AOU Sassari

Relazione sulla performance 2024

Sommario

1. INTRODUZIONE E PERIMETRO DI RIFERIMENTO 3

1.1. MODELLO ORGANIZZATIVO 4

1.2. RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ 9

2. GENERALITÀ SUL TERRITORIO, POPOLAZIONE ASSISTITA E ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA 10

2.1. CONTESTO SOCIO DEMOGRAFICO 10

2.1 IL PERSONALE DIPENDENTE 13

3 CONTENUTI DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE 17

3.1 ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE 17

3.1 REPORT DI PRODUZIONE 23

3.2 VALUTAZIONE DEL PIANO NAZIONALE ESITI 35

3.3 LE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE 41

3.4 LA TRASPARENZA E L'ANTICORRUZIONE 42

4 VALUTAZIONE OBIETTIVI DIRETTORE GENERALE 43

5 IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE 55

5.1 STRUMENTI UTILIZZATI: SCHEDA BUDGET 55

5.2 FASI/RISULTATI 56

5.3 SPUNTI DI MIGLIORAMENTO DEL PROCESSO SMVP 59

1. INTRODUZIONE E PERIMETRO DI RIFERIMENTO

La Relazione annuale sulla Performance prevista dal D.Lgs. 150/2009, è il documento che evidenza a consuntivo i risultati organizzativi e individuali raggiunti, rispetto agli obiettivi programmati e formalizzati all'interno del PIAO, nonché le risorse impiegate per il raggiungimento di tali risultati.

Il documento è redatto secondo le Linee Guida n. 3/2018 impartite dal Dipartimento della Funzione Pubblica e si qualifica come strumento di miglioramento gestionale grazie al quale l'amministrazione può:

1. Riprogrammare obiettivi e risorse prendendo in considerazione i risultati dell'anno precedente, migliorando in questo modo il funzionamento del ciclo della performance;
2. Comunicare agli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti e le strategie intraprese per il conseguimento degli obiettivi programmati.

Nell'ottica di questa prospettiva, nella RsP (Relazione sulla performance) devono essere privilegiate la sinteticità, la chiarezza espositiva, la comprensibilità, anche facendo ricorso all'utilizzo di tabelle e rappresentazioni grafiche che favoriscano una maggiore leggibilità ed agile fruibilità delle informazioni.

In base alle linee guida n. 3/2018, e al fine della validazione della stessa da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione, si evidenziano i criteri essenziali per la redazione della RsP:

a) coerenza fra contenuti della Relazione e contenuti del PIAO relativo all'anno di riferimento;
b) coerenza fra la valutazione della performance organizzativa complessiva effettuata dall'OIV e le valutazioni degli obiettivi di performance organizzativa, riportate dall'amministrazione nella Relazione;
c) presenza nella Relazione dei risultati relativi agli obiettivi di performance organizzativa inseriti nel PIAO;
d) verifica che nella misurazione e valutazione delle performance, si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
e) utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori;
f) affidabilità dei dati utilizzati per la compilazione della relazione (con preferenza per fonti esterne certificate o fonti interne non autodichiarate, prime tra tutte il controllo di gestione);
g) adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano;
h) conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del DFP;
i) sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.);
j) chiarezza e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche, presenza indice, pochi rinvii ad altri documenti o a riferimenti normativi, ecc.).

Per approfondire i contenuti della RsP è necessario focalizzare l'attenzione su eventuali mutamenti di contesto per comprendere meglio l'operato dell'amministrazione, le eventuali difficoltà o opportunità incontrate, contestualizzando i risultati raggiunti e gli scostamenti che si sono verificati. A tal proposito, si analizza di seguito il contesto in cui ha operato l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Sassari nell'anno 2024.

1.1. MODELLO ORGANIZZATIVO

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 28 luglio 2006, in esecuzione dell'allora vigente Protocollo d'Intesa sottoscritto dalla Regione e dalle Università degli Studi di Cagliari e di Sassari dell'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, inoltre, l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Sassari.

Nel periodo intercorrente tra il 2014 ed il 2020, le diverse riforme regionali hanno previsto il passaggio alla AOU di Sassari di due Presidi Ospedalieri dell'ex ASL 1, nello specifico:

- attraverso la previsione dell'art. 9, comma 1, lettera b della Legge Regionale n. 23/2014 e la Deliberazione della Giunta Regionale n. 67/20 del 29 dicembre 2015, l'AOU di Sassari ha assorbito con decorrenza 01 gennaio 2016 - mediante un processo di incorporazione per fusione - il P.O. "SS. Annunziata";
- attraverso la previsione dell'art. 18, comma 3, della L.R. n. 24/2020 l'AOU di Sassari ha acquisito l'Ospedale Marino di Alghero "Regina Margherita", le cui modalità attuative di passaggio sono state disciplinate attraverso la DGR n. 13/57 del 6 aprile 2023.

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.

Di seguito, in sintesi, sono riportate le tappe che hanno condotto all'approvazione:

- in data 30.09.2022 con DGR 30/74 sono stati deliberati gli Indirizzi per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende ospedaliero-universitarie e dell'Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione "G. Brotzu" (ARNAS) "Approvazione definitiva";
- in data 01.12.2022 con deliberazione n. 1144, si è proceduto alla "Adozione Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari ai sensi della DGR n. 30/74 del 30.09.2022.";
- con la DGR n. 40/34 del 28.12.2022 la RAS ha rilevato la sostanziale conformità dell'atto aziendale agli indirizzi regionali, di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 30/74 del 30.09.2022, richiedendo tuttavia di apportare le seguenti integrazioni:
    - inserire la funzione di raccordo con ARES per le attività di sanità digitale e telemedicina;
    - integrare l'art. 57 prevedendo il rispetto del Protocollo d'Intesa tra Regione e Università approvato con DGR n. 34/3 del 12/07/2017, nella revisione dell'atto aziendale;
    - specificare che la definizione del numero di strutture complesse, semplici dipartimentali e semplici, è coerente con le risorse annualmente assegnate senza ricorrere a risorse aggiuntive a carico del bilancio regionale;

- in data 05.01.2023 con deliberazione n. 10 "Atto aziendale dell'Azienda ospedaliero-universitaria (AOU) di Sassari. Verifica di conformità ai sensi dell'art. 19, comma 4, L.R. 11.9.2020, n. 24", si è proceduto, in osservanza a quanto esplicitato dalla Regione Autonoma della Sardegna, nella Deliberazione n. 40/34 del 28.12.2022, a modificare, integrare ed adottare l'atto aziendale con i relativi allegati nei termini sopraindicati;
- con la DGR n. 4/66 del 16.02.2023 è stata deliberato l'esito della verifica di conformità ai sensi dell'art. 19, comma 4, L.R. 11.9.2020, n. 24 e con successiva deliberazione n. 190 del 20.02.2023 è stata effettuata la presa d'atto della Deliberazione della Regione Autonoma della Sardegna di cui sopra da parte dell'Azienda Ospedaliero universitaria di Sassari.

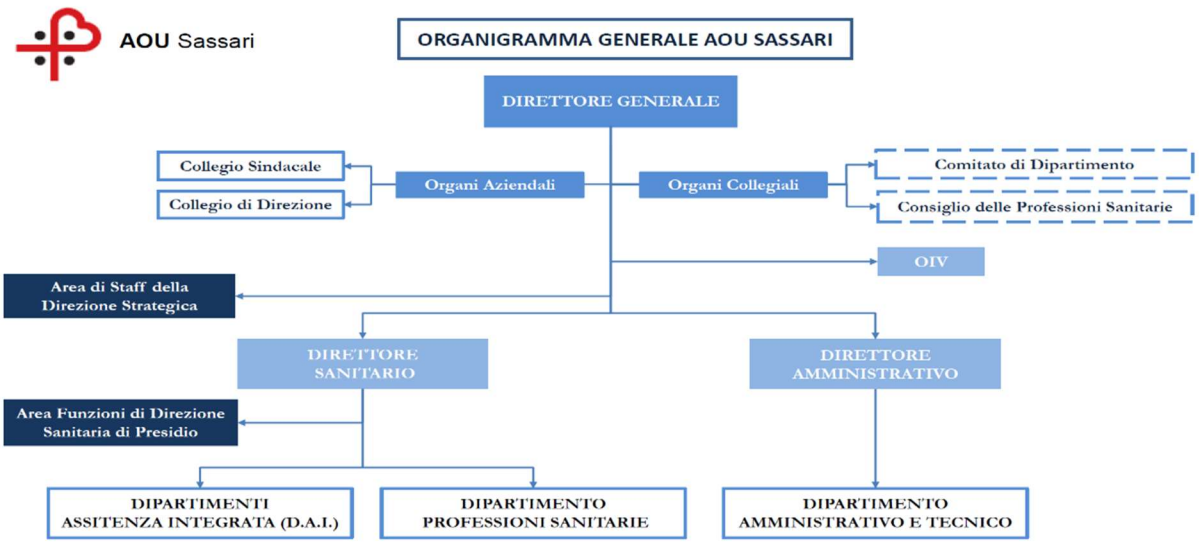
Successivamente all'approvazione è sorta la necessità da parte della Direzione Strategica, di revisionare l'atto aziendale vigente, per le seguenti necessità:

- trasformazione della Struttura di Cardiologia Clinica ed Interventistica da guida ospedaliera a guida universitaria;
- eliminazione della SS "Anestesia Cliniche e Materno Infantile" (guida ospedaliera) incardinata nella SC "Anestesia, medicina del dolore e cure palliative" del Dipartimento Chirurgico, e contestuale inserimento della SS "Continuità assistenziale e coordinamento aiuti di settimana" (guida ospedaliera), incardinata nella SC "Terapia Intensiva generale e post-operatoria" del Dipartimento Chirurgie specialistiche;

In data 23.05.2023 con Deliberazione n. 561 si è proceduto alla <<Revisione Atto Aziendale approvato con Deliberazione n. 10 del 05.01.2023 e Deliberazione n. 190 del 20.02.2023 avente ad oggetto "Presa d'atto della Deliberazione della Regione Autonoma della Sardegna n. 4/66 del 16.02.2023". Atto aziendale dell'Azienda ospedaliero-universitaria (AOU) di Sassari. Esito verifica di conformità ai sensi dell'art. 19, comma 4, L.R. 11.9.2020, n. 24>>. L'atto trasmesso alla Regione Sardegna è stato approvato con DGR n. 21/17 del 22.06.2023.

L'Azienda Ospedaliero universitaria di Sassari in data 23.06.2023 con deliberazione n. 678, ha effettuata la presa d'atto della Deliberazione della Regione Autonoma della Sardegna n. 21/17 del 22.06.2023 "Atto aziendale dell'Azienda Ospedaliero universitaria (AOU) di Sassari. Proposta di modifica. Verifica di conformità ai sensi dell'art. 19, comma 4, della legge regionale 11.09.2020, n. 24".

Nella tabella seguente sono indicate le Aree del Governo aziendale, così come previste nell'Atto Aziendale approvato.



Sono stati inoltre individuati i seguenti Dipartimenti di Assistenza Integrata (D.A.I.):

Direzione aziendale

La Direzione Aziendale è composta dal Direttore Generale (che è il Legale Rappresentante e l'organo responsabile del governo complessivo dell'Azienda), dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo (che concorrono con la formulazione di proposte ed esprimono i relativi pareri). La Direzione Aziendale (o Direzione Strategica) esercita il governo strategico aziendale, avvalendosi del Collegio di Direzione e dello Staff della Direzione.

Con la Deliberazione della Giunta della Regione Autonoma della Sardegna n. 51/33 del 30.12.2021 è stato nominato quale Direttore Generale dell'AOU di Sassari, il Dott. Antonio Lorenzo Spano.

Con la Deliberazione n. 472 del 20.06.2022 è stata nominata la Dott.ssa Maria Dolores Soddu, quale Direttrice Amministrativa dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari, e con la Deliberazione del Direttore Generale n. 1216 del 29.12.2023, è stata nominata la Direttrice Sanitaria Dott.ssa Lucia Anna Mameli.

Nell'atto atto Aziendale vigente sono espresse la *Mission* ed il sistema dei valori che devono essere diffusi e condivisi per orientare e sostenere le azioni ed i comportamenti dei singoli, dell'organizzazione e le relazioni con i gruppi portatori di interesse.

Con la Deliberazione n. 23/10 del 27.04.2025 "Articolo 14 della legge regionale 11 marzo 2025, n. 8. Adeguamento organizzativo-funzionale e commissariamento dell'azienda ospedaliero universitaria di Sassari (AOU SS). Nomina del commissario straordinario", si è insediato il Dott. Mario Carmine Palermo in qualità di Commissario Straordinario dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Sassari.

La Mission

La ***Mission*** dell'Aou di Sassari nel ruolo di Hub del Centro Nord Sardegna, 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".

Valori di riferimento

L'AOU di Sassari si pone come obiettivo quello di definire, aggiornare e far crescere all'interno delle proprie strutture, un sistema di valori di riferimento sia per il presente che per il futuro, attraverso una forte adesione di tutti i professionisti che vi operano.

Nell'erogazione dei servizi sanitari, l'Azienda ospedaliero universitaria si impegna a rispettare i seguenti principi fondamentali:

1. **UNIVERSALITA'.** Ogni persona ha diritto di ricevere le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, condizioni sociali, individuali, di reddito, religione ed opinioni 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 SS 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. La 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 stackholders 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"
.

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".

Nell'assolvimento delle funzioni conferite, 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.

L'AOU SS 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.

Presa d'atto del Protocollo d'intesa

Il protocollo d'intesta è stato sottoscritto in data 11 agosto 2017 dalla Regione Sardegna e dalle Università degli studi di Cagliari e Sassari, e con deliberazione del Direttore generale dell'AOU di Sassari 14 settembre 2017, n. 522 ne è stato preso formalmente atto.

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

Con Delibera di approvazione del Direttore Generale n.64 del 31.01.2024, avente ad oggetto: "Approvazione Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024 - 2026 dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari.", si è provveduto ad adottare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024 – 2026, e a pubblicarlo nel sito internet istituzionale dell'Azienda nella sezione "Amministrazione Trasparente", nonché alla pubblicazione sul portale del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri istituito ai sensi dell'art. 13 del D.M. 132/2022.

1.2. RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ

L'Azienda Ospedaliero Universitaria (AOU) di Sassari è Azienda 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.

Essa opera nell'ambito della programmazione sanitaria nazionale e regionale, attraverso l'integrazione delle attività di didattica, ricerca e assistenza.

In particolare, nell'ambito della programmazione regionale, si raccorda al sistema sanitario regionale, e dunque a tutte le altre aziende sanitarie, coordinandosi con le aziende sanitarie locali nell'individuazione congiunta del sistema di risposta ai bisogni assistenziali, nell'utilizzo integrato delle risorse professionali e nella regolamentazione della mobilità sanitaria intra-regionale.

Essa è sede della formazione del Medico e dell'Odontoiatra e dei professionisti sanitari e, con le sue strutture, è naturalmente inclusa nella rete formativa integrata tra strutture Universitarie e strutture accreditate del SSR, per la formazione di Medici Specialisti e nella rete formativa integrata delle Professioni Sanitarie.

Il processo formativo contribuisce allo sviluppo delle specialità, delle professionalità e di tutti i servizi che consentono di porre il paziente al centro di un sistema di cura e di assistenza sanitaria e sociosanitaria a garanzia di un percorso assistenziale basato sulla continuità della cura, sulla qualità e sull'appropriatezza dell'offerta.

Le funzioni di coordinamento e razionalizzazione delle attività didattiche dei dipartimenti di area medica, sono competenze della Struttura di Raccordo Facoltà di Medicina e Chirurgia. La Facoltà coordina e gestisce l'offerta formativa dei corsi di studio delle classi di laurea magistrali di Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi dentaria, delle classi di laurea e laurea magistrale delle professioni sanitarie e delle scuole di specializzazione dell'area medico sanitaria; coordina e gestisce altresì l'offerta formativa degli altri corsi di studio afferenti all'area medica. La Facoltà favorisce l'organizzazione della didattica, l'integrazione assistenziale e scientifica e lo sviluppo culturale, curando i rapporti con il Servizio Sanitario Regionale e con le strutture private che operano nel campo della salute al fine di garantire l'inscindibilità delle funzioni assistenziali da quelle di didattica e di ricerca.

Si è proceduto all'inserimento dei Dirigenti Medici Ospedalieri – AOU Sassari come docenti nei Corsi di Laurea, allo stesso modo nei corsi delle professioni sanitarie si ricorre alla docenza ospedaliera sia per dirigenti medici e biologi, sia per il personale delle professioni sanitarie, sia per la didattica frontale che per le attività di tirocinio.

Gli aspetti della Ricerca e delle cure innovative sono stati sviluppati in sinergia con i Dipartimenti Universitari e sono testimoniati dalle numerose attività congressuali e dalle pubblicazioni su riviste internazionali.

2. GENERALITÀ SUL TERRITORIO, POPOLAZIONE ASSISTITA E ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA

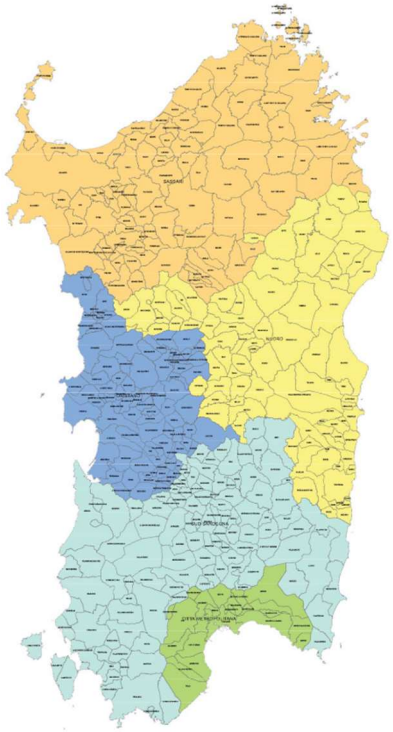
2.1. CONTESTO SOCIO DEMOGRAFICO

1. La distribuzione demografica del territorio regionale si presenta come segue:

Superficie territoriale, popolazione residente e densità abitativa per provincia al 1° gennaio 2025*			
Territorio	**Popolazione residente**	**Superficie territoriale (in km²)**	**Densità abitativa (abitanti/km²)**
Sassari	**471.653**	**7.691,75**	**61,31**
Nuoro	**195.437**	**5.637,97**	**34,66**
Oristano	**147.894**	**2.990,41**	**49,45**
Sud Sardegna	**329.276**	**6.530,67**	**50,41**
Città metropolitana di Cagliari	**417.079**	**1.248,66**	**334,02**
Sardegna	**1.561.339**	**24.099,46**	**64,78**

