

Relazione sulla performance 2025

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
2.2. IL PERSONALE DIPENDENTE.....	13
3. CONTENUTI DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE	17
3.1 ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE	17
3.2 REPORT DI PRODUZIONE	21
3.3 VALUTAZIONE DEL PIANO NAZIONALE ESITI	30
3.4 LE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE.....	36
3.5 LA TRASPARENZA E L'ANTICORRUZIONE.....	37
4. VALUTAZIONE OBIETTIVI DIRETTORE GENERALE	38
5. IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	45
5.1 STRUMENTI UTILIZZATI: SCHEDA BUDGET.....	45
5.2 FASI/RISULTATI	46
5.3 CONCLUSIONI E PROSPETTIVE EVOLUTIVE DEL SISTEMA DELLA PERFORMANCE	50

1. INTRODUZIONE E PERIMETRO DI RIFERIMENTO

La Relazione annuale sulla Performance prevista dal D.Lgs. 150/2009, è il documento che evidenzia 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 Relazione sulla Performance 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 2025.

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.

In ultimo, con la Riforma Sanitaria L. RAS 8/2025, è stata prevista la riorganizzazione del SSR con il commissariamento dell'Azienda, avvenuto con DEL. N. 1 06/05/2025, e con lo scorporo del Presidio Ospedaliero del Marino di Alghero "Regina Margherita" che torna in capo all'ASL di Sassari a partire dal 01/01/2026.

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 è riportato il percorso che ha condotto l'approvazione; in sintesi:

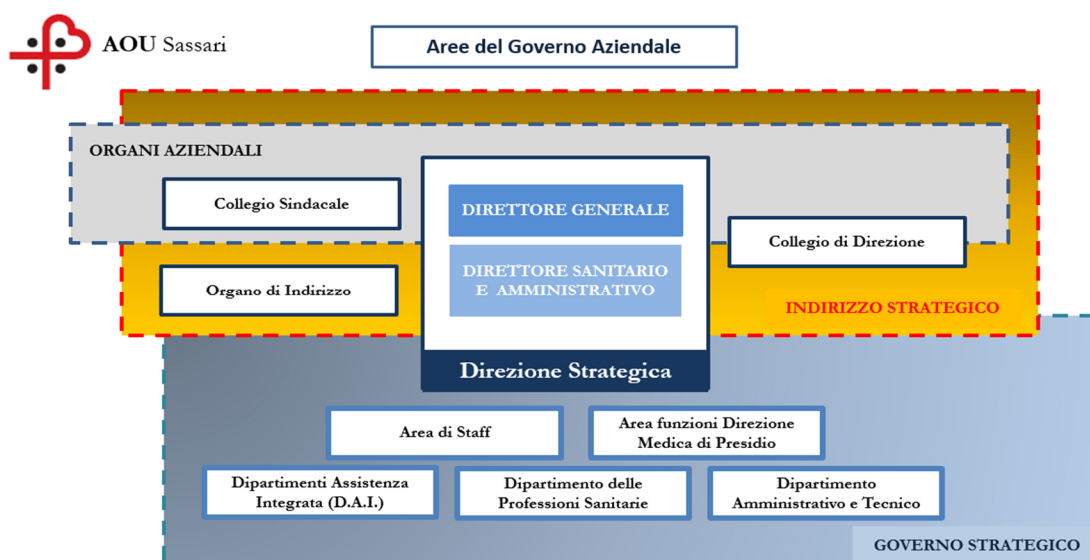
- in data 30.09.2022 con DGR 30/74 sono stati deliberati gli indirizzi per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende ospedaliero-universitarie e dell'Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione "G. Brotzu" (ARNAS);
- in data 01.12.2022 con Deliberazione n. 1144 si è proceduto alla "Adozione 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;
- in data 05.01.2023 con Deliberazione n. 10, 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;
- 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;

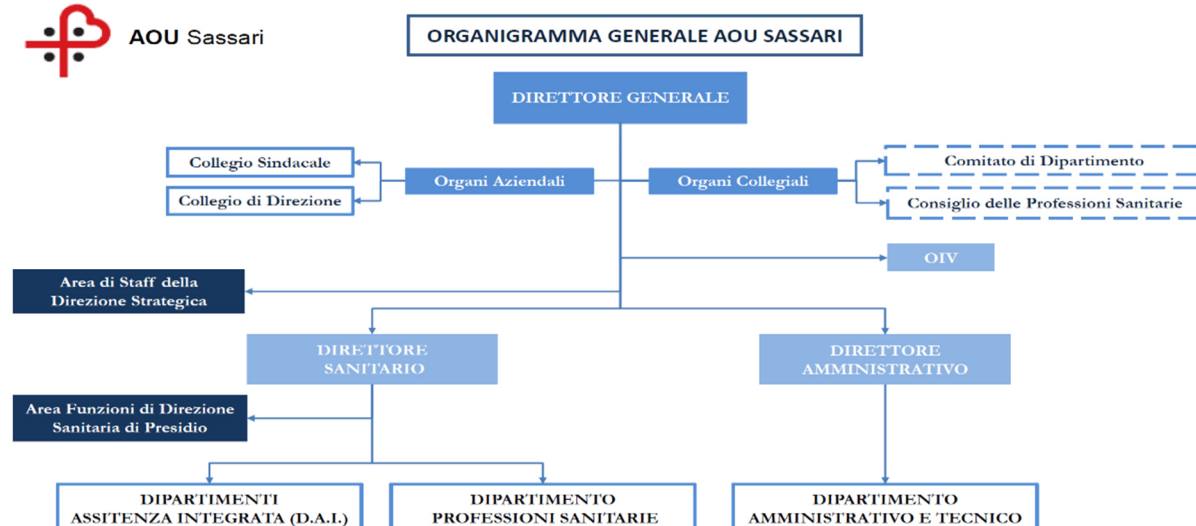
- in data 23.05.2023 con Deliberazione n. 561 si è proceduto alla revisione dell'Atto Aziendale approvato con Deliberazione n. 10 del 05.01.2023 e Deliberazione n. 190 del 20.02.2023;
- l'atto revisionato è stato trasmesso alla Regione Sardegna ed è stato approvato con DGR n. 21/17 del 22.06.2023;
- in data 23.06.2023 con Deliberazione n. 678 ha effettuato la presa d'atto della Deliberazione della Regione Autonoma della Sardegna n. 21/17 del 22.06.2023;
- in data 09.02.2024 con Deliberazione n. 87 avente ad oggetto "Revisione Atto Aziendale approvato con Deliberazione n. 561 del 23.05.2023 e n. 678 del 23.06.2023 "Presenza 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, legge regionale 11.9.2020, n. 24", si è effettuata una nuova revisione dell'Atto Aziendale;
- in data 27.02.2024 con Deliberazione n. 114 è avvenuta la presa d'atto delle modifiche accolte dalla Deliberazione della Regione Autonoma della Sardegna n. 5/35 del 23.02.2024.

