



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI SASSARI
Viale San Pietro, 10 – 07100 Sassari



*Organismo Indipendente di Valutazione
dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari*

**RELAZIONE SUL FUNZIONAMENTO
COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI
VALUTAZIONE, TRASPARENZA E
INTEGRITA' DEI CONTROLLI
INTERNI DELLA A.O.U. DI SASSARI**

D.Lgs. 150/2009, art. 14, comma 4, lettera a) e lettera g)

27/04/2026

1. Premessa e Nota Metodologica

1.1 Contesto normativo e finalità del documento

La presente Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni è redatta dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari ai sensi e per gli effetti dell'art. 14, comma 4, lett. a) del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i.

Il documento risponde al duplice scopo di:

- **Rendicontare a consuntivo** l'andamento del Ciclo di Gestione della Performance relativo all'annualità 2025, verificando la corretta applicazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) adottato dall'Azienda;
- **Monitorare lo stato dell'arte** e formulare raccomandazioni operative per l'annualità in corso (primo quadrimestre 2026), promuovendo il miglioramento continuo dei processi aziendali in tema di performance, integrità e trasparenza, così come programmati nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

1.2 Perimetro temporale e oggetto di indagine

In coerenza con le indicazioni metodologiche vigenti, l'attività di monitoraggio e rendicontazione esposta nel presente documento si riferisce al periodo compreso tra l'**1 Gennaio 2025 e il 31 Dicembre 2025** per quanto attiene all'analisi dei risultati raggiunti e delle criticità emerse.

Tuttavia, considerata la data di stesura del documento (Aprile 2026), l'OIV ha esteso la propria ricognizione anche ai **primi mesi dell'anno 2026**, al fine di valutare la tempestività della fase di programmazione strategica, l'adozione del PIAO 2026-2028 e la conseguente assegnazione degli obiettivi ai centri di responsabilità.

1.3 Metodologia e fonti informative

Per la redazione della Relazione, l'OIV ha adottato un approccio metodologico basato su:

1. **Analisi documentale:** Esame approfondito dei documenti aziendali strategici e programmatori, con particolare riferimento a:
 - o Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) per il triennio di riferimento.
 - o Regolamento/Manuale Aziendale del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.
 - o Documentazione relativa all'assegnazione e refertazione degli obiettivi (es. schede budget, indicatori clinico-assistenziali e organizzativi).
 - o Atti e delibere della Direzione Generale rilevanti per il sistema dei controlli.

2. **Flussi informativi e interazioni dirette:** L'OIV ha attivato un dialogo con le figure e le strutture chiave dell'AOU di Sassari. In particolare, i dati e le evidenze riportate sono il frutto delle informazioni acquisite attraverso:
 - o Audizioni formali e scambio documentale con la **Struttura Tecnica Permanente (STP) / Controllo di Gestione**, per gli aspetti legati alla misurazione dei risultati e al supporto tecnico-metodologico.
 - o Interlocuzioni con il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)**, per l'analisi del livello di attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruttivo e degli obblighi di pubblicazione.
 - o Confronto con la Direzione Amministrativa e la S.C. Risorse Umane in merito agli impatti contrattuali e premianti legati ai sistemi di valutazione.

3. **Osservazione diretta dell'OIV:** Le valutazioni espresse tengono conto delle evidenze dirette riscontrate dall'Organismo nel corso delle proprie sedute e delle verifiche intermedie effettuate durante il ciclo 2025.

La stesura della Relazione tiene conto degli indirizzi interpretativi e operativi emanati dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), adeguandoli allo specifico contesto e alle peculiarità organizzative del Servizio Sanitario Nazionale e del modello Azienda Ospedaliero-Universitaria.

Natura Giuridica dell'Ente

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) di Sassari è una struttura sanitaria di alta specializzazione. Costituita come ente di diritto pubblico, opera dotata di piena autonomia sul piano organizzativo, amministrativo, tecnico, patrimoniale, contabile e gestionale.

Contesto Operativo e Sinergia Istituzionale

Inserita nel tessuto assistenziale, istituzionale e socio-economico della Regione Sardegna, l'AOU eroga servizi sanitari che sono contestualmente fondamentali per supportare le attività istituzionali di didattica e ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Sassari. In virtù di questo profondo legame, l'Azienda e l'Ateneo condividono i medesimi valori di riferimento nella definizione dell'intera programmazione strategica e operativa.

L'Organismo Indipendente di Valutazione della AOU di Sassari (di seguito OIV), è stato costituito con deliberazione n. 175 del 15/02/2023 (nomina di Presidente e componenti, recentemente prorogato fino al 31/12/2027 con Delibera n. 382 del 27/02/2026).

La **Direzione Strategica** è attualmente così composta:

- **Direttore Generale:** Dott. Serafinangelo Ponti (insediatosi il 2 gennaio 2026, a seguito della deliberazione della Giunta regionale della Sardegna di fine 2025).

- **Direttrice Sanitaria:** Dott.ssa Lucia Anna Mameli (confermata a gennaio 2026 dal nuovo Direttore Generale).
- **Direttore Amministrativo:** Dott. Alberto Mura (confermato a gennaio 2026 dal nuovo Direttore Generale).

Oltre alla Direzione Strategica, l'architettura istituzionale dell'AOU di Sassari prevede per legge la presenza di specifici **Organi Aziendali** collegiali, essenziali per la corretta amministrazione, il controllo e la pianificazione:

- **L'Organo di Indirizzo:** È un organo peculiare delle aziende ospedaliero-universitarie. Ha il compito di garantire la stretta sinergia e l'integrazione tra le attività assistenziali (di pertinenza del Servizio Sanitario Regionale) e quelle di ricerca e didattica (di pertinenza dell'Università degli Studi di Sassari).
- **Il Collegio di Direzione:** È l'organo che concorre al governo delle attività cliniche aziendali. Supporta la Direzione Generale partecipando alla pianificazione delle attività, allo sviluppo delle risorse umane e all'organizzazione dei dipartimenti ospedalieri.
- **Il Collegio Sindacale:** Agisce come organo di vigilanza e controllo interno, verificando costantemente la regolarità amministrativa e la corretta gestione contabile dell'Azienda.