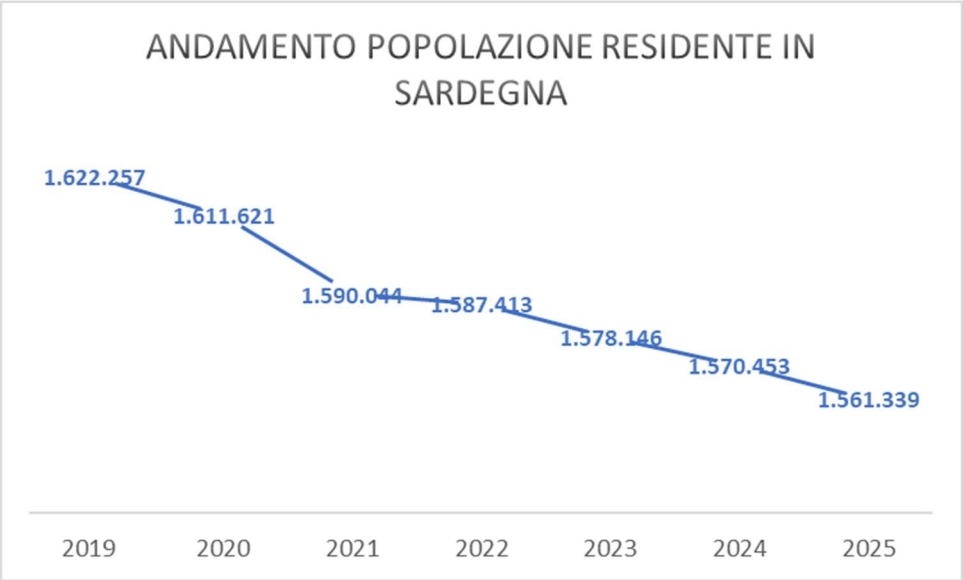
**Fonte: dati.istat.it*

3. Al fine di delineare ulteriormente il nuovo assetto territoriale regionale, in un'ottica di riorganizzazione degli Enti locali maggiormente equilibrata, in data 13 Ottobre 2020 la Commissione Autonomia e Riforme del Consiglio Regionale ha approvato definitivamente la legge di riforma degli enti locali della Sardegna; il percorso atto a delineare il nuovo assetto territoriale isolano si è concluso con l'approvazione della Legge Regionale 12 aprile 2021 n. 7, avente ad oggetto "Riforma dell'assetto territoriale della Regione. Modifiche alla legge regionale n. 2 del 2016 […]".
4. In base alla L.R. n. 7/2021, il nuovo assetto territoriale della Sardegna si compone di N. 6 Province e 2 Città Metropolitane. Nel dettaglio, la nuova cartina geopolitica comprende le province di Nord-Est Sardegna (nuova istituzione, 26 Comuni), Nuoro (53), Ogliastra (nuova istituzione, 22), Oristano (87), Medio-Campidano (nuova istituzione, 28) e Sulcis-Iglesiente (nuova istituzione, 23), e le città Metropolitane di Sassari (nuova istituzione, 66 Comuni) e Cagliari (72). La riforma di legge prevede inoltre l'estinzione delle province di Sassari (sostituita dalla Città metropolitana) e del Sud Sardegna. Nuoro passa da 52 a 53 Comuni, comprendendo anche Seulo che attraverso un referendum aveva scelto di passare dal Sud Sardegna a Nuoro.
5. La tabella che segue riassume l'impostazione del nuovo assetto territoriale così come previsto dalla sopracitata Legge Regionale n. 7/2021:



	Comuni
Città metropolitana di Cagliari	**18**
Sassari	**92**
Nuoro	**74**
Oristano	**87**
Sud Sardegna	**106**

6. Allo stato attuale, da un'analisi più approfondita dell'assetto territoriale regionale, si evidenzia la presenza di due principali poli metropolitani: Sassari e Cagliari, rispettivamente collocati nell'area nord e nell'area sud dell'isola; seguono tre medie comunità locali aggregate in aree omogenee (Nuoro, Oristano e Sud Sardegna) con popolazioni comprese tra i ~150.000 e ~330.000 abitanti.
7. La particolare conformazione del territorio, la distribuzione della popolazione ed il progressivo spopolamento delle aree rurali e montane ha generato, in certe zone territoriali, alcune condizioni critiche, acuite da difficoltà in termini di viabilità.
8. L'ambito territoriale di riferimento, che coinvolge sia l'AOU di Sassari che l'ASL Sassari, riguarda la parte Nord Ovest (Sassari) con una superficie complessiva di 7.691,75 Km2 e una popolazione complessiva di 471.653 abitanti, di cui 232.650 maschi e 239.003 femmine. (Fonte: dati.istat.it - residenti al 01 gennaio 2025 Provincia di Sassari)
9. Come detto, l'ambito territoriale di riferimento della AOU risulta più ampio per diverse tipologie di attività.
10. La popolazione residente in Sardegna al 1° gennaio 2025, ammonta a 1.561.339 abitanti. A livello regionale si osserva un continuo calo demografico, in linea con il trend registrato a livello nazionale.



11. Oltre il continuo calo demografico, nel corso degli anni, il numero dei decessi si attesta al di sopra del numero dei nati. In particolare, nel 2024 il tasso di mortalità registrato è pari a 11,8 per mille abitanti, mentre il tasso di natalità è ulteriormente sceso, facendo registrare il più basso livello di ricambio naturale di sempre, pari a 4,5 per mille abitanti.
12. La popolazione sarda, coinvolta da decenni in un continuo e progressivo fenomeno di invecchiamento, ha modificato la struttura per età divenendo meno giovane rispetto a quella nazionale.
13. Analizzare il processo di invecchiamento è fondamentale per riorganizzare efficacemente il Servizio sanitario regionale, al fine di rispondere al meglio ai bisogni socio-sanitari della popolazione. L'analisi demografica ha quindi l'intento di evidenziare le principali caratteristiche che influenzano il panorama dei bisogni e dell'offerta di servizi attuale e futura.

14. La Regione Sardegna rileva un indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0-14 anni, moltiplicato per 100) della popolazione pari a 281,4, valore superiore a quello nazionale pari a 207,6, ancora in crescita rispetto agli anni precedenti e con intensità maggiore rispetto al resto d'Italia, inoltre, l'età media della popolazione regionale è superiore a quella nazionale (49,2 anni vs 46,8).
15. L'incidenza degli ultra 65enni (indice di invecchiamento: rapporto percentuale tra la popolazione anziana - 65 e oltre - e il totale della popolazione) è pari al 27,4% della popolazione regionale, superiore al 24,7%, riferimento nazionale e in aumento rispetto agli anni precedenti, mentre la proporzione di età pediatrica (0-14 anni), attualmente pari al 9,7%, è inferiore al dato nazionale, 11,9%).
16. Inoltre, l'indice di dipendenza strutturale (rapporto tra la popolazione in età non attiva - 0-14 anni e 65+ anni - e la popolazione in età attiva - 15-64 anni) fornisce una misura indiretta della sostenibilità del carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva. Valori superiori al 50% indicano una situazione di squilibrio generazionale. La Sardegna ha registrato, nel corso degli anni, un progressivo aumento di tale valore – 59,2%. In particolare l'indice di dipendenza degli anziani (rapporto tra la popolazione anziana e quella in età attiva - 15-64 anni) è in continuo aumento, superando il valore nazionale (43,7% anziani su 100 individui in età lavorativa; 39% in Italia) a riprova del tendenziale e progressivo invecchiamento della popolazione.
17. L'aumento dell'età della popolazione residente determina un aumento della richiesta di servizi sanitari da parte della popolazione e la conseguente necessaria adozione di attività di razionalizzazione e recupero di efficienza nell'offerta dei servizi sanitari, data anche la grave carenza di risorse finanziarie. (Fonte: Allegato alla DGR n. 9/22 del 24/03/2022).

2.1 IL PERSONALE DIPENDENTE

I dati sono stati estrapolati al 31/12/2024 dal sistema gestionale HR, suddivisi per genere:

A) DISTRIBUZIONE COMPLESSIVA

Il personale dipendente suddiviso per genere:

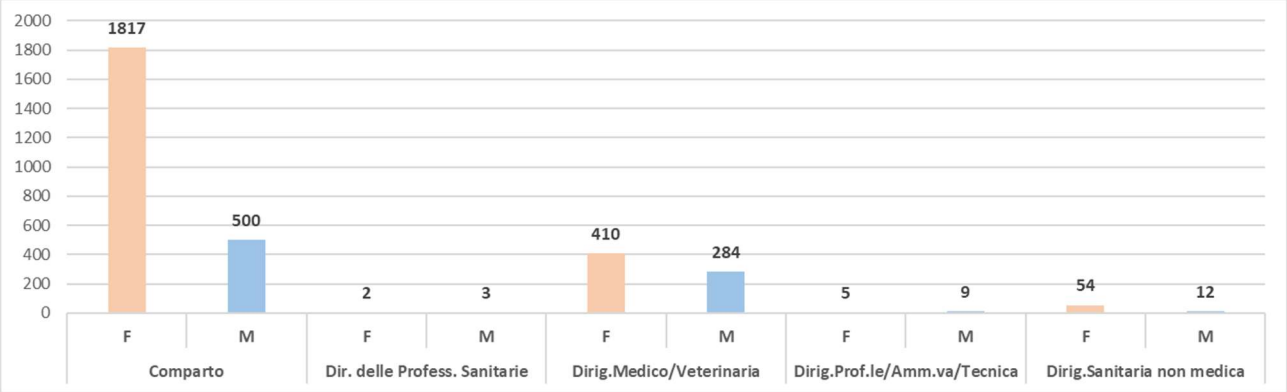
Tipologia	Dipendente		Universitario	
Sesso	M	F	M	F
Totale	808	2288	75	45
	3096		120	
	3216			

B) PER TIPLOGIA DIPENDENTE

1) Personale Ospedaliero

a. Distribuzione tipologia ed età:

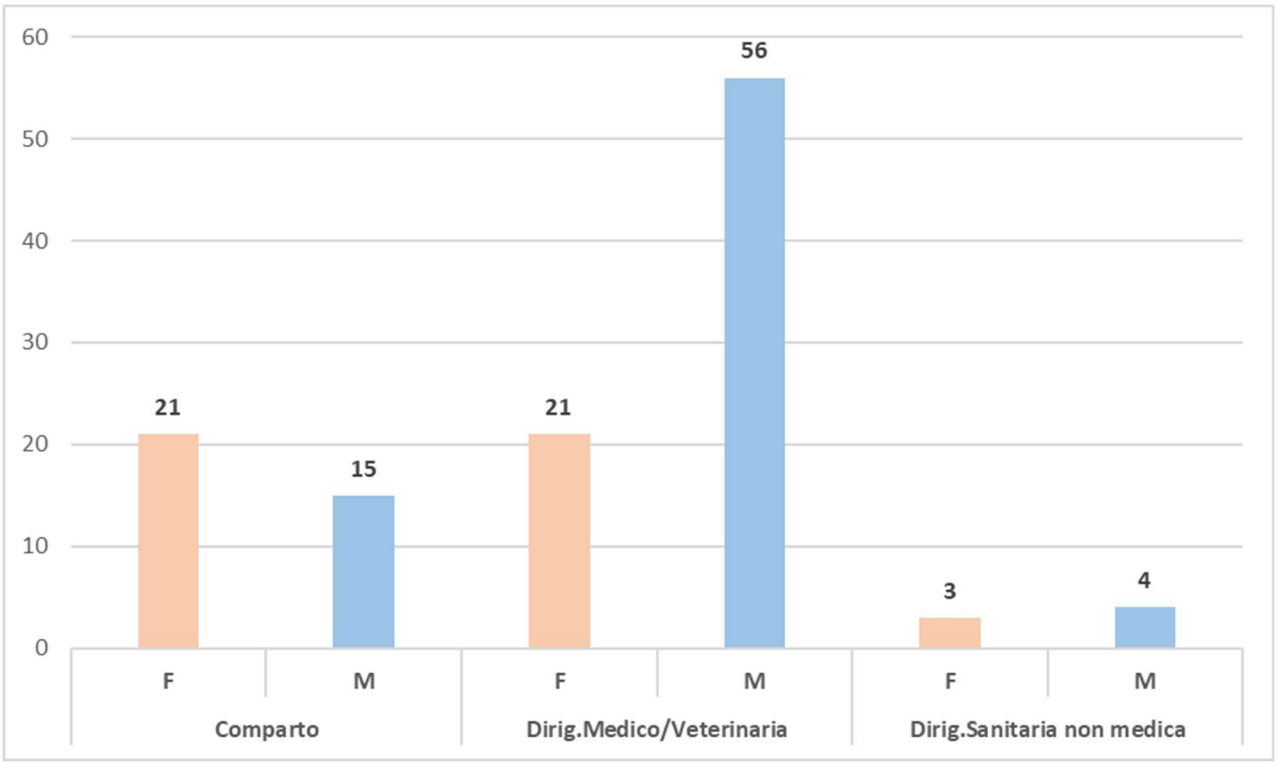
TIPO	Comparto		Dirig.Medico/Veterinaria		Dirig.Sanitaria non medica		Dir. delle Profess. Sanitarie		Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	
SESSI	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
TOTALE	500	1817	284	410	12	54	3	2	9	5
	2317		694		66		5		14	



OSPEDALIERI											
	Meno 30	tra 31 -40	tra 41-50	oltre 50	TOT.		Meno 30	tra 31 -40	tra 41-50	oltre 50	TOT.
Femmine	156	483	525	1.124	2288	Femmine	5%	16%	17%	36%	74%
Maschi	41	208	186	373	808	Maschi	1%	7%	6%	12%	26%
TOT.	197	691	711	1.497	3096	TOT.	6%	22%	23%	48%	100%

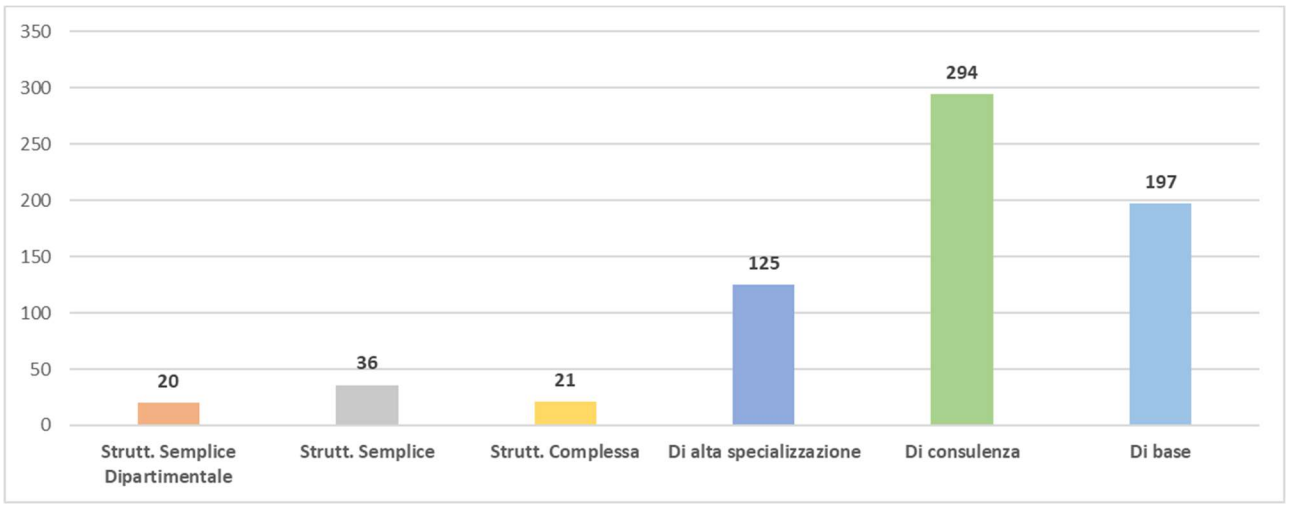
b. **Distribuzione Comparto Sanità:**

OSPEDALIERI COMPARTO								
TIPO	CAT. A		CAT. B		CAT. C		CAT. D	
SESSI	M	F	M	F	M	F	M	F
TOTALE	35	60	72	324	39	66	354	1366
	95		396		105		1720	



c. **Distribuzione per incarichi Dirigenza:**

INCARICHI DIRIGENZA OSPEDALIERI						
INCARICO	SSD	SS	SC	ALTA SPEC.	CONSULENZA	BASE
TOTALE	20	36	21	125	294	197

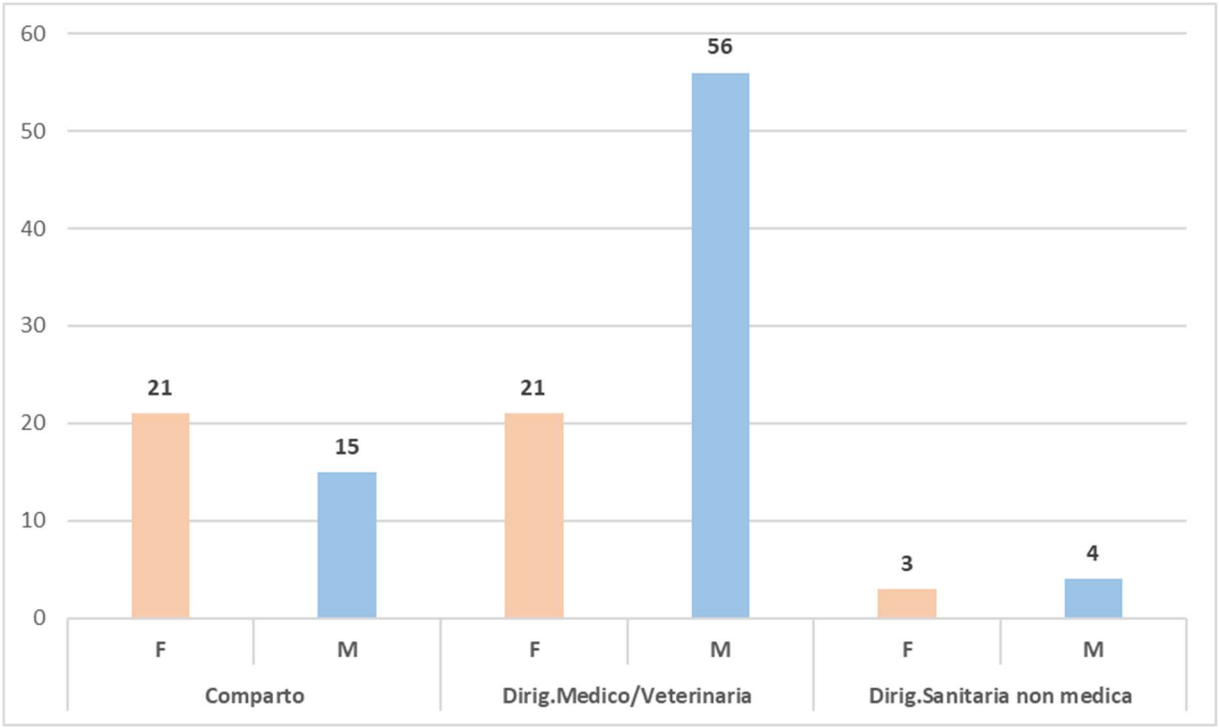


2) Personale Universitario

Il personale universitario presente al 31/12/2023 risulta il seguente.

a. **distribuzione tipologia ed età:**

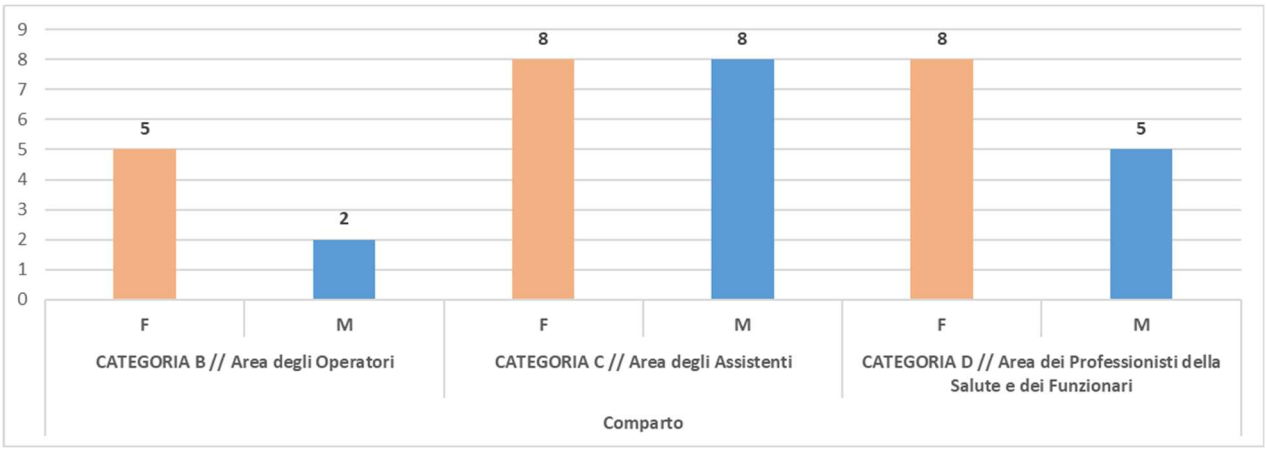
TIPO	Comparto		Dirig.Medico/Veterinaria		Dirig.Sanitaria non medica	
SESSI	M	F	M	F	M	F
TOTALE	15	21	56	21	4	3
	36		77		7	