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

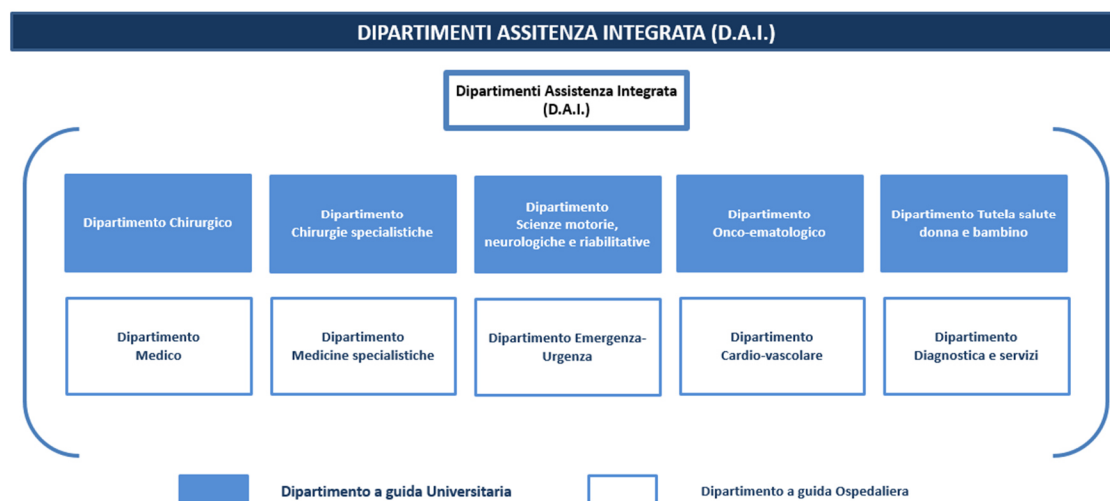
Nella tabella seguente sono indicate le Aree del Governo aziendale, così come previste nell'Atto Aziendale approvato e rettificato come sopra.



Nella tabella seguente è esposto l'organigramma aziendale.



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 del Direttore Generale n. 1 del 07.01.2026 avente ad oggetto "Presenza d'atto della Deliberazione della Regione Autonoma della Sardegna n. 68/8 del 31.12.2025 "Azienda ospedaliero-universitaria di Sassari (AOU SS). Nomina Direttore generale" si è insediato il Direttore Generale dell'AOU di Sassari, Dott. Serafinangelo Ponti;

Con la Deliberazione del Direttore Generale n. 125 del 30.01.2026 “Nomina del Direttore Amministrativo e della Direttrice Sanitaria dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari”, il Direttore Generale ha nominato il Dott. Alberto Mura e la Dottoressa Lucia Anna Mameli rispettivamente in qualità di Direttore Amministrativo e Direttrice Sanitaria dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari.

Nell’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.

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, EQUITÀ 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 stakeholders alle scelte generali di politica sanitaria attraverso idonee forme di ascolto e consultazione, riguardo alla individuazione di priorità e alla elaborazione di proposte di programmi di intervento.

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

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'intesa 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. 74 del 29.01.2025, avente ad oggetto: "Approvazione Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025 - 2027 dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari", si è provveduto ad adottare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025 – 2027, 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

La distribuzione demografica del territorio regionale si presenta come segue:

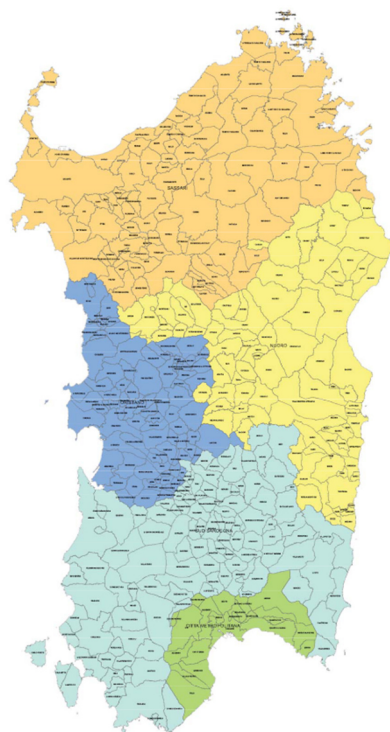
Superficie territoriale, popolazione residente e densità abitativa per provincia al 1° gennaio 2025*			
Territorio	Popolazione residente	Superficie territoriale (in km ²)	Densità abitativa (abitanti/km ²)
Sassari	471.653	7.691,75	61,31
Nuoro	195.437	5.637,97	34,66
Oristano	147.894	2.990,41	49,45
Sud 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

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 [...]".

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.

