

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

**TRIENNIO 2025/2027**

## Aggiornamento

Il **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)** ha l'obiettivo di assorbire e razionalizzare la disciplina dei vari piani amministrativi, creando un documento unico di programmazione e governance che sostituisce i molteplici programmi che le Pubbliche Amministrazioni erano precedentemente tenute a predisporre. In un'ottica di massima semplificazione, il PIAO rappresenta lo strumento per garantire trasparenza, efficienza e una gestione integrata delle risorse pubbliche.

Il PIAO è stato introdotto all'articolo 6 del Decreto Legge n. 80 del 2021, il cosiddetto "Decreto Reclutamento", convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113. Il Piano ha una durata triennale, ma deve essere **aggiornato annualmente** per garantire che gli obiettivi, le risorse e le azioni siano sempre coerenti con le necessità emergenti e le normative in evoluzione.

L'aggiornamento del PIAO deve avvenire **entro il 31 gennaio di ogni anno**, come previsto dall'art. 7 del Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 132 del 30 giugno 2022 per il triennio successivo, tenendo conto delle evoluzioni normative e organizzative.

L'aggiornamento annuale ha lo scopo di garantire che il piano sia sempre in linea con le priorità strategiche, le risorse disponibili e le esigenze normative, con un'attenzione particolare alla **prevenzione della corruzione**, alla **trasparenza** e all'**innovazione digitale**. Il PIAO, infatti, si inserisce in un processo di continua riorganizzazione delle pubbliche amministrazioni, con l'obiettivo di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa e garantire una gestione sempre più trasparente e responsabile delle risorse pubbliche.

Tra gli obiettivi assume un ruolo preponderante quello di attuare misure preventive al fine di controllare e contrastare il fenomeno della corruzione e dell'illegalità, nella salvaguardia dei principi di imparzialità e buon andamento della pubblica amministrazione.

Il concetto di corruzione è inteso in senso lato come comprensivo delle varie ipotesi nelle quali, nel corso dell'attività dell'AOU di Sassari, si riscontrino abusi di potere da parte di soggetti dell'organico aziendale volti ad ottenere vantaggi privati, economici e non, e, a prescindere dalla rilevanza penale, i casi nei quali venga in evidenza un mal funzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite ovvero l'inquinamento dell'azione sanitaria ed amministrativa ab externo. Il concetto di corruzione coincide, inoltre, con la "maladministration" intesa come assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte d'interessi particolari.

Al fine di porre in essere una puntuale mappatura dei processi amministrativo e contabili l'AOU di Sassari ha predisposto altresì apposito avviso di manifestazione di interesse per individuare la figura del "internal auditing" deputata allo sviluppo di un approccio per processi, alla riduzione dei rischi amministrativi-contabili e alla misurazione del miglioramento organizzativo.

### Riferimenti Normativi

Di seguito si riportano i principali riferimenti, suddivisi in base ai vari temi.

Ciclo della performance:

- D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150
- D.lgs. 25 maggio 2017, n. 74
- Linee guida n. 1 e n. 2 del Dipartimento della Funzione pubblica

#### Anticorruzione e trasparenza:

- Legge 190/2012 e s.m.i.
- Delibera ANAC n.1064/2019 (PNA 2019-2021)
- Documento ANAC approvato dal Consiglio dell'Autorità il 02/02/2022
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 *"Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"* e s .m e i

#### Pari opportunità:

- D.lgs. 198/2006 e s.m.i. "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna"
- Direttiva n. 2 del 26 giugno 2019 - "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle Amministrazioni Pubbliche", emanata dal Ministero per la pubblica amministrazione

#### Fabbisogni del personale:

- D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni ed integrazioni (in particolare, l'articolo 6 in materia di "Organizzazione degli uffici e fabbisogni di personale" e l'articolo 6-ter "Linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale")
- Linee di indirizzo del Ministro per la semplificazione e la PA ai fini della predisposizione dei PTFP delle amministrazioni pubbliche, Dipartimento della funzione pubblica, Decreto 8 maggio 2018
- Decreto-legge 17 febbraio 2017, n. 13, convertito dalla legge 13 aprile 2017, n. 46 articolo 12 comma 1-bis
- D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150
- D.lgs. 25 maggio 2017, n. 74
- D.lgs. 25 maggio 2017, n. 75
- D.L. 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012 n. 135, e in particolare quanto previsto dall'articolo 2, comma 10-bis;

#### Lavoro agile:

- Legge 22 maggio 2017, n. 81 "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato"
- "Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA e indicatori di performance)" D.L. 19 maggio 2020, n. 34, art. 263, comma 4 bis, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77
- Decreto Ministeriale POLA 9 dicembre 2020 del Ministro della Pubblica Amministrazione
- Decreto Ministeriale 8 ottobre 2021, "Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni"
- Direttiva del Ministero per la Pubblica Amministrazione firmata il 29 dicembre 2023

**Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari**  
**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2025-2027**  
(art. 6, c. 1-4, dl 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113)

<b>SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE</b>	<b>DESCRIZIONE SINTETICA DELLE AZIONI/ATTIVITÀ OGGETTO DI PIANIFICAZIONE</b>
<b>1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE</b>	<p>L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari è stata istituita con Deliberazione della Giunta Regionale n. 17/2 del 27 Aprile 2007 ai sensi dell'articolo 1, comma 3, lettera b, e dell'articolo 18 della Legge Regionale n. 10 del 29 Luglio 2006 in esecuzione dell'allora vigente Protocollo d'Intesa sottoscritto dalla Regione e dalle Università degli Studi di Cagliari e Sassari in data 12 Luglio 2017. L'AOU di Sassari, così come previsto dalla Legge Regionale 11 settembre 2020 n. 24 e s.m.i., fa parte del Sistema Sanitario Regionale, mediante il quale sono assicurati i livelli essenziali di assistenza sull'intero territorio regionale.</p> <p>Ai sensi della Legge 24/2020 e dell'art. 2 del D.lgs n. 517/1999 e s.m.i, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari assicura i livelli essenziali ed uniformi di assistenza sull'intero territorio regionale, ed è l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e di Chirurgia dell'Università degli Studi di Sassari.</p> <p>Con decorrenza dal 01 Gennaio 2016, attraverso un processo di incorporazione per fusione, il P.O. "SS. Annunziata", presidio ospedaliero della ex ASL 1 di Sassari, è stato assorbito nell'AOU di Sassari in ottemperanza alle previsioni di cui all'art. 9, comma 1, lettera b della Legge Regionale n. 23/2014 e della Deliberazione della Giunta Regionale n. 67/20 del 29 Dicembre 2015, processo conclusosi nel corso dell'anno 2021 in esecuzione della Delibera RAS n. 36/41 del 31/08/2021 con la quale è stato recepito l'<i>addendum</i> di integrazione del progetto di incorporazione del Santissima Annunziata.</p> <p>In attuazione dell'art.18 comma 3 della citata Legge Regionale n. 24/2020, con decorrenza dal 01 Gennaio 2022, il Presidio Ospedaliero Marino - Regina Margherita Alghero è stato trasferito dall'Azienda per la Tutela della Salute (oggi ARES - Azienda Regionale della Salute) all'AOU di Sassari, nel rispetto dei principi fondamentali contenuti nel Decreto Legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, al fine di migliorare le attività integrate nel campo dell'ortopedia, della traumatologia e della riabilitazione funzionali alle reti formative per le scuole di specializzazione, favorendo inoltre l'attivazione di un polo di sviluppo di rilievo regionale per le tecnologie chirurgiche ortopediche innovative nel campo della robotica.</p> <p>L'AOU di Sassari, ai sensi e per gli effetti dell'art. 2 del Decreto Legislativo n. 517/1999 e s.m.i., ha personalità giuridica di diritto pubblico, autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione, autonomia imprenditoriale, secondo quanto stabilito dalle norme nazionali e regionali in materia e dal Protocollo d'Intesa stipulato tra la Regione Autonoma Sardegna e l'Università degli Studi di Sassari.</p>

RAGIONE SOCIALE  
**Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari**  
CODICE FISCALE /P.IVA:

**02268260904**

SEDE LEGALE

**Viale San Pietro n.10 Palazzo Bompiani, Sassari**

PEC:

[protocollo@pec.aou.ss.it](mailto:protocollo@pec.aou.ss.it) [direzione.generale@pec.aou.ss.it](mailto:direzione.generale@pec.aou.ss.it)

MAIL

[direzione.generale@aouss.it](mailto:direzione.generale@aouss.it)

**La Direzione Strategica:**

**Direttore Generale:** Dott. Antonio Lorenzo Spano

**Direttrice Sanitaria:** Dott.ssa Lucia Anna Mameli

**Direttrice Amministrativa:** Dott.ssa Maria Dolores Soddu

Il logo aziendale, adottato nell'ambito delle attività di comunicazione istituzionale, è il seguente:



**AOU Sassari**



Il Logo è costituito apponendo al logo del Servizio Sanitario Regionale, unico per l'intero SSR, il nome dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari ed affiancando il Logo a quello dell'Ateneo. Il Logo dell'AOU di Sassari può essere utilizzato sia a colori (rosso e nero) che in bianco e nero e ne costituisce il simbolo identificativo. L'AOU di Sassari ne garantisce la diffusione esterna ed interna e ne regola l'uso e la concessione in patrocinio. Nessun altro logo può essere inserito nella documentazione e nella cartellonistica ufficiale dell'Azienda.

**SEZIONE 2:  
VALORE PUBBLICO,  
PERFORMANCE E  
ANTICORRUZIONE**

**2.1 Valore pubblico**

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), introdotto dall'art. 6 del D.L. 80/2021 convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021 n. 113, è un documento programmatico triennale, con aggiornamento annuale.

Il PIAO rappresenta un documento unico di programmazione e governance che assorbe, in ottica di semplificazione e integrazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni ed in particolare, tra gli altri, il Piano della performance, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile – POLA, Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e di promozione della Trasparenza, la programmazione dei fabbisogni formativi, il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale. Si inserisce tra le misure operative previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per accompagnare la riforma della Pubblica Amministrazione

Il PIAO, entrato a regime nell'anno 2022, si è sviluppato in un'ottica evolutiva e comunicativa positiva.

Le amministrazioni pubbliche si sono infatti adeguate alle finalità del documento in termini di semplificazione, integrazione e partecipazione con lo scopo di creare **VALORE PUBBLICO**. Esso semplifica gli atti di programmazione ma da altra parte non elimina tout court le altre attività programmatiche (performance, corruzione, personale, ecc).

Il PIAO “obbedisce” dunque a tre principi di seguito meglio specificati:

**Semplificazione:** grazie alla selettività degli obiettivi e alla riduzione degli strumenti di pianificazione;

**Integrazione:** verticale e orizzontale orientata alla programmazione di obiettivi selezionati e prioritari con la finalità della creazione di **VALORE PUBBLICO**;

Si specifica che in tali obiettivi vengono inclusi anche quelli legati al PNRR che fino ad oggi sono stati isolati e considerati come obiettivi a sé stanti.

**Partecipazione:** grazie al rafforzamento di una migliore capacità comunicativa interna ed esterna e promuovendo il ricorso a forme di valutazione esterna partecipativa al fine di abbandonare definitivamente il carattere di autoreferenzialità contenuta nei documenti di programmazione ma soprattutto di rendicontazione.

In quest'ottica tutti possono contribuire a generare un determinato **VALORE PUBBLICO**. E' quindi opportuno mantenere una certa

ampiezza nel definire i relativi obiettivi. Quest'ultima è dettata dall'orientamento al bisogno.

Occorre infatti, in prima analisi, partire dall'identificazione di uno specifico bisogno da soddisfare e successivamente selezionare gli obiettivi di Valore Pubblico come risposta a tali bisogni espressi.

In questo contesto l'utente finale non è più un soggetto passivo dell'erogazione del servizio ma partecipa attivamente affinché il risultato misurato attraverso la creazione del **VALORE PUBBLICO** sia tangibile e riconosciuto.

Tale partecipazione attiva è misurata dalla customer satisfaction che si realizza attraverso la valutazione partecipativa la quale comporta tre benefici in termini assoluti:

- Eliminare l'autoreferenzialità: la generazione di Valore Pubblico va osservata secondo la percezione dei cittadini e realizzata con la loro partecipazione;
- Misurare e monitorare il livello di soddisfazione del cittadino creando delle opportunità di miglioramento;
- Coinvolgere in modo attivo il cittadino migliorando la comunicazione e il livello di fiducia tra quest'ultimo e l'Azienda.

La valutazione partecipativa è a tutti gli effetti una forma di valutazione della performance a 360° nell'ambito di un rapporto di collaborazione tra amministrazione pubblica e cittadini, stakeholder, utenti esterni e interni.

Pertanto sarebbe opportuno coinvolgere gli stakeholder già in fase di pianificazione del Valore Pubblico, in modo da passare dall'ottica di un Valore Pubblico autoreferenziale a quella del Valore Pubblico riconosciuto e condiviso dagli stessi. Tali risultati di valutazione partecipativa saranno poi utili ai fini della programmazione futura e del miglioramento delle attività e dei servizi erogati.

A sostegno di quest'approccio "accountable-partecipativo-negoziale", l'AOU di Sassari ha acquisito e mette a disposizione dei propri utenti un modulo di gradimento finalizzato alla rilevazione della qualità percepita dai cittadini in occasione della fruizione dei servizi sanitari di ricovero, accesso al pronto soccorso, prestazioni ambulatoriali.

I feedback degli utenti interessati verranno utilizzati con un duplice scopo:

- Fornire un supporto efficace alle decisioni e al miglioramento dei servizi erogati e dell'efficienza degli operatori;
- Fornire un supporto alla misurazione sia della performance organizzativa delle strutture interessate, che della performance individuale attraverso il giudizio espresso sugli operatori.

valore pubblico	obiettivo strategico	indicatore	valore minimo	target
Miglioramento dei servizi erogati da AOU SS	Rilevazione della qualità percepita dai pazienti in occasione della fruizione di servizi sanitari	% valutazioni positive/tot valutazioni rilevate	70%	100%

Ma come si abilita il Valore Pubblico?