In relazione al sistema dei controlli per l'anno in corso, l'OIV ha esaminato la seguente documentazione aggiornata al 2026:

- ✓ Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO): aggiornato al triennio 2026-2028 (e il precedente PIAO 2025-2027 approvato con Delibera n. 74 del 29/01/2025), regolarmente pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" dell'Azienda.
- ✓ Atti successivi dell'Amministrazione in materia di Performance.
- ✓ Regolamento misurazione e valutazione della Performance: attualmente vigente nella versione aggiornata con Delibera n. 591 del 20/11/2024

("Aggiornamento ed adozione del Regolamento di misurazione e valutazione della performance").

- ✓ Sezione PIAO - Anticorruzione e Trasparenza (Allegato 1): recante la Mappatura delle attività in relazione alla valutazione del potenziale rischio di corruzione, aggiornata per il ciclo 2026-2028.
- ✓ Relazione annuale del Responsabile della prevenzione della corruzione (RPCT): relativa all'Anno 2025 (documento pubblicato a gennaio 2026 dal RPCT Dott. Marco Mele, nominato originariamente il 19/10/2020 e costantemente confermato nelle sue funzioni).
- ✓ Nomina del "Gestore" delle segnalazioni antiriciclaggio: per le operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo (ai sensi del Decreto del Ministero dell'Interno del 25/09/2015), confermata in capo al Dott. Marco Mele tramite la Delibera n. 507 del 08/10/2020.
- ✓ Codice di Comportamento dell'AOU di Sassari: aggiornato al DPR n. 81/2023 tramite la Delibera n. 58 del 29/01/2024 ("Aggiornamento Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari"), che ne costituisce la versione attualmente applicata per tutto il personale.
- ✓ Patto di Integrità: riferito al modello originario adottato nel 2020 e tuttora applicato come standard di riferimento per le procedure di gara e contrattuali in essere.

I - FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE (SMVP)

Il contesto strategico e operativo in cui opera l'AOU di Sassari si caratterizza per:

Il contesto operativo dell'Azienda si delinea attraverso i seguenti pilastri strategici:

- **Indirizzo strategico regionale:** recepimento e attuazione degli obiettivi di salute e di gestione definiti dalla Giunta Regionale della Sardegna.

- **Integrazione Ospedale-Università:** coesistenza del mandato sanitario (SSN) e di quello accademico, con il perseguimento della triplice missione di assistenza, ricerca scientifica e didattica rivolta sia ai pazienti sia agli studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia.
- **Programmazione economico-finanziaria:** gestione basata sul Bilancio Preventivo Economico per il triennio 2025-2027, aggiornato al 2026-2028, strumento cardine per la sostenibilità delle attività istituzionali.
- **Pianificazione del capitale umano:** sviluppo della dotazione organica mediante il "Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP)" 2025-2027 aggiornato al 2026-2028, approvato in sede regionale per garantire l'efficienza dei servizi.
- **Sviluppo strutturale e tecnologico:** attuazione delle linee di intervento definite nel "Piano degli Investimenti" aziendale per l'ammodernamento delle infrastrutture e delle dotazioni elettromedicali.
- **Adeguamento normativo e funzionale:** recepimento dell'evoluzione legislativa e disciplinare, che comporta un progressivo ampliamento delle competenze e delle funzioni operative dell'Azienda.

L'OIV, ha verificato la "PROGRAMMAZIONE TRIENNALE E OBIETTIVI STRATEGICI" 2026-2028 riportati nel PIAO approvato con Delibera n. 127 del 30.01.2026.

In particolare i seguenti obiettivi strategici coerenti con la mission aziendale:

Obiettivo strategico 1: Incremento dell'utilizzo della telemedicina

valore pubblico	obiettivo strategico	indicatore	valore minimo	target
Riorganizzazione prestazioni di specialistica ambulatoriale al fine di ridurre le liste d'attesa e di riequilibrare la domanda e l'offerta dei servizi sanitari	Partecipazione al progetto di Telemedicina avviato dalla Università di Sassari con il coinvolgimento di tutte le Strutture ospedaliere potenzialmente interessate.	% personale sanitario formato	90%	100%

Tale obiettivo era presente anche nel PIAO 2025-2027.

Obiettivo strategico 2: Riduzione liste d'attesa

valore pubblico	obiettivo strategico	indicatore	valore minimo	target
Riorganizzazione prestazioni di specialistica ambulatoriale al fine di ridurre le liste d'attesa e di riequilibrare la domanda e l'offerta dei servizi sanitari	Partecipazione all'approvazione del Piano Regionale di Governo delle liste d'attesa. 2025-2028. Riorganizzazione del Centro Unico Di Prenotazione (CUP). Partecipazione ai tavoli tecnici regionali.	Avviamento progetto servizio ICT/CUP	1	Trasmissione documentazione /verbali tavoli tecnici e bozza progetto condiviso

Obiettivo strategico 2 presente anche nel PIAO 2025-2027.

Obiettivo strategico 3: Implementazione dei servizi di sanità digitale e telemedicina

valore pubblico	obiettivo strategico	indicatore	valore minimo	target
Riduzione delle disuguaglianze territoriali soprattutto per i pazienti cronici. Gestione più efficace del percorso del paziente, dal momento del ricovero e garantendo anche la continuità assistenziale post dimissione.	Digitalizzazione della presa in carico del paziente. Implementazione e piena diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e della Cartella Clinica Integrata.	Formazione del personale sanitario competenze digitali. % documenti sanitari firmati digitalmente		100%

Obiettivo strategico 3 presente anche nel PIAO 2025-2027.

