modalità di messa in esercizio degli strumenti è esercitata da ARES Sardegna che eroga tutti i servizi informatici necessari anche allo svolgimento del Lavoro Agile nelle sue differenti modalità.

ARES Sardegna garantisce al dipendente che lavora in presenza la possibilità di accedere ai dati ed applicativi da qualunque postazione di lavoro, purché all'interno della rete aziendale oppure tramite VPN opportunamente configurata.

Sono infatti attuate:

- la profilazione degli utenti, con gestione dei ruoli e delle abilitazioni,
- la tracciatura degli accessi ai sistemi e agli applicativi,
- la disponibilità di documenti in formato digitale (flusso documentale da protocollo).

Il lavoro agile si svolge con le seguenti possibilità tecnologiche:

- per il collegamento alla rete aziendale, è stata messa a disposizione una VPN (Virtual Private Network) con credenziali di accesso: tale connessione rende possibile l'utilizzo di tutti gli applicativi aziendali normalmente disponibili dalla postazione aziendale;
- assistenza tecnica dedicata in caso di necessità da parte di ARES Sardegna.

Non è stato necessario attivare corsi di formazione specifici in favore dei lavoratori adibiti al lavoro agile, poiché i dipendenti hanno utilizzato gli strumenti digitali con dimestichezza. Per ragioni di controllo della spesa, non sarà possibile dotare tutti i dipendenti di strumentazione necessaria al lavoro agile in quanto non è attualmente sostenibile l'acquisto di notebook e smartphone.

C) La formazione per lo sviluppo del lavoro agile

“L'implementazione del lavoro agile richiede un ripensamento dei modelli organizzativi in essere, detto ripensamento non può non riflettersi anche nei contenuti di documenti quali il Piano triennale di formazione del personale”: così recitano le Linee Guida ministeriali a conferma di una visione strategica della formazione a supporto dei cambiamenti organizzativi. L'Azienda di Nuoro ritiene indispensabile avvalersi della formazione per accompagnare e supportare il proprio personale nel processo di acquisizione della capacità di lavorare in modalità agile, sia per quanto riguarda le competenze digitali, sia per prevenire e contenere l'eventuale rischio di stress correlato alle nuove modalità di lavoro. In specifico, il tema del lavoro agile sarà oggetto di analisi di fabbisogno sia da parte del livello strategico aziendale, sia da parte di tutte le articolazioni aziendali potenzialmente interessate, in modo da raccogliere bisogni e suggestioni inerenti le tematiche relative all'organizzazione, alla digitalizzazione, al lavoro per obiettivi ed ai rischi connessi allo svolgimento del lavoro fuori dalle sedi aziendali. Tali fabbisogni formativi saranno recepiti all'interno del Piano annuale della Formazione dei dipendenti e prevalentemente saranno orientati a garantire ai professionisti in lavoro agile:

- acquisizione di nuove soft skills per l'auto-organizzazione del lavoro, per la cooperazione a distanza tra colleghi e per le interazioni a distanza anche con l'utenza;
- sicurezza della prestazione di lavoro agile;
- consapevolezza del trattamento dati e attenzione alla privacy al di fuori degli ambienti aziendali. Risulta importante implementare modalità di identificazione e monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi affidati ai professionisti in smart working, proseguendo nel cambio di paradigma che l'introduzione del lavoro agile ha accelerato: lo sviluppo di una cultura basata sui risultati, a differenza di una valutazione basata sul controllo in presenza e sulla dimensione del tempo.

3.2.7. I Piani Operativi gli accordi individuali

Il passaggio da modalità emergenziale a modalità ordinaria di utilizzo del lavoro agile sarà reso possibile attraverso la mappatura di tutte le attività che possono essere svolte in modalità agile, tale attività è stata finora svolta dai Dirigenti delle articolazioni organizzative che hanno richiesto il lavoro agile. L'attività di mappatura svolta finora sarà utilizzata per disciplinare il lavoro agile oggetto dell'approvando Regolamento; inoltre, le articolazioni organizzative che non vi hanno ancora provveduto saranno tenute a elaborare un piano operativo contenente i seguenti elementi:

- descrizione delle macro-attività;
- descrizione del progetto;
- obiettivi/output attesi;

- numero di dipendenti coinvolti;
- indicatori di risultato e modalità di monitoraggio;
- necessità di specifiche dotazioni tecnologiche;
- necessità di specifica formazione.