UNIVERSITARI											
	Meno 30	tra 31 -40	tra 41-50	oltre 50	TOT.		Meno 30	tra 31 -40	tra 41-50	oltre 50	TOT.
Femmine	-	2	2	41	45	Femmine	0%	2%	2%	34%	38%
Maschi	-	2	11	62	75	Maschi	0%	2%	9%	52%	63%
TOT.	-	4	13	103	120	TOT.	0%	3%	11%	86%	100%

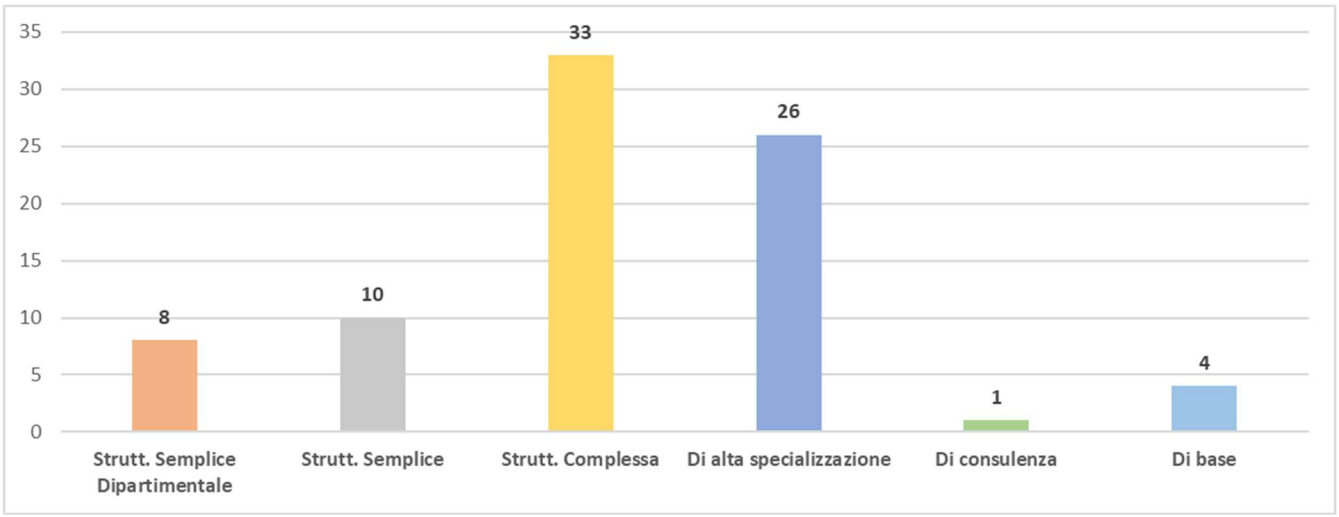
b. Distribuzione Comparto Sanità:

UNIVERSITARI COMPARTO								
TIPO	CAT. A		CAT. B		CAT. C		CAT. D	
SESSI	M	F	M	F	M	F	M	F
TOTALE	0	0	2	5	8	8	5	8
	0		7		16		13	



c. Distribuzione per Incarichi Dirigenza:

INCARICHI DIRIGENZA UNIVERSITARI						
INCARICO	SSD	SS	SC	ALTA SPEC.	CONSULENZA	BASE
TOTALE	8	10	33	26	1	4



3 CONTENUTI DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE

3.1 ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari è sede DEA di II livello, con un Pronto Soccorso Generale, un Pronto Soccorso Pediatrico e un Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico, con un bacino d'utenza di ~500.000 abitanti. I paragrafi successivi indicano le attività del periodo anno 2024.

3.1.1 L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'ATTIVITÀ IN REGIME D'URGENZA

Le strutture caratterizzate da regimi d'urgenza sono il Pronto Soccorso di Medicina Emergenza - Urgenza, ubicata presso lo stabilimento del Santissima Annunziata, ed i Pronto soccorso della Clinica Ostetrica e Ginecologica e della Clinica Pediatrica.

La tabella seguente illustra la valorizzazione degli accessi di Pronto soccorso rappresentata per Centro di Rilevazione per gli anni 2023 e 2024.

Struttura Erogante	Centro di Rilevazione PS	2023*	2024*
		NR. Accessi	NR. Accessi
20090501 - Stabilimento Cliniche Di San Pietro -	OSTETRICO-GINECOLOGICO E OBI	6.058	6.743
	PEDIATRICO E OBI	9.786	10.704
	TOTALE STABILIMENTO SPTR	**15.844**	**17.447**
20090502 - Stabilimento Ss. Annunziata - (Sassari)	MEDICINA EMERGENZA-URGENZA	47.051	49.421
	TOTALE AOU SASSARI	**62.895**	**66.868**
	*** Valore rendicontato in RAS**		

Nella tabella si evidenzia un incremento di accessi complessivi al PS del 6,32% di cui:

- l'11,31% per il PS ostetrico-ginecologico;
- il 9,38% per il PS pediatrico;
- il 5,04% per il PS emergenza-urgenza.

La tabella seguente illustra la valorizzazione degli accessi di Pronto soccorso rappresentata per codice di accesso.

STRUTTURA EROGANTE	TRIAGE	2023*	2024*
		NR. Accessi	NR. Accessi
20090501- Stabilimento Ciniche di San Pietro - (Sassari)	1 - Emergenza	11	11
	2 - Urgenza	261	229
	3 - Urgenza differibile	8.165	821
	4 - Urgenza minore		9.615
	5 - Non urgenza	7.407	6.771
	Totale Cliniche	**15.844**	**17.447**
20090502- Stabilimento SS. Annunziata - (Sassari)	1 - Emergenza	3.394	3.592
	2 - Urgenza	16.505	12.898
	3 - Urgenza differibile	20.794	9.231
	4 - Urgenza minore		18.893
	5 - Non urgenza	6.346	4.799
	N - Deceduto	5	6
	Nc	7	2
	Totale SS Annunziata	**47.051**	**49.421**
	TOTALE AZIENDA	**62.895**	**66.868**
	*** Valore rendicontato in RAS**		

Nel 2024 si rileva un aumento degli accessi soprattutto nei codici 3-4, i quali rappresentano il 57,67% degli accessi complessivi (59,82% Cliniche e 56,91% Santissima Annunziata).

La tabella seguente illustra la valorizzazione degli accessi di Pronto soccorso seguiti da ricovero e non seguiti da ricovero.

STRUTTURA EROGANTE	2023*			2024*		
	RICOVERO	NON RICOVERO	TOTALI	RICOVERO	NON RICOVERO	TOTALI
20090501- Stabilimento Ciniche di San Pietro - (Sassari)	2.133	13.711	**15.844**	2.103	15.344	17.447
20090502- Stabilimento Ss. Annunziata - (Sassari)	9.700	37.351	**47.051**	9.744	39.677	49.421
TOTALE	**11.833**	**51.062**	**62.895**	**11.847**	**55.021**	**66.868**
*** Valore rendicontato in RAS**						

Nel corso del 2023 si evidenzia un incremento del 9,38% di accessi al PS Pediatrico, mentre il PS Ginecologico gli accessi sono incrementati del 11,31%.

Per il Pronto Soccorso principale (SC Medicina Emergenza-Urgenza) gli accessi sono aumentati del 5,04%.

L'ATTIVITÀ IN REGIME DI RICOVERO

La tabella seguente illustra la valorizzazione della produzione dell'attività in regime di ricovero ordinario per Dipartimento.

PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO					
COD_DIP	DESCRIZIONE_DIPARTIMENTO	2023*		2024*	
		Nr.	Valore	Nr.	Valore
4_DAI.01	Dipartimento chirurgico	1.199	5.485.836,01	1.280	6.152.058,10 €
4_DAI.02	Dipartimento medico	3.887	13.313.149,21	4.051	13.810.369,35 €
4_DAI.03	Dipartimento chirurgia specialistiche	2.423	10.022.037,86	2.497	9.669.912,51 €
4_DAI.04	Dipartimento medicine specialistiche	1.697	7.249.242,63	1.718	7.598.275,14 €
4_DAI.05	Dipartimento scienze motorie e riabilitative	1.723	8.179.254,82	2.081	10.356.054,59 €
4_DAI.06	Dipartimento emergenza-urgenza	3.921	19.423.349,95	3.979	19.873.974,44 €
4_DAI.07	Dipartimento onco-ematologico	420	2.633.418,20	356	2.422.765,39 €
4_DAI.08	Diaprtimento cardio-vascolare	3.061	22.297.597,54	2.923	24.665.584,47 €
4_DAI.09	Diaprtimento salute donna e bambino	5.314	9.431.209,51	5.592	9.732.892,10 €
7_ATTINT	Area Attività Integrate Aziendali (Covid)	95	345.912,15		
8_ATTINT	Area Attività Integrate Aziendali (Altre UO)	2	34.465,20		
	TOTALI	**23.742**	**98.415.473,08**	**24.477**	**104.281.886,09**
	*** Valore rendicontato in RAS**				

Nel 2024 il numero dei ricoveri è incrementato del 3,1%, mentre il valore economico è incrementato del 5,96%.

Il numero di ricoveri è incrementato soprattutto per il Dipartimento scienze motorie e riabilitative (+20,78%) ed il Dipartimento chirurgico (+6,76%), mentre sono decrementati nel Dipartimento onco-ematologico (-15,24%).

La tabella seguente illustra la valorizzazione della produzione dell'attività in regime di day hospital/surgery per Dipartimento.

PRESTAZIONI IN REGIME DI DAY HOSPITAL/DAY SURGERY					
COD_DIP	DESCRIZIONE_DIPARTIMENTO	2023*		2024*	
		Nr.	Valore	Nr.	Valore
4_DAI.01	Dipartimento chirurgico	618	999.886,77	617	966.218,35
4_DAI.02	Dipartimento medico	599	1.430.688,93	877	1.705.411,92
4_DAI.03	Dipartimento chirurgia specialistiche	5.323	8.746.989,27	5.882	9.733.535,69
4_DAI.04	Dipartimento medicine specialistiche	821	646.310,73	1.259	1.335.506,56
4_DAI.05	Dipartimento scienze motorie e riabilitative	801	1.108.977,79	1.107	1.520.173,32
4_DAI.06	Dipartimento emergenza-urgenza	79	164.122,63	70	135.717,90
4_DAI.07	Dipartimento onco-ematologico	2.000	8.599.980,61	2.115	8.226.066,30
4_DAI.08	Dipartimento cardio-vascolare	378	1.251.151,03	336	1.041.083,77
4_DAI.09	Dipartimento salute donna e bambino	1.099	1.662.023,48	1.208	1.784.060,97
	TOTALI	**11.718**	**24.610.131,24**	**13.471**	**26.447.774,78**
	*** Valore rendicontato in RAS**				

Nel 2024 il numero dei ricoveri è incrementato del 14,96%, mentre il valore economico è incrementato del 7,47%.

Il numero di ricoveri è incrementato soprattutto per il Dipartimento medicine specialistiche (+53,35%) ed il Dipartimento medico (+46,41%), mentre sono decrementati per il Dipartimento emergenza-urgenza ed il Dipartimento cardio-vascolare rispettivamente del 11,39% e -11,11%.

Si rappresenta la sintesi delle due tabelle precedenti.

Tipologia di ricovere	*2023		*2024	
	Nr.	Valore	Nr.	Valore
Ricovero ordinario	23.742	98.415.473,08	24.477	104.281.886,09
Ricovero Dh/Ds	11.718	24.610.131,24	13.471	26.447.774,78
TOTALI	**35.460**	**123.025.604,32**	**37.948**	**130.729.660,87**
* Valore rendicontato in RAS				

Si rappresenta di seguito la tabella riepilogativa dei DRG anno 2024 in regime ordinario, divisi per tipologia, con il peso medio associato:

COD_DIP	DESCRIZIONE_DIPARTIMENTO	Nr.	PESO DRG	TIPO
4_DAI.01	Dipartimento chirurgico	942	1,83	C
4_DAI.02	Dipartimento medico	93	2,54	C
4_DAI.03	Dipartimento chirurgia specialistiche	1.974	1,41	C
4_DAI.04	Dipartimento medicine specialistiche	149	2,95	C
4_DAI.05	Dipartimento scienze motorie e riabilitative	1.094	1,84	C
4_DAI.06	Dipartimento emergenza-urgenza	2.430	1,98	C
4_DAI.07	Dipartimento onco-ematologico	22	9,58	C
4_DAI.08	Diaprtimento cardio-vascolare	2.106	3,39	C
4_DAI.09	Diaprtimento salute donna e bambino	1.440	0,91	C
	DRG ORD. CHIRURGICI	**10.250**	**2,02**	
4_DAI.01	Dipartimento chirurgico	338	1,01	M
4_DAI.02	Dipartimento medico	3.955	1,16	M
4_DAI.03	Dipartimento chirurgia specialistiche	523	0,90	M
4_DAI.04	Dipartimento medicine specialistiche	1.569	1,25	M
4_DAI.05	Dipartimento scienze motorie e riabilitative	986	1,00	M
4_DAI.06	Dipartimento emergenza-urgenza	1.544	1,21	M
4_DAI.07	Dipartimento onco-ematologico	333	1,29	M
4_DAI.08	Diaprtimento cardio-vascolare	817	0,93	M
4_DAI.09	Diaprtimento salute donna e bambino	2.746	0,47	M
	DRG ORD. MEDICI	**12.811**	**0,99**	
	Altri DRG non classificati	1.416		
	TOTALE DRG ORDINARI	**24.477**		

La tabella seguente illustra la valorizzazione degli accessi per Asl di provenienza.

Numero di accessi per asl di provenienza	2023	2024
ASL n. 1 di Sassari	19.369	19.943
ASL n. 2 della Gallura	1.941	2.010
ASL n. 3 di Nuoro	826	899
ASL n. 4 dell'Ogliastra	75	85
ASL n. 5 di Oristano	727	660
ASL n. 6 del Medio Campidano	36	46
ASL n. 7 del Sulcis	44	41
ASL n. 8 di Cagliari	129	155
Altre Asl fuori Regione	435	466
Stranieri	160	172
Totale accessi in regime ordinario	**23.742**	**24.477**
ASL n. 1 di Sassari	8.970	10.281
ASL n. 2 della Gallura	1.502	1.679
ASL n. 3 di Nuoro	454	516
ASL n. 4 dell'Ogliastra	26	42
ASL n. 5 di Oristano	507	650
ASL n. 6 del Medio Campidano	41	58
ASL n. 7 del Sulcis	16	14
ASL n. 8 di Cagliari	124	111
Altre Asl fuori Regione	66	104
Stranieri	12	16
Totale accessi in regime DH/DS	**11.718**	**13.471**
Totale accessi	**35.460**	**37.948**

L'ATTIVITÀ IN REGIME AMBULATORIALE

Le attività in regime ambulatoriale, divise per Branca, sono espresse nella seguente tabella:

PRESTAZIONI AMBULATORIALI (PER BRANCA SPECIALISTICA)					
N°	BRANCA	2023*		2024*	
		NUMERO	VALORE	NUMERO	VALORE
1	Anestesia	2.825	104.887,73	805	33.706,85
2	Cardiologia	24.885	685.021,92	27.332	795.969,81
3	Chirurgia Generale	4.376	80.301,68	1.518	49.294,60
4	Chirurgia Plastica	7.020	152.885,95	4.948	117.640,82
5	Chirurgia Vascolare - Angiologia	2.408	87.202,01	166	6.180,05
6	Dermosifilopatia	12.569	206.409,15	3.129	48.561,27
7	Medicina Nucleare	6.196	1.725.939,38	4.455	1.633.266,34
8	Radiologia Diagnostica	47.165	3.355.147,26	38.151	2.755.871,47
9	Endocrinologia	7.562	172.411,68	4.937	178.510,00
10	Gastroentero – Chir.e Endoscopia dig.	5.149	310.706,15	6.370	396.562,15
11	Laboratorio Analisi	881.573	7.178.211,63	869.383	6.583.884,10
12	Medicina Fisica e Riabilitazione	30.378	275.374,43	38.489	323.767,56
13	Nefrologia	30.586	1.832.774,45	11.990	1.210.231,71
14	Neurochirurgia	1.214	19.122,61	130	10.754,61
15	Neurologia	13.207	253.128,67	7.203	187.438,68
16	Oculistica	5.234	1.178.558,57	4.327	692.196,48
17	Odontostomat. – Chir. Maxillo Facciale	9.238	170.424,82	5.227	103.675,48
18	Oncologia	2.991	43.949,70	1.302	19.663,26
19	Ortopedia e Traumatologia	18.122	241.246,49	6.036	100.126,22
20	Ostetricia e Ginecologia	8.803	202.315,51	7.131	167.978,39
21	Otorinolaringoiatria	12.912	213.279,66	7.719	123.574,33
22	Pneumologia	7.936	208.699,62	3.983	130.860,28
23	Psichiatria	3.805	47.303,96	4.638	58.317,55
24	Radioterapia	17.756	1.719.954,91	22.080	3.246.487,09
25	Urologia	6.175	160.434,72	1.951	71.908,92
26	Altre prestazioni	35.617	553.106,42	110.131	1.709.630,83
	TOTALI	**1.205.702**	**21.178.799,08**	**1.193.531**	**20.756.058,85**
*** Valore rendicontato in RAS**					

Nel corso del 2024, in confronto al 2023, il numero delle prestazioni ambulatoriali ha segnato -1,01% e -2% relativamente al valore. Si rilevano inoltre importanti scostamenti tra le varie branche specialistiche per la diversa origine del flusso che, dall'anno 2024, è estratto direttamente da CUP WEB.