Obiettivo strategico 4: Pronto Soccorso e Servizi di Emergenza Urgenza

valore pubblico	obiettivo strategico	indicatore	valore minimo	target
Miglioramento Servizio PS	Definizione condivisa con l'ASL di Sassari delle azioni di filtro per l'accesso in Pronto Soccorso	n. di processi condivisi con la ASL 1 per la funzionalità di strutture territoriali quali Case della salute, Ospedali di Comunità al fine di adeguare e incrementare l'appropriatezza dell'utilizzo del PS	1	Processi deliberati

Obiettivo strategico 4 presente anche nel PIAO 2025-2027.

Obiettivo strategico 5: Attenzione verso il personale sanitario, formazione continua e qualificazione

valore pubblico	obiettivo strategico	indicatore	valore minimo	target
Miglioramento Performance personale sanitario e amministrativo, tecnico e professionale, miglioramento delle soft skills e migliore allocazione all'interno delle strutture sanitarie e amministrative al fine di migliorare la qualità, l'efficacia e l'efficienza del servizio reso.	Formazione continua, allocazione equa del personale all'interno delle strutture. Promozione del benessere organizzativo.	Sperimentazione del progetto LIVREA	1	100%

Obiettivo strategico 6: Prevenzione e Promozione della salute

valore pubblico	obiettivo strategico	indicatore	valore minimo	target
Tutela del paziente attraverso la definizione di percorsi assistenziali e campagne vaccinali come monitoraggio dello stato di salute dei cittadini. Riduzione dei costi sanitari nel lungo termine e miglioramento della salute pubblica attraverso un approccio integrato di prevenzione e promozione della salute	Implementazione campagne vaccinali per pazienti fragili, prosecuzione campagna vaccinale COVID-19 come HUB per il territorio	% pz vaccinati/Richieste	90%	100%

Obiettivi strategici 5 e 6 presenti anche nel PIAO 2025-2027.

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è stato predisposto nel pieno rispetto del quadro normativo vigente. Nello specifico, la sua stesura è conforme alle seguenti disposizioni:

- D.L. 9 giugno 2021, n. 80 (art. 6), convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, che ha istituito il documento;
- D.P.R. 30 giugno 2022, n. 81 e ss.mm.ii., recante il Regolamento per l'individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal PIAO;

- Circolare n. 2/2022 dell'11 ottobre 2022, emanata dal Dipartimento della Funzione Pubblica, contenente le direttive e le indicazioni operative e metodologiche per la redazione del Piano, unitamente ai successivi aggiornamenti in materia.

L'OIV ha provveduto alla verifica del raggiungimento degli obiettivi per l'anno 2024 ed è in corso la fase preliminare alla valutazione degli obiettivi 2025 di performance organizzativa.

La Relazione sulla performance 2025 dell'Azienda verrà definita verosimilmente entro il 30/06/2026.

L'Organismo ha validato la Relazione sulla performance 2024, con il Documento di validazione ed i **Verbali OIV n. 03/2025 di giovedì 26 giugno 2025** e **n. 04/2025 di lunedì 30 giugno 2025**. I contenuti della Relazione sono stati coerenti con la sezione performance del PIAO 2024.

Il "Regolamento di misurazione e valutazione della performance" della AOU di Sassari ha ricevuto un ultimo aggiornamento adottato con Delibera n. 591 del 20/11/2024.

II - PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

La performance organizzativa dell'A.O.U. di Sassari per come definita dal SMVP riflette la sintesi dei risultati di gestione ottenuti da tutte le Unità Operative, integrando trasversalmente le aree clinico-sanitaria, tecnica, amministrativa e professionale.

Il sistema aziendale di misurazione e valutazione si articola sui seguenti pilastri:

- **Programmazione delle attività:** L'Azienda pianifica in modo accurato le attività dei singoli centri di responsabilità avvalendosi di un sistema di "schede di budget".
- **Cascading e negoziazione degli obiettivi:** L'intero processo di budget dipende dall'assegnazione degli obiettivi aziendali, a loro volta allineati con

le direttive regionali. Questi obiettivi vengono declinati a livello dipartimentale e assegnati alle singole strutture tramite un processo di negoziazione, in stretta coerenza con la sottosezione "Performance" del PIAO.

Tuttavia l'Azienda avvia formalmente il processo di negoziazione solo a seguito della formalizzazione degli obiettivi da parte della Regione Sardegna. Ciò rischia regolarmente di allungare i tempi della definizione e assegnazione degli obiettivi gestionali, lasciando in sospeso una fase strategica, rendendola successiva ai tempi di un'amministrazione di fatto esogena, sebbene istituzionalmente sovraordinata. Potrebbe anche in teoria ripetersi quanto avvenuto nel 2021, in periodo covid, allorquando la Regione non assegnò obiettivi ai DG.

Raccomandazioni per il Miglioramento

A tale proposito si suggerisce pertanto di anticipare l'assegnazione e negoziazione di obiettivi alle UU.OO., sulla base di quelli storicizzati, per poi procedere all'eventuale aggiornamento degli stessi al momento della trasmissione degli indirizzi strategici regionali. In tal modo non ci saranno vuoti strategici nella gestione delle UU.OO. Tale raccomandazione trova riferimento nella Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione, Paolo Zangrillo (novembre 2023), nella quale viene indicato che l'assegnazione degli obiettivi deve avvenire tempestivamente, non oltre febbraio, per garantire che il ciclo della performance sia concreto.