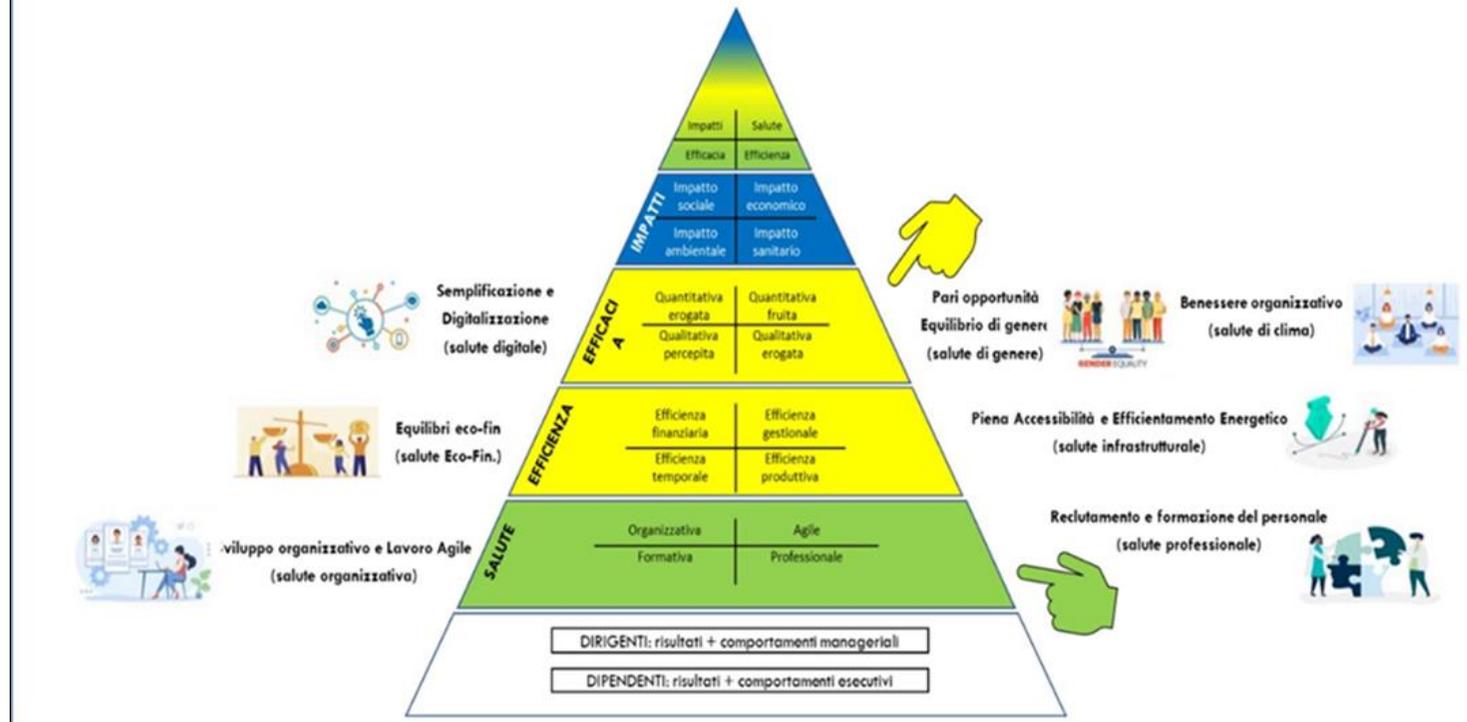
Le dimensioni dello stato di salute delle risorse previste dalle Linee Guida n. 1 e 2 del 2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica costituiscono le condizioni abilitanti per la creazione di Valore Pubblico.

Nel PIAO consideriamo sei dimensioni dello stato di salute:

- la **salute organizzativa** inserita nelle Sottosezioni 3.1 Struttura organizzativa e 3.2 Organizzazione e lavoro agile;
- la **salute professionale** inserita nella Sottosezione 3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale;
- la **salute digitale** inserita nella Sottosezione 2.2 Performance, parte generale, tra gli obiettivi trasversali di semplificazione e digitalizzazione;
- la **salute relazionale** inserita nella Sottosezione 2.2 Performance, parte generale, tra gli obiettivi trasversali di piena accessibilità;
- la **salute di clima e di genere** inserita nella Sottosezione 2.2 Performance, parte generale, tra gli obiettivi trasversali di pari opportunità, equilibrio di genere e benessere organizzativo;
- la **salute infrastrutturale** inserita nella Sottosezione 2.2 Performance, parte generale, tra gli obiettivi trasversali di efficientamento energetico; la salute etica va inserita nella Sottosezione 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza.

Figura 1-La piramide del Valore Pubblico: la salute delle risorse come condizione abilitante del VP

## Il Valore Pubblico si abilita migliorando la salute delle risorse dell'ente



Uno degli elementi di criticità emersi nella predisposizione del PIAO è stato l'isolamento degli obiettivi del PNRR come obiettivi a sé stanti e lontani dalla percezione e comprensione dei cittadini.

Il PNRR non dovrebbe essere considerato un mero afflusso di risorse fine a se stesso, finalizzato alla mera rendicontazione delle risorse ma dovrebbe essere orientato a capire se l'Azienda ha realizzato VALORE PUBBLICO.

È in questo quadro che si inserisce l'introduzione del PIAO quale strumento di pianificazione finalizzato a integrare i singoli strumenti di programmazione previsti dalla normativa previgente in tema di performance, anticorruzione, fabbisogno di personale, digitalizzazione, parità di genere e lavoro agile.

In breve, il PIAO non può e non deve trasformarsi in un mero adempimento formale e burocratico, a pena di smarrire la vocazione per la quale è stato introdotto nel nostro ordinamento e tradire le istanze di semplificazione, ma deve agire da strumento generatore di

## VALORE PUBBLICO.

Secondo uno dei più importanti studiosi della materia, “un ente genera valore Pubblico atteso pianificando, nella prima sottosezione del PIAO, strategie capaci di produrre impatti sulle diverse dimensioni di benessere di cittadini e imprese, migliorativi rispetto alle condizioni di partenza”.

La scelta delle strategie deve essere preceduta da un’analisi del contesto esterno e interno all’ente, già ritenuta indispensabile in riferimento alla stesura dei singoli Piani previgenti rispetto al PIAO (con particolare riferimento ai Piani anticorruzione e della performance).

Partendo dal quadro normativo generale, le politiche nazionali agiscono con interventi che mirano a migliorare la qualità della vita, focalizzandosi su tematiche attuali e rispondenti alle esigenze reali della collettività caratterizzate da:

- ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale con professionisti e prestazioni disponibili in modo capillare su tutto il territorio nazionale, per una sanità che sia vicina e prossima alle persone;
- innovare il parco tecnologico ospedaliero, digitalizzare il Servizio sanitario nazionale, investire in ricerca e formazione del personale sanitario per una sanità più sicura, equa e sostenibile.

A livello locale l'Assessore alla Sanità con deliberazione n. 21/25 del 22.06.2023 2/6, menziona la Missione 6 del PNRR, intitolata "Salute e resilienza", nata dall'esigenza di colmare il divario tra le disparità territoriali al fine di offrire maggiore integrazione tra i servizi sanitari nei diversi setting assistenziali e articolata in due componenti:

- componente 1: *Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;*
- componente 2: *Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale.*

### **1. Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale**

Nell'ambito della componente 1, l'Assessore riferisce dell'investimento 1.2.3.2 "Servizi di telemedicina", ricompreso nel sub-investimento 1.2.3 "Telemedicina per un miglior supporto ai pazienti cronici", la cui attuazione è in capo all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e che rappresenta un mezzo per:

1. contribuire a ridurre gli attuali divari geografici e territoriali;
2. garantire una migliore "esperienza di cura" per gli assistiti;

3. migliorare l'efficacia e l'efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto.

A questo proposito l'Assessore riferisce che, con il decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, il legislatore nazionale ha approvato il "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", che, in coerenza con l'obiettivo della M6C1 del PNRR, ha disegnato un nuovo modello di assistenza territoriale, integrando il settore sanitario e sociale per rendere accessibili e fruibili i servizi per la salute a tutti i cittadini.

Il Regolamento citato definisce i modelli organizzativi e gli standard a cui ciascuna azienda del Servizio Sanitario Regionale (SSR) deve adattare la propria organizzazione, anche attraverso l'adozione degli strumenti più appropriati, che lo sviluppo tecnologico mette oggi a disposizione, come quelli forniti dalla telemedicina.

Il documento sottolinea, inoltre, che l'importanza del ruolo della sanità digitale e della telemedicina nel favorire i processi di presa in carico del paziente cronico, consentendo una migliore gestione domiciliare della persona, è riconosciuta anche nel Piano nazionale della cronicità (PNC), approvato in Conferenza Stato-Regioni il 15 settembre 2016, recepito dalla Regione Sardegna, con la Delib. G.R. n. 36/44 del 31.8.2021.

L'Assessore rammenta che, con l'emanazione della deliberazione della Giunta regionale n. 37/24 del 14.12.2022, "Provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del Decreto 23 maggio 2022, n. 77", recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, si è maggiormente delineata una forte connotazione territorio-centrica, con la cura erogata in prossimità del paziente e meno incentrata sull'ospedale, individuando la telemedicina quale strumento di supporto per il rafforzamento della sanità del territorio.

valore pubblico	obiettivo strategico	indicator e	valore minimo	target
Migliorare l'efficacia e l'efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto	Partecipazione al progetto di Telemedicina avviato dalla Università degli Studi di Sassari con il coinvolgimento di tutte le Strutture ospedaliere potenzialmente interessate	Trasmisione verbali		100%

In riferimento alla **componente 1** l'AOU di Sassari ha inoltre acquisito sei finanziamenti sui fondi PNRR-PNC e nello specifico:

- 1) Su fondi PNC aventi titolo "Piano nazionale di ripresa e resilienza e piano complementare. Missione 6 – salute - misura PNC M6.C2 11.2 verso un ospedale sicuro e sostenibile" sono stati concessi i seguenti cinque finanziamenti:

- a. PO SS ANNUNZIATA Parti strutturali e impiantistiche - ZONA 1 - PIANI DA -2 A +7 - € 5.323.752,00
  - b. PO SS ANNUNZIATA Parti strutturali e impiantistiche - ZONA 2 - PIANI DA -2 A +7 - € 5.016.100,00
  - c. PO SS ANNUNZIATA Parti strutturali e impiantistiche - ZONA 3 - PIANI DA -2 A +7 - € 5.016.100,00
  - d. EDIFICIO DELLE CHIRURGIE Parti strutturali e impiantistiche - ZONA 1 - PIANI da -2,- a +3” - € 4.586.614,00
  - e. EDIFICIO DELLE CHIRURGIE Parti strutturali e impiantistiche - ZONA 2 - PIANI da -2,- a +3” - € 4.310.220,00 2)
- 2) Su fondi PNRR – aventi per titolo: “Piano nazionale di ripresa e resilienza e piano complementare. Missione 6 – salute - misura PNC M6.C2 I1.2 verso un ospedale sicuro e sostenibile” è stato concesso il seguente finanziamento:

- “Interventi di adeguamento sismico del PO Regina Margherita (Ospedale Marino) di Alghero - € 1.712.520,00

## **2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale**

In riferimento alla *componente 2* le Azioni previste per il triennio 2025-2027 si evolveranno principalmente attraverso le seguenti direzioni:

- Ulteriore estensione dei progetti di innovazione digitale indotti dall'emergenza sanitaria Covid-19 e finalizzati ad assicurare l'operatività e la resilienza di tutti i servizi, la telemedicina, la teleassistenza ed il telemonitoraggio;
- la prosecuzione dello sviluppo delle infrastrutture fisiche e logiche necessarie per assicurare la resilienza e continuità operativa del sistema informatico aziendale, la sicurezza informatica e la protezione dei dati aziendali, secondo quanto disposto dal Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR, General Data Protection Regulation- Regolamento UE 2016/679), in vigore dal 25 maggio 2018 e denso di adempimenti e responsabilità, la cui applicabilità richiede significativi investimenti sulle tecnologie, sull'organizzazione, sulla normalizzazione, documentazione e tracciabilità dei processi aziendali;
- il supporto alla progressiva azione di digitalizzazione promossa dalla Direzione Aziendale, quale fattore di miglioramento dei processi e recupero di efficienza da parte dell'Azienda;

### **2.1 Azione 1. Interventi infrastrutturali**

A livello infrastrutturale dovranno essere realizzate una serie importante di azioni aventi come finalità quella della realizzazione di rete

interconvergente per il trasporto di fonia, immagini, video ad alta definizione, videosorveglianza e controllo accessi aziendale e tutto quanto necessario al back-end informatico alle applicazioni di critical care sanitaria, per le nuove strutture di cui è prevista la prossima realizzazione (nuovo materno e nuova stecca).

## **2.2 Azione 2. Sicurezza perimetrale**

**2.2.1-** Con la fornitura del servizio di Videosorveglianza, in fase di attivazione, il servizio provvederà ad armonizzare i gruppi di telecamere secondo criteri ordinati ed in maniera granulare per centralizzare a livello enterprise la gestione della sorveglianza. Tale attività prevederà, nel rispetto della normativa vigente, l'assegnazione rigida di privilegi di visione delle immagini acquisite esclusivamente ai soggetti incaricati e permetterà di modulare il sistema a seconda delle esigenze, dalla semplice visione in diretta alla registrazione continua da un giorno fino al massimo di giorni consentiti dalla normativa.

**2.2.2-** In integrazione e come ulteriore sviluppo del servizio di videosorveglianza succitato, l'Azienda intende intraprendere una road map per la realizzazione di un controllo accessi aziendale unificato, che gestisca con badge, pin permanenti, pin monuso/usa e getta l'accesso a tutti i varchi che verranno configurati all'interno del sistema. Tale azione consentirà inoltre, assieme a quella prevista dal punto precedente, di tracciare - sempre rispettando la normativa - eventuali tentativi di accesso non autorizzato.

## **2.3 Azione 3. Ulteriore ampliamento dei progetti di innovazione digitale indotti dall'emergenza sanitaria Covid-19 e allineamento con gli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**

**2.3.1** - Tra le attività già intraprese nel corso degli ultimi anni, sotto la spinta delle azioni covid, si è sperimentata l'utilità dei sistemi di televisita e second opinion ed in base quindi alle nuove richieste pervenute a questo servizio, si provvederà a mappare sul sistema di supporto suddetto il/gli workflow dei reparti richiedenti che potranno trarre vantaggio da questa tecnologia. In particolare saranno integrati all'interno del fascicolo paziente per le second opinion tutti gli esami strumentali e di diagnostica grazie alle integrazioni con i software verticali aziendali di riferimento (pacs, diagnostica di laboratorio, etc).

**2.3.2** - Al termine delle procedure (ARES) di acquisizione dei sistemi di cartella clinica elettronica (CCE) generalista, intervento finanziato con fondi PNRR per tutte le AS del SSR, comprese le AO, si prevede lo start up delle attività di ricognizione dei fabbisogni – fase di desing - per poi procedere alla mappatura di tali esigenze specifiche sul sistema che sarà fornito dalla RTI aggiudicataria. Tale

azione prevederà inoltre, come attività complementari, il completamento della rete wifi, della fornitura di dispositivi portatili (tablet e notebook) e di tutto quanto necessario all'utilizzo della CCE in mobilità all'interno dell'azienda.

**2.3.3** - Nell'ambito delle attività di assistenza, gestite con personale interno e FTE, si sta procedendo, all'ampliamento del parco macchine (PDL), sia come sostitutive per obsolescenza, che nuove, per attivazione di nuovi servizi/strutture.

#### **2.4 Azione 4. Innovazione delle interazioni del “Cittadino-Paziente” con l’Azienda**

**2.4.1** - L'ultima fase di sviluppo dei sistemi a micro servizi aziendali consentirà di fornire servizi cloud di back-end per tutte le applicazioni che incentivano il rapporto struttura sanitaria/cittadino, quali pagamenti, tele refertazione e simili; tale fase - da concludere - porterà il nostro cloud a ospitare qualsiasi tipo di applicazione per l'integrazione con ministeri, regioni e cittadini, per un rapporto con quest'ultimo, incentivata anche da azioni complementari per lo sviluppo di app personalizzate, nel quale sarà ridotta la distanza burocratica che spesso è presente tra questi soggetti.