Per ciascun dipendente interessato al lavoro agile saranno associate le attività eseguibili in tale modalità, declinandone l'organizzazione mediante l'individuazione del numero massimo di giornate mensili non in presenza, del luogo di lavoro e delle fasce orarie di contattabilità. Tali contenuti sono stati finora riportati negli accordi individuali annuali, sottoscritti dal Direttore della Struttura e dal dipendente. I piani operativi e gli accordi individuali finora elaborati hanno descritto una prima mappatura, in progressiva evoluzione, destinata a diventare modalità ordinaria di organizzazione del lavoro agile nelle aree che non richiedono la presenza continuativa nel luogo di lavoro per l'erogazione delle prestazioni. Gli accordi di lavoro agile stipulati finora hanno riguardato principalmente il dipartimento tecnico-amministrativo; tuttavia, tale modalità di lavoro è stata utilizzata anche in ambito sanitario, in particolare da parte dei dirigenti, per lo svolgimento di attività che non richiedono la presenza in servizio. Il numero dei dipendenti individuati quali destinatari del lavoro agile e le rispettive attività previste nei piani devono necessariamente considerarsi variabili nel triennio, così come il numero di giornate mensili svolte non in presenza. La strategia per il prossimo triennio è orientata al consolidamento dell'istituto, dopo la prima fase di avvio che ha introdotto una significativa innovazione nell'organizzazione del lavoro. Non si rinuncerà, tuttavia, a ricercare nuove possibilità di sviluppo, laddove i vincoli tecnologici e organizzativi lo consentano, al fine di coniugare il miglioramento del benessere organizzativo con l'incremento della performance dei processi produttivi.

3.3. Capitale Umano

Nella tabella seguente viene fatto il raffronto fra la consistenza del personale della Asl 3 di Nuoro al 01.01.2026, e la consistenza del personale al 01.01.2025.

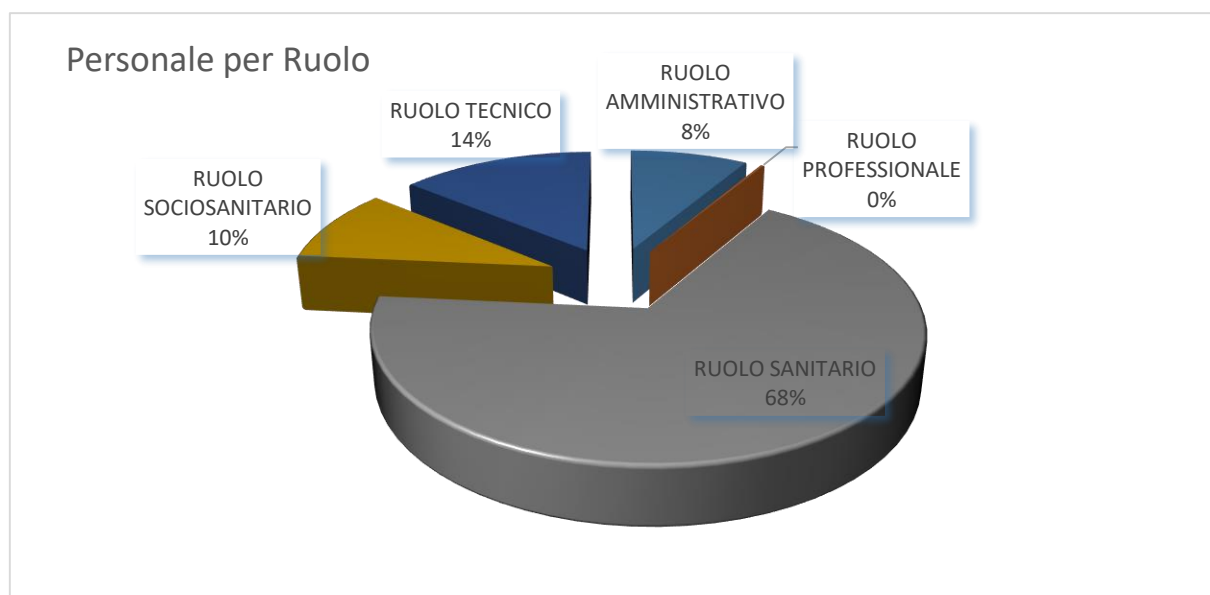
	al 01.01.2025	al 01.01.2026
RUOLO AMMINISTRATIVO	181	209
Comparto	172	200
Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	9	9
RUOLO SANITARIO	1629	1669
Comparto	1154	1163
Dirig.delle Professioni sanitarie	1	2
Dirig. Medico/Veterinaria	402	431
Dirig.Sanitaria non medica	72	73