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

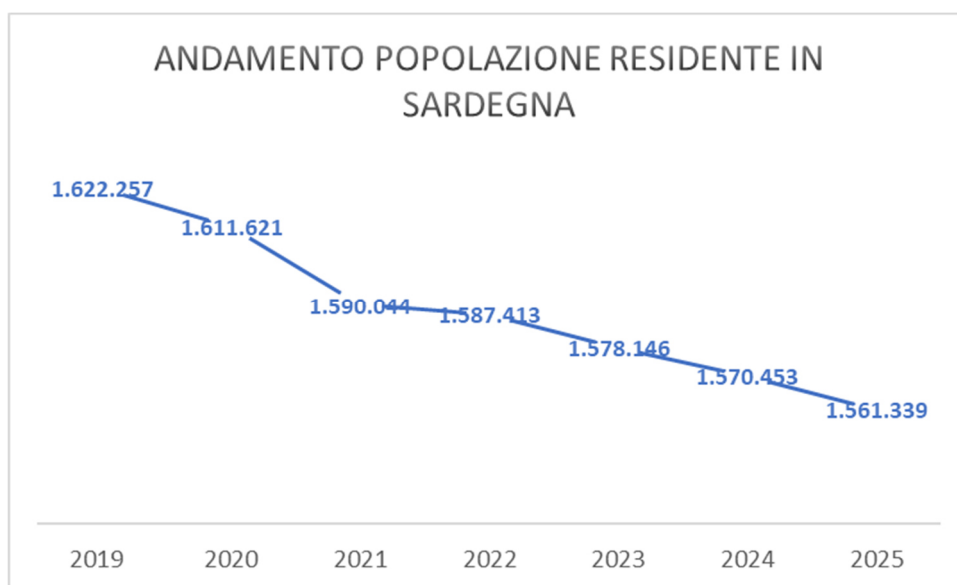
Allo stato attuale, da un'analisi più approfondita dell'assetto territoriale regionale, si evidenzia la presenza di due principali poli metropolitani: Sassari e Cagliari, rispettivamente collocati nell'area nord e nell'area sud dell'isola; seguono tre medie comunità locali aggregate in aree omogenee (Nuoro, Oristano e Sud Sardegna) con popolazioni comprese tra i ~150.000 e ~330.000 abitanti.

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.

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)

Come detto, l'ambito territoriale di riferimento della AOU risulta più ampio per diverse tipologie di attività.

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.



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.

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.

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.

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).

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%).

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.

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).

2.2. IL PERSONALE DIPENDENTE

I dati sono stati estrapolati al 31/12/2025 dal sistema gestionale HR, suddivisi per genere:

A) DISTRIBUZIONE COMPLESSIVA

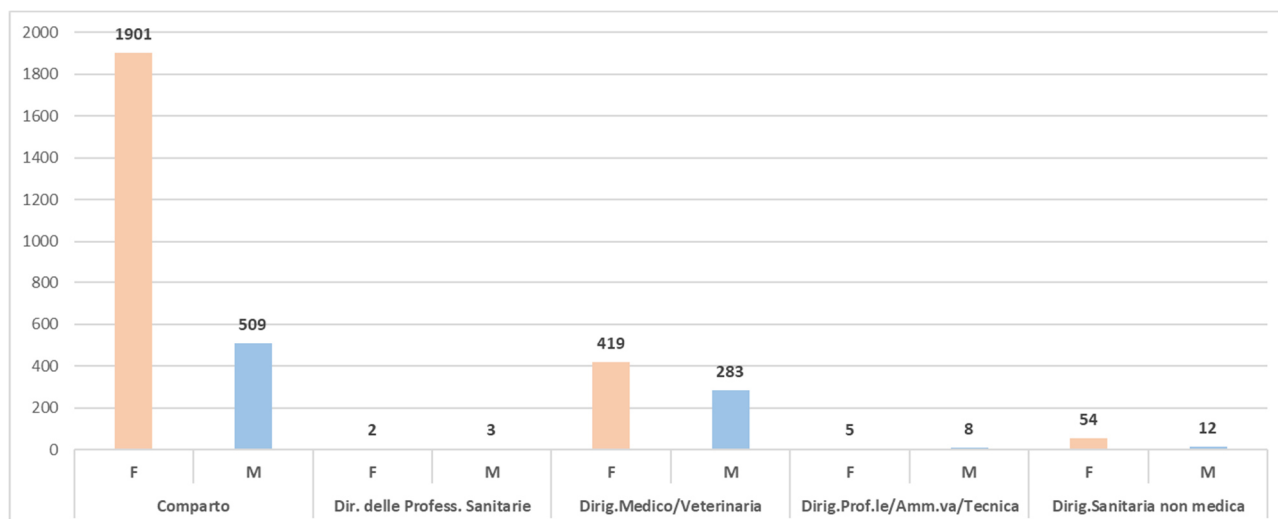
Tipologia	Dipendente		Universitario	
Sesso	M	F	M	F
Totale	815	2381	64	41
	3196		105	
	3301			

B) PER TIPOLOGIA DIPENDENTE

1) Personale Ospedaliero

a. Distribuzione tipologia ed età:

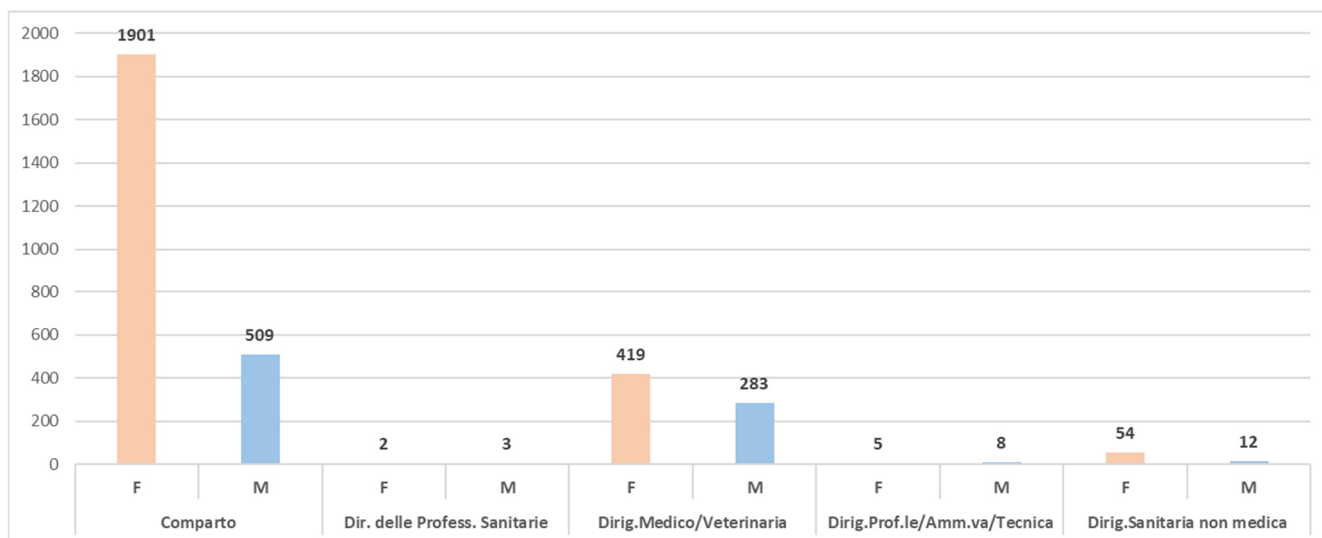
TIPO	Comparto		Dirig.Medico/V eterinaria		Dirig.Sanitaria non medica		Dir. delle Profess. Sanitarie		Dirig.Prof.le/Amm .va/Tecnica	
SESSI	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
TOTALE	509	1901	283	419	12	54	3	2	8	5
	2410		702		66		5		13	