**2.4.2** - Multicanalità: per procedere alla semplificazione delle procedure nei rapporti tra azienda ed utenti, l'AOU intende riqualificare e potenziare i sistemi di multicanalità (Totem) a disposizione degli utenti. Nella fattispecie, si prevede, tramite le opportune integrazioni da attivare con le procedure informatiche di riferimento, di automatizzare e velocizzare le seguenti operazioni: pagamento prestazioni, prenotazione CUP, disdetta appuntamenti, ritiro referti, (laboratorio e diagnostica per immagini). Come canale alternativo all'interno della multicanalità si prevede, oltre all'accesso standard allo sportello, l'utilizzo di portali on line (ancora in fase di progettazione) con accesso tramite SPID.

#### **2.5 Azione 5. Supporto alle infrastrutture aziendali critiche**

**2.5.1** - Per consolidare e approvvigionare quanto necessario alla memorizzazione a lungo termine dei dati clinici aziendali, si prevede di estendere il cloud privato aziendale, base fondante di tutti i sistemi critical care aziendali, con storage ad alta capacità per aumentare la finestra di memorizzazione e portarla ad almeno 10 anni, anche in vista del costante aumento di modalità diagnostiche le quali incrementano esponenzialmente la produzione giornaliera di immagini e video digitali, i più onerosi in termini di occupazione di spazio.

## **2.2 Performance**

Il Piano della Performance è il documento programmatico, sostituito dal PIAO, attraverso il quale l'Azienda, nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale e conformemente ai vincoli di bilancio, individua obiettivi, indicatori e risultati attesi

per il triennio 2025-2027.

Il modello organizzativo dell'Azienda Ospedaliero universitaria di Sassari ha subito una profonda trasformazione per via dell'approvazione nel 2022 del nuovo atto aziendale e delle successive modificazioni intervenute nel corso del 2023 fino all'adozione definitiva con Deliberazione n. 114 del 27.02.2024, con la presa d'atto delle modifiche accolte dalla deliberazione RAS n. 5/35 del 23.02.2024.

La Regione Sardegna è intervenuta con la Delibera del 21 agosto 2024, n. 30/18 avente oggetto: "Disegno di legge recante "Disposizioni urgenti di adeguamento dell'assetto organizzativo ed istituzionale del sistema sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 11 settembre 2020, n. 24", a seguito del quale, l'assetto organizzativo aziendale potrebbe subire ulteriori aggiornamenti.

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

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

Con la traduzione degli obiettivi strategici in obiettivi programmatici per il primo anno di riferimento del Piano, l'amministrazione individua, partendo dagli obiettivi triennali, i risultati attesi per l'esercizio in corso a tutti i livelli dell'organizzazione. Pertanto, è nel processo di budgeting che si sostanzia la negoziazione degli obiettivi organizzativi annuali delle articolazioni aziendali e centri di responsabilità.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa si attua attraverso l'amministrazione delle risorse disponibili assegnate ai Dipartimenti ed alle altre articolazioni aziendali, per il raggiungimento delle finalità assistenziali, didattiche e di ricerca, definite dai documenti di programmazione. Tali obiettivi sono declinati in attività specifiche per ogni articolazione aziendale, la quale ha la responsabilità di conseguirli nel rispetto degli standard di qualità attesi.

✓ ***Programmazione triennale e obiettivi strategici***

Di seguito gli obiettivi che l'Azienda si prefigge di perseguire nel prossimo triennio.

## **Implementazione di percorsi clinico – assistenziali**

### ***1. Potenziamento dell'area cardiologica:***

- Implementazione percorso assistenziale trattamento transcateretere delle patologie valvolari cardiache (coinvolgimento di più unità operative cardiologia cardiocirurgia radiologia, cardioanestesia, anestesia e rianimazione ssa, fisica sanitaria).
- Implementazione della gestione interdisciplinare dello shock cardiogeno, utilizzo dei sistemi avanzati di assistenza ventricolare, gestione della ventilazione non invasiva e dei trattamenti sostitutivi renali nel paziente critico.

### ***2. Implementazione dell'atto aziendale nell'area chirurgica:***

- Implementazione chirurgia mininvasiva e chirurgia robotica

### ***3. Implementazione percorsi per facilitazione continuità ospedale territorio***

- Miglioramento dell'interazione ospedale-territorio come da DM77 mediante interventi organizzativi da entrambi i setting assistenziali coinvolti: ampliamento, da parte delle AA.SS.LL., della disponibilità di assistenza territoriale nelle varie forme previste (RSA, Osp. domiciliare, ADI); potenziamento UVO-PASS della AOU con attivazione progetti PLUS e, contestualmente, potenziare l'interazione con i Distretti sanitari per facilitare la “presa in carico” come previsto da delibere e protocolli emanati nel tempo dall'amministrazione regionale e recepiti dalle singole Strutture Sanitarie interessate anche al fine di garantire i target imposti dal PNRR relativamente alla missione 6 salute per il potenziamento della domiciliarità delle cure nei pazienti post dimissione. Creazione di un “Percorso Clinico Assistenziale (PCA) “integrato Ospedale territorio per la presa in carico del paziente fragile.

- Formazione del personale sanitario dei diversi setting assistenziali

### ***4. Definizione condivisa con l'ASL di Sassari delle azioni di filtro per l'accesso in Pronto Soccorso***

- Formalizzazione di processi condivisi con la ASL per la funzionalità di strutture territoriali quali Case della salute, Ospedali di Comunità di riferimento territoriale per incrementare l'appropriatezza nell'uso del Pronto soccorso

### ***5. Definizione PDTA***

- Definizione di percorsi assistenziali in coerenza con quanto previsto dal Decreto 12 marzo 2019 “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria”.
  - PDTA Tumore alla mammella nella donna
  - PDTA Tumore del colon
  - PDTA Tumori ginecologici

- PDTA Tumori polmonari

**6. *Miglioramento aree critiche PNE***

- Implementazione dell'approccio gestionale e organizzativo mirato al miglioramento dei processi assistenziali delle aree critiche PNE; in particolare con riguardo all'Area Gravidanza e parto.

**7. *Miglioramento appropriatezza ricoveri***

- Adesione alle direttive regionali per l'implementazione dell'approccio gestionale e organizzativo mirato al miglioramento dell'appropriatezza e congruità dei ricoveri ospedalieri come da DGR 4/60 del 16/2/2023: miglioramento degli indicatori.

**8. *Sviluppo di un progetto prelievi di cornee da donatori cadavere***

- Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di tessuti oculari in Regione Sardegna

**9. *Attivazione percorso donazioni cuore fermo***

- Definizione percorso assistenziale e implementazione attività di prelievo d'organo a cuore fermo

**10. *Implementazione percorso Fast Track***

- Implementazione Fast Track con ulteriori percorsi (es. Dermatologia)

**11. *Percorso sclerosi multipla***

- Definizione e implementazione Percorso aziendale sclerosi multipla

**12. *Percorso nascita***

- Riorganizzazione e miglioramento del percorso nascita

**13. *Lotta al fenomeno dell'AMR e controllo delle ICA***

- Pianificazione e avvio iter implementazione del Piano di Sicurezza dell'Acqua (PSA) in ottemperanza del Decreto Legislativo n. 18 del 23 Febbraio 2023 "Attuazione della Direttiva UE 2020/2184 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 16 Dicembre 2020, concernente la qualità delle acque destinate al consumo umano" all'interno delle attività del CICA.
- Prosecuzione attività del CICA e implementazione nuove procedure, sorveglianze e gruppi di lavoro specifici.
- Partecipazione alla organizzazione e tenuta di Corsi di Formazione a carattere regionale con esperti interni (Corso regionale Risk Management e Corso Regionale ICA del PNRR)
- Gestione come azienda capofila del PRP di un portale internet di duplice valenza sulla comunicazione one health e scientifica inerente il tema dell'Antimicrobico Resistenza (ProCare)
- Realizzazione di iniziative di formazione/informazione sull'AMR integrate con l'ambito scolastico/Universitario e con l'associazionismo

**14. *Campagna di vaccinazione***

- Prosecuzione della campagna di vaccinazione anti-COVID-19 anche come HUB per il territorio
- Prosecuzione campagne vaccinali operatori sanitari

- Implementazione vaccinazione fragili e pazienti in collaborazione col Dipartimento di Prevenzione (Ospedale che vaccina)

### **15. Telemedicina**

- Partecipazione al progetto di Telemedicina avviato dalla Università di Sassari con il coinvolgimento di tutte le Strutture ospedaliere potenzialmente interessate.

#### **✓ Obiettivi strategici**

Con nota prot. 2336 del 27 gennaio 2025 la RAS fornisce alle aziende del SSR indicazioni sugli obiettivi strategici da inserire all'interno del PIAO. Nelle more dell'adozione della Deliberazione definitiva di attribuzione degli obiettivi ai Direttori Generali e al fine di garantire la coerenza tra gli obiettivi di performance e le politiche di programmazione sanitaria regionale, invita le aziende a considerare il Piano Regionale di Sviluppo (PRS), recentemente approvato con Deliberazione RAS n. 4-13 del 22 gennaio 2025, quale riferimento per la definizione degli obiettivi di performance da inserire all'interno del piano di programmazione.

L'obiettivo del PRS è rappresentato dal rafforzamento del SSR con particolare riferimento ad interventi mirati all'accesso equo alle cure e al potenziamento della medicina territoriale. Nello specifico si conferma la promozione all'utilizzo della telemedicina, della formazione continua del personale sanitario, del potenziamento delle politiche di prevenzione e dei programmi di screening, dell'integrazione tra rete ospedaliera e servizi territoriali.

I principali obiettivi strategici contenuti all'interno del PRS sono stati già approvati dall'AOU di Sassari attraverso la programmazione triennale sanitaria. Di seguito e nelle more dell'adozione della Deliberazione RAS che attribuisca obiettivi specifici ai Direttori Generali rappresentiamo gli obiettivi strategici già approvati allineati alle politiche regionali:

#### **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%

**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 o progetto servizio ICT/CUP	1	Trasmissione documentazione /verbali tavoli tecnici e bozza progetto condiviso

**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 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 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%

**2.3 Rischi corruttivi e trasparenza**

La presente sezione del PIAO è dedicata alla strategia aziendale di protezione del valore pubblico attraverso il contenimento del rischio corruttivo.

• **PROCESSO E MODALITÀ DI PREDISPOSIZIONE DELLA SEZIONE DEL PIAO**

La presente sezione è stata predisposta dal Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) nominato dal Direttore Generale con Delibera n. 1117 del 21/11/2023 in coerenza con le linee strategiche definite dalla Direzione Aziendale e con gli obiettivi di performance. Nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale è possibile consultare i documenti che integrano la presente sezione: <https://www.aousassari.it/index.php?xsl=85&s=11&v=9&c=4094&nodesc=3>

*Analisi di contesto esterno e scenario economico sociale di riferimento*

- **SOGGETTI COINVOLTI**

Di seguito si riportano schematicamente i soggetti coinvolti nella gestione del rischio corruttivo e della trasparenza con una sintetica definizione delle specifiche funzioni.

La **Direzione Strategica** definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono il contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale.

Il **Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della trasparenza e integrità (RPCT)** ha il compito di proporre alla Direzione Aziendale un piano per il contenimento del rischio corruttivo, verificarne l'attuazione, curare la formazione del personale in materia e verificare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte delle strutture interessate. Nell'analisi valutativa della proposta che precede la sua presentazione alla Direzione Aziendale.

**I direttori/responsabili di struttura e gli altri referenti** da essi individuati costituiscono la rete che connette i diversi ambiti di responsabilità e attività nella gestione del rischio corruttivo. Tale rete supporta il RPCT nelle attività di programmazione, attuazione e monitoraggio delle misure. In particolare, i direttori/responsabili di struttura sono tenuti, nell'ambito delle articolazioni organizzative di competenza, a promuovere la formazione e la diffusione della cultura organizzativa basata sull'integrità, a rispondere dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate, tenendo conto in sede di valutazione delle performance del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione delle stesse.

**I dipendenti dell'Azienda**, il personale universitario in afferenza ed i collaboratori a qualsiasi titolo, partecipano attivamente alla gestione del rischio e sono tenuti, in particolar modo, ad attuare le misure di prevenzione programmate e segnalare eventuali casi di illecito e di conflitto di interessi.

**L'Organismo Indipendente di Valutazione**, le strutture di audit e del sistema interno dei controlli, devono offrire, per le rispettive competenze, supporto metodologico, dati e informazioni utili all'analisi del contesto (inclusa la rilevazione dei processi), alla valutazione e al trattamento dei rischi, favorendo l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance ed il ciclo di gestione del rischio corruttivo. Gli uffici interni che dispongono di dati utili e rilevanti ai fini della corretta attuazione del processo di gestione del rischio hanno l'obbligo di fornirli tempestivamente al RPCT.

**L'Ufficio Procedimenti Disciplinari**, collabora con il RPCT per la predisposizione ed aggiornamento del codice di comportamento aziendale e risponde alle segnalazioni inerenti le presunte violazioni.

- **ANALISI DEL CONTESTO**

L'analisi del contesto è necessaria per comprendere le caratteristiche che possono favorire rischi corruttivi strutturali e congiunturali, sia in relazione all'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'Azienda opera, sia in relazione all'organizzazione interna.

**Per l'analisi del contesto esterno** si fa riferimento a quanto la Regione Sardegna nella DGR 11.07.2022 indica nel proprio PIAO:

**“Sviluppo demografico, economia del territorio e dinamiche socio-culturali”**

*Il rallentamento della crescita a livello globale dovuto principalmente ad un minor dinamismo del commercio internazionale e alla crisi sanitaria pandemica ha fortemente colpito anche l'economia regionale della Sardegna.*

*La Regione Sardegna non ha recuperato i livelli di sviluppo precedenti la crisi e resta ancora al di sotto dei valori conseguiti nel passato in tutte le attività produttive. A questo aspetto viene aggiunta poi l'evoluzione fortemente negativa degli indicatori demografici, insularità e perifericità, denatalità e spopolamento delle aree interne, bassa densità della popolazione e scarsa domanda locale.*

*Per fronteggiare la crisi economica, demografica e socio-culturale e favorire l'uscita dall'emergenza sanitaria, si attende una profonda evoluzione nella gestione dei processi nella pubblica amministrazione. Le riforme e gli investimenti programmati hanno la finalità di*

**Profilo criminologico del territorio regionale e provinciale di riferimento dell'ente**

*eliminare molti vincoli burocratici, semplificare le procedure di affidamento dei contratti pubblici e razionalizzare i procedimenti amministrativi, con il rischio che – senza un adeguato sistema di gestione e controllo – possa crearsi un substrato particolarmente fertile per la corruzione. Oltre a ciò la piena realizzazione dei progetti previsti nelle missioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e della Programmazione comunitaria 2021-2027 determinerà inevitabilmente, in un'ottica di rilancio del paese, una domanda crescente di prevenzione dei rischi di corruzione e di trasparenza nella spendita dei fondi pubblici, in considerazione delle possibili distorsioni dei processi decisionali e di spesa rispetto alle condizioni di normalità. Per tale motivo, con il supporto dell'Autorità nazionale anticorruzione e delle Autorità di Gestione, si adatteranno tutte le azioni deputate al migliore perseguimento degli obiettivi di prevenzione anche con mirato riferimento all'attuazione del PNRR e della Politica di coesione europea 2021-2027.*