RUOLO SOCIO-SANITARIO	171	235
Comparto	171	235
RUOLO TECNICO	357	344
Comparto	356	344
Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	1	
RUOLO PROFESSIONALE	6	5
Comparto	1	1
Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	5	4
TOTALE	2344	2462

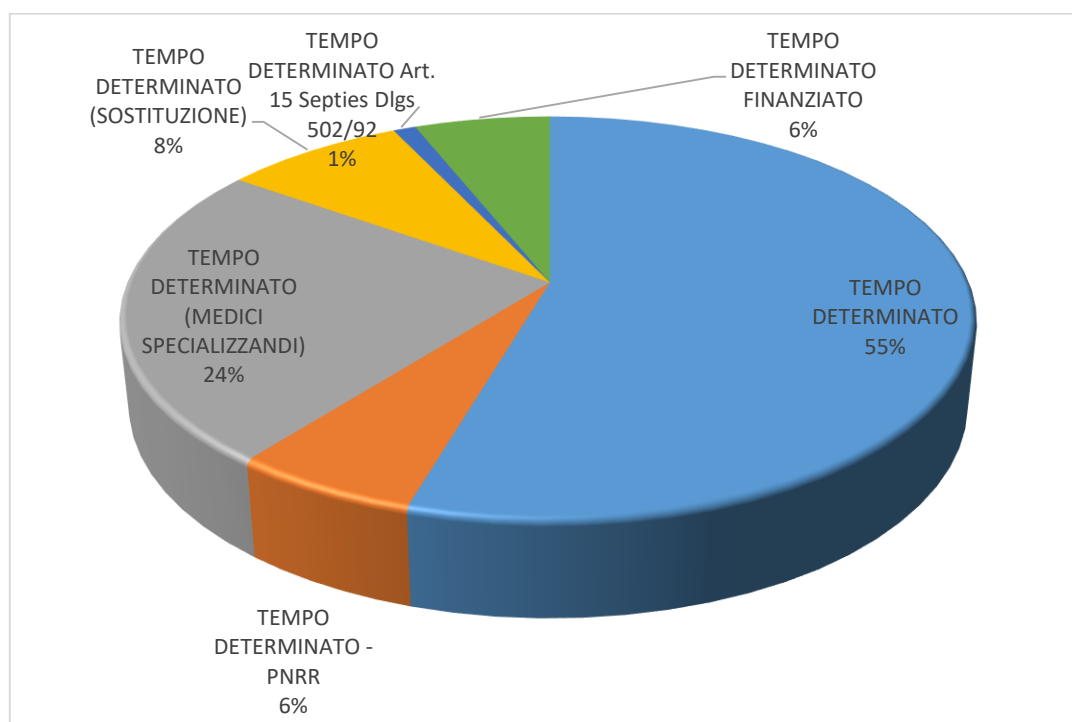
Dall'analisi dei dati si riscontra un incremento del personale pari a n. 118 unità, come saldo tra le uscite e i nuovi ingressi.

Le principali variazioni sono avvenute nel ruolo sanitario, +40 unità, e nel ruolo socio sanitario, +64 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, il 68% dei dipendenti è inquadrato nel ruolo sanitario, il 14% nel ruolo tecnico, il 10% nel ruolo socio sanitario, l'8% nel ruolo amministrativo, e una minima parte nel ruolo professionale.