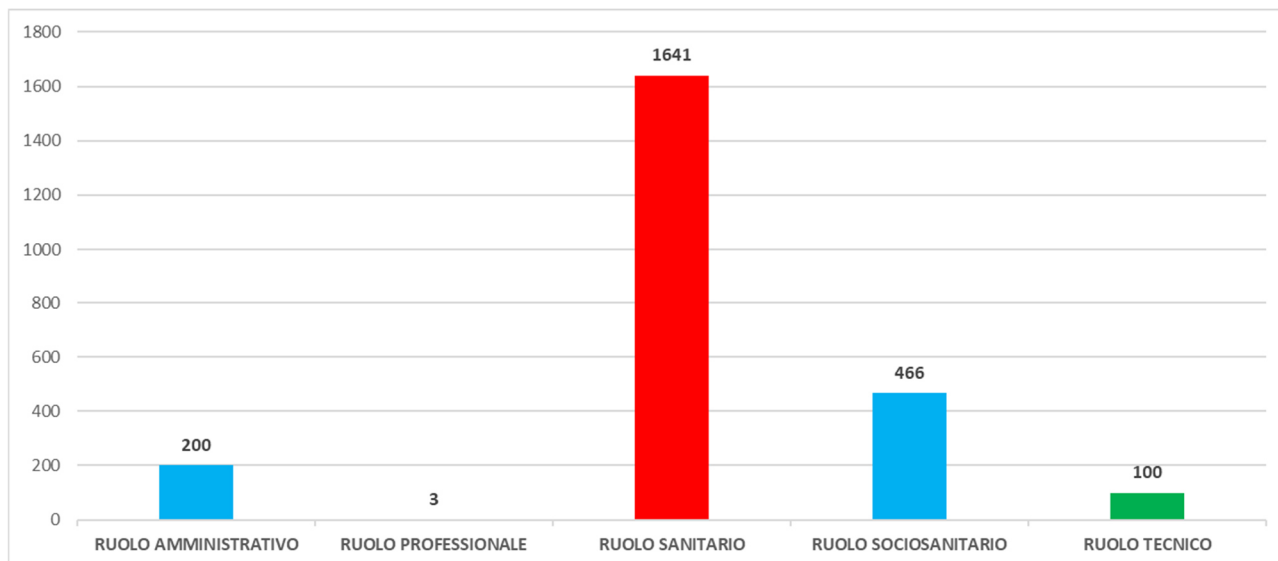
OSPEDALIERI											
	Meno 30	tra 31 -40	tra 41-50	oltre 50	TOT.		Meno 30	tra 31 -40	tra 41-50	oltre 50	TOT.
Femmine	191	526	564	1.100	2381	Femmine	6%	16%	18%	34%	74%
Maschi	43	222	189	361	815	Maschi	1%	7%	6%	11%	26%
TOT.	234	748	753	1.461	3196	TOT.	7%	23%	24%	46%	100%

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	33	50	77	387	40	74	359	1389
	83		464		114		1748	



c. Comparto per Ruolo:

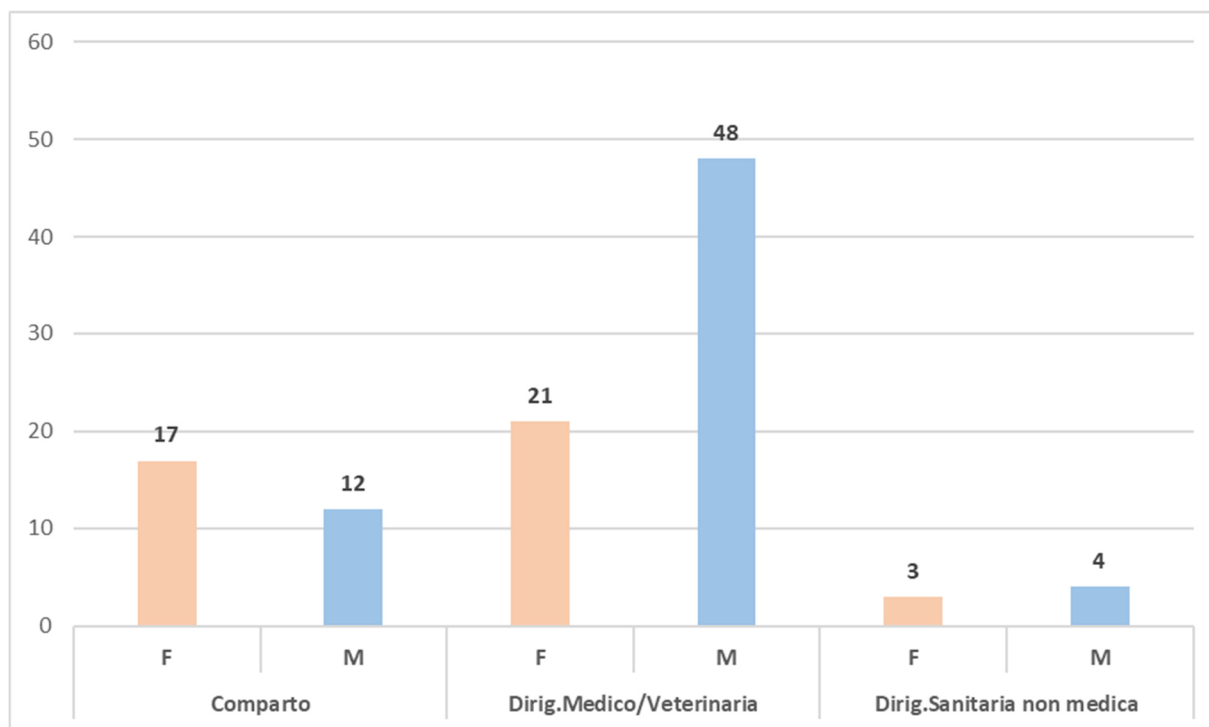


OSPEDALIERI COMPARTO					
TIPO	SANITARIO	SOCIOSANITARIO	PROFESSIONALE	TECNICO	AMMINISTRATIVO
TOTALE	1641	466	3	100	200

2) Personale Universitario

a. distribuzione tipologia ed età:

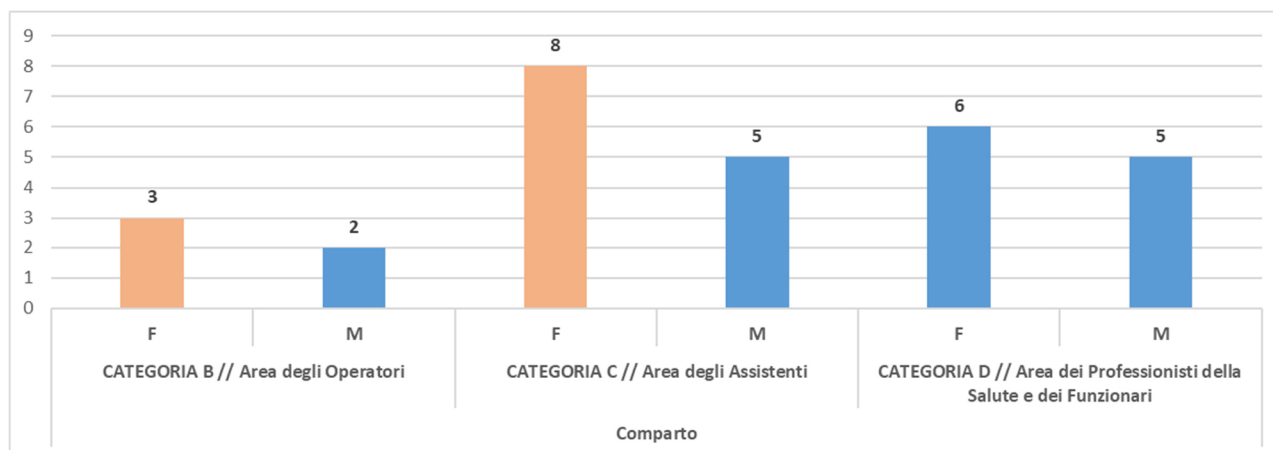
TIPO	Comparto		Dirig.Medico/Veterinaria		Dirig.Sanitaria non medica	
SESSI	M	F	M	F	M	F
TOTALE	12	17	48	21	4	3
	29		69		7	



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	4	35	41	Femmine	0%	2%	4%	33%	39%
Maschi	-	2	11	51	64	Maschi	0%	2%	10%	49%	61%
TOT.	-	4	15	86	105	TOT.	0%	4%	14%	82%	100%

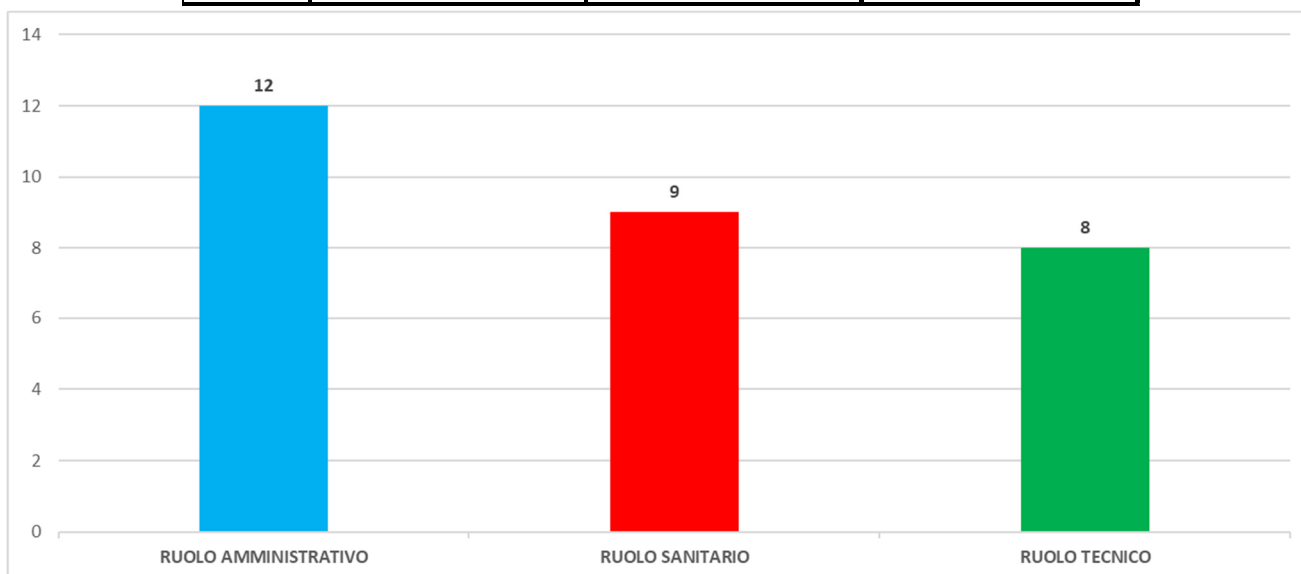
b. Distribuzione Comparto Sanità:

UNIVERSITARI COMPARTO								
TIPO	CAT. A		CAT. B		CAT. C		CAT. D	
SESSI	M	F	M	F	M	F	M	F
TOTALE	0	0	2	3	5	8	5	6
	0		5		13		11	



c. Comparto per Ruolo:

OSPEDALIERI COMPARTO			
TIPO	SANITARIO	TECNICO	AMMINISTRATIVO
TOTALE	9	8	12



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.

Le tabelle seguenti rappresentano i volumi di attività dei servizi erogati in termini di accessi al Pronto soccorso, di specialistica ambulatoriale e dell'attività di ricovero.

La tabella seguente illustra la valorizzazione degli accessi di Pronto soccorso rappresentata per Centro di Rilevazione.