**La criminalità percepita** *Nella scala del Corruption Perceptions Index (CPI), la classifica globale più utilizzata al mondo, la percezione della corruzione nel settore pubblico, secondo esperti e uomini d'affari, in Italia è migliorata di tre punti in un anno, scalando la classifica internazionale di 10 posti. Con un punteggio di 56/100, l'Italia risulta essere la 42esima posizione su 180 paesi e il 17° posto su 27 paesi europei (la media UE del CPI è di 64/100), seguendo un trend di continua crescita dal 2016 al 2021. La percezione della corruzione sta migliorando progressivamente, grazie anche ai massicci interventi del legislatore in materia di trasparenza e anticorruzione, allo sviluppo di nuovi strumenti, all'impegno delle Istituzioni e degli enti per la lotta alla corruzione e la promozione della trasparenza, volano per il conseguimento di risultati ancora migliori.*

*La mappa della corruzione in Sardegna, come riportata dai mass media, evidenzia, secondo la ricerca di Transparency International Italia, una numerosità di casi di corruzione non elevata (pari al 4% dei casi rilevati sul territorio nazionale) che a livello regionale si concentra prevalentemente nel territorio di Cagliari.*

**Il contesto criminale.** *Nella Relazione sull'attività delle forze di polizia per l'anno 2019 si riporta che la Sardegna è caratterizzata da manifestazioni delinquenziali di matrice autoctona – talora anche a carattere organizzato – ma estranee alle logiche e alle modalità criminali proprie delle storiche associazioni mafiose. Tuttavia, la presenza nelle carceri isolate di detenuti in regime di alta sicurezza legati a sodalizi mafiosi siciliani, calabresi, campani e pugliesi non è estranea al progressivo insediamento in loco di soggetti a loro collegati. Le mire espansionistiche delle compagini locali si indirizzano alla ricerca di stabili possibilità di inserimento nei “mercati” di investimento più remunerativi. In questo senso continua ad essere privilegiata l'acquisizione di proprietà immobiliari e la rilevazione di attività commerciali che insistono presso gli insediamenti turistici di maggior rilievo, con il fine di riallocare e reinvestire capitali di provenienza illecita.*

*In occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario 2022, con cui venivano diffusi i dati contenuti nella Relazione sull'amministrazione della giustizia nel Distretto giudiziario di Cagliari per l'anno 2021, a fronte di una modesta diminuzione dei procedimenti per reati contro il patrimonio, nel periodo di riferimento, i 23 procedimenti per il reato di riciclaggio rappresentano un aumento delle sopravvenienze rispetto alle 19 del periodo precedente (erano state invece 14 nel 2019). In tale contesto si considerano di particolare rilevanza i dati sulla gestione delle segnalazioni di operazioni sospette, diffusi dall'Unità di Informazione Finanziaria istituita dal d.lgs. 231/2007 presso la Banca d'Italia. Nel corso del 2020, l'Unità, ha ricevuto 1757 segnalazioni relative al territorio regionale e nel primo semestre del 2021 si registravano 897 operazioni sospette di riciclaggio e finanziamento del terrorismo riferite all'Isola, in leggero aumento rispetto alle 833 del primo semestre del 2020.*

*Nell'ambito della categoria di reati poc'anzi richiamati si rileva in costante calo il numero dei procedimenti per usura. Nella Relazione sull'amministrazione della giustizia per il 2020 si osserva tuttavia che il dato statistico è verosimilmente ingannevole e dipende più che*

da una effettiva remissione del fenomeno, dalla ritrosia delle persone offese a denunciare. È altamente prevedibile che il ricorso al credito usurario aumenterà fortemente a seguito della gravissima crisi economica conseguente alle restrizioni imposte dalla pandemia e da più parti si è segnalato il rischio che la criminalità organizzata investa le ingenti liquidità di cui dispone per elargire prestiti usurari di fatto non estinguibili al fine di impossessarsi di interi settori economici. In linea con questa previsione si osserva che, a fronte delle 22 sopravvenienze per il reato di usura relative al periodo luglio 2019-giugno 2020, si registrano 8 procedimenti nel corso del 2021, per cui se da una parte si continua ad assistere alla diminuzione del numero dei procedimenti, risulta importante rivolgere particolare attenzione al fenomeno e ai fattori ad esso correlati. Particolare rilievo nel contesto esterno, in termini di condizionamenti impropri che potrebbero derivare sull'attività dell'amministrazione, è attribuibile al fenomeno degli atti intimidatori nei confronti degli amministratori pubblici. Nel 2019 la Sardegna, con il censimento di 50 episodi, ha registrato un sensibile decremento rispetto all'anno precedente, quando era risultata la Regione maggiormente interessata alla fenomenologia (78 episodi nel 2018), posizionandosi al settimo posto tra le Regioni italiane, dopo la Sicilia, la Lombardia, la Puglia, la Campania, la Calabria e l'Emilia Romagna. La tendenza alla diminuzione del fenomeno in argomento è stata confermata poi negli anni successivi: gli atti intimidatori commessi nel 2020 sono stati 31, e a fronte di 20 episodi registrati nei primi 9 mesi del 2020, gli eventi rilevati nello stesso periodo del 2021 sono stati 1822.

*Nella Relazione sull'attività delle forze di polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata per l'anno 2019 si riporta che gli atti intimidatori commessi non solo in pregiudizio di amministratori di Enti locali, ma anche avverso imprenditori e titolari di esercizi commerciali, costituiscono una fenomenologia delittuosa "secolare", ancora molto diffusa in Sardegna, con caratteristiche peculiari, sia in termini di criminogenesi delle motivazioni che criminodinamiche delle modalità esecutive, che indicano come la "atipicità sarda" sia da non sovrapporre e/o ricondurre a episodi e/o situazioni maturati nel resto della Penisola, ove prevalgono finalità parassitarie e predatorie, sostanzialmente propedeutiche a richieste estorsive. Un aspetto di particolare tensione - peraltro non ancora definito - che ha accompagnato il periodo di impasse economica dell'ultimo triennio è rappresentato da alcuni comportamenti connessi alla c.d vertenza latte, ossia la protesta degli allevatori di ovini che, in ragione delle difficoltà a coprire i costi di produzione del latte da avviare alla lavorazione prima di essere immesso sul mercato, hanno organizzato prolungate manifestazioni di piazza con episodi, anche se sporadici, di assalti armati ed incendiari ad autocisterne che trasportavano latte per la vendita al dettaglio.*

**Focus sui delitti contro la Pubblica Amministrazione.** *In occasione della cerimonia di inaugurazione dell'anno giudiziario 2021, la Corte d'Appello di Cagliari ha rilevato un leggero calo delle sopravvenienze dei delitti contro la pubblica amministrazione, nel distretto di competenza, che nel periodo 1° luglio 2019 – 30 giugno 2020 risultano in diminuzione, in quanto sono stati iscritti n. 388 procedimenti rispetto ai 447 del periodo precedente (-59), di cui 33 per peculato, 16 per corruzione ed 1 per concussione. La tendenza di calo complessivo viene confermata anche in riferimento ai dati dell'anno appena trascorso che assiste a n. 365 procedimenti (-23) anche se con specifico riferimento ai reati di peculato, corruzione e concussione si registra un aumento delle sopravvenienze (44 per peculato, 21 per corruzione e 3 per concussione23). Allo stesso tempo la Procura della Repubblica presso il Tribunale di Nuoro evidenzia che i reati contro la Pubblica Amministrazione, al pari dei reati contro l'ambiente e quelli economici, si affiancano con una significativa presenza ai tradizionali fenomeni criminosi. Parallelamente, la Presidente della Sezione giurisdizionale regionale della Corte dei Conti locale già nel 2021 osservava che i fenomeni corruttivi hanno determinato costi sempre più crescenti, che si traducono, inevitabilmente, anche in pregiudizi rilevanti per l'erario e, in definitiva, per l'economia nazionale. La lotta alla corruzione costituisce un impegno prioritario anche in vista delle ingenti risorse di provenienza europea di cui il nostro Paese è destinatario e di prossima devoluzione. In linea con queste previsioni, nella Relazione per l'inaugurazione dell'anno giudiziario 2022, si sottolinea che molte delle aspettative dei*

*Cittadini sono riposte negli effetti attesi dall'attuazione del PNRR – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – che poggiano sull'introduzione delle riforme attese da anni e, in primis, di quelle del sistema tributario e della Pubblica amministrazione. Nella stessa Relazione si richiama l'articolo 8 del d.l. 77/2021, convertito con l. 108/2021 in base al quale ciascuna amministrazione centrale titolare di interventi previsti nel PNRR è tenuta a provvedere al coordinamento delle relative attività di gestione, nonché al monitoraggio, alla rendicontazione e al controllo degli investimenti e delle riforme di pertinenza e a dotarsi, in tale ottica, di un adeguato sistema di gestione e controllo, con l'inclusione di misure finalizzate alla prevenzione, all'individuazione e alla rettifica delle frodi, dei casi di corruzione e dei conflitti di interesse e della duplicazione di finanziamenti, evidenziando i rischi connessi al possibile sviamento dal fine pubblico e all'illecito utilizzo delle pubbliche risorse. La necessità di garantire la corretta gestione e il perseguimento degli obiettivi individuati dal Legislatore, nonché di intervenire per il ripristino della legalità e il risarcimento dei danni eventualmente arrecati, interpella direttamente la Magistratura contabile in tutte le sue articolazioni”.*

**Contesto Esterno e Covid-19:** *nel 2020 la diffusione epidemica di Covid-19 ha fortemente colpito l'economia regionale così come l'intero Paese. A partire da marzo 2020 la riduzione della possibilità di spostarsi liberamente e la sospensione di molte attività economiche, hanno comportato un forte rallentamento della produzione e una caduta della domanda. Successivamente, l'attenuarsi del contagio insieme all'allentamento del blocco produttivo e delle misure di distanziamento fisico hanno favorito una ripresa dell'attività economica, che tuttavia rimane indebolita. Durante il periodo pandemico, è emersa una situazione preoccupante in termini di corruzione e trasparenza nelle pubbliche amministrazioni.*

*L'epidemia di coronavirus oltre a causare una gravissima emergenza sanitaria, pertanto, ha comportato modifiche nella gestione di alcuni processi creando, soprattutto nella sanità, un terreno particolarmente fertile per la corruzione. La crisi pandemica ha colpito le attività produttive in misura eterogenea. Il blocco amministrativo e la caduta della domanda hanno rallentato soprattutto l'attività nei servizi, colpendo in misura particolare il commercio non alimentare, le filiere turistiche e dei trasporti. Anche nell'industria la maggior parte delle imprese ha registrato un calo del fatturato, con indicazioni maggiormente negative nella prima parte della crisi in un quadro che ha indotto gli operatori a comprimere anche gli investimenti. Le condizioni economiche e finanziarie delle imprese sono peggiorate nel corso dell'anno e la frenata produttiva si è riflessa sulla redditività delle imprese.*

*La gestione emergenziale dei processi di approvvigionamento ha elevato il grado di discrezionalità dei processi decisionali, accelerato e semplificato le procedure di approvvigionamento di beni, servizi e personale, generando un ricorso estensivo a meccanismi più esposti a rischio di condizionamenti impropri, quali l'affidamento diretto.*

*La debolezza dei controlli, la rapidità della diffusione del contagio e la conseguente esigenza di accentramento delle scelte delegate ai vertici delle centrali di committenza, sono segnalate come fattori di crescita del rischio corruzione nella pandemia.*

È possibile pensare che fattori di potenziamento delle attività criminali nel settore della sanità pubblica possano essere:

- La transazione verso la fase post-pandemica;
- L'aumentata capacità di spesa, data l'ingente mole di risorse finanziarie stanziata per l'attuazione delle misure contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in particolare a quelle relative alla c.d. Missione 6c2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”;
- La Semplificazione dei processi, che è funzionale alla realizzazione degli obiettivi del PNRR, ma qualora non ben presidiata può portare verso la deresponsabilizzazione amministrativa anziché al rafforzamento della capacità funzionale della P.A., della qualità e della trasparenza della sua azione.

**Contesto Esterno e guerra in Ucraina:** gli effetti del conflitto ucraino-russo scoppiato il 24 febbraio 2022, sta mettendo sotto pressione l'economia isolana a causa dei rincari delle materie prime, dell'energia e dei carburanti, come gas, petrolio, grano e alluminio, ma anche per il rallentamento dei flussi turistici, sta mettendo sotto pressione le imprese sarde, rischiando così di compromettere la ripresa delle aziende.

Nel dettaglio si collocano nella trincea avanzata i settori con una maggiore intensità energetica: dalla metallurgia alla petrolchimica, dalla carta al vetro, dalla ceramica ai trasporti. Nei comparti manifatturieri energy intensive sono sempre più numerosi i casi in cui il divario tra costi e ricavi diventa insostenibile, costringendo al fermo dell'attività: a due anni dal lockdown sanitario siamo arrivati al rischio di lockdown energetico. Il caro-carburanti sta colpendo il trasporto merci e persone. Le carenze di materie prime provenienti da Russia e Ucraina, associate a costi crescenti delle forniture, coinvolgono le imprese nei settori dell'alimentare, dei metalli e delle costruzioni.

Il conflitto ripresenta pesanti conseguenze anche sul turismo, già duramente colpito dalla recessione da Covid-19. Il blocco dei vacanzieri dalla Russia, inoltre, innesca effetti differenziati sul territorio.

Dal punto di vista economico la guerra richiederà energie per l'assistenza sociale e abitativa dei rifugiati, fornitura di cibo, assistenza medica, assistenza ai bambini e istruzione. La spesa sarà inverosimile poterla quantificare a causa dell'incertezza dei rifugiati, la durata del loro soggiorno....

È indispensabile pertanto innalzare la soglia di attenzione con il controllo delle regolarità delle procedure e delle spese mediante l'adozione delle misure atte a garantire che l'impiego delle risorse avvenga nel rispetto dei principi di sana gestione finanziaria, di assenza di conflitti di interessi.

#### *Analisi del contesto interno*

- **CONTESTO INTERNO**

L'analisi del contesto interno è necessaria per il mantenimento di un adeguato livello di controllo dei processi esposti a elevato rischio corruttivo, mediante l'identificazione delle aree potenzialmente più esposte (mappatura dei processi), la valutazione e il trattamento degli stessi con adeguate misure di contenimento.

Per quanto concerne il contesto interno, l'AOU di Sassari è stata istituita con DGR n. 17/2 del 27 aprile 2007 ai sensi dell'art. 1 c. 3, lett. b, e dell'art. 18 della L. R. n. 10 del 28 Luglio 2006, in esecuzione dell'allora vigente Protocollo d'Intesa sottoscritto dalla Regione Sardegna e dalle Università degli Studi di Cagliari e di Sassari in data 11 Ottobre 2004.

Così come previsto dalla Legge Regionale citata, l'AOU di Sassari fa parte del Sistema Sanitario Regionale, mediante il quale sono assicurati i livelli essenziali ed uniformi di assistenza sull'intero territorio regionale.

L'AOU di Sassari è configurata come un'azienda ospedaliera di alta specializzazione integrata con l'Università, avente personalità giuridica di diritto pubblico e dotata di autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e gestionale: costituisce punto di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Sassari.

Quale parte della rete Ospedaliera Regionale e in relazione alla sua matrice istituzionale di integrazione con l'Università di Sassari, l'AOU di Sassari tradizionalmente si colloca nel contesto istituzionale, sociale ed economico del territorio.