Di seguito le prestazioni divise per Dipartimento di erogazione:

PRESTAZIONI AMBULATORIALI (PER DIPARTIMENTO)					
COD_DIP	DESCRIZIONE_DIPARTIMENTO	2023*		2024*	
		Nr.	Valore	Nr.	Valore
4_DAI.01	Dipartimento chirurgico	12.943	272.048,41	14.881	415.418,23
4_DAI.02	Dipartimento medico	20.900	555.592,19	20.508	433.637,25
4_DAI.03	Dipartimento chirurgia specialistiche	37.264	1.726.023,09	34.563	1.219.474,56
4_DAI.04	Dipartimento medicine specialistiche	88.228	2.994.586,49	54.435	2.366.906,28
4_DAI.05	Dipartimento scienze motorie e riabilitative	45.145	534.529,17	57.668	641.448,62
4_DAI.06	Dipartimento emergenza-urgenza	10.557	161.365,57	16.298	237.012,28
4_DAI.07	Dipartimento onco-ematologico	85.905	4.949.117,91	70.918	6.037.203,81
4_DAI.08	Diaprtimento cardio-vascolare	17.288	461.419,70	20.276	534.780,73
4_DAI.09	Diaprtimento salute donna e bambino	33.338	647.775,51	34.607	669.331,95
4_DAI.10	Dipartimento di diagnostica e servizi	846.776	8.673.766,32	867.329	8.137.898,97
AA	Altre assegnazioni	7.358	202.574,72	2.048	62.946,17
	TOTALI	**1.205.702**	**21.178.799,08**	**1.193.531**	**20.756.058,85**
	*** Valore rendicontato in RAS**				

La seguente tabella illustra la distinzione tra prestazioni fuori regione e prestazioni erogate regionalmente:

File C	2023*		2024*	
	NUMERO	VALORE	NUMERO	VALORE
PRESTAZIONI FUORI REGIONE	6.615	96.867,31 €	7.680	122.514,54 €
PRESTAZIONI RAS	1.199.087	21.081.931,77 €	1.185.851	20.633.544,31 €
TOTALE	**1.205.702**	**21.178.799,08 €**	**1.193.531**	**20.756.058,85 €**
*** Valore rendicontato in RAS**				

Il totale delle prestazioni ambulatoriali è esposto nella tabella seguente per Asl di provenienza:

File C	2023*		2024*	
	Numero	Valore	Numero	Valore
Prestazioni fuori Regione	**6.615**	**96.867,31 €**	**7.680**	**122.514,54 €**
ASL n. 1di Sassari	1.107.228	18.344.465,56 €	1.097.900	17.796.395,53 €
ASL n. 2 della Gallura	53.223	1.571.204,20 €	50.879	1.618.074,30 €
ASL n. 3 di Nuoro	17.823	631.591,79 €	17.844	603.732,06 €
ASL n. 4 dell' Ogliastra	2.030	54.687,80 €	1.413	40.543,13 €
ASL n. 5 di Oristano	14.438	383.251,76 €	14.179	496.158,92 €
ASL n. 6 del Medio Campidano	689	13.629,52 €	554	13.513,41 €
ASL n. 7 del Sulcis	792	13.828,88 €	718	13.260,74 €
ASL n. 8 di Cagliari	2.864	69.272,26 €	2.364	51.866,22 €
Prestazioni Ras	**1.199.087**	**21.081.931,77 €**	**1.185.851**	**20.633.544,31 €**
TOTALE	**1.205.702**	**21.178.799,08 €**	**1.193.531**	**20.756.058,85 €**
*** Valore rendicontato in RAS**				

3.1 REPORT DI PRODUZIONE

La fonte del paragrafo è la relazione di rendicontazione a cura del titolare del Programma Assistenziale Performance Sanitarie e Appropriatezza Organizzativa.

Sintesi degli indicatori di performance negli anni 2022-2024

Principali indicatori inerenti la complessità della casistica trattata, l'appropriatezza, l'utilizzo del livello territoriale e la qualità della codifica delle SDO					
	Anno			Confronto anni	
Indicatore	2022	2023	2024	2022-2023	2023-2024
Totale dimessi	33.654	35.460	37.948	1806	2488
Ordinari	23.519	23.742	24.477	223	735
DH	10.135	11.718	13.471	1583	1753
Peso medio					
Peso Medio Ordinari	1,3715	1,4085	1,4553	0,0370	0,0468
Peso Medio DH	0,8301	0,8520	0,8473	0,0219	-0,0047
Peso Medio DRG Chirurgici	1,5355	1,5642	1,5733	0,0287	0,0091
Peso Medio DRG Medici	0,9466	0,9481	0,9440	0,0015	-0,0041
Peso Medio complessivo	1,2025	1,2189	1,2320	0,0164	0,0131
Degenza media trimmata					
Degenza Media trimmata	8,06	8,09	8,04	0,03	-0,05
Degenza Media DRG chirurgici	8,03	8,02	7,97	-0,01	-0,05
Degenza Media DRG medici	8,08	8,15	8,09	0,07	-0,06
Percentuale di ricoveri sopra soglia per acuti					
% Dimessi outlier	7,55%	6,73%	7,05%	-0,82%	0,32%
% Dimessi outlier CHIR	6,87%	6,29%	6,22%	-0,58%	-0,07%
% Dimessi outlier MED	7,96%	7,04%	7,70%	-0,92%	0,66%
Percentuale ricoveri urgenti brevi					
% dimessi <2gg	5,87%	4,94%	4,67%	-0,93%	-0,27%
Percentuale DRG a rischio inappropriatezza in DO					
% DRG a rischio inappropriatezza	13,24%	13,80%	12,32%	0,56%	-1,48%
% DRG a rischio inappropriatezza CHIR	15,83%	15,58%	14,79%	-0,25%	-0,79%
% DRG a rischio inappropriatezza MED	11,66%	12,57%	10,41%	0,91%	-2,16%
Percentuale dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico					
% DRG medici	25,97%	24,80%	23,51%	-1,17%	-1,29%
% DRG medici ORD	29,90%	26,99%	25,43%	-2,91%	-1,56%
% DRG medici DH	20,17%	21,53%	20,83%	1,36%	-0,70%
Percentuale DRG complicati sul totale di DRG omologhi					
% DRG complicati sul totale di DRG omologhi	37,86%	31,73%	31,90%	-6,13%	0,17%
% DRG con CC su DRG omologhi ORD	44,30%	37,84%	38,23%	-6,46%	0,39%
% DRG con CC su DRG omologhi DH	14,56%	12,38%	14,26%	-2,18%	1,88%
Utilizzo post acuzie					
% Dimessi modalità 7 e 8 (lungodenza e riabilitazione)	1,76%	1,38%	1,41%	-0,38%	0,03%
Continuità ospedale-territorio					
% Dimessi modalità 3,4,9 (RSA, osp. domiciliare, ADI)	1,93%	2,09%	2,40%	0,16%	0,31%
Importo degenza					
Rimborso ritorno	116.684.244	123.025.604	130.729.661	5,43%	6,26%
Rimborso ritorno Ordinari	94.561.030	98.415.473	104.281.886	4,08%	5,96%
Rimborso ritorno Day Hospital	22.123.214	24.610.131	26.447.775	11,24%	7,47%
Degenza pre-post operatoria					
Degenza media preoperatoria	2,47	2,30	2,33	-0,17	0,03
Degenza media postoperatoria	7,08	7,01	6,64	-0,07	-0,37
LEA 17. Rapporto tra DRG a rischio di inappropriatezza e non in regime ordinario					
Rapporto tra DRG a rischio di inapp e non	0,1418	0,1506	0,1325	0,0088	-0,0181
punteggio ponderato / trend	22,5	22,5	22,5	=	=
LEA 18.1.1 Percentuale parti cesarei primari					
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	29,61%	33,04%	30,11%	3,43%	-2,93%
punteggio ponderato / trend	6	0	3	-	+
LEA 19. Percentuale di pazienti over 65 operati entro 2 giorni per frattura collo femore					
Proporzione di interventi entro 2 giorni (%)	68,37%	61,49%	69,00%	-6,88%	7,51%
punteggio ponderato / trend	13,5	13,5	13,5	=	=
Percentuale errori di codifica (edit DQE 3,9,23,24,26,49)					
% edit DQE	15,01%	16,01%	14,90%	1,00%	-1,11%

Totale dimessi e valore della produzione

Anno di dimissione	Totale dimessi	dimessi ORD	dimessi DH	Importo totale	Importo ORD	Importo DH
2022	33 654	23 519	10 135	116 684 244	94 561 030	22 123 214
2023	35 460	23 742	11 718	123 025 604	98 415 473	24 610 131
2024	37 948	24 477	13 471	130 729 661	104 281 886	26 447 775
2022-2023	1 806	223	1 583	6 341 360	3 854 443	2 486 918
2023-2024	2 488	735	1 753	7 704 057	5 866 413	1 837 644
2022-2023 %	5,37%	0,95%	15,62%	5,43%	4,08%	11,24%
2023-2024 %	7,02%	3,10%	14,96%	6,26%	5,96%	7,47%

Nel 2023 si ha un aumento del numero di dimessi (+5,37%) principalmente dovuto alla crescita del volume di attività in regime diurno (+15,62%), mentre per il regime ordinario non si registrano grandi variazioni (+0,95%). L'importo della degenza aumenta (+5,43%) soprattutto grazie al contributo dell'attività in regime ordinario (+4,08%).

Nel 2024 si ha un aumento dei numeri dei dimessi (+7,02%) con una crescita sia in regime ordinario (+3,1%) che diurno (+14,96%). Il valore della produzione incrementa sia complessivamente (+6,26%) che per i regimi ordinario (+5,96%) e diurno (+7,47%).

Peso medio

Anno di dimissione	Totale dimessi	dimessi ORD	dimessi DH	dimessi med	dimessi chir	Peso DRG (Media)	Peso DRG ORD	Peso DRG DH	Peso DRG med	Peso DRG chir
2022	32 463	22 328	10 135	18 335	14 119	1,2025	1,3715	0,8301	0,9466	1,5355
2023	34 390	22 673	11 717	19 265	15 121	1,2189	1,4085	0,8520	0,9481	1,5642
2024	36 681	23 210	13 471	19 895	16 786	1,2320	1,4553	0,8473	0,9440	1,5733
Confronto 2022-2023	1 927	345	1 582	930	1 002	0,0164	0,0370	0,0219	0,0015	0,0287
Confronto 2023-2024	2 291	537	1 754	630	1 665	0,0131	0,0468	-0,0047	-0,0041	0,0091

Nel 2023 si ha un aumento del peso dell'attività in regime ordinario (+0,037), in particolare si conferma l'aumento del peso dei DRG chirurgici (+0,0287) mentre per i DRG medici non ci sono significative variazioni (+0,0015). Un aumento del peso si registra pure per il regime diurno (+0,0219).

Nel 2024 si ha un aumento del peso dei DRG in regime ordinario (+0,0468), dovuto principalmente all'incremento della proporzione di DRG chirurgici sul totale dei dimessi. Allo stesso tempo si registra una leggera diminuzione del peso dei DRG medici (-0,0041) ed un aumento del peso dei DRG chirurgici (+0,0091).

Degenza media trimmata

Anno di dimissione	Totale dimessi	dimessi inlier	Degenza media trimmata	Dimessi inlier DRG medici	Degenza media trimmata DRG medici	Dimessi inlier DRG chirurgici	Degenza media trimmata DRG chirurgici
2022	20 369	16 749	8,06	10 200	8,08	6 545	8,03
2023	20 886	17 287	8,09	10 074	8,15	7 209	8,02
2024	21 408	17 707	8,04	9 876	8,09	7 831	7,97
Confronto 2022-2023	517	538	0,03	-126	0,07	664	-0,01
Confronto 2023-2024	522	420	-0,05	-198	-0,06	622	-0,05

Nel 2023 si ha un leggero aumento complessivo delle giornate di degenza (+0,03), dovuto ai DRG medici (+0,07), mentre per l'attività chirurgica il valore è praticamente invariato
(-0,01).

Nel 2024 si ha una diminuzione della durata della degenza entro soglia (-0,05) con un miglioramento sia dei DRG medici (-0,06) che chirurgici (-0,05).

Percentuale di ricoveri sopra soglia (outlier) per acuti

Anno di dimissione	Totale dimessi	Dimessi outlier	% dimessi outlier	Dimessi DRG medici	Dimessi outlier DRG medici	% outlier DRG medici	Dimessi DRG chirurgici	Dimessi outlier DRG chirurgici	% outlier DRG chirurgici
2022	21 562	1 627	7,55%	13 409	1 067	7,96%	8 149	560	6,87%

2023	21 836	1 470	6,73%	12 876	907	7,04%	8 956	563	6,29%
2024	22 419	1 581	7,05%	12 598	970	7,70%	9 821	611	6,22%
Confronto 2022-2023	274	-157	-0,82%	-533	-160	-0,92%	807	3	-0,58%
Confronto 2023-2024	583	111	0,32%	-278	63	0,66%	865	48	-0,07%

Nel 2023 si evidenzia una riduzione generale (-0,82%), più marcata per i DRG medici (-0,92%) che per i DRG chirurgici (-0,58%).

Nel 2024 si evidenzia in generale un lieve incremento (+0,32%) soprattutto per i DRG medici (+0,66%), mentre si conferma la riduzione dei DRG chirurgici (-0,07%).

Percentuale di ricoveri urgenti brevi

Anno di dimissione	Totale dimessi	Ricoveri urgenti	Ricoveri urgenti brevi	% ricoveri urgenti brevi
2022	20 369	14 099	828	5,87%
2023	20 886	13 638	674	4,94%
2024	21 408	14 038	656	4,67%
Confronto 2022-2023	517	-461	-154	-0,93%
Confronto 2023-2024	522	400	-18	-0,27%

Nel 2023 si assiste ad un netto miglioramento con una importante riduzione dei ricoveri urgenti brevi (-0,93%).

Nel 2024 si conferma la riduzione dei ricoveri urgenti brevi (-0,27%).

Percentuale di DRG a rischio di inappropriatezza in Degenza Ordinaria

Anno di dimissione	Totale dimessi	Dimessi a rischio di inappropriatezza	Dimessi MED	Dimessi a rischio inappropriatezza MED	Dimessi CHIR	Dimessi a rischio inappropriatezza CHIR	% dimessi a rischio di inappropriatezza	% dimessi MED a rischio inappropriatezza	% dimessi CHIR a rischio inappropriatezza

2022	21 783	2 884	13 501	1 574	8 278	1 310	13,24%	11,66%	15,83%
2023	22 315	3 079	13 210	1 661	9 101	1 418	13,80%	12,57%	15,58%
2024	23 008	2 834	13 004	1 354	10 004	1 480	12,32%	10,41%	14,79%
Confronto 2022-2023	532	195	-291	87	823	108	0,56%	0,91%	-0,25%
Confronto 2023-2024	693	-245	-206	-307	903	62	-1,48%	-2,16%	-0,79%

Nel 2023 si evidenzia un peggioramento (+0,56%) dovuto ai DRG medici (+0,91%), mentre i DRG chirurgici mostrano un lieve calo (-0,25%).

Nel 2024 si evidenzia un complessivo miglioramento (-1,48%) dovuto soprattutto ai DRG medici (-2,16%) ed in minor misura ai DRG chirurgici (-0,79%).

Percentuale di dimissione da reparti chirurgici con DRG medico

Anno di dimissione	Totale dimessi	Dimessi MED	Dimessi ORD	Dimessi MED ORD	Dimessi DH	Dimessi MED DH	% dimessi MED	% dimessi MED ORD	% dimessi MED DH
2022	16 613	4 314	9 900	2 960	6 713	1 354	25,97%	29,90%	20,17%
2023	17 318	4 295	10 365	2 798	6 953	1 497	24,80%	26,99%	21,53%
2024	18 870	4 437	10 997	2 797	7 873	1 640	23,51%	25,43%	20,83%
Confronto 2022-2023	705	-19	465	-162	240	143	-1,17%	-2,91%	1,36%
Confronto 2023-2024	1 552	142	632	-1	920	143	-1,29%	-1,56%	-0,70%

Nel 2023 si ha un notevole miglioramento relativamente al regime ordinario (-2,91%), mentre per il regime diurno si registra un peggioramento (+1,36%).

Nel 2024 si registra un miglioramento complessivo (-1,29%) soprattutto per quanto riguarda il regime ordinario (-1,56%).

Percentuale DRG complicati sul totale di DRG omologhi

Anno di dimissione	Totale dimessi	Dimessi ORD	Dimessi DH	Totale dimessi Complicati	Totale DRG omologhi	Dimessi ORD Complicati	Dimessi ORD omologhi	Dimessi DH Complicati	Dimessi DH omologhi	% di DRG complicati sul totale di DRG omologhi	% DRG complicati ORD	% DRG complicati DH
2022	33 450	23 315	10 135	3 614	9 546	3 313	7 479	301	2 067	37,86%	44,30%	14,56%
2023	35 345	23 627	11 718	3 157	9 951	2 861	7 560	296	2 391	31,73%	37,84%	12,38%
2024	37 817	24 346	13 471	3 363	10 542	2 966	7 758	397	2 784	31,90%	38,23%	14,26%
Confronto 2022-2023	1 895	312	1 583	-457	405	-452	81	-5	324	-6,13%	-6,46%	-2,18%
Confronto 2023-2024	2 472	719	1 753	206	591	105	198	101	393	0,17%	0,39%	1,88%

Nel 2023 si evidenzia una riduzione complessiva (-6,13%), soprattutto per il regime ordinario (-6,46%).

Nel 2024 si registra un lieve incremento complessivo (+0,17%), con una crescita maggiore per il regime diurno (+1,88%) rispetto al regime ordinario (+0,39%).

Utilizzo post acuzie

Anno di dimissione	Totale dimessi	Dimessi modalità 7	Dimessi modalità 8	Dimessi modalità 7 e 8	% dimessi modalità 7	% dimessi modalità 8	% dimessi modalità 7 e 8
2022	23 315	247	163	410	1,06%	0,70%	1,76%
2023	23 627	142	185	327	0,60%	0,78%	1,38%
2024	24 346	148	196	344	0,61%	0,81%	1,41%

Confronto 2022-2023	312	-105	22	-83	-0,46%	0,08%	-0,38%
Confronto 2023-2024	719	6	11	17	0,01%	0,03%	0,03%

Nel 2023 si osserva un peggioramento rispetto all'anno precedente (-0,38%), dovuto alla modalità 7 (Trasferimento ad altro regime di ricovero o ad altro tipo di attività di ricovero nell'ambito dello stesso istituto, -0,46%), mentre la modalità 8 (Trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione) registra un leggero miglioramento (+0,08%).

Nel 2024 si registra una variazione minima (+ 0,03%).

Continuità ospedale-territorio

Anno di dimissione	Totale dimessi	Dimessi modalità 3	Dimessi modalità 4	Dimessi modalità 9	Dimessi modalità 3, 4 e 9	% dimessi modalità 3	% dimessi modalità 4	% dimessi modalità 9	% dimessi modalità 3,4 e 9
2022	17 127	100	40	190	330	0,58%	0,23%	1,11%	1,93%
2023	17 777	88	55	229	372	0,50%	0,31%	1,29%	2,09%
2024	18 885	119	47	288	454	0,63%	0,25%	1,53%	2,40%
Confronto 2022-2023	650	-12	15	39	42	-0,08%	0,08%	0,18%	0,16%
Confronto 2023-2024	1 108	31	-8	59	82	0,13%	-0,06%	0,24%	0,31%

Nel 2023 si ha un modesto miglioramento complessivo (+0,16%), garantito principalmente dalla modalità 9 (+0,18%).

Nel 2024 si conferma il miglioramento complessivo (+0,31%) con una crescita sia della modalità 3 (RSA, +0,13%) che della modalità 9 (attivazione di ospedalizzazione domiciliare ADI, +0,24%).

Degenza pre / post – operatoria

Anno di dimissione	Durata della degenza preoperatoria (Media)	Durata della degenza postoperatoria (Media)
2022	2,47	7,08
2023	2,30	7,01
2024	2,33	6,64
Confronto 2022-2023	-0,17	-0,07
Confronto 2023-2024	0,03	-0,37

Nel 2023 si osserva un miglioramento dell'indicatore con diminuzione della durata della degenza sia preoperatoria (-0,17) che postoperatoria (-0,07).

Nel 2024 c'è un minimo aumento della durata della degenza preoperatoria (+0,03), mentre si evidenzia un miglioramento della durata della degenza postoperatoria (-0,37).

LEA 17. Rapporto tra DRG a rischio di inappropriatezza e non in regime ordinario

Anno di dimissione	Totale dimessi	Dimessi a rischio di inappropriatezza	Dimessi non a rischio inappropriatezza	Rapporto tra DRG a rischio di inappropriatezza e non in regime ordinario
2022	23 315	2 895	20 420	0,1418
2023	23 627	3 093	20 534	0,1506
2024	24 346	2 849	21 497	0,1325

Il buon risultato raggiunto si conferma per tutto il periodo osservato, il punteggio LEA corrispondente al valore raggiunto permette di rimanere nella categoria di punteggio più elevato.

Nel 2023 si conferma un buon risultato in termini di valutazione sintetica, anche se si osserva un ulteriore peggioramento del dato.

Nel 2024 si osserva un buon risultato, in miglioramento rispetto all'anno precedente.