Struttura Erogante	Centro di Rilevazione PS	2024*	2025*
		NR. Accessi	NR. Accessi
20090501 - Stabilimento Cliniche Di San Pietro -	OSTETRICO-GINECOLOGICO E OBI	6.743	7.266
	PEDIATRICO E OBI	10.704	10.390
	TOTALE STABILIMENTO SPTR	17.447	17.656
20090502 - Stabilimento Ss. Annunziata - (Sassari)	MEDICINA EMERGENZA-URGENZA	49.421	49.781
	TOTALE AOU SASSARI	66.868	67.437
* Valore rendicontato in RAS			

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

STRUTTURA EROGANTE	TRIAGE	2024*	2025*
		NR. Accessi	NR. Accessi
20090501- Stabilimento Ciniche di San Pietro - (Sassari)	1 - Emergenza	11	11
	2 - Urgenza	229	113
	3 - Urgenza differibile	821	1.125
	4 - Urgenza minore	9.615	9.456
	5 - Non urgenza	6.771	6.951
	Totale Cliniche	17.447	17.656
20090502- Stabilimento SS. Annunziata - (Sassari)	1 - Emergenza	3.592	3.582
	2 - Urgenza	12.898	10.583
	3 - Urgenza differibile	9.231	18.353
	4 - Urgenza minore	18.893	13.850
	5 - Non urgenza	4.799	3.409
	N - Deceduto	6	
	Nc	2	4
	Totale SS Annunziata	49.421	49.781
	TOTALE AZIENDA	66.868	67.437
* Valore rendicontato in RAS			

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

STRUTTURA EROGANTE	2024*			2025*		
	RICOVERO	NON RICOVERO	TOTALI	RICOVERO	NON RICOVERO	TOTALI
20090501- Stabilimento Ciniche di San Pietro - (Sassari)	2.103	15.344	17.447	1.995	15.661	17.656
20090502- Stabilimento Ss. Annunziata - (Sassari)	9.744	39.677	49.421	9.997	39.784	49.781
TOTALE	11.847	55.021	66.868	11.992	55.445	67.437
* Valore rendicontato in RAS						

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

PRESTAZIONI AMBULATORIALI (PER DIPARTIMENTO)					
COD_DIP	DESCRIZIONE_DIPARTIMENTO	2024*		2025*	
		Nr.	Valore	Nr.	Valore
4_DAI.01	Dipartimento chirurgico	14.881	415.418,23	13.770	508.057,82
4_DAI.02	Dipartimento medico	20.508	433.637,25	20.690	514.486,49
4_DAI.03	Dipartimento chirurgia specialistiche	34.563	1.219.474,56	34.154	1.235.915,66
4_DAI.04	Dipartimento medicine specialistiche	54.435	2.366.906,28	52.426	2.396.207,47
4_DAI.05	Dipartimento scienze motorie e riabilitative	57.668	641.448,62	37.483	689.198,62
4_DAI.06	Dipartimento emergenza-urgenza	16.298	237.012,28	14.782	249.416,07
4_DAI.07	Dipartimento onco-ematologico	70.918	6.037.203,81	71.070	7.278.113,49
4_DAI.08	Dipartimento cardio-vascolare	20.276	534.780,73	19.678	586.314,09
4_DAI.09	Dipartimento salute donna e bambino	34.607	669.331,95	31.044	873.509,03
4_DAI.10	Dipartimento di diagnostica e servizi	867.329	8.137.898,97	805.517	7.486.593,31
AA	Altre assegnazioni	2.048	62.946,17	16	1.799,05
TOTALI		1.193.531	20.756.058,85	1.100.630	21.819.611,10
* Valore rendicontato in RAS					

La tabella seguente illustra la valorizzazione della produzione dell'attività in regime ambulatoriale per Branca specialistica.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI (PER BRANCA SPECIALISTICA)			
N°	BRANCA	2025*	
		NUMERO	VALORE
1	Anestesia	3.864	155.739,30
2	Cardiologia	22.254	813.539,95
3	Chirurgia Generale	2.953	138.240,25
4	Chirurgia Plastica	2.895	74.145,18
5	Chirurgia Vascolare - Angiologia	1.483	62.871,51
6	Dermosifilopatia	11.904	246.008,97
7	Medicina Nucleare	5.718	1849.259,72
8	Radiologia Diagnostica	32.429	2.444.599,78
9	Endocrinologia	8.551	216.818,81
10	Gastroentero – Chir.e Endoscopia dig.	8.484	521.085,52
11	Laboratorio Analisi	815.157	7.543.736,73
12	Medicina Fisica e Riabilitazione	28.058	443.352,57
13	Nefrologia	11.674	1251.844,18
14	Neurochirurgia	5.903	114.904,82
15	Neurologia	3.308	120.097,85
16	Oculistica	7.623	630.600,79
17	Odontostomat. – Chir. Maxillo Facciale	7.827	228.474,61
18	Oncologia	8.538	166.764,18
19	Ortopedia e Traumatologia	16.612	315.846,17
20	Ostetricia e Ginecologia	6.866	324.878,53
21	Otorinolaringoiatria	11.353	214.249,29
22	Pneumologia	5.726	157.499,28

N°	BRANCA	2025*	
		NUMERO	VALORE
23	Psichiatria	4.991	100.373,63
24	Radioterapia	16.233	2.769.821,33
25	Urologia	2.816	103.362,27
26	Altre prestazioni	47.410	811.495,88
	TOTALI	1.100.630	2.181.961,10

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	2024*		2025*	
		Nr.	Valore	Nr.	Valore
4_DAI.01	Dipartimento chirurgico	1.280	6.152.058,10 €	1.340	5.912.052,08 €
4_DAI.02	Dipartimento medico	4.051	13.810.369,35 €	4.305	15.118.879,89 €
4_DAI.03	Dipartimento chirurgia specialistiche	2.497	9.669.912,51 €	2.598	9.163.399,89 €
4_DAI.04	Dipartimento medicine specialistiche	1.718	7.598.275,14 €	1.657	7.449.769,50 €
4_DAI.05	Dipartimento scienze motorie e riabilitative	2.081	10.356.054,59 €	2.077	11.259.686,05 €
4_DAI.06	Dipartimento emergenza-urgenza	3.979	19.873.974,44 €	3.774	18.343.552,25 €
4_DAI.07	Dipartimento onco-ematologico	356	2.422.765,39 €	332	2.420.335,07 €
4_DAI.08	Dipartimento cardio-vascolare	2.923	24.665.584,47 €	3.003	24.425.723,18 €
4_DAI.09	Dipartimento salute donna e bambino	5.592	9.732.892,10 €	5.410	10.010.821,35 €
	TOTALI	24.477	104.281.886,09	24.496	104.104.219,26
	* Valore rendicontato in RAS				