- **Valutazione a consuntivo:** La performance organizzativa viene misurata in base a quanto pianificato nelle schede di budget. A fine ciclo, si valutano i risultati effettivi ponderandoli con un set di indicatori, pesi e target stabiliti dall'Azienda durante la pianificazione triennale.
- **Accountability dirigenziale:** Per responsabilizzare maggiormente il management, il livello di raggiungimento della performance organizzativa rappresenta il parametro principale per la valutazione individuale e di risultato dei Direttori di Struttura.

Sistema degli obiettivi della AOU di Sassari.

Per il 2025, l'A.O.U. di Sassari ha programmato un sistema di obiettivi che recepisce e integra quelli assegnati progressivamente dalla Regione Sardegna (Delibera n. 4-13 del 22.01.2025 e Delibera n. 19-21 del 09.04.2025). Tali obiettivi aziendali sono stati declinati su base dipartimentale, in stretta conformità con il Regolamento.

Il processo di assegnazione e negoziazione si articola attraverso i seguenti livelli di responsabilità:

- **Direzione Generale:** Ha in capo l'assegnazione diretta degli obiettivi ai Direttori di Struttura (sia Complessa che Semplice Dipartimentale).
- **Direttori di Dipartimento:** Svolgono un ruolo di supporto strategico. Affiancano la Direzione Aziendale nella definizione degli obiettivi di performance organizzativa e nella negoziazione del budget con le strutture afferenti al Dipartimento. Inoltre, definiscono e negoziano in prima persona gli obiettivi individuali dei Direttori di tali strutture.
- **Personale con incarico di funzione:** Viene coinvolto attivamente ed è direttamente responsabile nelle operazioni di valutazione del personale del comparto, anche se tale ruolo deve diventare di mero supporto alla funzione dirigenziale.

In conformità al Regolamento vigente, gli obiettivi aziendali devono essere strettamente correlati ad azioni, indicatori e target specifici. Le schede di budget sono strutturate per tracciare la performance e devono obbligatoriamente contenere:

- **Inquadramento:** Dimensione di valutazione (definita nel Piano della Performance) e codici/descrizioni degli obiettivi strategici e operativi.
- **Ponderazione:** Peso dell'obiettivo operativo e dei relativi indicatori (in entrambi i casi, la somma dei pesi deve essere pari a 100).
- **Metriche:** Formula e descrizione dell'indicatore (almeno uno per obiettivo operativo), valore atteso a fine anno, valore effettivamente rilevato e valore minimo accettabile (soglia al di sotto della quale il punteggio si azzerava).

Valutazione e Reportistica a Consuntivo La performance organizzativa costituisce una componente essenziale per la valutazione individuale dei Direttori di Struttura (Complessa e Semplice Dipartimentale). A fine ciclo, ogni Responsabile di Servizio redige una relazione sintetica, corredata da documentazione di dettaglio, sugli esiti dell'anno concluso. Il raggiungimento degli obiettivi da parte delle Unità Operative viene misurato rispetto ai parametri di budget, ponderando il risultato con le risorse effettivamente disponibili e con eventuali fattori esimenti oggettivi sopraggiunti.

Benchmarking e Strumenti di Misurazione Il monitoraggio degli obiettivi legati ai LEA e alla Qualità, misurati attraverso la griglia ministeriale, permette all'A.O.U. di Sassari di confrontarsi in ottica di *benchmarking* con le altre realtà sanitarie regionali e nazionali.

Il sistema di misurazione è affidato al **Controllo di Gestione**, in sinergia con la Struttura Tecnica Permanente (STP) e con il supporto dei dati di contabilità analitica del Servizio Bilancio. Questo assetto quantifica accuratamente le risorse umane, strumentali e finanziarie assorbite da ciascuna U.O., offrendo una prospettiva chiara sulla qualità dei servizi erogati. Nel complesso, la metodologia implementata risulta congrua e riceve una valutazione pienamente positiva.

Nel corso del 2025 (mese di novembre), l'A.O.U. di Sassari ha implementato un sistema di rilevazione della **customer satisfaction** dedicato agli utenti dei servizi ambulatoriali e di degenza. Questo nuovo modulo è stato integrato all'interno della piattaforma di valutazione della performance "Smartpeg GURU" e collegato in modo diretto ai centri di costo aziendali che erogano le prestazioni.

Per favorire l'adozione dello strumento, è stata avviata una capillare campagna di comunicazione e sensibilizzazione rivolta sia ai responsabili di struttura che all'utenza. L'iniziativa è stata promossa attraverso i canali istituzionali (sito web e canale WhatsApp aziendale) e supportata dalla distribuzione di brochure informative presso le aree di ricovero e gli ambulatori. Il riscontro dei pazienti è stato estremamente positivo, registrando una partecipazione attiva ed entusiastica alla compilazione dei questionari.

Raccomandazioni per il Miglioramento

Alla luce della positiva fase di avvio registrata a fine 2025, si raccomanda che nel corso del 2026 questo strumento di rilevazione della prospettiva di stakeholders esterni, venga ulteriormente valorizzato e messo a sistema. L'obiettivo è parametrizzare i dati raccolti sul gradimento dell'utenza affinché concorrano ufficialmente alla valutazione della performance organizzativa, sia a livello globale aziendale sia per le singole Unità Operative coinvolte.

II - PERFORMANCE INDIVIDUALE

La Performance individuale 2024 è stata valutata ai sensi del Regolamento 2024 di misurazione e valutazione della performance. La performance individuale esprime il contributo al raggiungimento degli obiettivi dell'equipe di appartenenza fornito da un individuo, in termini di apporto al risultato organizzativo e di comportamenti.