LEA 18.1 Percentuale di parti cesarei primari

Anno di dimissione	N parti cesarei primari	Totale parti	% parti cesarei primari (valutazione griglia LEA 2019)
2022	329	1 111	29,61%
2023	340	1 029	33,04%
2024	364	1209	30,11%

Nel 2023 si registra un peggioramento tale da comportare la valutazione di "scostamento non accettabile", in quanto la percentuale supera il 30% (33,04%) e l'indicatore risulta in crescita rispetto all'anno precedente.

Nel 2024 si evidenzia un leggero miglioramento del dato, che si colloca nell'area di valutazione di "scostamento rilevante ma in miglioramento", pur rimanendo oltre la soglia del 30% (30,11%).

LEA 19. Percentuale di pazienti >65 operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore

Anno Dimissione	Numero di interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni	Numero di interventi per frattura del collo del femore	Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore	Proporzione di interventi entro 2 giorni (%) LEA 2019
2022	268	363	392	68,37%
2023	297	447	483	61,49%
2024	325	436	471	69,00%

Nel 2023 si registra un peggioramento, con il punteggio più basso nella serie storica esaminata che si avvicina al valore soglia del 60%. A fronte di un valore di 66,1% raggiunto dall'Ortopedia e Traumatologia di Sassari, sono migliorabili i risultati raggiunti dalla Clinica Ortopedica (50%) e dalla Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale Marino (55,5%).

Nel 2024 c'è un complessivo miglioramento rispetto all'anno precedente (69%), tuttavia si evidenzia una differenza rilevante tra le diverse unità: risulta un valore del 71,98% per l'Ortopedia e Traumatologia di Sassari e del 70,27% per l'Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale Marino di Alghero, mentre è inferiore il risultato raggiunto dalla Clinica Ortopedica (54,55%).

Percentuale errori di codifica

Anno di dimissione	Totale dimessi	dimessi con edit DQE 3,9,23,24,26,49	% dimessi con edit DQE 3,9,23,24,26,49
2022	33 654	5 050	15,01%
2023	35 460	5 678	16,01%
2024	37 948	5 656	14,90%
Confronto 2022-2023	1 806	628	1,00%
Confronto 2023-2024	2 488	-22	-1,11%

Nel 2023 si registra un peggioramento (+1%).

Nel 2024 si ha un miglioramento del dato (-1,11%) rispetto all'anno precedente.

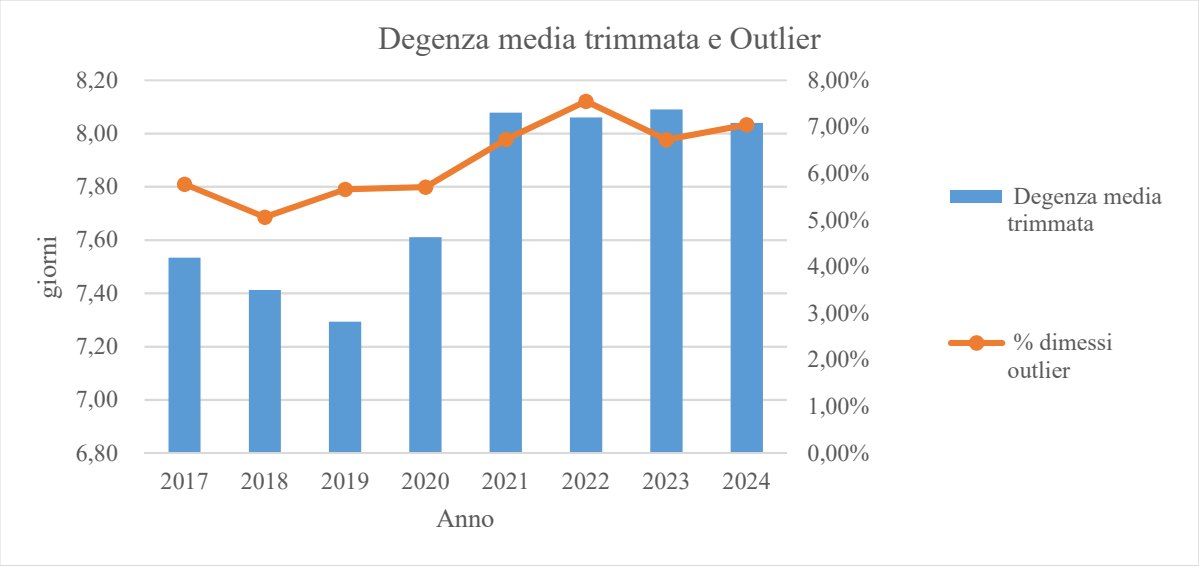
Conclusioni

Anno 2024

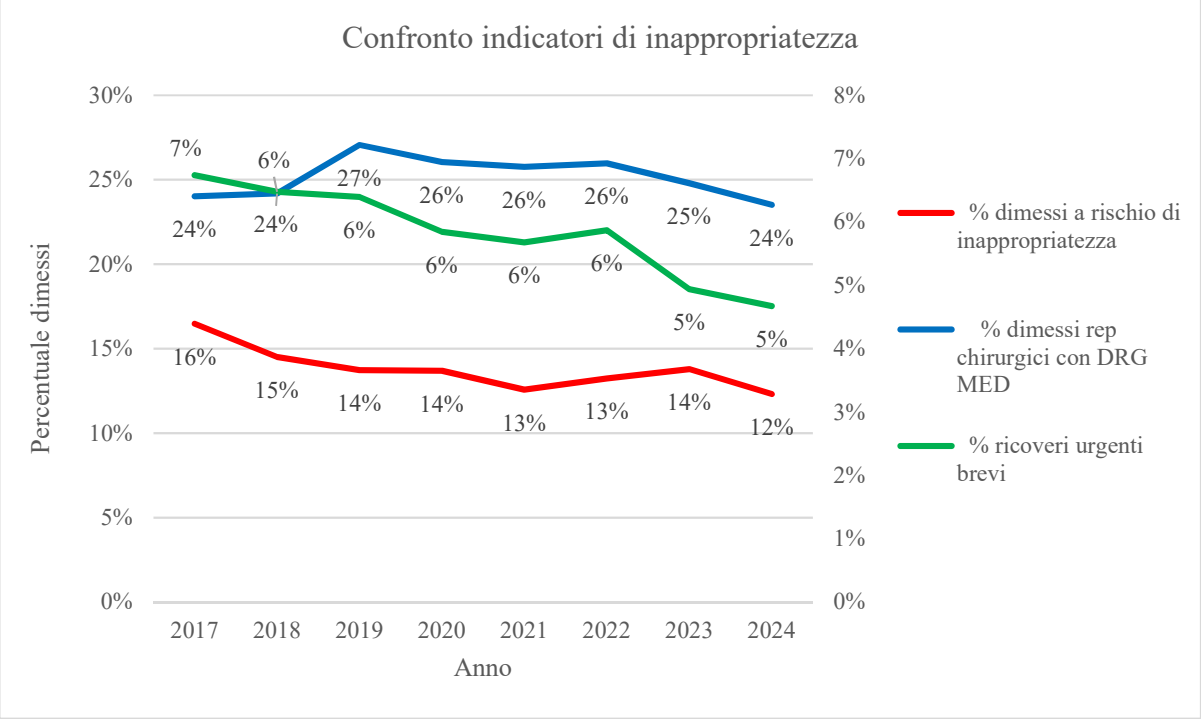
In merito ai dati relativi al 2024 in generale si apprezza un complessivo aumento dei dimessi (+7,02%) con un valore assoluto che raggiunge il massimo della serie storica (37.948). La crescita avviene sia per quanto riguarda il regime ordinario (+3,1%) che per il regime diurno (+14,96%) e, parallelamente, si rileva un incremento del valore della produzione dei ricoveri complessivo (+6,26%), in regime ordinario (+5,96%) ed in regime diurno (+7,47%).

Il peso medio complessivo dei ricoveri è in crescita (+ 0,0131), in particolare si evidenzia il risultato relativo al regime ordinario (+0,0468), in gran parte dovuto ad un aumento della proporzione di DRG chirurgici sul totale.

Rispetto all'anno precedente, emerge un quadro contrastante relativamente alla durata della degenza: la degenza media trimmata è in diminuzione (-0,05), sia per i DRG medici (-0,06) che per i DRG chirurgici (-0,05), mentre la percentuale dei ricoveri outlier aumenta per i DRG medici (+0,66%) ed ha una lieve riduzione per i DRG chirurgici (-0,07%).



Relativamente agli indicatori di appropriatezza, si conferma la riduzione della percentuale dei ricoveri urgenti brevi (-0,27%) così come la percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico (-1,29%) e la percentuale di DRG a rischio di inappropriatezza in Degenza Ordinaria (-1,48%).



Per quanto riguarda i risultati degli indicatori relativi alle discipline post-acuzie non si registrano variazioni rilevanti (+0,03%). Rispetto alla continuità ospedale-territorio (+0,31%), si assiste ad un maggior ricorso sia alla modalità di dimissione 9 (attivazione di ospedalizzazione domiciliare ADI) (+0,24%) che alla modalità di dimissione 3 (RSA) (+0,13%).

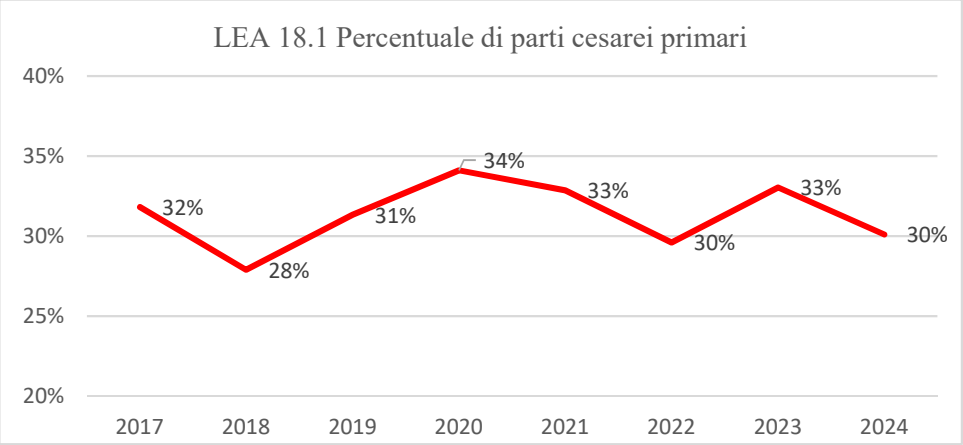
Per quanto riguarda alcuni indicatori della Griglia LEA / Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) si evidenzia un leggero miglioramento rispetto ai dati del 2023, in particolare per l'indicatore relativo ai parti con taglio cesareo primario, che si colloca nell'area di valutazione di "scostamento rilevante ma in miglioramento", pur rimanendo oltre la soglia del 30% (30,11%).

Considerazioni finali

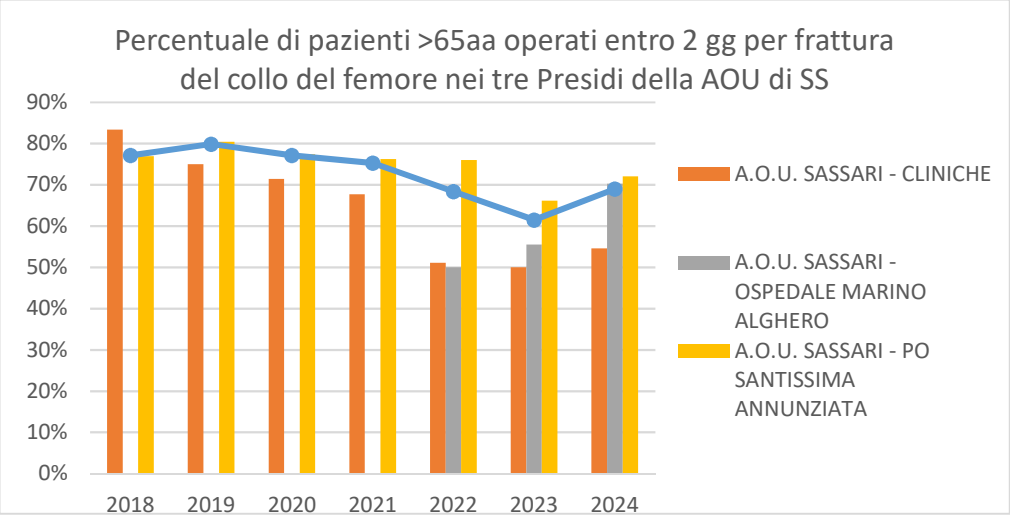
I dati finora disponibili possono dare indicazioni di carattere generale, considerando anche i recenti cambiamenti di carattere organizzativo seguenti all'approvazione del nuovo atto aziendale, così come avvenuto nelle altre AA.SS. della Regione Sardegna in applicazione della L.R.24/2020.

In estrema sintesi, emergono i seguenti elementi degni di nota:

1) *parti con taglio cesareo primario*: la valutazione secondo la metodologia della c.d. griglia LEA / NSG considerato il miglioramento rispetto al precedente anno, che comunque non consente di scendere sotto la soglia del 30% (30,11%), attribuirebbe il giudizio di "scostamento rilevante ma in miglioramento"; la provvisorietà del dato e l'approssimazione intrinseca alla metodologia di calcolo potrebbero avere sovrastimato o sottostimato il valore dell'indicatore, tuttavia un atteggiamento previdente consiglierebbe di valutare comunque azioni correttive; infatti, è da rimarcare che i valori standardizzati ufficiali pubblicati (a posteriori) dal PNE riportano valori di oltre 3 punti superiori, per la precisione: 33,56 nel 2022 e 37,76 nel 2023.



2) *percentuale di pazienti >65aa operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore*: si osserva un lieve miglioramento rispetto all'anno precedente (69%); in particolare, si segnala la diversa *performance* delle strutture aziendali coinvolte: l'Ortopedia dell'Ospedale Marino di Alghero raggiunge il 70,27%, la Clinica Ortopedica il 54,55% e l'Ortopedia e Traumatologia di Sassari il 71,98%;



3) corretta e completa compilazione della SDO: alcuni indicatori come la percentuale di DRG complicati sul totale dei DRG omologhi e la percentuale di *edit* DQE mostrano una variabilità che suggerisce l'opportunità di migliorare la codifica della SDO (formazione e promozione dell'utilizzo di adeguati software di supporto alla codifica).

3.2 VALUTAZIONE DEL PIANO NAZIONALE ESITI

La fonte del paragrafo è la relazione di rendicontazione a cura del titolare del Programma Assistenziale Performance Sanitarie e Appropriatezza Organizzativa

Confronto dati PNE 2024 e 2023 AGENAS su AOU SS

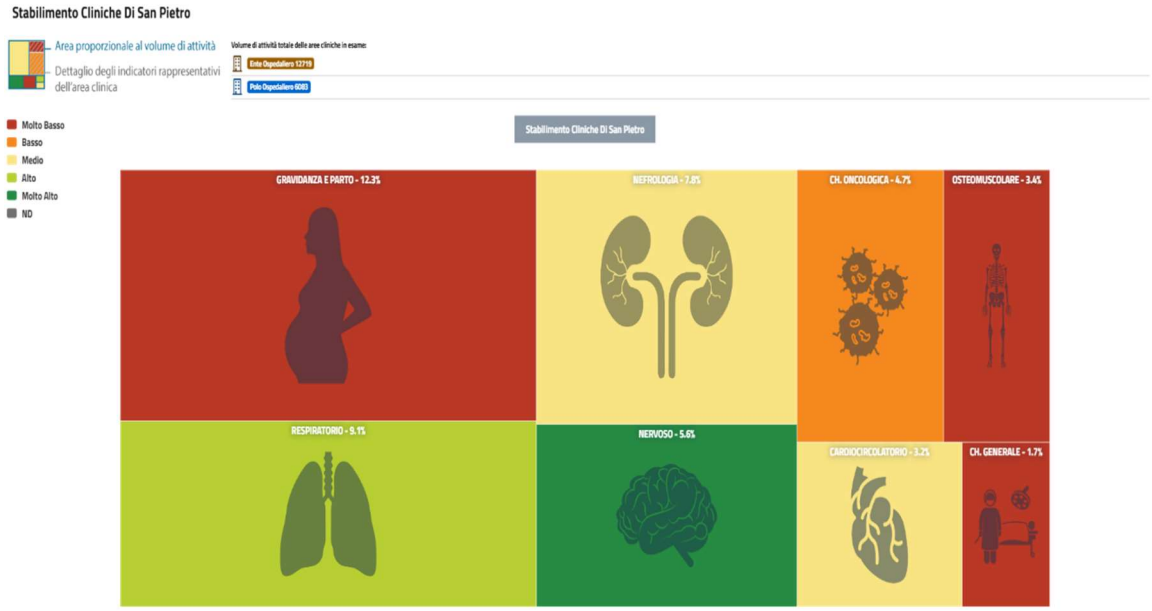
Nella seguente sintesi vengono riportati i dati dei treemap e di dettaglio degli indicatori pubblicati da AGENAS in merito al Programma Nazionale Esiti edito nel 2024 (riferito al 2023) e nel 2023 (riferito al 2022) per quanto riguarda i tre presidi ospedalieri afferenti alla AOU di Sassari.