La Regione Sardegna, con legge n. 17 del 27 luglio 2016, modificava l'assetto istituzionale ed organizzativo del sistema sanitario regionale, istituiva un'unica azienda sanitaria territoriale "ATS" (Azienda per la Tutela della Salute, che subentrava nei rapporti attivi e passivi, nel patrimonio e nelle funzioni delle 8 (ex) Aziende Sanitarie Locali regionali) e una nuova Azienda Regionale dell'Emergenza e Urgenza della Sardegna (AREUS) e infine confermava l'autonomia dell'AOU di Sassari (come anche dell'AOU di Cagliari e

dell'Azienda ospedaliera Brotzu).

Per effetto della contestuale riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, dal 1 gennaio 2016 l'AOU di Sassari ha incorporato il Presidio Ospedaliero SS. Annunziata, prima afferente alla Asl n. 1 inglobata nell'ATS Sardegna: da quel momento l'AOU di Sassari diviene l'unico Ospedale pubblico della città di Sassari, e assume la funzione di DEA di II° livello e di Ospedale hub per tutto il Nord Sardegna.

La Regione Sardegna, con la legge regionale n. 24/2020 (Buras n. 58 del 24/09/2020), avente ad oggetto “Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme del settore” ha avviato un nuovo riordino del SSR che prevede la soppressione dell'ATS Sardegna, la nascita dell'ARES e il ritorno alle 8 ASL (soppresse con la legge regionale n. 17 del 27 luglio 2016). Con tale riforma, a partire dal 01/01/2022 è transitato all'AOU SS, il presidio ospedaliero Marino- Regina Margherita di Alghero. Il riordino del sistema sanitario, a tutt'oggi, si trova in una fase “transitoria” durante la quale non si dovrebbero apportare modifiche sostanziali all'attuale ruolo dell'AOU di Sassari quale Ospedale Hub di riferimento per tutto il Nord Sardegna, con un bacino teorico di 600.000 abitanti.

• **OBIETTIVI GENERALI**

In considerazione della visione strategica per la realizzazione della mission aziendale e dei principi che la fondano, l'Azienda ha definito i seguenti obiettivi generali in materia di contrasto alla corruzione:

- sviluppo di una formazione e sensibilizzazione efficace dei dipendenti;
- aggiornamento dei processi organizzativi aziendali con l'adozione di Regolamenti interni al fine di favorire la massima trasparenza dell'Azione amministrativa;
- aggiornamento degli indicatori di rischio di corruzione e strumenti per la valutazione di efficacia delle misure scelte per mitigare i rischi corruttivi al nuovo Atto Aziendale in via di adozione;
- identificazione e valutazione di eventuali settori più vulnerabili ai rischi corruttivi;
- intervento prioritario nelle situazioni in cui emergano comportamenti corruttivi o di mala amministrazione, anche a seguito di indagini dell'autorità giudiziaria;
- rafforzamento della Rete anticorruzione.

• **OBIETTIVI SPECIFICI**

**Obiettivi operativi del triennio 2023-2025 sono:**

<b>31/01/2025</b> aggiornamento ed approvazione del PIAO 2025/27 – sezione Anticorruzione e Trasparenza	RPCT
<b>01/02/2025</b> avvio dei nuovi impegni formativi per i soggetti coinvolti nelle attività di pianificazione e prevenzione della corruzione	RPCT, Responsabile formazione aziendale

<b>30/09/2025</b> controllo interno su stato attuazione delle misure anticorruzione previste nel PIAO e rivalutazione/completamento della definizione dei processi a maggior rischio di corruzione.	RPCT, Direttori/Responsabili SC/SSD/SS
<b>31/10/2025</b> Piano della formazione 2025 con evidenza del programma di formazione prevenzione rischi corruzione.	RPCT, Responsabile formazione aziendale
<b>15/11/2025</b> individuazione del personale da inserire nei Piani di formazione aziendale per l'Anticorruzione.	RPCT, Responsabile formazione aziendale, Responsabili SC/SSD/SS
<b>15/12/2025</b> relazione sull'attività svolta in tema di prevenzione della corruzione.	RPCT
<b>31/12/2025</b> implementazione del Registro degli eventi rischiosi	Direzione Amm.va, Direzione Sanitaria

• **RISCHIO CORRUTTIVO**

Ai fini della valutazione del rischio, vengono confermate modalità e strumenti utilizzati negli anni precedenti. A tal proposito il Programma per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza nel triennio precedente, contenuto nella sezione dedicata del PIAO, cliccabile al seguente link, <https://www.aousassari.it/index.php?xsl=87&s=11&v=9&c=4119&na=1&n=1&va=2>, formalizza con riferimento ai processi aziendali, una valutazione dei rischi di corruzione ed illegalità sulla base delle caratteristiche degli stessi, analizzati in termini di probabilità e d'impatto, valutando, quindi, la pericolosità dell'evento correlata alla gravità delle conseguenze.

Alla luce delle indicazioni contenute al paragrafo 6.4 lett. c della determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015 di "Aggiornamento 2015 del Piano Nazionale Anticorruzione", il criterio utilizzato per l'individuazione delle attività a più alto rischio corruzione è quello della "prudenza", al fine di sottoporre al trattamento del potenziale rischio un ampio numero di processi. Allo scopo di definire le priorità e le modalità d'intervento relative alle attività con elevato rischio di corruzione si definiscono, di seguito, i seguenti gradi di rischio delle attività in parola:

**BASSO rischio (Giallo)**

- Attività a bassa discrezionalità;
- Specifica normativa;
- Regolamentazione aziendale;
- Elevato grado di pubblicità degli atti procedurali;

*Mappatura processi*

- Valore economico del beneficio connesso all'attività inferiore in media a € 1.000,00;
- Potere decisionale sull'esito dell'attività in capo a più persone;
- Sussistenza di specifici meccanismi di verifica o controllo esterno;
- Rotazione dei funzionari dedicati all'attività;
- Monitoraggio e verifiche annuali.

**MEDIO rischio (Arancione)**

- Attività a media discrezionalità (regolamentazione aziendale o normativa di principio, ridotta pubblicità, etc.);
- Controlli ridotti;
- Valore economico tra € 1.000,00 ed € 10.000,00 o, comunque, modesta gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo;
- Insufficiente rotazione dei funzionari dedicati;
- Monitoraggio e verifica semestrale;
- Definizione di protocolli operativi o regolamenti;
- Implementazione di misure preventive.

**ALTO rischio (Rosso)**

- Attività ad alta discrezionalità;
- Valore economico superiore ad € 10.000,00 o, comunque, elevata gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo;
- Controlli ridotti;
- 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;
- Monitoraggio e verifica quadrimestrale;
- Definizione di protocolli operativi o regolamenti;
- Verifiche a campione;
- Implementazione di misure preventive.

Alla luce delle considerazioni sopra indicate si osservano criteri oggettivi di rischio che possono ricomprendersi:

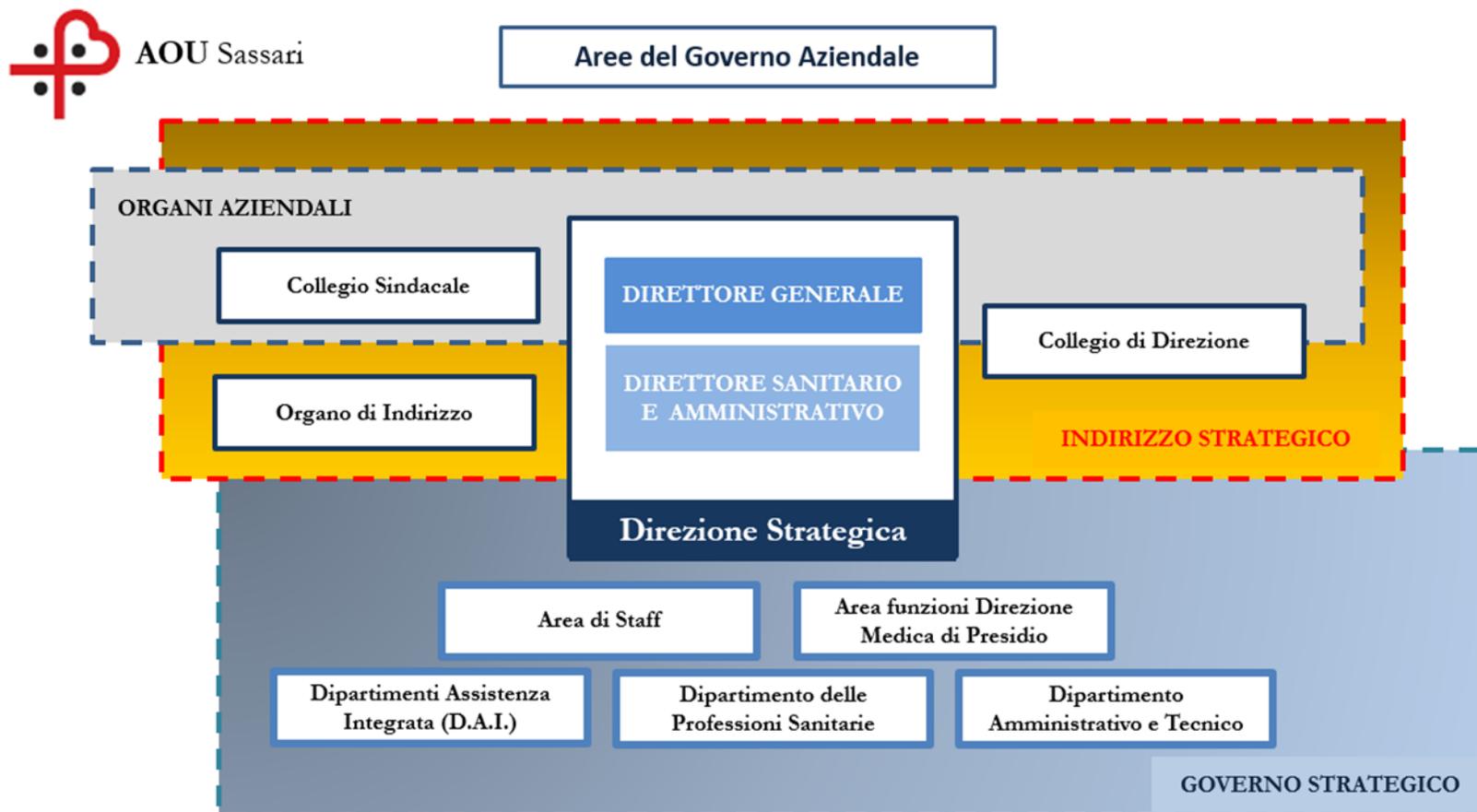
- nell'importanza degli interessi anche di natura non meramente patrimoniale coinvolti;
- nel grado di discrezionalità delle decisioni;
- nell'interazione tra pubblico e privato;
- nelle difficoltà dei meccanismi di controllo interno;
- nella complessità della relativa normativa con molteplici interpretazioni;
- nella difficoltà di meccanismi interni di trasparenza;
- nel contesto ambientale di riferimento.

La Legge n. 190/2012 identifica come a rischio le attività che prevedono:

- autorizzazione o concessioni (provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con o senza effetto economico diretto ed immediato lo stesso) come erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi;
- concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.

A seguito della riforma del SSR di cui alla Legge Regionale n. 24 del 11.09.2020, come modificata dalla successiva Legge Regionale 23 dicembre 2020, n. 32, l'AOU di Sassari ha affrontato profondi mutamenti organizzativi.

Con l'adozione dell'Atto Aziendale allegato alla Delibera del Direttore Generale n. 10 del 5 gennaio 2023, è in atto la procedura di razionalizzazione dell'assetto organizzativo dell'AOU di Sassari mediante l'adozione del seguente organigramma:



*Misure generali e specifiche*

Salvo ulteriori modifiche ed integrazioni, sulla base della ricognizione svolta negli anni passati e della revisione da parte del RPTC e dei Direttori di Struttura interessati sono state mappate le attività in relazione al potenziale rischio di corruzione come individuate nell'**Allegato 1**.

- **MISURE GENERALI E SPECIFICHE**

L'AOU di Sassari si è dotata, nell'ottica di un miglioramento continuo, di diverse misure di prevenzione della corruzione a carattere prevalentemente organizzativo e generale. Tali misure, inserite nell'allegato 2 sono in costante aggiornamento.

- **Trasparenza e disciplina in materia di accesso (documentale, civico semplice e generalizzato)**

La trasparenza, che consiste tanto nella pubblicazione e diffusione di atti ed informazioni sul sito istituzionale, quanto nell'assicurare l'accesso ai documenti nelle forme stabilite dalla legge, è uno dei principi cardine dell'azione amministrativa. È strumento partecipativo, prima ancora che difensivo e di controllo, al procedimento amministrativo, consentendo al cittadino di prendere parte ai processi decisionali dell'amministrazione pubblica e di controllarne l'operato. Pertanto, occorre che oltre alla messa a disposizione delle informazioni in senso stretto, vengano garantite chiarezza e tempestività dei dati, i quali, a loro volta devono essere comprensibili, facilmente consultabili e completi.

L'AOU di Sassari ai sensi dell'art 11, c. 8 del D.lgs. n. 150/2009 ha predisposto un flusso di dati nel proprio sito aziendale, nella sezione denominata "Amministrazione trasparente".

Tale elenco (**Allegato 3**) è stato ulteriormente ampliato dalla delibera n. 105/2010 della CIVIT dal D.lgs 33/2013, dal D.lgs 97/2016 e dalla delibera n. ANAC n. 1310 del 28/12/2016. Ulteriore modifica ed integrazione si è avuta con l'Adozione della Delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023 che ha provveduto ad aggiornare il PNA 2022: si è delineata la disciplina applicabile in materia di trasparenza amministrativa alla luce delle nuove disposizioni sulla digitalizzazione del sistema degli appalti e dei regolamenti adottati dall'Autorità, in particolare quelli adottati con le delibere ANAC nn. 261 e 264, e successivi aggiornamenti, del 2023.

L'AOU di Sassari ha, quindi, creato nel proprio sito [www.aousassari.it](http://www.aousassari.it) la sezione denominata "Amministrazione Trasparente", nella quale ha provveduto e provvede a pubblicare, aggiornandoli costantemente, i dati e i documenti elencati nelle succitate disposizioni. L'AOU tra le altre cose pubblica anche la banca dati relativa alle richieste di accesso suddivisa per anno.

*Tipologie di accesso semplice e generalizzato*

*Criteria di pubblicazione e di aggiornamento dei dati inseriti nella AT*

Funzionale all'attuazione sostanziale del principio di trasparenza è stata, inoltre, la previsione, a carattere sanzionatorio, del divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai Dirigenti preposti, nei casi di mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui ai citati D. Lgs. 150/2009, D.lgs 33/2013 e D.lgs 97/2016.