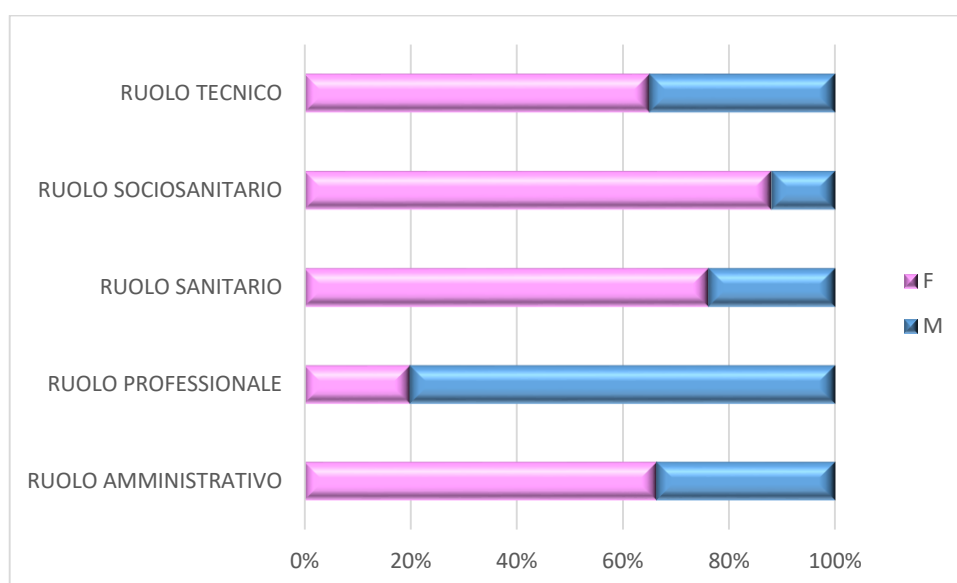
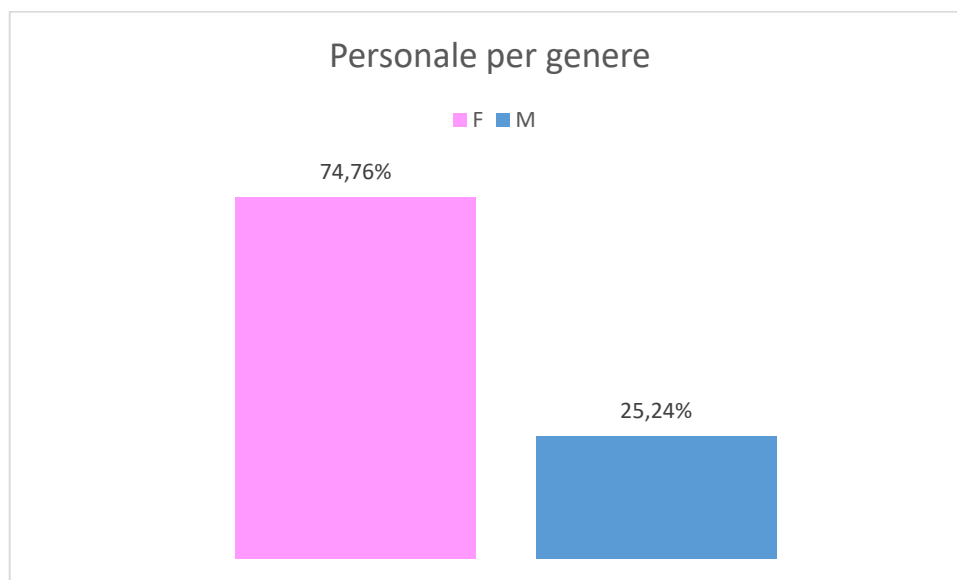


Considerando, invece, la natura del rapporto si riscontra che il personale assunto con contratto a tempo indeterminato rappresenta circa il 96%, mentre la restante parte, circa il 4%, con contratto a tempo determinato, rappresentato nel dettaglio nel secondo grafico:



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 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.