Ai sensi dell'art. 9 del D.Lgs. 150/2009, la valutazione della performance individuale dei dirigenti e del personale con incarichi di responsabilità in autonomia si fonda sui seguenti elementi:

- **Indicatori di performance** relativi all'ambito organizzativo di diretta competenza.
- **Raggiungimento** di specifici obiettivi individuali prefissati.
- **Qualità del contributo** apportato alla performance generale della struttura, unitamente alle competenze professionali e manageriali dimostrate.
- **Capacità di valutazione** dei propri collaboratori, che deve emergere concretamente attraverso un'adeguata differenziazione dei giudizi (Art. 9, c. 1, lett. d).
- **Criteri di Valutazione per il Personale** I valutatori sono chiamati a misurare la performance individuale del restante personale (secondo l'art. 7 del medesimo Decreto) basandosi su:
- **Raggiungimento degli obiettivi**, siano essi di gruppo o prettamente individuali.

- **Qualità del contributo fornito all'unità organizzativa**, adeguatezza dei comportamenti professionali e organizzativi.

Modelli di Schede di Valutazione e Flessibilità I modelli delle schede individuali, suddivisi per categoria professionale, sono allegati al Regolamento e ne costituiscono parte integrante. Le descrizioni delle voci di valutazione contenute nelle schede non sono da intendersi come tassative; rappresentano piuttosto una traccia flessibile, pensata per essere declinata e adattata dai valutatori alle specifiche situazioni e agli obiettivi del collaboratore.

- **Cascading e Allineamento degli Obiettivi** Per garantire coerenza sistemica, la definizione degli obiettivi individuali deve seguire una logica di cascata:
- **Per i Dirigenti:** Gli obiettivi individuali devono essere strettamente ancorati agli obiettivi di performance organizzativa della propria struttura di appartenenza (Dipartimento, SC, SSD, SS).
- **Per il Personale del Comparto:** Gli obiettivi derivano da quelli assegnati al Direttore della struttura e vengono declinati attraverso le figure intermedie di coordinamento (Incarichi di Elevata Qualificazione - EQ, Incarichi di Funzione Organizzativa - IFO e Professionale - IFP).

Sebbene il modello di misurazione attuale risulti in linea con le previsioni normative, l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) rileva la necessità di un potenziamento, con particolare attenzione alla gestione degli obiettivi individuali.

Criticità Rilevate

Allo stato attuale, gli obiettivi individuali vengono spesso definiti esclusivamente come mero apporto agli obiettivi generali della struttura, oppure gestiti in alcuni reparti attraverso documentazione non pienamente formalizzata nel processo valutativo. Questa impostazione costituisce un'occasione mancata: non consente infatti di focalizzare in modo mirato l'attenzione degli operatori sui target operativi ritenuti prioritari dai Direttori dei Servizi.

Raccomandazioni per il Miglioramento

Per superare tali limiti e ottimizzare il processo, l'OIV raccomanda di strutturare e valorizzare maggiormente l'assegnazione degli obiettivi (sia individuali che di équipe) all'interno della piattaforma "GURU". Tale intervento è ritenuto strategico per potenziare l'efficacia della gestione direttiva delle risorse umane e garantire un maggiore allineamento organizzativo. Su tale tematica l'OIV evidenzia in particolare che l'assegnazione di obiettivi individuali (singoli e/o di team) deve essere correlata alla performance organizzativa e quindi agli obiettivi della struttura e ai processi organizzativi su cui il dipendente possa fornire il proprio contributo. In tal senso occorre prevedere che la performance di ciascun dipendente sia parametrata sia sugli obiettivi operativi che sugli aspetti comportamentali e sulle competenze. Attraverso la responsabilizzazione sugli obiettivi singoli e di gruppo all'interno della struttura il dipendente diventa una leva fondamentale per migliorare la performance aziendale. L'assegnazione degli obiettivi individuali deve essere inteso come strumento per valorizzare il personale, aumentare il senso di appartenenza al servizio e stimolare margini di miglioramento della professionalità (percorso di crescita del dipendente).

Nella scorsa Relazione (2025) sul funzionamento del Sistema, l'Organismo aveva riportato la seguente tabella, riportante la concatenazione delle responsabilità di valutazione:

Tabella Riassuntiva Valutatori-Valutati-Supporto

CHI VALUTA	CHI E' VALUTATO
DIRETTORE SANITARIO E AMMINISTRATIVO	Direttore di dipartimento
DIRETTORE DIPARTIMENTO	Direttore Responsabile Struttura complessa e Semplice Dipartimentale
DIRETTORE RESPONSABILE STRUTTURA COMPLESSA E SEMPLICE DIPARTIMENTALE	Dirigente Responsabile S.S.
	Dirigenti non apicali
	Responsabili posizione Organizzativa non sanitaria
	Dipendenti comparto non sanitario se non assegnati a PO
RESPONSABILE POSIZIONE ORGANIZZATIVA	Dipendenti comparto assegnati
DIRETTORE STRUTTURA PROFESSIONI SANITARIE E TECNICHE	Responsabile di posizione organizzativa e coordinatori sanitari
	Collabora con il Direttore della struttura nella valutazione dei dipendenti comparto sanitario se non assegnati a PO

Criticità Rilevate

In merito all'assetto precedentemente delineato, l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) ha riscontrato un'incongruenza strutturale riguardante l'attribuzione delle responsabilità valutative per il personale del comparto. Nello specifico, è stata evidenziata l'anomalia di affidare la titolarità della valutazione a figure non dirigenziali (Responsabili di Posizione Organizzativa) nei confronti dei dipendenti loro assegnati. A fronte di tale criticità, l'OIV ha raccomandato di riallineare l'intera matrice delle responsabilità valutative formalizzata nell'Atto Aziendale, rendendola pienamente coerente con la reale assegnazione delle risorse umane alle singole Unità Operative (UU.OO.).