LIVELLO DI ADERENZA A STANDARD DI QUALITA' E AL VOLUME DI ATTIVITA' DELLA STRUTTURA

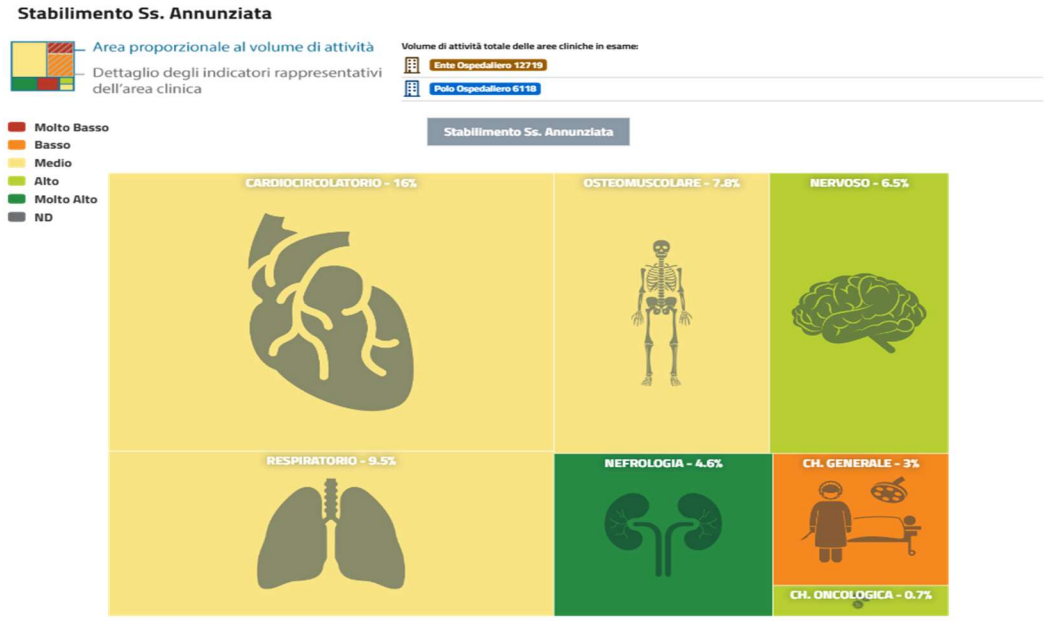
TREEMAP AREE CLINICHE PROPORZIONALI AI VOLUMI DI ATTIVITA'

Treemap: Aree cliniche proporzionali ai volumi di attività delle

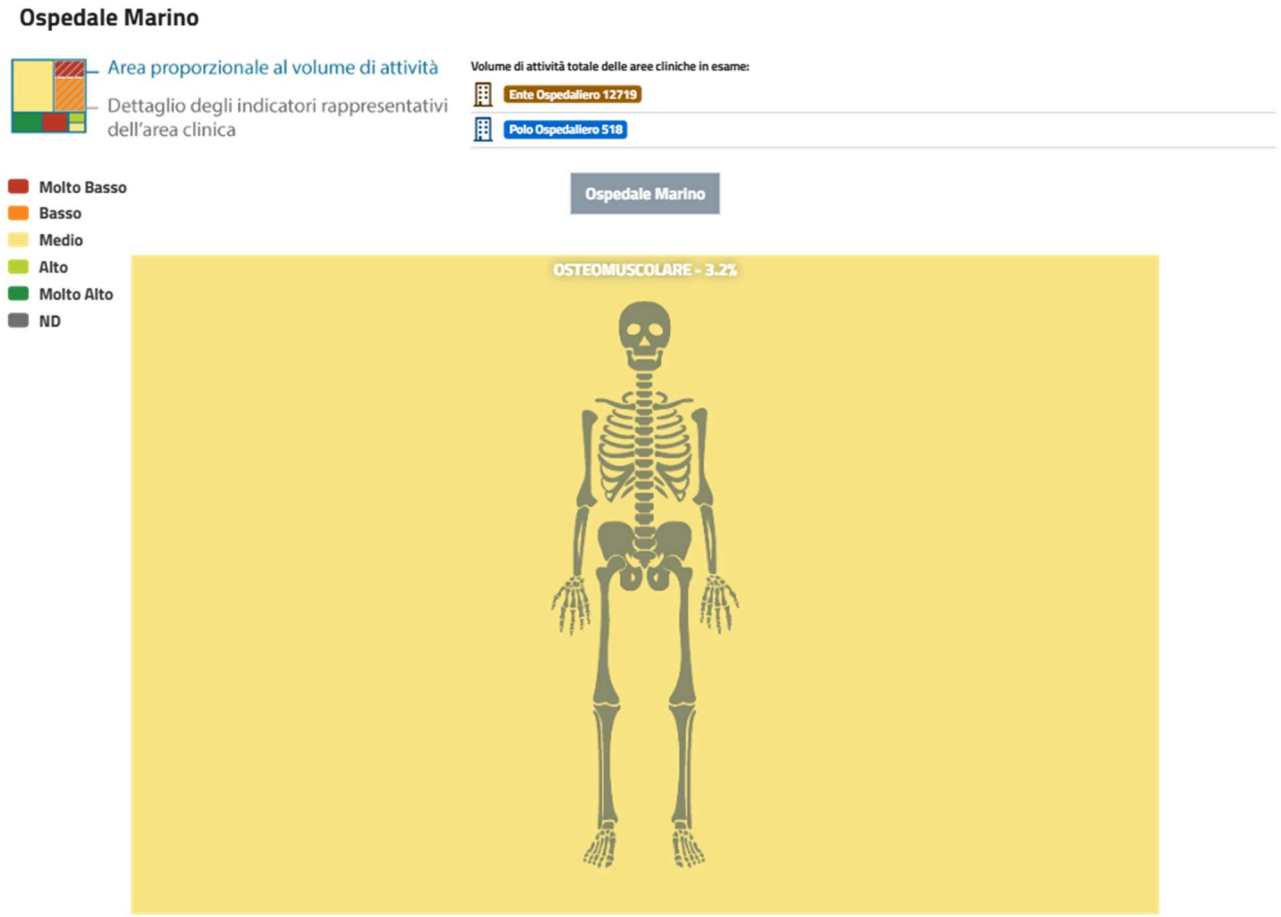
Cliniche San Pietro – Fonte PNE 2023 (Dati pubblicati nel 2024)



Presidio Ospedaliero SS Annunziata – Fonte PNE 2023 (Dati pubblicati nel 2024)



Presidio Ospedaliero Ospedale Marino – Fonte PNE 2023 (Dati pubblicati nel 2024)



Le tabelle seguenti indicano il confronto dei dati di **treemap** di riferimento anni 2022 e 2023 per area clinica di osservazione PNE

Cliniche San Pietro	PNE 2022	PNE 2023
Gravidanza e Parto	13,3%	12.3%
Respiratorio	9,7%	9.1%
Nervoso	5,8%	5.6%
CH. Oncologica	4,3%	4.7%

Presidio Ospedaliero SSA	PNE 2022	PNE 2023
Cardiocircolatorio	14,1%	16%
Respiratorio	9,1%	9.5%
Nervoso	6,2%	6.5%
Osteomuscolare	7,3%	7.8%

CH. Generale	2,1%	1.7%
Cardiocircolatorio	2,9%	3.2%

CH. Generale	2,6%	3%
CH. Oncologica	0,7%	0.7%

Presidio Ospedaliero Ospedale Marino	PNE 2022	PNE 2023
Osteomuscolare	3%	3,20%

Nelle tabelle seguenti il dettaglio degli indicatori PNE, edizione 2024 (anno2023), è posta a confronto con l'edizione precedente 2023 (anno 2022).

Santissima Annunziata	PNE ed. 2023			PNE ed. 2024		
Indicatore	N°	% ADJ	% Italia	N°	% ADJ	% Italia
Infarto Miocardico Acuto: mortalita' a 30 gg	339	6.59	7.69	375	6.21	7.13
By-pass Aortocoronarico isolato: mortalita' a 30 gg	213	3.57	2.17	261	2.93	1.80
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalita' a 30 gg	174	6.15	2.42	220	8.05	2.21
Infarto Miocardico Acuto : proporzione trattati con PTCA entro 90 minuti	202	26.10	51.29	211	25,13	56,14
Scompenso cardiaco congestizio: mortalita' a 30 gg	246	9.90	10.73	264	4.57	9.63
Ictus ischemico: mortalita' a 30 gg	184	11.50	10.54	183	11.64	9.40
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalita' a 30 gg dall'intervento di craniotomia	132	2.09	3.11	130	1.06	2.96
BPCO riacutizzata: mortalita' a 30 gg	233	8.59	11.68	279	9.82	9.55
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post operatoria < 3 gg	121	55.95	82.81	104	57.33	84.74

Presidio Ospedaliero Santissima Annunziata		PNE ed.2023			PNE ed.2024		
Area Clinica	Indicatore	N°	% ADJ	% Italia	N°	% ADJ	% Italia
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalita' a 30 gg	339	6.59	7.69	375	6.21	7.13
	By-pass Aortocoronarico isolato: mortalita' a 30 gg	213	3.57	2.17	261	2.93	1.80
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalita' a 30 gg	174	6.15	2.42	220	8.05	2.21
	Infarto Miocardico Acuto : proporzione trattati con PTCA entro 90 minuti	202	26.10	51.29	211	25,13	56,14
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalita' a 30 gg	246	9.90	10.73	264	4.57	9.63
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalita' a 30 gg	184	11.50	10.54	183	11.64	9.40
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalita' a 30 gg dall'intervento di craniotomia	132	2.09	3.11	130	1.06	2.96
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalita' a 30 gg	233	8.59	11.68	279	9.82	9.55
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post operatoria < 3 gg	121	55.95	82.81	104	57.33	84.74
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM colon: mortalita' a 30 gg	88	4.11	4.14	97	1.45	3.69
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	249	63.81	50.16	277	47.84	56.27

Presidio Ospedaliero Santissima Annunziata		PNE ed. 2023			PNE ed. 2024		
Area Clinica	Indicatore	N°	% ADJ	% Italia	N°	% ADJ	% Italia
	Infarto Miocardico Acuto: mortalita' a 30 gg	339	6.59	7.69	375	6.21	7.13
	By-pass Aortocoronarico isolato: mortalita' a 30 gg	213	3.57	2.17	261	2.93	1.80

3.3 LE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE

La tabella seguente espone le "assegnazioni provvisorie" RAS del Bilancio consuntivo 2023, dell'ultimo Bilancio di previsione 2024 adottato con Delibera del Direttore Generale nr. 185 del 24/02/2024, avente ad oggetto: "Bilancio Preventivo Economico anni 2024-2026 – modifica e sostituzione della Delibera n. 90 del 31/01/2025" e le "assegnazioni provvisorie" per il Bilancio consuntivo 2024.

COD	DESCRIZIONE	Bilancio 2023*	Bilancio di previsione 2024	Bilancio 2024*
AA0031	A.1.A.1.1) Finanziamento indistinto	84.427.775,80	91.527.282,89	91.527.282,89
AA0032	A.1.A.1.2) Finanziamento indistinto finalizzato da Regione	8.019.419,99	4.327.380,64	4.327.380,64
AA0034	A.1.A.1.3.A) Funzioni - Pronto Soccorso	13.646.756,84	13.646.756,84	13.646.756,84
AA0035	A.1.A.1.3.B) Funzioni - Altro	3.109.424,22	3.109.424,22	3.109.424,22
AA0080	A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	29.302.057,00	47.028.839,45	47.028.839,45
AA0350	A.4.A.1.1) Prestazioni di ricovero	120.205.948,86	120.205.948,86	120.205.948,86
AA0360	A.4.A.1.2) Prestazioni di specialistica ambulatoriale	18.367.169,57	18.367.169,57	18.367.169,57
AA0361	A.4.A.1.3) Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	2.201.829,88	2.201.829,88	2.201.829,88
AA0380	A.4.A.1.5) Prestazioni di File F	61.751.847,02	61.751.847,02	61.751.847,02
AA0460	A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero	2.362.969,60	3.637.537,39	3.637.537,39
AA0470	A.4.A.3.2) Prestazioni ambulatoriali	93.737,64	144.299,01	144.299,01
AA0490	A.4.A.3.5) Prestazioni di File F	344.556,41	530.407,51	530.407,51
AA0601	A.4.A.3.17) Altre prestazioni sanitarie a rilevanza sanitaria - Mobilità attiva Internazionale rilevata dalle AO, AOU, IRCCS.	564.851,09	564.851,09	564.851,09
	Totale assegnazioni RAS	**344.398.343,92**	**367.043.574,37**	**367.043.574,37**
	**** le asseganzioni sono da considerarsi provvisorie***			

3.4 LA TRASPARENZA E L'ANTICORRUZIONE

Si sintetizzano le principali attività per l'anno 2024 svolte dal Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione (di seguito RTPC):

- aggiornamento 2024 della sezione dedicata alla Prevenzione della Corruzione e alla Trasparenza - Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2026 dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari – delibera n. 64 del 31/01/2024;

- gestione della piattaforma informatica per le segnalazioni di illeciti prevista nel progetto "Whistleblowing P.A., relativa al progetto WhistleblowingPA di Transparency International Italia e del Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani e Digitali;

- costante verifica e aggiornamento, della sezione "Amministrazione trasparente" nel sito internet Aziendale e conseguente attività di attuazione degli adempimenti sulla trasparenza previsti dal D.lgs 33 del 14 marzo 2013 e dal D.lgs 97 del 25 maggio 2016, inseriti nella sezione II del "Piano aziendale per la prevenzione della corruzione triennio 2024/2026";

- pubblicazione nella sezione "amministrazione trasparente" della certificazione dell'O.I.V., relativa al rilascio dell'attestazione dichiarante la veridicità e l'attendibilità di quanto pubblicato nella sezione amministrazione trasparente (ai sensi dell'art. 14 c. 4, lett. g del D.lgs n. 150/2009 e della delibera ANAC n. n.270/2024,) al seguente indirizzo https://www.aousassari.it/index.php?xsl=87&s=11&v=9&c=5165&na=1&n=1&va=2

- proseguo dell'attività formativa attraverso piattaforme informatiche a distanza e-elearning;

- gestione delle richieste di accesso civico generalizzato;

- gestione e attività di controllo e vigilanza sulle segnalazioni acquisite;

- monitoraggio sullo stato di attuazione del PTPC ora PIAO (sezione Trasparenza e Corruzione).

4 VALUTAZIONE OBIETTIVI DIRETTORE GENERALE

Obiettivi di Mandato 2024

Con la deliberazione n. 2/7 del 18.01.2024, la Giunta regionale ha assegnato gli obiettivi per l'anno 2024 ai Direttori generali delle aziende sanitarie regionali.

Tuttavia, si sono resi necessari adeguamenti rispetto ai medesimi obiettivi e indicatori precedentemente assegnati, tramite il Decreto n. 14 del 07.03.2024 e le successive integrazioni e modifiche, per ultimo il Decreto Assessoriale n. 31 del 11.11.2024, con cui si trasmetteva l'ultimo allegato revisionato.

Gli obiettivi sono articolati in due Macro Aree:

a) Obiettivi tempi di pagamento dei debiti commerciali, con peso di 10/100
b) Obiettivi Strategici, con peso di 90/100

A sua volta, gli Obiettivi Strategici si dividono nei seguenti sotto livelli:

a) Livello dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e della qualità: 60/100
    a. Area del mantenimento dei Lea, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'efficacia del SSR: 32/100
    b. Area della Qualità e del Governo clinico e della Sanità digitale e innovazione tecnologica: 28/100
b) Livello della sostenibilità economica e finanziaria: 30/100
    a. Area della razionalizzazione e contenimento della spesa: 15/100
    b. Area della gestione Amministrativo-Contabile: 15/100

A loro volta, i sottolivelli sono divisi negli obiettivi specifici.

OBIETTIVO	PESO		
Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali			**10**
Obiettivi Strategici			**90**
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità		**60**	
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	**28**		
Area della Qualità e Governo clinico e della Sanità digitale e innovazione tecnologica	**32**		
Livello della sostenibilità economica e finanziaria		**30**	
Area della razionalizzazione e contenimento della spesa	**15**		
Area della gestione amministrativo-contabile	**15**		

1. PDC1 - Tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018.

Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali - 10			
Obiettivo PDC1 (peso 10)	**Indicatore**	**Standard (Valore/range di risultato)**	**Risultato 2024 (Base line)**
Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	Numero medio di giornate di ritardo	Numero 0 giornate di ritardo	Trasmissione in Assessorato della nota PG/2025/0003418 21.02.2025 unitamente alla stampa AMC estratta al 31.12.2024 51,81 giorni

Nota agli obiettivi di Mandato:

a) non è riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo;
b) è riconosciuta per la metà qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni;
c) è riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni;
d) è riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni.

Risultato ottenuto: in merito ai tempi di pagamento, si comunica che per la nostra Azienda il risultato è stato di 51,81 giorni.
Si specifica altresì, che l'obiettivo risulta raggiunto, sia considerando le fatture corrispondenti all'intero mandato del DG di competenza degli anni 2023/2024, che le fatture di competenza esclusivamente dell'anno 2024.
https://www.aousassari.it/index.php?xsl=87&s=11&v=9&c=4161&na=1&n=1&va=2
Conclusioni: obiettivo raggiunto

2. LEA1 - Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo.

Obiettivi strategici -90			
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 60			
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR - 28			
Obiettivo LEA1 (peso 8)	**Indicatore**	**Standard (Valore/range di risultato)**	**Risultato 2024**
Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	≥ 25%	**30%**

cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo			

Nota agli obiettivi di Mandato: DGR n. 23/15 del 29/04/2020 di recepimento degli accordi tra Stato - Regione e le Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di donazione e trapianti d'organi, tessuti e cellule sanciti nelle sedute della Conferenza Stato - Regioni del 14 dicembre 2017, del 24 gennaio 2018, 8 marzo 2018, e in particolare l'accordo del 14 dicembre 2017 con il quale sono stati individuati i principi generali che sottendono alla predisposizione degli obiettivi.

Risultato ottenuto: in relazione a quanto comunicato dalla Dott.ssa Murgia, referente per l'AOU di Sassari, rispetto all' indicatore di qualità numero di segnalazioni CAM su numero di decessi per lesione encefalica, i dati aggiornati al 16/01/2025, e ricavati dalle schede SDO relativi ai decessi con codice ICD-9 (indicativo di lesione cerebrale acuta), riportano relativamente all' AOU di Sassari una percentuale dell'indicatore del **30%**.
Conclusioni: obiettivo raggiunto

3. LEA3 - Attivare almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche

Obiettivi strategici -90			
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 60			
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR – 28			
Obiettivo LEA3 (peso 8)	**Indicatore**	**Standard (Valore/range di risultato)**	**Risultato 2024**
Attivare almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche	1.Attivazione di almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche 2.N. Consulenze effettuate su totale delle richieste	1. 1 delibera di approvazione per due gruppi 2. 90%	1. Trasmissione in Assessorato della nota PG/2024/0019207 15.11.2024, pubblicazione Delibera n. 474 del 16.09.2024;

Note agli obiettivi di mandato: DGR 34/49 del 17.11.2023.

Risultato ottenuto: trasmissione in Assessorato della nota PG/2024/0019207 15.11.2024, pubblicazione Delibera n. 474 del 16.09.2024.
Conclusioni: obiettivo raggiunto.

4. LEA4 - Abbattimento tempi di attesa mediante:

1. **Inclusione dei centri di secondo livello ubicati presso l'AOU di Sassari nei percorsi di screening oncologico organizzato;**
2. **Percentuale di prime visite specialistiche erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA**

Obiettivi strategici -90			
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 60			
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR – 28			
Obiettivo LEA4 (peso 8)	**Indicatore**	**Standard (Valore/range di risultato)**	**Risultato 2024**
Abbattimento tempi di attesa mediante: 1.Inclusione dei centri di secondo livello ubicati presso l'AOU di Sassari nei percorsi di screening oncologico organizzato 2.Percentuale di prime visite specialistiche erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	1.Evidenza delle prestazioni di 2° livello erogate nel 2024 in base alla rinegoziazione della scheda tecnica all'accordo stipulato con la ASL n. 1di Sassari nel 2023 in conformità agli indirizzi regionali di cui alla DGR n. 5/32 del 29.1.2019 2.Rapporto fra il numero di prime visite erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" e la totalità di quelle erogate nel medesimo periodo (indipendentemente dal canale gestionale nel CUP)*100	1. incremento delle prestazioni di 2° livello per il 2024, rispetto al 2023 (aggiornamento della scheda tecnica allegata all'accordo stipulato nel 2023 con ASL n. 1 di Sassari); 2. 70%	**1.** 1. AA.GG: Trasmissione in Assessorato della nota PG/2024/0019595 20.11.2024, pubblicazione Delibera n. 572 del 12.11.2024 con accordi repertoriati; 2. CUP ALPI: 67,05%, dato estratto con report aggiornato al 30.04.2025, per il periodo di riferimento settembre - dicembre 2024, rispetto all'ultima trasmissione trasmesso con nota PG/2025/0003077 17.02.2025

Note agli obiettivi di mandato: l'obiettivo è funzionale al miglioramento della copertura per i programmi più estesi del territorio regionale (ASL n. 1 di Sassari) mediante la mobilitazione delle risorse specialistiche afferenti al 2° livello delle Aziende Ospedaliere e al miglioramento della qualità dei programmi, coerentemente con quanto definito nella programmazione regionale (PRP 20202025 PL 13).
Fonte: CUP – report "PRENOTAZIONI PUB, ESCLUSIVE E REGISTRAZIONI(AMB) Data Erogazione (Erogato) 1°ACCESSO". Per agenda "pubblica" si intende visibile e prenotabile dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionali.
Si considerano le prime visite specialistiche oggetto di monitoraggio PNGLA, identificate con progressivo da 1 a 14.
Si considera il complessivo aziendale. Si intende inclusa nel conteggio anche la quota di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate (Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 27/32 del 10.8.2023). Periodo di riferimento: settembre-dicembre 2024.

Risultato ottenuto: l'obiettivo nel punto 1) è stato raggiunto dalla Struttura Affari Generali, con la pubblicazione della Delibera n. 572 del 12.11.2024, e successiva trasmissione della documentazione in Assessorato con Nota PG/2024/0019595 20.11.2024;
In riferimento al raggiungimento del punto 2) le estrapolazioni effettuate attestano una percentuale del 67,05% al 30.04.2025, delle prestazioni oggetto di monitoraggio PNGLA (prime visite) di primo accesso (Fonte CUP/WEB report "PRENOTAZIONI PUB, ESCLUSIVE E REGISTRAZIONI(AMB) Data Erogazione (Erogato) 1°ACCESSO", per il periodo di riferimento richiesto settembre – dicembre 2024.