3.3.1. Piano Triennale del Fabbisogno del Personale.

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.

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.

Il PTFP 2026-2028 riporta la consistenza del personale al 01.01.2026 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.

Nella predisposizione del Piano si è tenuto conto delle forti criticità che caratterizzano l'Asl 3 di Nuoro:

- il sottodimensionamento del personale sanitario nelle strutture ospedaliere e territoriali
- la particolare struttura del territorio nel quale opera l'Azienda, che amplifica la distanza fra utenti e strutture.

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.

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.

In merito al Piano Triennale del Fabbisogno del personale (PTFP) per il triennio 2026-2028, approvato con delibera n. 713 del 13 novembre 2025 (Programmazione Sanitaria annuale e triennale 2026.2028, redatta ai sensi dell'art. 33 della L.R. 24/2020, e Progetto di Bilancio Preventivo economico annuale e triennale 2026.2028, redatto ai sensi dell'art. 39 della L.R. 24/2020 e dell'art. 25 del D.Lgs 118/2011 e ss.mm.ii.), si rinvia all'allegato 8a "Piano Triennale del Fabbisogno del Personale" Asl Nuoro come da seguente link:

<https://www.asl3nuoro.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/atti-di-programmazione-sanitaria/programmazione-sanitaria-annuale-e-triennale-2026-2028/>

3.3.2. Formazione del Personale

Con Delibera del Direttore Generale dell'Ares del 30.12.2025, n. 342, è stato approvato il "Piano Annuale della Formazione del Provider ARES 2026".

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;
- 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 2026 sono tre:

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

Il Piano formativo 2026 risulta articolato in tre sezioni:

- Formazione con Fondi Aziendali
- Formazione PNRR

- Formazione Regionale

Vista l'imminente conclusione della formazione prevista dal PNRR, per l'anno 2026 è stato richiesto a ciascuna Azienda che venissero indicati i corsi obbligatori previsti per l'area sicurezza ed emergenza-urgenza e, per il tramite dei Direttori dei Dipartimenti, dei Presidi Ospedalieri, delle Strutture Complesse e delle Strutture Semplici Dipartimentali, gli ulteriori fabbisogni formativi, con un massimo di due corsi per ciascuna struttura. Questo ha comportato un evidente incremento dei corsi programmati per il 2026 rispetto al PAF 2025.

Si riporta di seguito il link :

<https://www.aressardegna.it/ap/deliberazione-del-direttore-generale-n-342-del-30-12-2025/>

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
- 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 2026 è costituito per ciascuna Azienda sulla stima dell'1% del Monte Salari dei dipendenti delle Aziende del SSR come indicato nella tabella sottostante:

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).

ARES SARDEGNA - Piano Formativo anno 2026 - Tabella Costi

AZIENDA	BUDGET	IMPEGNO DI SPESA PAF	CORSI FAD - E TRASVERSALI	STIMA COSTI ECM	BUDGET Aggiornamento Individuale	RISORSE Non Impegnate
ARES Sardegna	€ 289.607,27	€ 89.125,01	€ 1.543,21	€ 8.160,00	€ 28.960,73	€ 161.818,33
ASL Cagliari	€ 1.677.673,59	€ 269.286,05	€ 8.939,69	€ 11.220,00	€ 164.550,49	€ 1.223.677,36
ASL Gallura	€ 698.572,12	€ 362.750,05	€ 3.722,43	€ 11.730,00	€ 60.000,00	€ 260.369,65
ASL Medio Campidano	€ 397.045,59	€ 235.860,97	€ 2.115,71	€ 15.810,00	€ 39.902,84	€ 103.356,08
ASL Nuoro	€ 1.089.305,62	€ 544.456,70	€ 5.804,50	€ 17.085,00	€ 163.395,84	€ 358.563,58
ASL Ogliastra	€ 273.503,33	€ 234.060,16	€ 1.457,40	€ 16.575,00	€ 15.000,00	€ 6.410,78
ASL Oristano	€ 575.000,00	€ 278.867,78	€ 3.063,96	€ 13.770,00	€ 100.000,00	€ 179.298,26
ASL Sassari	€ 1.141.242,26	€ 787.585,33	€ 6.081,25	€ 32.130,00	€ 200.000,00	€ 115.445,68
ASL Sulcis	€ 526.544,61	€ 288.985,82	€ 2.805,76	€ 15.810,00	€ 52.654,46	€ 166.288,57
AOU Cagliari	€ 686.788,09	€ 414.059,63	€ 3.659,63	€ 14.790,00	€ 233.375,83	€ 20.902,99
AOU Sassari	€ 1.309.232,86	€ 320.916,76	€ 6.976,41	€ 11.220,00	€ 350.000,00	€ 620.119,70
AREUS	€ 488.991,27	€ 354.498,39	€ 2.605,65	€ 4.080,00	€ 47.000,00	€ 80.807,23
ARNAS	€ 1.205.944,56	€ 248.243,50	€ 6.426,02	€ 19.380,00	€ 560.248,98	€ 371.646,05