Le sanzioni esistenti sono state ulteriormente rinforzate dal "Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per l'omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei Programmi triennali di

<p><i>Relazione Annuale RPTC</i></p>	<p>trasparenza, dei Codici di comportamento”, approvato con delibera ANAC del 9 settembre 2014, dal “Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio ai sensi dell'articolo 47 del D.lgs 33/2013”, approvato con delibera ANAC del 15 luglio 2014 ed infine dalla delibera ANAC n. 10 del 21 gennaio 2015 “Individuazione dell’autorità amministrativa competente all’irrogazione delle sanzioni relative alla violazione di specifici obblighi di trasparenza (art. 47 del D.lgs. 33/2013)”.</p> <p>Il D.lgs. 33/2013, come modificato dal succitato D.lgs del 2016, ha introdotto due nuove misure di semplificazione per l’attuazione del principio di trasparenza nelle PP.AA.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La prima prevede, all’art. 3, la possibilità di pubblicare “informazioni riassuntive elaborate per aggregazione” in sostituzione della pubblicazione integrale; tale disposizione conferisce proprio all’ANAC il compito di individuare i dati oggetto di pubblicazione riassuntiva con propria delibera da adottare previa consultazione pubblica e sentito il Garante per la protezione dei dati personali, qualora siano coinvolti dati personali.</li> <li>- La seconda, di cui all’art. 9 bis, stabilisce che, qualora nelle banche dati le PP. AA abbiano già raccolto i documenti che devono essere obbligatoriamente pubblicati sempre ai sensi del D.lgs. in parola, esse potranno adempiere al detto obbligo di pubblicazione avvalendosi semplicemente di collegamenti ipertestuali alla banca dati.</li> </ul> <p>L’AOU di Sassari, nella sezione “Amministrazione Trasparente” del proprio sito web, ha già provveduto, tramite i referenti per la pubblicazione designati in ogni Struttura interessata, ad inserire il collegamento ipertestuale alle banche dati contenenti, per l’appunto, i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione.</p> <p>Al fine del monitoraggio dell’attività svolta nell’anno precedente si allega la Relazione Annuale del RPTC già pubblicata nel sito aziendale al seguente link: <a href="https://www.aousassari.it/index.php?xsl=87&amp;s=11&amp;v=9&amp;c=4607&amp;na=1&amp;n=1&amp;va=2">https://www.aousassari.it/index.php?xsl=87&amp;s=11&amp;v=9&amp;c=4607&amp;na=1&amp;n=1&amp;va=2</a> .</p>
<p><b>3. SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO</b></p>	
<p><b>3.1 Struttura organizzativa</b></p>	<p>L’assetto organizzativo dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari è definito dall’Atto Aziendale.</p> <p>La <b>struttura elementare dell’assetto organizzativo</b> è costituita da “<i>Strutture Organizzative che sono articolazioni aziendali nelle quali si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali) finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione e di committenza, o di produzione di prestazioni e di servizi sanitari... con responsabilità di organizzazione e di gestione delle risorse assegnate</i>”.</p>

Le Strutture Organizzative di cui al punto precedente sono individuate in base ai seguenti criteri indicati nelle Linee Guida per la predisposizione degli Atti Aziendali:

- A) **Valenza strategica**, definita dal livello di interfaccia con istituzioni o organismi esterni all'azienda, dal volume delle risorse da allocare, dalla rilevanza delle problematiche trattate, dal livello di intersectorialità; dal contributo al raggiungimento degli risultati di salute di cui agli indicatori di monitoraggio esterni (DM 21 giugno 2016, Piano Nazionale Esiti, Griglia LEA);
- B) **Complessità organizzativa**, definita dalla numerosità e dall'eterogeneità delle risorse professionali, dal dimensionamento tecnologico e dal valore della produzione.

Le Strutture Organizzative, nell'ambito delle quali sono individuati gli ambiti di specializzazione e i livelli di responsabilità dei professionisti e degli operatori, sono classificate in:

- 1. Strutture organizzative complesse (SC);*
- 2. Strutture organizzative semplici dipartimentali (SSD);*
- 3. Strutture organizzative semplici articolazioni di SC (SS);*
- 4. Programmi intra e/o infra dipartimentali.*

Si rimanda all'**Allegato\_organigramma dell'AOU di Sassari**, a norma dell'Atto Aziendale adottato dal Direttore Generale dell'AOU di Sassari, Deliberazione n. 10 del 05.01.2023.

Ai sensi dell'art. 4, comma 1, del Decreto Legislativo n. 517/1999 e dell'art. 10, comma 2, della Legge Regionale n. 24/2020 sono organi dell'AOU di Sassari:

- 1. Il Direttore Generale;
- 2. Il Collegio Sindacale;
- 3. Il Collegio di Direzione;
- 4. L'Organo d'Indirizzo.

### **VISION E MISSION**

L'AOU di Sassari, quale Azienda del SSR e SSN, assume i seguenti valori di riferimento che orientano l'erogazione dei servizi sanitari:

- 1. **UNIVERSALITA'**. Ogni persona ha diritto di ricevere le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, condizioni sociali, individuali, di reddito, religione ed opinion politiche;
- 2. **IMPARZIALITA'**. Le scelte e le decisioni aziendali devono garantire equità di accesso e di trattamento;

3. **PASSIONE E RESPONSABILITA'**. La presa in carico dei bisogni dei pazienti deve integrare l'elemento razionale ed il coinvolgimento emotivo quale canale conoscitivo da tradurre in risorsa;
4. **CONSAPEVOLEZZA**. Il raggiungimento di prestazioni di qualità, nel rispetto di parametri quali efficacia, efficienza, sicurezza ed appropriatezza, richiede a tutti coloro che sono coinvolti nella realizzazione di tale obiettivo una competenza non solo tecnica, ma doti morali e capacità relazionali. Ogni operatore deve avere consapevolezza di tale complessità e necessità d'integrazione;
5. **SENSO DI APPARTENENZA E LEALTA'**. Il lavoro di gruppo quale elemento cardine per integrare le competenze, le conoscenze e le abilità di ogni figura professionale al solo scopo di ottenere migliori risultati per la cura del paziente, valorizzando in questo modo anche il senso di appartenenza e la lealtà in ambito aziendale;
6. **FIDUCIA, EQUITA' E TRASPARENZA**. Tre parole che rappresentano un modo di operare che porta a strutturare e consolidare il rapporto tra paziente e azienda. Centrale è il perseguimento della trasparenza, non solo nel suo versante più visibile di pubblicazione e condivisione di atti e documenti, ma anche come cultura organizzativa, che contribuisce a porre le basi per un autentico sentimento di fiducia che accomuni tutti gli attori coinvolti nel processo di cura. Si tratta di garantire ad ogni persona il diritto alle prestazioni più appropriate, senza alcuna discriminazione, attraverso percorsi comportamentali condivisi, processi decisionali trasparenti, circolazione delle informazioni sulle risorse impiegate e sui risultati ottenuti;
7. **ASCOLTO E APERTURA**. La realizzazione di tali valori consente di creare una reale personalizzazione delle cure basata sulla conoscenza della peculiarità dei pazienti, un'integrazione autentica tra funzioni aziendali ma anche tra l'Ospedale ed il territorio; l'ascolto e l'apertura devono essere garantite intercettando un delicato e dinamico equilibrio tra la tutela della privacy e della fragilità ed il mantenimento di un costante dialogo con l'esterno, in termini spaziali, culturali e di confronto dialettico;
8. **EVOLUZIONE E FLESSIBILITA'**. L'Ospedale che tende all'eccellenza richiede capacità di adattamento e cambiamento nell'ottica di un'innovazione costante, che presume flessibilità, formazione continua e ricerca di sempre nuove e migliori cure. L'evoluzione dei processi di cura è resa possibile dalla dinamicità di ogni altra funzione aziendale: dall'implementazione tecnologica, all'adozione degli strumenti normativi e di management più strategici nell'evoluzione gestionale;
9. **CENTRALITA' DELLA PERSONA**. L'AOU di Sassari pone al centro delle proprie attività la persona al fine di soddisfarne in maniera trasparente le aspettative in relazione alla disponibilità e accessibilità di tutte le informazioni per l'accesso alle prestazioni attraverso una scelta consapevole, alla capacità dell'organizzazione di garantirne, con elevata professionalità, i bisogni e le richieste e alla possibilità di rendere noto l'utilizzo delle risorse in modo appropriato ed efficiente al fine di accrescere la condivisione dei valori e degli obiettivi;
10. **ASSENZA DI DOLORE**. Garantire nelle fasi di cura l'assenza del dolore a tutela della dignità della persona e assicurare percorsi assistenziali specifici per soggetti fragili e/o affetti da patologie di particolare gravità;
11. **PARTECIPAZIONE ALLARGATA**. Garantire modalità attraverso le quali l'Azienda favorisce la partecipazione dei cittadini e degli stakeholders alle scelte generali di politica sanitaria attraverso idonee forme di ascolto e consultazione, riguardo alla individuazione di priorità e alla elaborazione di proposte di programmi di intervento.

La **Mission** dell'AOU di Sassari consiste *“nello svolgimento integrato e coordinato delle funzioni di assistenza, di didattica e di ricerca con il fine di assicurare i più elevati livelli di salute possibili mettendo il paziente al centro del percorso di cura e dei servizi offerti, di accrescere la qualità dei processi di formazione, di sviluppare le conoscenze in campo biomedico e tecnologico, valorizzando altresì in via paritaria le funzioni e le attività del personale ospedaliero e di quello universitario”*.

	<p>Il raggiungimento di tale mission è attuato, all'interno della programmazione regionale, attraverso il coordinamento e l'integrazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari, l'Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione "G. Brotzu" di Cagliari (ARNAS), l'Azienda Regionale della Salute (ARES) e le Aziende socio-sanitarie locali (ASL), l'Azienda Regionale dell'Emergenza ed Urgenza della Sardegna (AREUS) e gli altri soggetti erogatori nel rispetto delle condizioni di equilibrio e di sostenibilità economica. Il concetto principale che sintetizza la mission dell'AOU di Sassari è: "Far sentire il paziente accolto e protetto".</p> <p>Nell'assolvimento delle funzioni conferite, l'AOU di Sassari concorre all'implementazione dei principi di riforma del Servizio Sanitario Regionale sia garantendo una risposta clinica e assistenziale costruita intorno alla persona sia sviluppando la sua funzione di ricerca al fine di soddisfare i bisogni di salute. L'obiettivo è quello di garantire il miglioramento della qualità e dell'adeguatezza dei servizi sanitari, realizzare la piena integrazione con l'Università, favorendo percorsi che consentano l'attuazione di processi di formazione e di didattica di elevata qualità e perseguendo lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze professionali di alta specializzazione.</p> <p>L'AOU di Sassari garantisce inoltre la promozione della sicurezza dei percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali, sia per i pazienti che per gli operatori, con un percorso di integrazione tra ospedale e territorio e con il fine ultimo di far sentire il paziente al centro del sistema sanitario.</p>
<p><b>3.2 Organizzazione del Lavoro Agile</b></p>	<p>Sin dalla fase emergenziale - e a seguire con il superamento della stessa e il ritorno alla presenza come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa - la AOU Sassari è stata particolarmente attiva nelle fasi di governo di tale modello flessibile, stando attenta alla creazione degli indispensabili presupposti per una adeguata utilizzazione di tale strumento che permettesse di mitigare le esigenze di invariata qualità del lavoro con quelle riguardanti il benessere organizzativo del lavoratore e la conciliazione dei tempi di vita privata/lavoro.</p> <p>La possibilità di fruizione del lavoro agile è regolata dalla direttiva del Ministero per la Pubblica Amministrazione firmata il 29 dicembre 2023 e dal CCNL relativi alle diverse aree contrattuali.</p> <p>Con l'introduzione nell'ordinamento italiano dell'istituto del Lavoro Agile si mirava ad innescare trasformazioni positive in termini di svecchiamento dell'organizzazione aziendale e della mentalità di manager e dirigenti, in grado di innescare processi virtuosi con impatti positivi sul benessere dei lavoratori, sul work-life balance e sulla qualità dell'azione della P.A.</p> <p>L'interesse mostrato dalla AOU Sassari nel recepire ed applicare le disposizioni sul Lavoro Agile è costituito principalmente dalla previsione dell'aumento della produttività degli smart worker (dovuta a sua volta al miglioramento della loro qualità di vita) con conseguente maggior raggiungimento dei requisiti di efficacia ed efficienza della P.A. stessa.</p> <p>Le aziende, prevalentemente private, che hanno scommesso sul lavoro agile già da qualche anno registrano un innalzamento del morale dei dipendenti che - a cascata - ha ripercussioni positive sui livelli di stress di questi ultimi, sui conflitti in ambito familiare e non ultimo sui tassi di assenteismo in calo rispetto al passato.</p> <p>I lavoratori agili hanno meno distrazioni rispetto a quelle normalmente presenti in ufficio – dove telefoni, utenti e colleghi possono disturbarne la concentrazione – e possono concentrarsi maggiormente sugli obiettivi loro affidati.</p> <p>L'infusione di fiducia che la concessione di tale forma di lavoro comporta nei confronti del dipendente lo rende un soggetto maggiormente</p>

soddisfatto della nuova indipendenza ed autonomia raggiunta.

I lavoratori che usufruiscono del Lavoro Agile operano per obiettivi e - una volta liberati dal vincolo della presenza giornaliera sul luogo di lavoro per un numero prestabilito di ore con orari di lavoro rigidi da rispettare - gestiscono il proprio tempo di lavoro in modo da poter realizzare i programmi ai quali partecipano o i progetti a loro affidati contemperando le esigenze del datore di lavoro con le proprie di individuo.

Il lavoro agile riguarda tendenzialmente solo il personale del ruolo amministrativo, nella misura in cui lo stesso è addetto a mansioni dematerializzate che non richiedano la sua presenza presso i locali aziendali o che non presuppongano attività di contatto col pubblico o con pazienti.

In linea generale, presupposto indispensabile per l'applicazione e la concedibilità lavoro agile è:

- l'esistenza di un ambiente lavorativo con alta propensione alla collaborazione, all'elasticità ed alla flessibilità da parte del dipendente che intenda fruirne;
- ampia autonomia professionale e lavoro organizzato per obiettivi definiti dal Responsabile della struttura di appartenenza

Per la generalità dei dipendenti, che devono comunque assicurare la prevalenza della prestazione lavorativa in presenza, il lavoro agile è autorizzato per un massimo di 12 ore alla settimana. Tale previsione è derogabile nel caso dei lavoratori e delle lavoratrici che documentano “gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari” per i quali è derogabile il criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza: i lavoratori e le lavoratrici che dimostrano “gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari” potranno svolgere l'attività in modalità agile previo parere positivo motivato dei dirigenti responsabili».

L'Azienda stipula con i dipendenti interessati – con parere positivo del responsabile - accordi individuali dove sono stati definiti gli obiettivi della prestazione da rendere in modalità “agile”, le modalità ed i tempi della prestazione e della disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro, nonché le fasce di contattabilità, modalità e criteri di misurazione della prestazione.

Al fine della verifica del corretto svolgimento della prestazione lavorativa e degli obiettivi assegnati dal responsabile, mensilmente il lavoratore o la lavoratrice devono compilare un apposito report con l'evidenza dei giorni, delle ore e delle attività svolti in modalità agile.

In un'ottica “Bring Your Own Device” – BYOD, il lavoratore agile dovrà mettere a disposizione la strumentazione necessaria allo svolgimento della prestazione fuori dai locali aziendali, compresa la connessione internet.

Questo è possibile in quanto i prodotti di cui ci si avvale per le connessioni degli smart worker non mettono in comunicazione il pc privato con l'infrastruttura aziendale se non per la visualizzazione della gestione della sessione. Questo significa che tramite tali piattaforme non è possibile veicolare malware, non esiste una connessione diretta di rete con i server, se non per la visualizzazione della sessione grafica che è remotizzata.

A fronte di situazioni particolari, da valutare in maniera puntuale dal Responsabile della Struttura e in relazione alle esigenze del Progetto individuale, tali dotazioni potranno essere fornite al dipendente dall'Azienda.