Raccomandazioni e Stato di Avanzamento

Per quanto concerne le azioni correttive, l'OIV ha recentemente constatato e verificato la piena disponibilità della Direzione Aziendale ad accogliere i rilievi formulati. Attualmente, l'Organismo è in attesa della formale revisione su impulso regionale dell'Atto Aziendale e del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), passaggi istituzionali indispensabili per definire e ufficializzare una corretta matrice delle responsabilità valutative, aderente all'assetto organizzativo revisionato.

IV - FASI, TEMPI E SOGGETTI DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

L'OIV prende atto del ritardo sopra citato nella negoziazione degli obiettivi operativi rispetto a quelli del D.G. non ancora assegnati con DGR.

V - INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO

I sistemi informativi e informatici a supporto del funzionamento del Ciclo della performance sono adeguati rispetto alle esigenze di monitoraggio.

L'Azienda utilizza il sistema "GURU Up" per la digitalizzazione del processo di misurazione e valutazione della performance ed attende che la software house implementi, su impulso dell'Azienda, i correttivi sopra richiamati.

VI - DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITÀ

L'A.O.U. di Sassari ricopre un ruolo strategico fondamentale come snodo (HUB) all'interno della rete ospedaliera regionale, erogando servizi sanitari di primaria importanza per l'intero bacino del centro-nord della Sardegna.

Qualità e Clima Aziendale

In virtù di tale rilevanza, è prioritario per l'Azienda intraprendere e rafforzare un percorso progressivo orientato al monitoraggio e al miglioramento continuo della

qualità. Questo approccio si traduce nella necessità di potenziare tecniche e strumenti di rilevazione diretta per valutare due dimensioni parallele: la *customer satisfaction* degli utenti esterni (mediante lo strumento precedentemente citato) e il benessere organizzativo del personale interno, di cui si occupa il CUG. A margine si segnala inoltre che il CUG aziendale ha gestito 7 procedure di conciliazione della performance per l'anno in argomento.

VII - UTILIZZO EFFETTIVO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Per quanto riguarda la performance 2025, sono attualmente in corso le procedure di misurazione dei risultati di performance organizzativa delle strutture aziendali in vista dell'approvazione della Relazione sulla performance in scadenza al 30/06/2026.

Sono inoltre stati elaborati e trasmessi, al fornitore SMARTPEG, gestore della piattaforma GURU, i tracciati per la valutazione della performance individuale di tutti i dipendenti in particolare per gli aspetti comportamentali. La valutazione, successivamente alla verifica del corretto funzionamento della piattaforma, avverrà a partire dalla fine del mese di aprile e si chiuderà entro il mese di maggio.

Criticità nell'erogazione delle incentivazioni

Per quanto concerne le ricadute della Performance per l'anno 2023-2024 il servizio Personale comunica che non è stato ancora possibile erogare la produttività e la retribuzione di risultato al Personale del Comparto e della Dirigenza in quanto per il Comparto il Collegio Sindacale ha provveduto a certificare i relativi fondi ma non ha certificato i correlati accordi per consentire l'erogazione del premio.

In riferimento alla Dirigenza Sanitaria non è stata erogata la retribuzione di risultato per l'anno 2023 per la mancata certificazione degli accordi mentre per l'anno 2024 non sono stati certificati i fondi contrattuali.

Per la Dirigenza PTA per l'anno 2023 e 2024 non sono stati certificati i fondi contrattuali da parte del Collegio Sindacale.

La situazione di grave criticità derivante dall'impossibilità di riconoscere le somme dovute al personale interessato in ragione delle percentuali di raggiungimento degli obiettivi di Performance ed Individuali ha creato uno stato di agitazione sindacale e la programmazione dello sciopero calendarizzato per il prossimo 29 maggio 2026. La Direzione Aziendale ha coinvolto anche la Regione al fine di trovare la migliore soluzione per risolvere la problematica evidenziata.

Raccomandazioni per il Miglioramento

Al fine di non sottrarre credibilità al sistema di misurazione e valutazione della performance, garantire una normalizzazione dei rapporti con i dipendenti, a tutela della garanzia dei LEA verso i cittadini, si raccomanda una regolarizzazione dei flussi contabili in essere e di valutare ulteriori azioni, anche al fine di evitare uno stato di paralisi amministrativa, in un quadro di contenzioso legale con i dipendenti, con un flusso di soccombenze da parte dell'Amministrazione che mina la stabilità della programmazione economica.

Se da un lato il contenzioso storico proseguirà il suo iter giudiziario, la gestione dei fondi per il trattamento accessorio corrente (2023-2024 e, di fatto anche il futuro 2025) è bloccata da una interlocuzione tra la Direzione Generale e il Collegio Sindacale. Quest'ultimo organo ha ripetutamente negato la certificazione dei fondi contrattuali, citando carenze documentali e anomalie procedurali sulle quali questo Organismo non ha competenza operativa e valutativa di processo.

L'OIV rileva in ogni caso che l'attuale stallo impedisce l'erogazione della retribuzione di risultato. Questo vuoto amministrativo rischia di vanificare l'intero ciclo della performance e di far percepire gli obiettivi fissati nel PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) come meri adempimenti formali privi di correlazione con il trattamento accessorio per i dipendenti, con conseguenti riflessi nel perseguimento del valore pubblico sia rispetto ai bisogni di salute che alle leve di valorizzazione del personale, migliorando le condizioni interne presso cui il valore stesso viene creato.

Si evidenzia ad ogni buon conto che la Direzione ha attivato una task force amministrativa dedicata all'allineamento dei dati necessari, con particolare attenzione alla corretta imputazione della "perequazione".