3.3.3. Azioni positive e salute organizzativa

La Asl di Nuoro intende procedere all'adozione del Piano delle Azioni Positive per il triennio 2026-2028, in ottemperanza alle indicazioni impartite dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri con le Direttive del 4 marzo 2011 e del 26 giugno 2019.

Il Piano sarà adottato in virtù di quanto previsto dall'art. 48 del D.lgs. n. 198 dell'11 aprile 2006 (Codice della Pari Opportunità tra uomo e donna) con un orizzonte temporale triennale che individua le "azioni positive" definite ai sensi dell'art. 42 del citato Codice delle Pari Opportunità, come "misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità (...) dirette a favorire l'occupazione femminile e a realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro".

Si tratta di misure che, in deroga al principio di uguaglianza formale, hanno l'obiettivo di rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità. Tali misure sono di carattere speciale, in quanto specifiche e ben definite e in quanto intervengono in un determinato contesto al fine di eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta che indiretta. Allo stesso tempo, si tratta di misure temporanee, in quanto necessarie fin tanto che si rilevi una disparità di trattamento.

Gli obiettivi strategici perseguiti per il tramite delle azioni positive sono diretti a rimuovere quei fattori che direttamente o indirettamente determinano situazioni di squilibrio in termini di opportunità e consiste nell'introduzione di meccanismi che pongano rimedio agli effetti sfavorevoli di queste dinamiche, compensando gli svantaggi e consentendo concretamente l'accesso ai diritti.

La Asl di Nuoro ha provveduto, all'istituzione del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità e la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG).

Gli sforzi profusi dall'Azienda di porre profonda attenzione al miglioramento della salute organizzativa declinata in tutti i suoi aspetti sono dimostrati dall'ottenimento nel luglio 2025 del certificato "Family Audit" rilasciato dall'Ente di certificazione proprietario dello standard Provincia Autonoma di Trento. Il personale coinvolto ha elaborato un piano di attività contenente misure che sono a favore della flessibilità, dell'attuazione del welfare aziendale, dell'attività di formazione e miglioramento delle tecnologie a disposizione.

Questi stessi campi di intervento rappresentano le aree strategiche di intervento che l'Asl di Nuoro con il CUG delinea per il prossimo triennio, ovvero:

- Il contrasto alle discriminazioni e politiche di inclusione che assicurino la creazione di un ambiente di lavoro sicuro e rispettoso delle prescrizioni legislative;
- Il benessere organizzativo e la cura della salute mentale. In relazione a tale ambito, l'Asl di Nuoro intende promuovere la creazione di uno sportello di ascolto "itinerante" e indagini di clima "pulse".
- La conciliazione vita – lavoro, punto questo sul quale ha già ottenuto un importante risultato con la citata certificazione di "Family Audit". L'obiettivo è il consolidamento degli strumenti di flessibilità intesi come leva organizzativa strutturale e non più legata a specifiche contingenze emergenziali.