Si registra pertanto un miglioramento, rispetto alla precedente trasmissione del 65,16 % (trasmissione in Assessorato nota PG/2025/0003077 17.02.2025.
Conclusioni: obiettivo subordinato a riscontro della RAS

5. LEA5 - Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione

Obiettivi strategici - 90			
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 60			
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR – 28			
Obiettivo LEA5 (peso 4)	**Indicatore**	**Standard (Valore/range di risultato)**	**Risultato 2024**
Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	1. Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi 2. N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	1. 4/4 2. ≤ 5%	1. 4/4 trasmessi 2. 1,71%

Note agli obiettivi di mandato: gli indicatori sono calcolati complessivamente sui flussi SDO (file A), SAM (file C), SDF (file F), PS (file I) dell'intero anno 2024. L'obiettivo si intende raggiunto nel caso di rispetto degli standard per entrambi gli indicatori.

Risultato ottenuto: 1) Sono stati trasmessi tutti i flussi File A, File C (SAM), File F, File L (PS) 4/4, entro le scadenze definite dal disciplinare;
2) la % di errori calcolata è pari al 1,71%. Il calcolo è stato eseguito sulla somma dei flussi trasmessi.
Conclusioni: obiettivo raggiunto

Area della Qualità e Governo Clinico e della Sanità digitale e innovazione tecnologica

6. QGC1 - Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)

Obiettivi strategici -90			
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 60			
Area della qualità e Governo Clinico e della Sanità digitale e innovazione tecnologica – 32			
Obiettivo QGC1 (peso 3)	**Indicatore**	**Standard (Valore/range di risultato)**	**Risultato 2024**
Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	1. n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie 2. n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	1. >= 80 segnalazioni per Azienda Sanitaria 2. >= 1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato	Trasmissione in Assessorato della nota PG/2024/0021719 20.12.2024, unitamente a tutta la documentazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo. 1. >= 80 segnalazioni, raggiunto; 2. Diversi audit svolti sulle segnalazioni caricate su Sirmes.

Note agli obiettivi di mandato: il valore è misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al 2024. N segnalazioni per Azienda Sanitaria; Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES) l'indicatore è da considerarsi valido per le UUOO in cui è presente almeno un facilitatore che abbia completato il corso (Formazione per la rete del Risk management e delle infezioni correlate all'assistenza e all'antimicrobicoresistenza).

Risultato ottenuto:

1. Trasmissione in Assessorato della nota PG/2024/0021719 20.12.2024, unitamente a tutta la documentazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo, del quale è stata soddisfatta ampiamente la percentuale di segnalazioni richiesta.
2. Lista degli audit caricati sulla piattaforma SIRMES, effettuati su eventi avversi segnalati dalle Strutture in cui sono stati formati i facilitatori.

Conclusioni: obiettivo raggiunto.

7. QGC2 - Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area

Obiettivi strategici - 90			
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 60			
Area della qualità e Governo Clinico e della Sanità digitale e innovazione tecnologica - 32			
Obiettivo QGC2 (peso 3)	**Indicatore**	**Standard (Valore/range di risultato)**	**Risultato 2024**
Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	redazione di 1 FMEA per area	>= 1 per area	Trasmissione in Assessorato della nota PG/2024/0021365 17.12.2024: FMEA Triage PS; Relazione FMEA Triage Pronto Soccorso; FMECA post operatorio 2024; Relazione FMECA post operatorio; FMECA travaglio parto basso rischio; Relazione FMEA travaglio-parto a basso rischio.

Note agli obiettivi di mandato: il valore è misurato sulle aree: medica, chirurgica, servizi o emergenza/urgenza. L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto lo standard riferito a tutti gli indicatori.

Risultato ottenuto:

- Trasmissione in Assessorato della nota PG/2024/0021365 17.12.2024:
- FMEA -Triage Pronto Soccorso;
- Relazione conclusiva FMEA - Pronto Soccorso
- FMECA Post - operatorio 2024;
- Relazione conclusiva FMECA Post - operatorio;
- FMECA Travaglio parto a basso rischio;
- Relazione conclusiva FMEA Travaglio parto a basso rischio.

Conclusioni: obiettivo raggiunto.

8. QGC3 - Applicazione del Programma di rilevazione e gestione delle infezioni del sito chirurgico (SSIs)

Obiettivi strategici -90			
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 60			
Area della qualità e Governo Clinico e della Sanità digitale e innovazione tecnologica - 32			
Obiettivo QGC3 (peso 5)	**Indicatore**	**Standard (Valore/range di risultato)**	**Risultato 2024**
Applicazione del Programma di rilevazione e gestione delle infezioni del sito chirurgico (SSIs)	Compilazione scheda di rilevazione e invio dati	>= 90% degli interventi	Trasmissione in Assessorato della nota PG/2025/0001008 unitamente alla nota riepilogativa: QGC3 QGC4 obiettivo Direttore Generale 2024_250116 104427.

Note agli obiettivi di mandato: l'obiettivo si considera raggiunto con la compilazione della scheda di rilevazione dati e successivo invio sul sistema dedicato per almeno il 90% degli interventi delle tipologie incluse nel Programma di rilevazione e gestione delle infezioni del sito chirurgico (SSIs).

Risultato ottenuto: secondo quanto comunicato dalla Direzione Medica di Presidio Igiene, epidemiologia e infezioni ospedaliere, 16.12.2024 si è conclusa la fase di selezione degli interventi da includere nella sorveglianza, il periodo di follow-up, prevedendo la sua conclusione il 16.03.2024. Si specifica di seguito il numero delle schede di rilevazione comunicate dai reparti, inclusi nella sorveglianza: Chirurgia generale e d'urgenza: 87; Clinica chirurgica: 28; Ginecologia e ostetricia: 148; Ortopedia e traumatologia: 32; Clinica ortopedica: 72; Ortopedia e traumatologia AHO: 40; Cardiochirurgia: 82; Neurochirurgia: 2.
I referenti dei reparti, riferiscono di aver compilato le schede per tutti gli interventi conclusi nell'ambito della sorveglianza. Il numero complessivo degli interventi rientranti nelle tipologie definite dal Programma, potrà essere fornito a seguito della chiusura definitiva delle SDO.
Conclusioni: obiettivo subordinato a riscontro della RAS

9. QGC4 - Partecipazione ai corsi di formazione PNRR M6C2 2.2 b) PNRR M6C2 1.3.1 (b)

Obiettivi strategici -90			
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 60			
Area della qualità e Governo Clinico e della Sanità digitale e innovazione tecnologica - 32			
Obiettivo QGC4 (peso 8)	**Indicatore**	**Standard (Valore/range di risultato)**	**Risultato 2024**

Partecipazione ai corsi di formazione PNRR M6C2 2.2 b) PNRR M6C2 1.3.1 (b)	1.Percentuale di partecipanti al corso in infezioni ospedaliere (PNRR M6C2 2.2 b) 2.Percentuale di partecipanti al corso con l'incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario (PNRR M6C2 1.3.1 (b))	1.>= 95% del target previsto dal PNRR M6C2 2.2 b) 2. => 90% del target previsto dal PNRR M6C2 1.3.1 (b)	Trasmissione in Assessorato della nota PG/2025/0001008 unitamente alla nota riepilogativa: QGC3 QGC4 obiettivo Direttore Generale 2024_250116 104427 e 20241223_PG.21771_riepilogo ARES.

Note agli obiettivi di mandato: L'obiettivo si considera raggiunto se sono raggiunti entrambi gli indicatori.
1. Partecipazione ai corsi del 95% degli operatori sanitari per azienda secondo il target previsto nel Piano Operativo Regionale (DGR n. 17/68 del 19/05/2023), Allegato 5, Action Plan M6C2 2.2. (52% del totale degli operatori sanitari, pari a 9.610 sul territorio regionale).
2. Partecipazione ai corsi del 90% degli operatori sanitari per azienda secondo il target previsto nel Piano Operativo Regionale (DGR n. 41/2 del 30/12/2022 e DET DG Sanità n. 372 del 06/04/2023) per l'annualità 2024 (pari a 17.350 dei dipendenti e dei professionisti
convenzionati).
Risultato ottenuto: come da comunicazione dei referenti che hanno fatto parte del gruppo costituito per progettare, coordinare, curare la segreteria e la comunicazione, sono stati in prima istanza coinvolti nelle attività formative relative al Modulo B.
Tuttavia, su richiesta della Segreteria della Direzione Generale e del Rischio Clinico di ARES, e per far fronte alle numerose richieste di chiarimento da parte degli operatori sanitari, il gruppo si è trovato a gestire anche diverse attività di coordinamento e comunicazione riguardanti i Moduli A e C.
Pertanto, in riferimento al Modulo B, nel 2024 sono stati formati 1.103 operatori sanitari, pari a circa il 109% del target (1.011) previsto per il 31/12/2024.
Attualmente, gli operatori sanitari formati sono complessivamente 1.643, corrispondenti a circa il 62% del target finale (2.669) da raggiungere entro il 30/06/2026.
Conclusioni: obiettivo subordinato a riscontro della RAS.

10. QGC5 - Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione

Obiettivi strategici - 90			
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 60			
Area della qualità e Governo Clinico e della Sanità digitale e innovazione tecnologica - 32			
Obiettivo QGC5 (peso 3)	**Indicatore**	**Standard (Valore/range di risultato)**	**Risultato 2024**

Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione.	Redazione e trasmissione alla DG della Sanità di un progetto operativo contenente strumenti (es. braccialetti identificativi) e procedure di identificazione e abbinamento univoci del paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionali.	1	Trasmissione in Assessorato della nota PG/2024/0014808 09.09.2024, pubblicazione Delibera n. 457 del 06.09.2024 unitamente al progetto elaborato.

Note agli obiettivi di mandato: Decreto Ministeriale 2 novembre 2015, recante "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti".

Risultato ottenuto: trasmissione in Assessorato della nota PG/2024/0014808 09.09.2024, in seguito alla pubblicazione della Delibera n. 457 del 06.09.2024, unitamente al progetto predisposto dal Dott. Pietro Carmelo Manca, Responsabile del progetto, e Direttore Struttura Complessa Servizio Immunotrasfusionale e Terapia delle Emoglobinopatie e Coagulopatie.

Conclusione: obiettivo raggiunto.

11. QGC6 - Completamento delle attività amministrative relativo al Progetto Multimisura 1.1 e 1.2

Obiettivi strategici - 90			
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 60			
Area della qualità e Governo Clinico e della Sanità digitale e innovazione tecnologica - 32			
Obiettivo QGC6 (peso 5)	**Indicatore**	**Standard (Valore/range di risultato)**	**Risultato 2024**
Completamento delle attività amministrative relativo al Progetto Multimisura 1.1 e 1.2	100% di completamento delle attività amministrative relative al progetto Multimisura 1.2 - 1.2 "infrastrutture digitali e abilitazione al cloud" all'interno della piattaforma PA digitale 2026.	Completamento lavori entro il 31.12.2024 e rispetto delle scadenze previste dall'avviso	Trasmissione in Assessorato della nota PG/2024/0021487 18.12.2024, unitamente a tutta la documentazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo.

Note agli Obiettivi di mandato: costante aggiornamento della piattaforma PA digitale 2026.

Risultato ottenuto: trasmissione in Assessorato della nota PG/2024/0021487 18.12.2024, unitamente a tutta la documentazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo, nel rispetto delle scadenze previste nel cronoprogramma del progetto Multimisura – Infrastrutture digitali e abilitazione al cloud, all'interno della piattaforma PA digitale 2026.
Conclusioni: obiettivo raggiunto.

12.QGC7 - PNRR M6C2 1.3.1 (b) incremento dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte degli operatori sanitari

Obiettivi strategici - 90			
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità - 60			
Area della qualità e Governo Clinico e della Sanità digitale e innovazione tecnologica - 28			
Obiettivo QGC7 (peso 5)	**Indicatore**	**Standard (Valore/range di risultato)**	**Risultato 2024**
PNRR M6C2 1.3.1 (b) incremento dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte degli operatori sanitari	1. percentuale di documenti sanitari indicizzati sul FSE; 2. percentuale dei documenti sanitari in formato digitale firmati digitalmente.	1. 40% dei documenti sanitari indicizzati FSE	Trasmissione in Assessorato della nota PG/2024/0021487 18.12.2024, unitamente a tutta la documentazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo.

Note agli obiettivi di mandato: l'obiettivo si intende raggiunto se sono raggiunti tutti gli indicatori. Si applicano gli indicatori di alimentazione ed utilizzo del FSE previsti dal DM 08/08/2022 "Assegnazione di risorse territorializzabili riconducibili alla linea di attività M6C2 1.3.1(b)". Il valore target deve essere raggiunto entro 30/06/2024.

Risultato raggiunto: trasmissione in Assessorato della nota PG/2024/0021487 18.12.2024, unitamente a tutta la documentazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo.
È stata fornita a tutte le strutture aziendali la dotazione di lettori e software necessari per l'utilizzo della CNS, assicurando che il sistema FSE potesse essere accessibile in modo sicuro e conforme alle normative per ogni operatore sanitario abilitato.
Conclusioni: obiettivo raggiunto.

Livello della sostenibilità economica e finanziaria

13.RCS1 - Efficienza Economico finanziaria

Obiettivi strategici - 90			
Livello della sostenibilità economica e finanziaria - 30			
Area della razionalizzazione e contenimento della spesa 15			
Obiettivo RCS1 (peso 15)	**Indicatore**	**Standard (Valore/range di risultato)**	**Risultato 2024**
Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio	Ricavi = costi	Rendicontazione a fine anno

Note agli obiettivi di mandato: -

Risultato ottenuto: in attesa di riscontro successivamente alla chiusura del bilancio e integrazione fondo sanitario regionale.
Conclusioni: obiettivo subordinato a riscontro della RAS.

14. AMC1 - Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione

Obiettivi strategici - 90			
Livello della sostenibilità economica e finanziaria - 30			
Area della gestione amministrativo-contabile - 15			
Obiettivo AMC1 (peso 15)	**Indicatore**	**Standard (Valore/range di risultato)**	**Risultato 2024**
Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione	1.Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015. 2. Aggiornamento del bilancio economico previsionale entro i tempi indicati dalla Direzione Generale della Sanità	1. Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024 2. Rispetto dei termini	1. Pubblicazione in Atti AOU Sassari: Delibera n. 543 del 30.10.2024 Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2025 – 2026 - 2027; Delibera n. 544 del 31.10.2024 Programma triennale dei lavori pubblici. Programma triennale degli acquisti di beni e servizi. Triennio 2025-2027; 2. Trasmissione in Assessorato della nota PG/2024/0021444 17.12.2024, pubblicazione Delibera n. 545 del 31.10.2024. Richiama le precedenti trasmissioni della documentazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo PG/2024/0018455 05.11.2024 e PG/2024/0020168 12.11.2024.

Note agli obiettivi di mandato: L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto lo standard riferito a tutti gli indicatori.

Risultato ottenuto:

1. Pubblicazione in Atti AOU Sassari: Delibera n. 543 del 30.10.2024 Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2025 – 2026 - 2027; Delibera n. 544 del 31.10.2024 Programma triennale dei lavori pubblici. Programma triennale degli acquisti di beni e servizi. Triennio 2025-2027;
2. Pubblicazione Delibera n. 545 del 31.10.2024 avente ad oggetto l'adozione del "Bilancio Preventivo Economico anni 2025/2026/2027", trasmessa al Collegio Sindacale con nota PG/2024/0018241 31.10.2024, al fine di acquisire parere di competenza; trasmissione in Assessorato della Delibera n. 545 del 31.10.2024 Bilancio preventivo economico anni 2025/2026/2027, richiamando la nota di trasmissione al Collegio Sindacale.
   Acquisizione parere positivo del Collegio Sindacale con verbale n. 34, nota PG/2024/0020086 del 12.11.2024, e successiva trasmissione del parere in Assessorato con nota PG/2024/0020168 del 28.11.2024. Richiama le precedenti trasmissioni della documentazione attestante il raggiungimento dell'obiettivo PG/2024/0018455 05.11.2024 e PG/2024/0020168 12.11.2024.
3. Trasmissione del riscontro per l'obiettivo AMC1, nota PG/2024/0021444 del 17.12.2024, in cui si richiamano le precedenti note e comunicazioni di cui sopra.

https://www.aousassari.it/documenti/11_591_20241031192104.pdf

Conclusioni: obiettivo raggiunto.

Riepilogo raggiungimento risultato degli obiettivi di mandato del Direttore Generale per l'anno 2024

Nella tabella seguente sono rappresentati sinteticamente i risultati raggiunti per ciascun obiettivo assegnato.

Peso	Obiettivi	Risultato raggiunto
10	Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	SI
8	Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	SI
8	Attivare almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche	SI
8	Abbattimento tempi di attesa mediante: 1. Inclusione dei centri di secondo livello ubicati presso l'AOU di Sassari nei percorsi di screening oncologico organizzato 2. Percentuale di prime visite specialistiche erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	SI
4	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	SI
3	Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	SI
3	Revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	SI
5	Applicazione del Programma di rilevazione e gestione delle infezioni del sito chirurgico (SSIs)	Subordinato a riscontro RAS
8	Partecipazione ai corsi di formazione PNRR M6C2 2.2 b) PNRR M6C2 1.3.1 (b)	Subordinato a riscontro RAS
3	Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione.	SI
5	Completamento delle attività amministrative relativo al Progetto Multimisura1.1e 1.2	SI
5	PNRR M6C2 1.3.1 (b) incremento dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte degli operatori sanitari	SI
15	Efficienza economico - finanziaria	Subordinato a riscontro RAS
15	Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione	SI

5 IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

Nella Relazione sulla Performance, si evidenziano le modalità con le quali si è svolto il processo di misurazione e valutazione.

Durante la fase della misurazione della performance si quantificano mediante indicatori, il livello di raggiungimento dei risultati dell'Amministrazione, i contributi delle strutture organizzative, nonché i contributi individuali.

Nella fase della valutazione si analizzano e si interpretano i risultati misurati rispetto agli obiettivi assegnati e target, analizzando i fattori interni ed esterni che possono aver influito sul processo di raggiungimento degli obiettivi assegnati.

L'AOU di SS ha adottato con Deliberazione n. 282 del 11 aprile 2018, poi modificato con la Deliberazione n. 1122 del 29 novembre 2022 e aggiornato con Deliberazione n. 591 del 20.11.2024, il Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) che funge da riferimento durante l'intero ciclo di misurazione e valutazione della performance:

I soggetti intervenuti durante il processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale sono i:

a) La Direzione Strategica
b) I Direttori di Dipartimento
c) I Responsabili delle Strutture Aziendali
d) Il personale dipendente
e) L'Organismo Indipendente di Valutazione;
f) La Struttura Tecnica Permanente (STP).

5.1 STRUMENTI UTILIZZATI: SCHEDA BUDGET

La scheda di budget ha riportato le seguenti informazioni:

- Dimensione di valutazione definite nel PIAO;
- Codice e descrizione dell'obiettivo operativo;
- Peso dell'obiettivo operativo (somma dei pesi=100);
- Formula e descrizione dell'indicatore (almeno uno per ogni obiettivo operativo);
- Peso indicatore (la somma dei pesi degli indicatori per uno stesso obiettivo deve essere pari a 100);
- Valore atteso a fine anno;
- Valore rilevato;
- Valore minimo accettabile (sotto il quale si dà punteggio zero).