L'Azienda - costantemente impegnata nello sviluppo di strumenti di collaborazione che facilitino la dematerializzazione dei processi

amministrativi e lo svolgimento della prestazione lavorativa attraverso piattaforme di tipo collaborativo - mette a disposizione dei lavoratori agili piattaforme abilitanti specificamente dedicate all'implementazione del Lavoro Agile, onde consentire la normale gestione operativa anche al di fuori dalla sede Aziendale, in luogo delle comuni attività svolte in sede, in particolare:

- Piattaforma per lo “Unified Collaboration” per la gestione degli incarichi di gruppo, per team piccoli e grandi; la gestione del tempo, promemoria, rapporti; gli strumenti di comunicazione e collaborazione unificata; la pianificazione e gestione dei progetti, gestione delle risorse e monitoraggio dello stato di avanzamento; la gestione sicura dei documenti; la possibilità di utilizzare qualsiasi dispositivo; l'integrazione con Active Directory Aziendale; garantire elevati livelli di sicurezza nell'accedere fuori dai perimetri aziendali e audit delle operazioni.
- Piattaforma di “Unified Workspace”, che permette l'accesso sicuro a tutti gli strumenti e le risorse e disponibili con il lavoro presso la sede aziendale: ai Sistemi Informativi Aziendali, ai sistemi applicativi gestionali, alle basi di dati ed ai documenti condivisi;
- Piattaforma di “Task Reporting”, che permette al dipendente in Smart Working un'agevole rendicontazione periodica delle attività svolte, in relazione agli obiettivi e compiti operativi assegnati dal responsabile; la piattaforma permette inoltre al responsabile della struttura di monitorare costantemente lo stato delle attività svolte e di maturazione degli obiettivi in capo a ciascun collaboratore.

L'Azienda garantisce che la prestazione dell'attività lavorativa resa secondo la modalità del Lavoro Agile non varia la natura giuridica del rapporto di lavoro subordinato e la posizione del lavoratore all'interno dell'Amministrazione; garantisce inoltre che il dipendente che si avvale di tale forma di lavoro non subisca penalizzazioni al fine del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera.

L'Amministrazione assicura che la prestazione in Lavoro Agile si svolga in piena conformità con le normative vigenti in materia di ambiente, sicurezza e salute del lavoratore. A tale scopo, l'Azienda fornisce al lavoratore la formazione necessaria perché la prestazione di lavoro sia effettuata in condizioni di sicurezza per sé e per le persone che vivono negli ambienti prossimi al suo spazio lavorativo. Il lavoratore deve strettamente attenersi alle norme di sicurezza vigenti e alle istruzioni impartite dall'Azienda.

Gli obiettivi all'interno dell'amministrazione con specifico riferimento ai sistemi di misurazione delle performance

Il sistema di misurazione e valutazione della performance dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari è caratterizzato da una mappatura di tutte le attività svolte, ricondotte attraverso uno schema gerarchico a obiettivi di livello via via superiore, arrivando al livello strategico.

A tutti i dipendenti sono assegnati obiettivi riconducibili allo schema illustrato nelle linee guida del sistema di misurazione e valutazione. Alla luce di quanto sopra, l'attuazione del Lavoro Agile non si configura quale attività a sé stante, ma rappresenta una modalità per raggiungere gli obiettivi assegnati e illustrati nel Piano della Performance.

Nella disciplina di dettaglio relativa alla performance già dall'anno 2021 si è voluto sottolineare come il lavoratore agile sia portatore di comportamenti che caratterizzano tale modalità di lavoro e pertanto è prevista l'obbligatoria assegnazione del comportamento “smart worker” e “distance manager” per tutto il personale coinvolto.

Pertanto, l'esercizio del potere direttivo di cui alla L 81/2017 è esercitato anche con gli strumenti programmatici che riguardano la performance dei singoli dipendenti.

Non si ritiene sia necessario aggiungere ulteriori specifici indicatori di performance rispetto a quelli già applicati alla generalità del personale amministrativo e tecnico impiegato in Azienda, in quanto quelli attualmente previsti possono rivelarsi appropriati anche per la valutazione delle performance dei lavoratori agili.

In particolar modo, il raggiungimento degli obiettivi assegnati, la valutazione concernente la propensione alla collaborazione, l'autonomia organizzativa del lavoratore e la flessibilità dimostrata dal dipendente a cui venga riconosciuta la possibilità di svolgere lavoro agile, rappresentano le condizioni abilitanti la concessione e il mantenimento di tale forma di svolgimento della prestazione e sono idonee a rilevare lo stato di salute dello strumento in relazione alla struttura che utilizza lavoratori agili ed al singolo lavoratore.

**I contributi al miglioramento delle performance, in termini di efficacia ed efficienza.**

A partire da maggio 2020 è operativo, presso il Dipartimento della Funzione Pubblica, un servizio di monitoraggio continuativo del Lavoro Agile, che sebbene introdotto per analizzare i comportamenti delle P.A. nella fase emergenziale, da evidenza abbastanza netta di quelli che possono essere gli ulteriori vantaggi per le amministrazioni, non ultimi quelli in termini di riduzione di costi, soprattutto con riferimento ad utenze e carta e anche in termini di minor dispendio per avere a disposizione locali adatti ad ospitare tutti i lavoratori dell'azienda contemporaneamente, mediante la creazione di ambienti neutri di co-working dove le postazioni di lavoro non sono più concepite come spazi dedicati al singolo ma come spazi che ospitano di volta in volta i lavoratori in servizio presso la sede aziendale.

Dal 1 giugno 2023 è anche operativo l'Osservatorio nazionale del Lavoro Pubblico, istituito anch'esso presso il DFP, il quale supporta il Ministro per la Pubblica Amministrazione per promuovere lo sviluppo strategico del Piano integrato di attività e organizzazione di cui all'art. 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 e le connesse iniziative relative al lavoro agile, all'innovazione organizzativa, alla misurazione e valutazione della performance, alla formazione e valorizzazione del capitale umano. Scopo primario è quello di garantire piena applicazione delle attività di monitoraggio rispetto all'impatto delle riforme in materia di pubblica amministrazione anche attraverso la predisposizione di un rapporto scientifico biennale sull'evoluzione di tali processi.

**3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale**

Il *Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP)* è lo strumento di programmazione per la gestione delle risorse umane, ed ha il fine di congiungere l'ottimale impiego delle risorse pubbliche disponibili con gli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, al fine di assicurare il rispetto degli equilibri di finanza pubblica.

Le linee di indirizzo sono novellate nel decreto legislativo n. 75 del 2017, e sono volte ad orientare le amministrazioni pubbliche nella predisposizione dei propri piani dei fabbisogni di personale, secondo le previsioni degli articoli 6 e 6-ter del decreto legislativo n. 165/2001. I piani devono essere predisposti annualmente e sono relativi alla pianificazione dei tre anni successivi.

Le novità introdotte dal decreto legislativo n. 75 del 2017 hanno mutato la logica e la metodologia che le amministrazioni devono seguire nell'organizzazione e nella definizione del proprio fabbisogno di personale. Difatti vanno scelte le professioni e le relative competenze professionali di cui l'amministrazione pubblica ha bisogno con una attenta ponderazione degli organi competenti nell'individuazione della forza lavoro e nella definizione delle risorse umane necessarie; questo appare come presupposto indispensabile per ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e per meglio perseguire gli obiettivi di performance organizzativa e di erogazione di migliori

servizi alla collettività.

Nel nuovo PTFP è stata superata la vecchia concezione di dotazione organica, che nella disciplina precedente rappresentava il “contenitore” rigido da cui partire per definire il PTFP, nonché per individuare gli assetti organizzativi delle amministrazioni, contenitore che condizionava le scelte sul reclutamento in ragione dei posti disponibili e delle figure professionali contemplate.

Nella nuova formulazione è invece necessaria una coerenza tra il piano triennale dei fabbisogni e l’organizzazione degli uffici, da formalizzare con gli atti previsti dai rispettivi ordinamenti, con una centralità del PTFP, utilizzato come strumento strategico che serve per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini. Il PTFP diventa lo strumento programmatico, modulabile e flessibile, per le esigenze di reclutamento e di gestione delle risorse umane necessarie all’organizzazione.

L’ultimo PTFP approvato, adottato con delibera numero 543 del 31/10/2024 Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2025-2027 verrà formalizzata con successivo provvedimento a seguito dell’approvazione regionale.

Il documento è stato pubblicato sul sito internet aziendale, in Albo Pretorio, Atti, Delibere

([https://www.aousassari.it/documenti/11\\_591\\_20241031173634.pdf](https://www.aousassari.it/documenti/11_591_20241031173634.pdf)) e ad esso si rimanda per i contenuti di merito.

- **Rappresentazione della consistenza del personale al 31 dicembre dell’anno precedente**

La consistenza del personale dell’ultimo piano del fabbisogno approvata è quella al 31/12/2024, valutata sulla base delle assunzioni e delle cessazioni previste negli ultimi mesi dell’anno corrente.

I dati possono essere rappresentati raggruppati per tipologia ed area contrattuale, mentre per un dettaglio per profilo professionale si può consultare il PTFP allegato:

*Comparto Amministrativo n°189*

*Dirigenza Amministrativa n°5*

*Comparto Professionale n°1*

*Dirigenza Professionale n°7*

*Comparto Socio Sanitario n°399*

*Comparto Tecnico n°103*

*Dirigenza Tecnica n°2*

*Comparto Sanitario n°1628*

*Dirigenza Sanitaria non Medica n°70*

*Dirigenza Medica n°686.*

- **Programmazione strategica delle risorse umane**

L’AOU SS concorre all’implementazione dei principi di riforma del Servizio Sanitario Regionale sia garantendo una risposta clinica e assistenziale costruita intorno alla persona sia sviluppando la sua funzione di ricerca al fine di soddisfare i bisogni di salute. L’obiettivo della AOU SS è quello di garantire il miglioramento della qualità e dell’adeguatezza dei servizi sanitari, realizzare la piena integrazione con l’Università, favorendo percorsi che consentano l’attuazione di processi di formazione e di didattica di elevata qualità e perseguendo lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze professionali di alta specializzazione.

La capacità assunzionale del PTFP è calcolata sulla base dei vincoli di spesa indicati dalla Regione Sardegna e che risentono degli incrementi stabiliti dal nuovo contratto del Comparto Sanità 2019-2021, della Dirigenza Sanitari 2019-2021 e CCNL Area Funzioni Locali 2019-2021. Il trend delle cessazioni è stimato sulla base della presentazione delle domande di pensionamento presentate dai dipendenti e dall'analisi del personale che ha i requisiti per poter richiedere il pensionamento, mentre la capacità assunzionale, sempre nei limiti di spesa previsti, è determinata sulla base delle richieste delle unità operative verificandone l'effettivo bisogno e nei limiti della dotazione organica.

Nell'ambito dell'evoluzione dei bisogni e della riduzione del ricorso al lavoro interinale, l'Azienda prevede di assumere parte delle risorse attualmente impiegate nelle unità operative con attuale contratto di lavoro interinale, che ha un costo più elevato, per inserire tra il proprio personale a tempo determinato o indeterminato, a seconda dei requisiti del dipendente.

**Si rimanda agli allegati**

1. QUADRATURA CE PERSONALE DIPENDENTE:
  - a. PTFP-2025-2027-DIP-CE [https://www.aousassari.it/documenti/11\\_591\\_20241031173734.pdf](https://www.aousassari.it/documenti/11_591_20241031173734.pdf)
2. QUADRATURA CE PERSONALE UNIVERSITARIO:
  - a. PTFP-2025-2027-UNI-CE [https://www.aousassari.it/documenti/11\\_591\\_20241031173852.pdf](https://www.aousassari.it/documenti/11_591_20241031173852.pdf)
3. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2024-2026:
  - a. PTFP-2025-DIP [https://www.aousassari.it/documenti/11\\_591\\_20241031173646.pdf](https://www.aousassari.it/documenti/11_591_20241031173646.pdf)
  - b. PTPF-2026-DIP [https://www.aousassari.it/documenti/11\\_591\\_20241031173713.pdf](https://www.aousassari.it/documenti/11_591_20241031173713.pdf)
  - c. PTPF-2027-DIP [https://www.aousassari.it/documenti/11\\_591\\_20241031173724.pdf](https://www.aousassari.it/documenti/11_591_20241031173724.pdf)
4. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE UNIVERSITARIO 2023-2025
  - a. PTFP-2025-UNI [https://www.aousassari.it/documenti/11\\_591\\_20241031173750.pdf](https://www.aousassari.it/documenti/11_591_20241031173750.pdf)
  - b. PTPF-2026-UNI [https://www.aousassari.it/documenti/11\\_591\\_20241031173823.pdf](https://www.aousassari.it/documenti/11_591_20241031173823.pdf)
  - c. PTPF-2027- UNI [https://www.aousassari.it/documenti/11\\_591\\_20241031173837.pdf](https://www.aousassari.it/documenti/11_591_20241031173837.pdf)

**3.4 Piano delle Azioni Positive**

**Il Piano triennale delle azioni positive (PAP)**, disciplinato dalla Direttiva n. 2/2019 “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle PA” si compone di due parti: una costituita da attività conoscitive, di monitoraggio e analisi; l'altra, più operativa, con l'indicazione degli obiettivi specifici. Il monitoraggio e la verifica sulla sua attuazione sono affidati prioritariamente al Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità.

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG), ha funzioni propositive, consultive e di verifica in materia di discriminazione diretta o indiretta in ambito lavorativo e riferite ai fattori di rischio: genere, età, orientamento sessuale, razza e origine etnica, disabilità, religione e opinioni personali.

Anche nell'anno 2024 al fine di rafforzare il Ruolo del CUG dell'Azienda, si sono costituiti i gruppi di lavoro, per competenze, al fine di monitorizzare e verificare la realizzazione delle azioni positive previste.

L'AOU di Sassari si propone di raggiungere gli obiettivi attraverso le **5 linee di Azioni** a cui si devono attenere le amministrazioni

pubbliche:

- Piano triennale di azioni positive
- Politiche di reclutamento e gestione del personale
- Organizzazione del lavoro
- Formazione e diffusione del modello culturale improntato alla promozione delle pari opportunità e alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro
- Rafforzamento dei Comitati Unici di Garanzia e contrasto alle discriminazioni

Il PAP contiene le azioni previste al fine di promuovere le pari opportunità attraverso una adeguata attività di pianificazione e programmazione, finalizzate ad aumentare l'efficienza ed efficacia dell'amministrazione aziendale e di conseguenza a migliorare la performance organizzativa complessiva.

- **RISULTATI RAGGIUNTI AL 31.12.2024**

**AZIONE 1:**

*Prevenzione e rimozione delle discriminazioni, sensibilizzare e informare il personale*

- A1.1 - OFF Incontri formativi/informativi con docenti esperti qualificati sulle tematiche della parità di genere
- A1.2 - OFF Pubblicazione "regolamento ferie solidali"
- A1.3 - ON Attivazione della casella di posta elettronica riservata alle segnalazioni relative alla violenza di genere, discriminazioni, molestie e mobbing con attività di supporto attiva.