VIII - INTEGRAZIONE CON IL CICLO DEL BILANCIO E I SISTEMI DI CONTROLLO INTERNI

La Pianificazione della performance 2025-2027 e 2026-2028 è stata approvata anche se a livello regionale, i bilanci a consuntivo non sono ancora stati adottati.

Resta tuttavia impegnativa la situazione sopra citata legata al Collegio Sindacale.

Nel verbale n. 47 del 2 ottobre 2025, i revisori evidenziano la mancanza di costituzione e certificazione dei fondi per il personale universitario in attività assistenziale e per la dirigenza sanitaria e PTA a partire dall'anno 2023. Una delle criticità maggiori riguarda la gestione della cosiddetta "perequazione" dei fondi.

Senza entrare nel merito degli aspetti specifici, in ogni caso tutto ciò ritarda di fatto la disponibilità delle somme per i dipendenti, con il risultato finale che i premi di risultato restano congelati nelle pieghe del bilancio, in un contesto di contenzioso storico.

Sistema di Contabilità Analitica a Supporto della Direzione Strategica

L'AOU di Sassari adotta un sistema di **Contabilità Analitica** disciplinato dal relativo Regolamento (Delibera n. 969 del 05/12/2019). Tale sistema costituisce uno strumento fondamentale per il governo clinico ed economico, permettendo di:

- **Monitorare l'impiego dei fattori produttivi:** tracciamento puntuale delle risorse in relazione ai diversi oggetti di osservazione (Centri di Costo, Centri di Responsabilità, ecc.).
- **Analizzare i trend storici:** confronto dei consumi correnti con i periodi precedenti per valutare l'andamento dei costi nel tempo.
- **Controllare il Budget:** verifica dello scostamento tra risorse consumate e obiettivi definiti in sede di negoziazione.

- **Valutare l'efficienza:** analisi della coerenza tra risorse impiegate e volume delle prestazioni erogate.
- **Attuare il Benchmarking:** confronto dei livelli di efficienza tra le diverse strutture interne dell'Azienda.

Reporting e Supporto Decisionale

Le rilevazioni di contabilità analitica alimentano un'attività di **reporting selettivo** per Centro di Costo/Responsabilità e per fattore produttivo. Queste informazioni rappresentano il presupposto indispensabile per la determinazione dei **costi standard** e per il confronto delle performance con altre realtà del Sistema Sanitario Regionale e Nazionale.

Il **Servizio Controllo di Gestione** elabora i report analitico-contabili su richiesta dei Direttori. A partire dal 2024, i monitoraggi trimestrali sono gestiti attraverso l'integrazione di applicativi Microsoft Excel e Access, garantendo una reportistica strutturata.

Evoluzione Strategica e Allineamento Regionale

In ottemperanza al nuovo Regolamento sul Piano dei Centri di Rilevazione Aziendale (Delibera n. 205 del 12/04/2024), l'AOU di Sassari è attualmente impegnata in un processo di **adeguamento dell'infrastruttura contabile**.

In coordinamento con la RAS (Regione Autonoma della Sardegna) e tramite appositi tavoli interaziendali, si procederà all'aggiornamento dell'anagrafica dei Centri di Costo per riflettere le recenti evoluzioni organizzative, garantendo la piena coerenza del sistema informativo contabile con il nuovo assetto aziendale.

Sistema autorizzativo aziendale

Il monitoraggio dei costi dell'AOU di Sassari è garantito in modalità concomitante attraverso il sistema dei "budget autorizzativi". Tale meccanismo è integrato nel

modulo gestionale "Sistema Atti" del software SISAR, piattaforma tecnologica condivisa a livello regionale.

Meccanismo di Controllo e Impegno di Spesa: l'iter procedurale prevede una fase di blocco-sblocco automatico per ogni provvedimento che comporti un impegno di spesa. Al momento della proposta di adozione, il sistema verifica in tempo reale la coerenza dell'atto con il budget programmato all'inizio dell'esercizio:

- **Verifica della capienza:** Se la spesa rientra nei limiti definiti, l'atto prosegue nel suo iter autorizzativo.
- **Gestione degli scostamenti:** Qualora si rendessero necessari impegni di spesa superiori a quanto pianificato, tali scostamenti devono essere analiticamente documentati e preventivamente autorizzati dalla Direzione Aziendale.
- **Vincolo di emissione:** In assenza di copertura o di specifica autorizzazione in deroga, il sistema impedisce l'emissione del provvedimento; l'Azienda, di conseguenza, non ne assume l'onere finanziario.

Obiettivi del Monitoraggio

Grazie a questa architettura gestionale, l'Azienda esercita un controllo pervasivo e preventivo sui flussi di spesa in corso d'esercizio, assicurando che ogni uscita sia rigorosamente allineata alla fase di programmazione e garantendo la sostenibilità del bilancio aziendale.

IX - ADOZIONE DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA E AZIONI INTRAPRESE DALL'AMMINISTRAZIONE E OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E TRASPARENZA

Esito del monitoraggio sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" per l'anno 2025.

Agli atti risulta pubblicata sul sito Amministrazione Trasparente " https://www.aousassari.it/documenti/11_578_20251222095154.pdf"

l'ultima attestazione OIV rilasciata in data 9 dicembre 2025 sull'Assolvimento degli obblighi di pubblicazione riferiti tuttavia all'annualità 2024 (Verbale n. 10/2025).

Per quanto riguarda il 2025 l'RPCT attende istruzioni da parte di ANAC per la verifica sul monitoraggio.