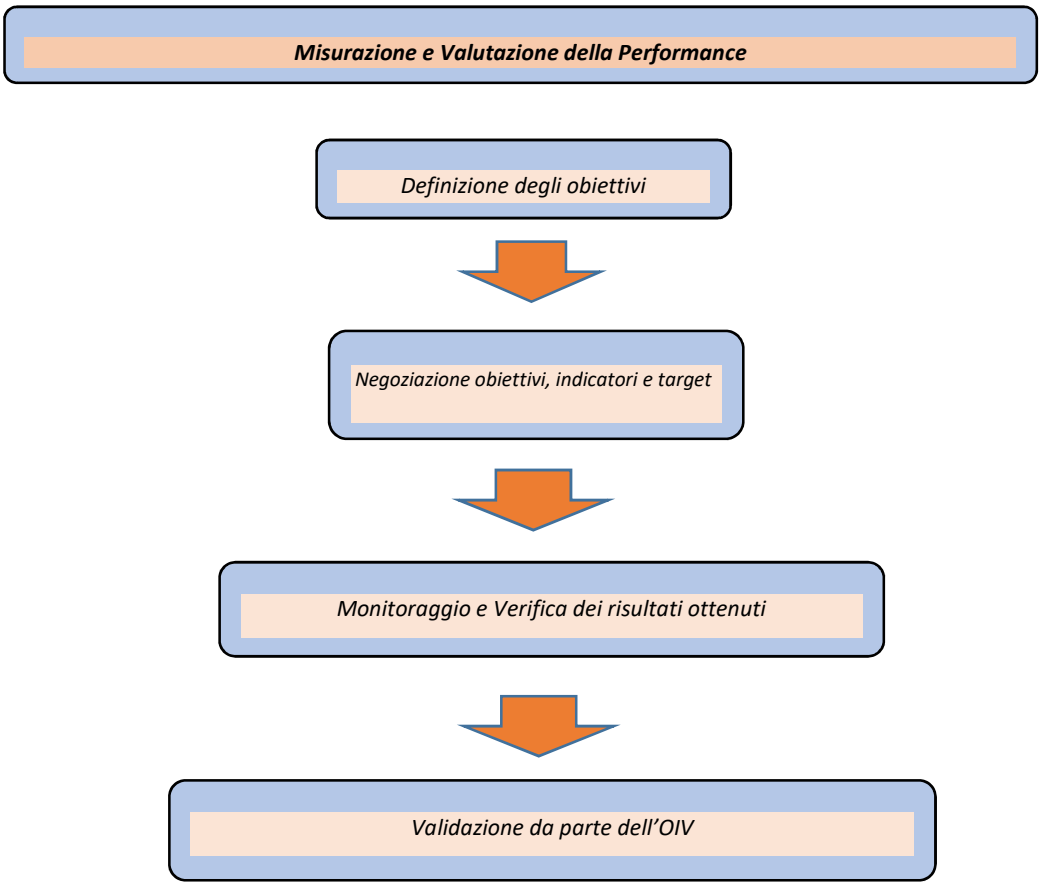
5.2 FASI/RISULTATI

5.2.1 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA-FASI E RISULTATI

Il ciclo di performance organizzativa 2024 ha avuto inizio con l'approvazione del PIAO avvenuta con Deliberazione del Direttore Generale n. 64 del 31.01.2024 e con il recepimento da parte della Direzione Strategica dei Decreti Assesoriali di attribuzione degli obiettivi ai Direttori Generali.

Gli obiettivi sono stati poi declinati successivamente in sede di negoziazione di budget.

In fase di rendicontazione finale e con le modalità previste dal regolamento di budget, è stata determinata la percentuale di raggiungimento degli stessi da parte della struttura operativa, attraverso la raccolta della documentazione inviata da ciascuna U.O, e dai gestori e verifica oggettiva del risultato ottenuto. La percentuale calcolata costituisce la base di calcolo per la performance organizzativa di tutti i dipendenti afferenti a tale struttura quale contributo individuale al raggiungimento degli stessi.



Il riepilogo delle % di raggiungimento della performance organizzativa della Tecnostruttura, delle Strutture sanitarie e degli incarichi di programma sono riassunte nella tabella sintetica di cui sotto:

AREA	CDC	REP	% RISCONTRATA
		RESPONSABILE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	100%
AREA STAFF DI DIREZIONE	2_STAFF.01.01.00.00	SC PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO DI GESTIONE E FLUSSI INFORMATIVI	100%
AREA STAFF DI DIREZIONE	2_STAFF.01.02.00.00	SSD FORMAZIONE, RICERCA, PROGRAMMI ASSISTENZIALI E SPERIMENTAZIONE CLINICA	100%
AREA STAFF DI DIREZIONE	2_STAFF.01.03.00.00	SSD AFFARI GENERALI, LEGALI, COMUNICAZIONE URP	100%
AREA STAFF DI DIREZIONE	2_STAFF.01.04.00.00	SSD SORVEGLIANZA SANITARIA	100%
AREA STAFF DI DIREZIONE	2_STAFF.01.05.00.00	SSD PREVENZIONE PROTEZIONE (RSPP)	100%
AREA FUNZIONI DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	3_PRESID.01.01.00.00	SC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO, IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E INFEZIONI OSPEDALIERE	100%
AREA FUNZIONI DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	3_PRESID.01.02.00.00	SC FARMACIA OSPEDALIERA	100%
AREA FUNZIONI DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	3_PRESID.01.03.00.00	SSD PREOSPEDALIZZAZIONE, ACCOGLIENZA CUP	99%
AREA FUNZIONI DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	3_PRESID.01.04.00.00	SSD MEDICINA LEGALE	100%
AREA FUNZIONI DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	3_PRESID.01.05.00.00	SSD OPERATION MANAGER AND OPERATING ROOM MANAGER	100%
AREA FUNZIONI DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	3_PRESID.01.06.00.00	SSD FISICA SANITARIA	100%
AREA FUNZIONI DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	3_PRESID.01.07.00.00	SSD QUALITA', ACCREDIMENTO, CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	100%
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	4_DAI.01.00.00	DIPARTIMENTO CHIRURGICO	97%
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	4_DAI.01.01.00.00	SC CLINICA CHIRURGICA	94%
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	4_DAI.01.02.00.00	SC CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	84%
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	4_DAI.01.03.00.00	SC ANESTESIA, MEDICINA DEL DOLORE E CURE PALIATIVE	94%
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	4_DAI.01.04.00.00	SC CENTRO USTIONI	93%
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	4_DAI.01.05.00.00	SC BREAST UNIT	90%
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	4_DAI.01.06.00.00	SSD DAY SURGERY AREA CHIRURGICA	76%
DIPARTIMENTO MEDICO	4_DAI.02.00.00	DIPARTIMENTO MEDICO	89%
DIPARTIMENTO MEDICO	4_DAI.02.01.00.00	SC CLINICA MEDICA	87%
DIPARTIMENTO MEDICO	4_DAI.02.02.00.00	SC MEDICINA INTERNA	82%
DIPARTIMENTO MEDICO	4_DAI.02.03.00.00	SC GERIATRIA	96%
DIPARTIMENTO MEDICO	4_DAI.02.04.00.00	SC GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	89%
DIPARTIMENTO MEDICO	4_DAI.02.05.00.00	SSD PATOLOGIA MEDICA	89%
DIPARTIMENTO MEDICO	4_DAI.02.06.00.00	SSD DAY HOSPITAL AREA MEDICA	96%
DIPARTIMENTO MEDICO	4_DAI.02.07.00.00	SSD REUMATOLOGIA	84%
DIPARTIMENTO MEDICO	4_DAI.02.08.00.00	SSD EPATOLOGIA	72%
DIPARTIMENTO CHIRURGIE SPECIALISTICHE	4_DAI.03.00.00	DIPARTIMENTO CHIRURGIE SPECIALISTICHE	94%
DIPARTIMENTO CHIRURGIE SPECIALISTICHE	4_DAI.03.01.00.00	SC CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	95%
DIPARTIMENTO CHIRURGIE SPECIALISTICHE	4_DAI.03.02.00.00	SC CLINICA OCULISTICA	94%
DIPARTIMENTO CHIRURGIE SPECIALISTICHE	4_DAI.03.03.00.00	SC CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA	86%
DIPARTIMENTO CHIRURGIE SPECIALISTICHE	4_DAI.03.04.00.00	SC CLINICA UROLOGICA	88%
DIPARTIMENTO CHIRURGIE SPECIALISTICHE	4_DAI.03.05.00.00	SC TERAPIA INTENSIVA GENERALE E POST-OPERATORIA	99%
DIPARTIMENTO CHIRURGIE SPECIALISTICHE	4_DAI.03.06.00.00	SSD CLINICA ODONTOIATRICA	99%
DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE	4_DAI.04.00.00	DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE	99%
DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE	4_DAI.04.01.00.00	SC PNEUMOLOGIA CLINICA E INTERVENTISTICA	91%
DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE	4_DAI.04.02.00.00	SC NEFROLOGIA, DIALISI E TRAPIANTI	96%
DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE	4_DAI.04.03.00.00	SC CLINICA MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	95%
DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE	4_DAI.04.04.00.00	SC ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DELLA NUTRIZIONE E DEL RICAMBIO	100%
DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE	4_DAI.04.05.00.00	SSD ENDOSCOPIA BRONCHIALE INTERVENTISTICA	100%
DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE	4_DAI.04.06.00.00	SSD DERMATOLOGIA	98%
DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE	4_DAI.04.07.00.00	SSD PSICHIATRIA	98%
DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE	4_DAI.04.08.00.00	SSD PSICOLOGIA OSPEDALIERA	93%
DIPARTIMENTO SCIENZE MOTORIE, NEUROLOGICHE E RIABILITATIVE	4_DAI.05.00.00	DIPARTIMENTO SCIENZE MOTORIE, NEUROLOGICHE E RIABILITATIVE	93%
DIPARTIMENTO SCIENZE MOTORIE, NEUROLOGICHE E RIABILITATIVE	4_DAI.05.01.00.00	SC CLINICA ORTOPEDICA	91%
DIPARTIMENTO SCIENZE MOTORIE, NEUROLOGICHE E RIABILITATIVE	4_DAI.05.02.00.00	SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (ALGHERO)	92%
DIPARTIMENTO SCIENZE MOTORIE, NEUROLOGICHE E RIABILITATIVE	4_DAI.05.03.00.00	SC NEURO-RIABILITAZIONE E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	94%
DIPARTIMENTO SCIENZE MOTORIE, NEUROLOGICHE E RIABILITATIVE	4_DAI.05.04.00.00	SC RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE (ALGHERO)	82%
DIPARTIMENTO SCIENZE MOTORIE, NEUROLOGICHE E RIABILITATIVE	4_DAI.05.05.00.00	SC CLINICA NEUROLOGICA	97%
DIPARTIMENTO SCIENZE MOTORIE, NEUROLOGICHE E RIABILITATIVE	4_DAI.05.07.00.00	SSD STROKE UNIT	93%

AREA	CDC	REP	% RISCONTRATA
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	4_DAI.06.00.00	DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	97%
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	4_DAI.06.01.00.00	SC PRONTO SOCCORSO ED OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (OBI)	99%
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	4_DAI.06.03.00.00	SC CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	91%
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	4_DAI.06.04.00.00	SC TRAUMATOLOGIA ED ORTOPEDIA	96%
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	4_DAI.06.05.00.00	SC TERAPIA INTENSIVA EMERGENZA-URGENZA (PLESSO SSA)	100%
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	4_DAI.06.06.00.00	SC NEUROCHIRURGIA	94%
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	4_DAI.06.07.00.00	SSD ANESTESIA (PLESSO SSA)	91%
DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO	4_DAI.07.00.00	DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO	100%
DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO	4_DAI.07.01.00.00	SC MEDICINA NUCLEARE	100%
DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO	4_DAI.07.02.00.00	SC EMATOLOGIA	87%
DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO	4_DAI.07.03.00.00	SC ONCOLOGIA MEDICA	94%
DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO	4_DAI.07.04.00.00	SC RADIOTERAPIA	100%
DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO	4_DAI.07.05.00.00	SC ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	100%
DIPARTIMENTO CARDIO-VASCOLARE	4_DAI.08.00.00	DIPARTIMENTO CARDIO-VASCOLARE	73%
DIPARTIMENTO CARDIO-VASCOLARE	4_DAI.08.01.00.00	SC CARDIOCHIRURGIA	83%
DIPARTIMENTO CARDIO-VASCOLARE	4_DAI.08.02.00.00	SC CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE	85%
DIPARTIMENTO CARDIO-VASCOLARE	4_DAI.08.03.00.00	SC CARDIOLOGIA CLINICA ED INTERVENTISTICA	93%
DIPARTIMENTO CARDIO-VASCOLARE	4_DAI.08.04.00.00	SSD CARDIOANESTESIA	92%
DIPARTIMENTO TUTELA SALUTE DONNA E BAMBINO	4_DAI.09.00.00	DIPARTIMENTO TUTELA SALUTE DONNA E BAMBINO	77%
DIPARTIMENTO TUTELA SALUTE DONNA E BAMBINO	4_DAI.09.01.00.00	SC CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA	90%
DIPARTIMENTO TUTELA SALUTE DONNA E BAMBINO	4_DAI.09.02.00.00	SC CLINICA PEDIATRIA	95%
DIPARTIMENTO TUTELA SALUTE DONNA E BAMBINO	4_DAI.09.03.00.00	SC TERAPIA INTENSIVA NEONATALE E NEONATOLOGIA - TIN	85%
DIPARTIMENTO TUTELA SALUTE DONNA E BAMBINO	4_DAI.09.04.00.00	SC CHIRURGIA PEDIATRICA E NEONATALE	100%
DIPARTIMENTO TUTELA SALUTE DONNA E BAMBINO	4_DAI.09.05.00.00	SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	85%
DIPARTIMENTO TUTELA SALUTE DONNA E BAMBINO	4_DAI.09.06.00.00	SSD CARDIOLOGIA PEDIATRICA E DELLE CARDIOPATIE CONGENTICHE	100%
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA E SERVIZI	4_DAI.10.00.00	DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA E SERVIZI	100%
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA E SERVIZI	4_DAI.10.01.00.00	SC SCIENZE RADIOLOGICHE, INTERVENTISTICHE E D'URGENZA	100%
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA E SERVIZI	4_DAI.10.03.00.00	SSD RADIOLOGIA VASCOLARE ED INTERVENTISTICA	100%
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA E SERVIZI	4_DAI.10.04.00.00	SC SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE, TERAPIA DELLE EMOGOBINOPATIE E COAGULOPATIE	99%
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA E SERVIZI	4_DAI.10.05.00.00	SC LABORATORIO UNICO DI ANALISI CLINICHE CHIMICO-EMATOLOGICHE	100%
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA E SERVIZI	4_DAI.10.06.00.00	SC MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	89%
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA E SERVIZI	4_DAI.10.07.00.00	SSD GENETICA E BIOLOGIA DELLO SVILUPPO	100%
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	5_PSAN.01.01.00.00	SC GESTIONE INFERMIERISTICA	100%
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	5_PSAN.01.02.00.00	SC AREA TECNICA SANITARIA E RIABILITAZIONE	100%
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	5_PSAN.01.03.00.00	SSD DISCHARGE ROOM	100%
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO	6_AMMTEC.01.00.00	DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO	100%
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO	6_AMMTEC.01.01.00.00	SC GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA	100%
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO	6_AMMTEC.01.02.00.00	SC ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI E TECNOLOGIE	85%
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO	6_AMMTEC.01.03.00.00	SC RISORSE UMANE E RELAZIONI SINDACALI	100%
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO	6_AMMTEC.01.04.00.00	SC GESTIONE AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO	100%
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO	6_AMMTEC.01.05.00.00	SC PROGETTAZIONE ED INNOVAZIONE TECNOLOGICA	100%
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO	6_AMMTEC.01.05.01.00	SS INGEGNERIA CLINICA	100%
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO	6_AMMTEC.01.05.02.00	SS TECNOLOGIE INFORMATICHE E RETI	100%
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO	6_AMMTEC.01.06.00.00	SC LAVORI, MANUTENZIONI, LOGISTICA E PATRIMONIO	100%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE	-	PROF. ANTONIO ALFREDO AZARA	100%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE	-	PROF. CARRU CIRIACO	100%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE	-	PROF. FIORI LUIGI	100%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE	-	PROF. MONTELLA ANDREA	100%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE	-	PROF. PALMIERI GIUSEPPE	100%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE	-	PROF. PIANA ANDREA	100%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE	-	PROF. SCAGLIONE MARIANO	100%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE	-	PROF. SECHI LEONARDO	100%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE	-	PROF. UZZAU SERGIO	100%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE	-	PROF.SSA DERIU FRANCA	100%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE	-	PROF.SSA DORE MARIA PINA	100%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE	-	PROF.SSA PASCALE MARIA ROSA	100%
		MEDIA	**95%**

5.2.2 PERFORMANCE INDIVIDUALE

Per ogni dipendente è stata predisposta una scheda di valutazione individuale, sottoscritta dal Responsabile della valutazione (valutatore). Anche per l'anno 2024 è stata utilizzata la piattaforma GURU UP che gestisce in tempo reale tutte le attività relative alla **valutazione del personale,** e permette di ottenere una reportistica puntuale sullo stato dell'arte delle valutazioni.

La tabella seguente illustra la sintesi dei dipendenti oggetto di valutazione individuali, per l'anno 2024:

Categoria	Totale Valutati
Direttori dipartimento	9
Direttori SC e SSD	73
Responsabili SS	46
Dirigenti	736
Area professionisti della salute e funzionari - IFO	105
Area professionisti della salute e funzionari - IFP	29
Area professionisti della salute e funzionari	1599
Scheda di valutazione delle figure del comparto - area degli assistenti	120
Area degli assistenti - IFP	1
Scheda di valutazione delle figura del comparto area deli operatori e area del personale di supporto	498
TOTALE COMPLESSIVO	**3216**

La tabella seguente individua la media delle percentuali di valutazione individuale raggiunta per categoria per l'anno 2024:

Categoria	Media Valutazioni individuali	Target riferimento	Risultato %
Direttori dipartimento	8	8	100%
Direttori SC e SSD	9,85	10	98,50%
Responsabili SS	14,32	15	95,46%
Dirigenti	18,57	20	92,85%
Area professionisti della salute e funzionari - IFO	39,25	40	98,12%
Area professionisti della salute e funzionari - IFP	38,6	40	96,50%
Area professionisti della salute e funzionari	48,51	50	97,02%
Scheda di valutazione delle figure del comparto - area degli assistenti	58,34	60	97,23%
Area degli assistenti - IFP	55	55	100%
Scheda di valutazione delle figura del comparto area deli operatori e area del personale di supporto	66,12	70	94,46%

5.3 SPUNTI DI MIGLIORAMENTO DEL PROCESSO SMVP

Il SMVP è un processo fluido in continuo mutamento in linea con le modifiche subite dall'assetto organizzativo dell'Azienda e del mutare del contesto esterno.

A questo proposito l'Azienda individua le proposte migliorative da implementare nel breve periodo:

1. Perfezionamento del sistema di monitoraggio intermedio della performance organizzativa al fine di verificare anticipatamente la fattibilità e il grado di raggiungimento degli stessi e di mettere in atto eventuali azioni correttive;

2. Migliorare la comunicazione interna tra gli tutti gli attori partecipanti al processo di budget, affinché siano parte attiva del processo e siano incoraggiati e motivati a fornire un contributo positivo al raggiungimento degli obiettivi dell'UO di appartenenza;
3. Inserire all'interno del processo di negoziazione obiettivi sfidanti nell'ottica della creazione di valore pubblico;
4. Definire il processo di valutazione partecipativa degli utenti attraverso l'attivazione prossima del modulo di gradimento GURU UP, al fine di verificare il grado di soddisfazione percepito e l'effetto sul livello di benessere del paziente stesso;
5. Aggiornare il regolamento del SMVP sulla base della nuova Direttiva del Ministro Zangrillo recependo le raccomandazioni e gli spunti di miglioramento proposti dall'OIV all'interno del verbale n. 3 del 26.06.2025.