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	2024*		2025*	
		Nr.	Valore	Nr.	Valore
4_DAI.01	Dipartimento chirurgico	617	966.218,35	676	1.229.874,01
4_DAI.02	Dipartimento medico	877	1.705.411,92	941	1.967.128,84
4_DAI.03	Dipartimento chirurgia specialistiche	5.882	9.733.535,69	6.299	10.507.992,22
4_DAI.04	Dipartimento medicine specialistiche	1.259	1.335.506,56	1.367	1.326.951,41
4_DAI.05	Dipartimento scienze motorie e riabilitative	1.107	1.520.173,32	1.297	1.743.262,54
4_DAI.06	Dipartimento emergenza-urgenza	70	135.717,90	87	177.328,83
4_DAI.07	Dipartimento onco-ematologico	2.115	8.226.066,30	2.131	9.547.078,19
4_DAI.08	Dipartimento cardio-vascolare	336	1.041.083,77	498	1.358.910,68
4_DAI.09	Dipartimento salute donna e bambino	1.208	1.784.060,97	1.362	1.985.097,75
	TOTALI	13.471	26.447.774,78	14.658	29.843.624,47
	* Valore rendicontato in RAS				

Si rappresenta la sintesi delle due tabelle precedenti.



Tipologia di ricovere	2024*		2025*	
	Nr.	Valore	Nr.	Valore
Ricovero ordinario	24.477	104.281.886,09	24.496	104.104.219,26
Ricovero Dh/Ds	13.471	26.447.774,78	14.658	29.843.624,47
TOTALI	37.948	130.729.660,87	39.154	133.947.843,73
* Valore rendicontato in RAS				

3.2 REPORT DI PRODUZIONE

Sintesi degli indicatori di performance negli anni 2023-2025

Principali indicatori inerenti la complessità della casistica trattata, l'appropriatezza, l'utilizzo del livello territoriale e la qualità della codifica delle SDO					
Indicatore	Anno			Confronto anni	
	2023	2024	2025	2023-2024	2024-2025
Totale dimessi	35.460	37.948	39.154	2488	1206
Ordinari	23.742	24.477	24.496	735	19
DH	11.718	13.471	14.658	1753	1187
Peso medio					
Peso Medio Ordinari	1,4085	1,4553	1,4272	0,0468	-0,0281
Peso Medio DH	0,8520	0,8473	0,8570	-0,0047	0,0097
Peso Medio DRG Chirurgici	1,5642	1,5733	1,4851	0,0091	-0,0882
Peso Medio DRG Medici	0,9481	0,9440	0,9571	-0,0041	0,0131
Peso Medio complessivo	1,2189	1,2320	1,2067	0,0131	-0,0253
Degenza media trismata					
Degenza Media trismata	8,09	8,04	8,26	-0,05	0,22
Degenza Media DRG chirurgici	8,02	7,97	8,16	-0,05	0,19
Degenza Media DRG medici	8,15	8,09	8,34	-0,06	0,25
Percentuale di ricoveri sopra soglia per acuti					
% Dimessi outlier	6,73%	7,05%	7,10%	0,32%	0,05%
% Dimessi outlier CHIR	6,29%	6,22%	5,94%	-0,07%	-0,28%
% Dimessi outlier MED	7,04%	7,70%	8,05%	0,66%	0,35%
Percentuale ricoveri urgenti brevi					
% dimessi <2gg	4,94%	4,67%	5,10%	-0,27%	0,43%
Percentuale DRG a rischio inappropriatezza in DO					
% DRG a rischio inappropriatezza	13,80%	12,32%	13,02%	-1,48%	0,70%
% DRG a rischio inappropriatezza CHIR	15,58%	14,79%	15,80%	-0,79%	1,01%
% DRG a rischio inappropriatezza MED	12,57%	10,41%	10,78%	-2,16%	0,37%
Percentuale dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico					
% DRG medici	24,80%	23,51%	21,77%	-1,29%	-1,74%
% DRG medici ORD	26,99%	25,43%	24,69%	-1,56%	-0,74%
% DRG medici DH	21,53%	20,83%	17,97%	-0,70%	-2,86%
Percentuale DRG complicati sul totale di DRG omologhi					
% DRG complicati sul totale di DRG omologhi	31,73%	31,90%	30,92%	0,17%	-0,98%
% DRG con CC su DRG omologhi ORD	37,84%	38,23%	37,81%	0,39%	-0,42%
% DRG con CC su DRG omologhi DH	12,38%	14,26%	13,78%	1,88%	-0,48%
Utilizzo post acuzie					
% Dimessi modalità 7 e 8 (lungodegenza e riabilitazione)	1,38%	1,41%	1,78%	0,03%	0,37%
Continuità ospedale-territorio					
% Dimessi modalità 3,4,9 (RSA, osp. domiciliare, ADI)	2,09%	2,40%	2,54%	0,31%	0,14%
Importo degenza					
Rimborso ritorno	123.025.604	130.729.661	133.947.844	6,26%	2,46%
Rimborso ritorno Ordinari	98.415.473	104.281.886	104.104.219	5,96%	-0,17%
Rimborso ritorno Day Hospital	24.610.131	26.447.775	29.843.624	7,47%	12,84%
Degenza pre-post operatoria					
Degenza media preoperatoria	2,30	2,33	2,23	0,03	-0,10
Degenza media postoperatoria	7,01	6,64	6,77	-0,37	0,13
LEA 17. Rapporto tra DRG a rischio di inappropriatezza e non in regime ordinario					
Rapporto tra DRG a rischio di inapp e non	0,1506	0,1325	0,1410	-0,0181	0,0085
punteggio ponderato / trend	22,5	22,5	22,5	=	=
LEA 18.1.1 Percentuale parti cesarei primari					
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	33,04%	30,11%	34,01%	-2,93%	3,90%
punteggio ponderato / trend	0	3	0	+	-
LEA 19. Percentuale di pazienti over 65 operati entro 2 giorni per frattura collo femore					
Proporzione di interventi entro 2 giorni (%)	61,49%	69,00%	65,66%	7,51%	-3,34%
punteggio ponderato / trend	13,5	13,5	13,5	=	=
Percentuale errori di codifica (edit DQE 3,9,23,24,26,49)					
% edit DQE	16,01%	14,90%	15,14%	-1,11%	0,24%