- La comunicazione e la visibilità garantite dalla prossima programmazione diretta al potenziamento dei canali di comunicazione interna ed al tempo stesso dall'implementazione della visibilità istituzionale dello spazio web dedicato al CUG.

4. Sezione Monitoraggio

L'attuazione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi enunciati del presente PIAO viene assicurata da un sistema di monitoraggio comprendente sia gli strumenti di attuazione sia i risultati conseguiti che coinvolgono la Direzione generale dell'azienda coadiuvata dalla Dirigenza. Pertanto la Direzione strategica unitamente all'Organismo Indipendente di Valutazione operano quale presidio dei processi operativi aziendali, monitorando lo stato di raggiungimento degli obiettivi attraverso l'analisi degli indicatori, di tipo quantitativo o qualitativo, riferiti ai risultati attesi, che sono in grado di fornire informazioni tempestive e puntuali circa l'andamento dell'attività aziendali.

Gli strumenti e le modalità di monitoraggio del PIAO sono delineati dal DM n. 132 del 30 giugno 2022.

Nello specifico, il monitoraggio delle sottosezioni «Valore pubblico» e «Performance» avverrà secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10 del Decreto Legislativo 150 del 2009, il monitoraggio della sezione «Rischi corruttivi e trasparenza» secondo le indicazioni di ANAC; per la Sezione «Organizzazione e capitale umano», il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance. Inoltre si richiama quanto disposto in tema di *customer satisfaction*.

Valore Pubblico e Performance

L'attuale regolamento del SMVP in linea con quanto stabilito dal Dlgs n. 150 del 2009 prevede un monitoraggio infra-annuale ed in caso di uno scostamento significativo dall'obiettivo annuale, le Strutture coinvolte nell'attività di performance recepiscono eventuali osservazioni del Direttore della Struttura interessata e vengono proposte al Direttore Generale le eventuali azioni correttive ritenute necessarie. Più specificatamente, la rendicontazione degli obiettivi assegnati nell'ambito del Processo di Budget sarà effettuata per quegli obiettivi la cui misurazione è attuata in base ai dati presenti nei sistemi informativi aziendali (file A, consumato per CdC, etc); nei casi in cui, vi sia un obiettivo relativo al compimento di una specifica attività (redazione di documenti, linee guida, PDTA etc) o nel caso invece di valori numerici autocertificati dalla Unità operativa, la certificazione ed il riscontro oggettivo del raggiungimento dell'obiettivo verrà effettuata dal Direttore della struttura o dal Direttore del Dipartimento di appartenenza della struttura o dal Responsabile del processo organizzativo o di progetto.

Rischi corruttivi e trasparenza.

La sottosezione è predisposta e monitorata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza forniti dall'ANAC e secondo le misure previste da tale sottosezione alla quale si rinvia per il dettaglio.

Organizzazione e Capitale umano.

Il monitoraggio di questa sezione è garantito dall'applicazione del Piano del Triennale dei Fabbisogni del Personale la cui elaborazione seppur fondata su analisi di natura preventiva, richiede approfondimenti,

adattamenti e verifiche in itinere. La sua adozione annuale, in una prospettiva triennale, richiede che sia modificato in relazione alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo e funzionale.

Rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti.

Come previsto nel vigente regolamento SMVP la Asl di Nuoro sulla base degli indirizzi emanati dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP), applica il modello di valutazione partecipativa; a tal fine promuove la partecipazione dei cittadini utenti alla valutazione delle performance organizzative, attraverso le indagini di *customer satisfaction* volte a rilevare il grado di soddisfazione degli utenti in relazione ai servizi erogati dall'azienda sanitaria. L'azienda favorisce la convergenza fra i servizi erogati e i bisogni dell'utente sia nella fase di progettazione delle caratteristiche qualitative dei servizi erogati, sia in fase di misurazione e di valutazione della performance organizzativa. A tale scopo procede alla rilevazione della qualità dei servizi sanitari percepita dal cittadino, alla mappatura degli utenti esterni e interni individuando il collegamento con le attività, i processi e i progetti. I risultati di tali rilevazioni concorreranno alla definizione della percentuale di performance organizzativa delle strutture che erogano i servizi.