Anticorruzione: la Relazione annuale del RPCT è stata pubblicata "<https://www.aousassari.it/index.php?xsl=87&s=11&v=9&c=4607&na=1&n=1&va=2>"

Attività	Pianificata	Attuata
Codice di comportamento	si	si
Rotazione ordinaria del personale	si	no
Rotazione straordinaria del personale	si	no
Inconferibilità - incompatibilità	si	No, in mancanza di eventi
Incarichi extraistituzionali	si	si
Whistleblowing	si	si
Formazione	si	si
Trasparenza	si	si
Svolgimento attività successiva cessazione lavoro – pantouflage	si	No, in mancanza di eventi
Commissioni e conferimento incarichi in caso di condanna	si	No, in mancanza di eventi
Patti di integrità	si	si
Rapporti con portatori di interessi particolari	no	no

Formazione su prevenzione corruzione e trasparenza: nel 2025 sono stati previsti ed espletati i corsi di formazione "base" per tutto il personale dipendente (conclusione corso al 100% n. 731 dipendenti) e corsi avanzati per Responsabili di Struttura ovvero personale esposto in maniera rilevante al rischio corruttivo (n. 34)

Prime azioni di monitoraggio e compliance attuate nel primo quadrimestre 2026: con e-mail del 17 aprile l'RPCT ha chiesto ai Direttori delle UU.OO. di verificare ed integrare i dati del sito Amministrazione Trasparente secondo le proprie competenze di cui all'allegato 3 del PIAO.

X - DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DEL MONITORAGGIO SVOLTO DALL'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) presidia il corretto funzionamento del sistema di valutazione attraverso il supporto della Struttura Tecnica Permanente

(STP). L'OIV dispone, inoltre, della facoltà di attivare poteri ispettivi diretti qualora se ne ravvisi la necessità.

Per il corretto espletamento delle proprie funzioni, l'Organismo riceve il pieno sostegno della Direzione Strategica e ha il diritto di accedere a ogni informazione necessaria presso le strutture organizzative aziendali, le quali sono tenute a fornire la massima collaborazione.

Monitoraggio degli Obblighi di Pubblicazione

Con riferimento alle scadenze normative, l'OIV – avvalendosi della propria Struttura Tecnica – ha verificato l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 30.06.2025, in conformità alla Delibera ANAC n. 213/2024 (o 203/2023, se riferita al quadro previgente). L'esito di tale attività è stato formalizzato mediante l'inserimento della relativa Attestazione sulla piattaforma web dell'ANAC.

Finalità dello Strumento di Sintesi

L'attività di verifica e il relativo documento di attestazione si configurano come strumenti strategici finalizzati a:

- **Uniformità Strutturale:** favorire un'organizzazione omogenea della sezione "Amministrazione Trasparente" tra i diversi uffici e siti istituzionali, garantendo standard di pubblicazione uniformi.
- **Qualità del Dato:** assicurare che le informazioni rese pubbliche rispettino i requisiti di integrità, completezza e tempestività previsti dalla normativa vigente.

XI - PROPOSTE E PRIORITÀ DI MIGLIORAMENTO

Dall'analisi operata su ciclo della performance e sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, l'OIV conferma la seguente proposta migliorativa, da implementare progressivamente:

- I. **Negoziazione obiettivi** - per evitare possibili "vuoti strategici" nella gestione delle Unità Operative (UU.OO.), si propone un approccio di negoziazione in due fasi: anticipazione mese di febbraio: assegnazione e negoziazione degli obiettivi basandosi su dati e obiettivi storici; affinamento: Aggiornamento della programmazione al ricevimento formale degli indirizzi strategici regionali definitivi.

- II. Sulla scorta degli esiti positivi del 2025, si delinea una **strategia di consolidamento per le rilevazioni del gradimento degli stakeholder esterni**: Messa a sistema: evoluzione dello strumento di ascolto come componente strutturale dei processi aziendali. Parametrizzazione dei dati: trasformazione dei feedback raccolti in indicatori misurabili e standardizzati. Integrazione nella Performance: auspicabile inserimento formale di tali parametri nei sistemi di valutazione della performance organizzativa, con impatto sia sul rating complessivo aziendale che su quello delle singole Unità Operative.

- III. **Ottimizzazione del Processo di Valutazione** - al fine di superare le attuali criticità e massimizzare l'efficacia del sistema, l'OIV raccomanda un'evoluzione nell'utilizzo dell'applicativo "GURU" attraverso i seguenti driver: Potenziamento della Piattaforma: consolidare l'assegnazione degli obiettivi (individuali e di équipe) all'interno dell'ambiente digitale "GURU", rendendolo l'unico hub di riferimento per la gestione della performance. Efficacia Direttiva: valorizzare lo strumento dell'assegnazione degli obiettivi individuali come supporto alla leadership sulle risorse umane. Allineamento Organizzativo: garantire che gli obiettivi assegnati siano coerente con la missione aziendale, migliorando la fluidità dei processi gestionali.

- IV. **Revisione matrice responsabilità processo valutativo del comparto** in coerenza con l'adeguamento dell'Atto Aziendale che sarà aggiornato secondo le imminenti linee guida regionali e generale **aggiornamento del sistema di misurazione delle performance**, quale ambito di azione per il 2026 nel sistema degli obiettivi propri della SC Controllo di Gestione AOU SS.

- V. L'OIV evidenzia la necessità di risolvere con la massima urgenza consentita le **criticità legate alla certificazione dei fondi contrattuali**, al fine di preservare la credibilità del sistema di misurazione e garantire la continuità dei LEA. È auspicabile in tal senso un'accelerazione dell'interlocuzione con il Collegio Sindacale per risolvere gli aspetti procedurali e ripristinare la correlazione tra obiettivi raggiunti e incentivi economici.

Sassari, 27/04/2026

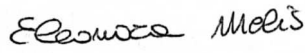
Il Presidente dell'OIV

Dott. Lorenzo Moretti



Il componente

Dott.ssa Eleonora Melis



Il componente

Dott. Massimiliano Oppo