**AZIONE 2:**

*Bilancio di genere*

- A 2.1 - OFF Redazione del bilancio di genere
- A 2.2 - OFF Partecipazione a eventi/corsi formativi sulla redazione del bilancio di genere

**AZIONE 3:**

*Formazione e diffusione del linguaggio di genere*

- A 3.1 - OFF Elaborazione progetto preliminare linguaggio di genere
- A 3.2 - OFF Rivisitazione di tutti i regolamenti aziendali al fine di renderli adeguati al Linguaggio di Genere
- A 3.3 – ON Partecipazione al progetto Bollino rosa, in totale sono stati realizzati 5 eventi più 11 iniziative e/o comunicati stampa che hanno visto coinvolte le Strutture dell’AOU di Sassari, a favore della salute della donna:
  - ✓ *H-open day emicrania*
  - ✓ *H-open week salute donna*
  - ✓ *H-open day menopausa*
  - ✓ *H-open day dalla pubertà alla menopausa*
  - ✓ *H-open week contro la violenza sulle donne*
  - ✓ *“La cura è relazione, la cura è amore” : Premio donna lavoro a una chirurga senologa dell’AOU di Sassari*
  - ✓ *“Insieme contro la violenza. Non solo per un giorno. Tra parole e musica”*
  - ✓ *“Diverse nel cuore”*
  - ✓ *Pink Flamingos – testimonianza di 7 donne che hanno sconfitto il tumore*
  - ✓ *Valige rosa per supportare le donne vittime di violenza*
  - ✓ *Il ruolo centrale della Breast-Unit: visite senologiche gratuite*
  - ✓ *Analgesia in travaglio – incontri formativi per le donne oltre la 34° settimana di gestazione*

#### **AZIONE 4:**

Conciliazione dei tempi vita/lavoro, realizzazione di azione di benessere organizzativo e pari opportunità

- A 4.1 - ON Elaborazione del Progetto dell’Asilo Nido Aziendale
- A 4.2 - OFF Realizzazione Palestra o spazio dedicato all’attività fisica
- A 4.3 - ON Organizzazione eventi
- A 4.4 – ON Umanizzazione degli ambienti aziendali nella fase progettuale-Edilizia estetica

#### **AZIONE 5:**

Rafforzamento delle funzioni del CUG

- A 5.1 - OFF Nomina della Consigliera di fiducia
- A 5.2 - OFF Calendarizzazione di incontri periodici con la Consigliera di parità territorialmente competente e/o Consigliera di fiducia
- o A 5.3 - OFF Almeno un corso/evento per ogni componente del CUG, compresi i supplenti

- **IMPLEMENTAZIONE E RAFFORZAMENTO NUOVE AZIONI TRIENNIO 2025-2027**

Essendo un piano triennale le azioni che non sono state raggiunte nel corso dell'annualità 2023 vengono riproposte; si aggiungono, altresì, nuove Azioni da realizzare entro il triennio di riferimento, secondo lo schema seguente:

**AZIONE 1:**

*Prevenzione e rimozione delle discriminazioni, sensibilizzare e informare il personale*

**Finalità:** Diffondere fra il personale dipendente una cultura più paritaria finalizzata al benessere organizzativo anche grazie ad iniziative informative e/o formative. Pubblicazione del Regolamento "Ferie Solidali" **Soggetti Coinvolti:** tutti le Strutture

**Costo:** in linea generale effettuato con risorse interne

**Anno di attuazione:** 2025

**Indicatore:** ON/OFF –

- A 1.1 – Somministrazione annuale del questionario conoscitivo sul benessere lavorativo ai lavoratori aziendali
- A 1.2 - Pubblicazione "regolamento ferie solidali"
- A 1.3 - Incontri formativi/informativi sulle tematiche della parità di genere
- A 1.4 – Casella di posta elettronica riservata alle segnalazioni relative alla violenza di genere, discriminazioni, molestie e mobbing: supporto attivo.

**Risorse finanziarie:** €1000

**AZIONE 2:**

*Bilancio di genere*

**Finalità:** Accrescere/Assicurare/Promuovere: Accrescere la consapevolezza delle politiche pubbliche sulle diseguaglianze di genere, Assicurare maggiore efficacia degli interventi attraverso una chiara definizione degli obiettivi di genere, promuovere la trasparenza della pubblica amministrazione attraverso meccanismi antidiscriminatori **Soggetti coinvolti:** Formazione, Ricerca e Sperimentazione Clinica, Affari generali, convenzioni e rapporti con l'Università, Servizio Risorse Umane, Comunicazione e Relazioni Esterne, Bilancio, CUG

**Costo:** in linea generale effettuato con risorse interne

**Anno di attuazione:** 2025

**Indicatore:** ON/OFF

- A 2.1 Redazione del bilancio di genere
- A 2.2 Partecipazione a eventi/corsi formativi sulla redazione del bilancio di genere

**Risorse finanziarie:** €2000 A 2.2

**AZIONE 3:**

*Formazione e diffusione del linguaggio di genere*

**Finalità:** Diffondere la cultura organizzativa di genere attraverso la pubblicazione del Regolamento sul Linguaggio di Genere

**Soggetti coinvolti:** CUG, Formazione, Affari generali, Convenzioni e rapporti con l'Università, Risorse, Umane, Comunicazione e Relazioni Esterne, Consigliera di Parità

**Costo:** in linea generale effettuato con risorse interne

**Anno di attuazione:** 2025

**Indicatore:** ON/OFF

- A 3.1 Elaborazione progetto preliminare linguaggio di genere
- A 3.2 Rivisitazione di tutti i regolamenti aziendali al fine di renderli adeguati al Linguaggio di Genere
- A 3.3 Partecipazione al progetto Bollino rosa

**Risorse finanziarie:** non previste

**AZIONE 4:**

*Conciliazione dei tempi vita/lavoro, realizzazione di azione di benessere organizzativo e pari opportunità*

**Finalità:** Agevolare e preservare il benessere dei dipendenti e la performance organizzativa. Realizzare un'indagine telematica sul benessere organizzativo percepito dal personale.

**Soggetti coinvolti:** CUG, Risorse Umane, Consigliera di Parità, Stakeholder, Direzione Strategica, Comunicazione e Relazioni Esterne. **Costo:** da definire in base all'entità del progetto.

**Anno di attuazione:** 2025

**Indicatore:** ON/OFF

- A 4.1 Stipula di convenzioni con asili privati
- A 4.2 Stipula convenzioni con palestre o spazi dedicati all'attività fisica
- A 4.3 Organizzazione eventi : Teatro d' Azienda, Formazione ed informazione sulla mobilità sostenibile
- A 4.4 Umanizzazione degli ambienti aziendali nella fase progettuale- Edilizia

estetica

- **Risorse finanziarie:** € 2000 A 4.3

**AZIONE 5:**  
**Rafforzamento funzioni CUG**

**Finalità:** Rafforzare le funzioni del CUG

**Soggetti coinvolti:** Formazione Ricerca e Sperimentazione Clinica, Affari generali, Convenzioni e Rapporti con l'Università\_ Servizio Risorse Umane; Comunicazione e Relazioni Esterne, Bilancio, Consigliera di Parità

**Costo:** in linea generale effettuato con risorse interne.

**Anno di attuazione:** 2025

**Indicatore ON /OFF**

- A 5.1 Nomina della Consigliera di fiducia
- A 5.2 Calendarizzazione di incontri periodici con la Consigliera di parità territorialmente competente e/o Consigliera di fiducia
- A 5.3 Corsi/eventi informativi sulle funzioni ed il ruolo del CUG

**Risorse finanziarie:** € 2000 A 5.3

**• AGGIORNAMENTO, MONITORAGGIO E VERIFICA DEL PIANO**

Come previsto dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 2 del 26 giugno 2019, l'attività di aggiornamento in termini di modifica o integrazione, il monitoraggio dello stato di avanzamento e la verifica dei risultati connessi alle azioni positive illustrate nel presente Piano compete primariamente al CUG.

**• DIVULGAZIONE E DURATA**

Il PAP sarà pubblicato nell'Albo Pretorio online e sul sito aziendale in modo da essere accessibile a tutti e avere la massima divulgazione. Nel periodo di vigenza sarà effettuato, tramite il CUG, il monitoraggio dell'efficacia delle azioni adottate, verranno raccolti pareri, consigli, osservazioni, suggerimenti e possibili soluzioni ai problemi riscontrati da parte del personale dipendente in modo da poter procedere, ove necessario, ad un adeguato aggiornamento.

### 3.5 Formazione del Personale

La formazione è un diritto soggettivo del dipendente e un investimento organizzativo necessario, in ossequio alle indicazioni desunte da documenti nazionali, linee guida ministeriali, linee di indirizzo regionale, in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche e trasversali, organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale.

Nel Piano Annuale di Formazione 2025 (PAF) sono individuate, d'intesa con la Regione, come conseguenza del carico formativo previsto dal PNRR, le seguenti aree di intervento considerate come prioritarie:

- Formazione sulla sicurezza
- Formazione in tema di emergenza-urgenza

Su esplicita richiesta del provider unico ARES Sardegna, a conclusione dell'attività di rilevazione del fabbisogno formativo, sono stati validati n. 5 progetti considerati di rilevanza strategica:

1. Project management
2. Gestione del dolore intra-ospedaliero
3. Gestione dei conflitti e lavoro d'equipe
4. Il percorso codice rosa: implementazione della formazione del personale sulla violenza interpersonale
5. La cartella clinica e altra documentazione sanitaria: corretta gestione e profili di responsabilità.

Costituiscono, comunque, parte integrante del PAF i progetti formativi a contenuto trasversale (ambito amministrativo-contabile, privacy, trasparenza e anticorruzione, digitalizzazione) e quelli afferenti all'area specialistica delle singole strutture, oltre che i progetti previsti dal PNRR e quelli finanziati.

Sono riaffermati come principi ispiratori del PAF 2025:

- la trasversalità nei contenuti;
- la multidisciplinarietà nell'acquisizione di competenze e nel coinvolgimento delle strutture;
- la progettazione integrata nel perseguimento di obiettivi condivisi;

Tali principi sono orientati verso i seguenti obiettivi:

- investimento sulle conoscenze, sulle capacità e sulle competenze;
- miglioramento continuo dei processi in termini qualitativi.

Naturalmente non si escludono interventi nell'ambito di esigenze formative contingenti non programmabili, anche sulla base di indicazioni del Dipartimento della Funzione Pubblica, soprattutto nella fase di transizione digitale.

In riferimento alle risorse interne ed esterne disponibili e/o attivabili ai fini delle strategie formative, il personale della SSD Formazione, garantisce un'attività di supporto e consulenza nelle varie fasi che caratterizzano il ciclo della formazione, nonché la gestione del processo di accreditamento ECM, con la supervisione di ARES Sardegna, provider unico per le aziende sanitarie regionali.

Nel rispetto degli adempimenti normativi, con decorrenza 01 gennaio 2024, la SSD Formazione fa ricorso in modo autonomo a procedure di affidamento attraverso il Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA).

Il personale aziendale costituisce una risorsa a beneficio dei colleghi, allorquando mette a disposizione il proprio patrimonio conoscitivo e il proprio bagaglio di competenze acquisito a seguito del completamento di percorsi formativi individuali fuori sede, come corsi di aggiornamento e/o percorsi di alta formazione. La risorsa interna, la cui valorizzazione attraverso la formazione risponde ad un preciso adempimento normativo di preliminare attività di ricognizione interna, ex D. Lgs 165/01, costituisce investimento su cui l'azienda punta per la crescita a cascata di tutti i dipendenti.

Per quanto concerne le misure volte ad incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato, al di là delle ore-formazione previste contrattualmente, l'Azienda aderisce al piano strategico nazionale

di valorizzazione e sviluppo del capitale umano delle pubbliche amministrazioni (abilitazione alla piattaforma Syllabus) secondo il quale i dipendenti possono:

- iscriversi a condizioni agevolate a corsi di laurea, master, corsi di specializzazione;
- accedere a piattaforme e-learning contenenti moduli formativi personalizzati, in particolare in tema di acquisizione di competenze digitali.

In termini generali, anche attraverso un rapporto di collaborazione con ARES Sardegna, l'Azienda dà attuazione al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione M6C2, in tema di sviluppo delle competenze tecnico professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario.

Con la rimodulazione delle linee di indirizzo concernenti la procedura di autorizzazione alla formazione individuale, si favorisce l'utilizzo del Fondo costituito dal 1% del monte stipendi del personale di ruolo.

Gli obiettivi formativi perseguiti sono inquadrabili nelle seguenti tipologie:

- obiettivi tecnico-professionali: individuano lo sviluppo delle competenze nello specifico settore di attività;
- obiettivi di processo: individuano lo sviluppo delle competenze nelle procedure idonee ad implementare qualità, efficienza, appropriatezza e sicurezza dei processi di lavoro;
- obiettivi di sistema: mirano a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, appropriatezza e sicurezza dei processi a livello sistemico.

Il conseguimento dei suddetti obiettivi è ottenibile

1. in termini qualitativi, attraverso una scelta ponderata delle modalità di erogazione dei percorsi formativi e delle relative metodologie didattiche in un quadro complessivo che miri:

alla diversificazione, in sede di programmazione e progettazione, degli obiettivi nazionali AGENAS (indice di qualità nelle procedure di accreditamento);

- all'incentivazione della progettazione integrata, secondo una logica dipartimentale (indice di efficacia in termini di ricadute professionali);
- all'incremento della formazione sul campo (indice di sviluppo delle competenze);

2. in termini di riqualificazione e potenziamento delle competenze e del livello di specializzazione dei dipendenti, anche in considerazione dell'adozione del nuovo atto aziendale, attraverso la partecipazione a:

- corsi in tema di up-skilling, volti a migliorare e consolidare l'efficacia del lavoro che si svolge;
- corsi in tema di re-skilling, che mirano a sviluppare abilità che consentono di ricoprire un ruolo diverso secondo un percorso di riqualificazione della persona e delle competenze.

Sulla base degli accordi relativi ai CCNL 2022, alla crescita culturale e professionale del dipendente è associato un meccanismo di valutazione individuale delle performances correlato ad un sistema premiante di progressione carrieristica ed economica.

In considerazione della necessità di adeguare e aggiornare la Delibera n. 32/79 del 24.07.2012 ai nuovi contesti sociali e formativi, anche alla luce della riforma sanitaria disciplinata dalla L.R. n. 20/2024, nonché alla trascorsa emergenza epidemiologica, è emersa l'importanza della formazione come leva decisiva per lo sviluppo del sistema sanitario. Di qui, l'opportunità di rivedere i requisiti professionali, la remunerazione oraria adeguata al costo della vita, l'articolazione dei percorsi formativi, tenuto conto delle nuove metodologie di formazione complessa: formazione a cascata, role playing, simulazione.

#### 4. MONITORAGGIO

Il monitoraggio delle sottosezioni Valore pubblico e Performance avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Il monitoraggio della sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” avviene secondo le indicazioni di ANAC. In particolare, il RPCT, con il supporto dei referenti, effettua annualmente un monitoraggio interno sull’attuazione del PTPC e su tutte le fasi di gestione del rischio corruzione, al fine di intercettare l’emersione di potenziali pericoli ed identificare eventuali processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura. 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 (OIV) di cui all’articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

Per il monitoraggio dei risultati connessi alle azioni volte alla promozione delle pari opportunità, si tratta di un’attività di competenza del Comitato Unico di Garanzia. Il CUG è tenuto entro il 31 marzo di ogni anno, a predisporre e trasmettere all’organo di indirizzo e all’OIV, una relazione che illustri anche l’attuazione delle iniziative di promozione, sensibilizzazione e diffusione della cultura delle pari opportunità, valorizzazione delle differenze e conciliazione vita-lavoro previste nell’anno precedente.