Totale dimessi e valore della produzione

Anno di dimissione	Totale dimessi	dimessi ORD	dimessi DH	Importo totale	Importo ORD	Importo DH
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
2025	39.154	24.496	14.658	133.947.844	104.104.219	29.843.624
2023-2024	2.488	735	1.753	7.704.057	5.866.413	1.837.644
2024-2025	1.206	19	1.187	3.218.183	-177.667	3.395.850
2023-2024 %	7,02%	3,10%	14,96%	6,26%	5,96%	7,47%
2024-2025 %	3,18%	0,08%	8,81%	2,46%	-0,17%	12,84%

Nel 2025 si evidenzia come il numero dei dimessi in regime ordinario rimanga sostanzialmente invariato (+0,08%), con una leggera diminuzione del valore della produzione (-0,17%), nel mentre vi è un importante aumento dell'attività in regime diurno (+8,81%) con un parallelo aumento del valore della produzione (+12,84%).

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
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
2025	37.905	23.247	14.658	19.983	17.920	1,2067	1,4272	0,8570	0,9571	1,4851
Confronto 2023-2024	2.291	537	1.754	630	1.665	0,0131	0,0468	-0,0047	-0,0041	0,0091
Confronto 2024-2025	1.224	37	1.187	88	1.134	-0,0253	-0,0281	0,0097	0,0131	-0,0882

Nel 2025 si ha una riduzione del peso dei DRG Ordinari (-0,0281) che è ancor più marcata per il peso dei DRG chirurgici (-0,0882), mentre aumenta il peso dell'attività in regime diurno (+0,0097), così come il peso dei DRG medici (+0,0131).

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
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
2025	21.347	17.240	8,26	9.564	8,34	7.676	8,16
Confronto 2023-2024	522	420	-0,05	-198	-0,06	622	-0,05
Confronto 2024-2025	-61	-467	0,22	-312	0,25	-155	0,19

23

Nel 2025 si ha un complessivo aumento della durata della degenza entro soglia (+0,22) con un peggioramento soprattutto dei DRG medici (+0,25).

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
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%
2025	22.384	1.590	7,10%	12.367	995	8,05%	10.017	595	5,94%
Confronto 2023-2024	583	111	0,32%	-278	63	0,66%	865	48	-0,07%
Confronto 2024-2025	-35	9	0,05%	-231	25	0,35%	196	-16	-0,28%

Nel 2025 si evidenzia un ulteriore incremento per i DRG medici (+0,35%), mentre si conferma la riduzione per i DRG Chirurgici (-0,28%).

Percentuale di ricoveri urgenti brevi

Anno di dimissione	Totale dimessi	Ricoveri urgenti	Ricoveri urgenti brevi	% ricoveri urgenti brevi
2023	20.886	13.638	674	4,94%
2024	21.408	14.038	656	4,67%
2025	21.347	13.891	709	5,10%
Confronto 2023-2024	522	400	-18	-0,27%
Confronto 2024-2025	-61	-147	53	0,43%

Nel 2024 si ha una riduzione dei ricoveri urgenti brevi (-0,27%), seguita però da un maggiore incremento nel 2025 (+0,43%).

Percentuale di DRG a rischio di inappropriatezza in Degenza Ordinaria

	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
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%
2025	22.984	2.992	12.738	1.373	10.246	1.619	13,02%	10,78%	15,80%
Confronto 2023-2024	693	-245	-206	-307	903	62	-1,48%	-2,16%	-0,79%
Confronto 2024-2025	-24	158	-266	19	242	139	0,70%	0,37%	1,01%

Nel 2025 si registra un complessivo peggioramento (+0,7%) dovuto soprattutto ai DRG chirurgici (+1,01%).

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
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%
2025	19.813	4.313	11.208	2.767	8.605	1.546	21,77%	24,69%	17,97%
Confronto 2023-2024	1.552	142	632	-1	920	143	-1,29%	-1,56%	-0,70%
Confronto 2024-2025	943	-124	211	-30	732	-94	-1,74%	-0,74%	-2,86%

Nel 2025 si registra un miglioramento contenuto per il regime ordinario (-0,74%), più marcato per il regime diurno (-2,86%).

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
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%
2025	39.000	24.342	14.658	3.325	10.755	2.900	7.670	425	3.085	30,92%	37,81%	13,78%
Confronto 2023-2024	2.472	719	1.753	206	591	105	198	101	393	0,17%	0,39%	1,88%
Confronto 2024-2025	1.183	-4	1.187	-38	213	-66	-88	28	301	-0,98%	-0,42%	-0,48%

Nel 2025 si registra una diminuzione sia per il regime diurno (-0,42%) che per il regime diurno (-0,48%).

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
2023	23.627	142	185	327	0,60%	0,78%	1,38%
2024	24.346	148	196	344	0,61%	0,81%	1,41%
2025	24.342	227	206	433	0,93%	0,85%	1,78%
Confronto 2023-2024	719	6	11	17	0,01%	0,03%	0,03%
Confronto 2024-2025	-4	79	10	89	0,32%	0,04%	0,37%

Nel 2025 si evidenzia un complessivo miglioramento (+0,37%) soprattutto per quanto riguarda la modalità 7 (Trasferimento ad altro regime di ricovero o ad altro tipo di attività di ricovero nell'ambito dello stesso istituto +0,32%).

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
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%
2025	19.910	146	50	310	506	0,73%	0,25%	1,56%	2,54%
Confronto 2023-2024	1.108	31	-8	59	82	0,13%	-0,06%	0,24%	0,31%
Confronto 2024-2025	1.025	27	3	22	52	0,10%	0,00%	0,03%	0,14%

Nel 2025 si conferma il miglioramento complessivo (+0,14%) con una crescita soprattutto della modalità 3 (+0,1%).

Degenza pre / post – operatoria

Anno di dimissione	Durata della degenza preoperatoria (Media)	Durata della degenza postoperatoria (Media)
2023	2,30	7,01
2024	2,33	6,64
2025	2,23	6,77
Confronto 2023-2024	0,03	-0,37
Confronto 2024-2025	-0,10	0,13

Nel 2025 si registra un miglioramento della durata della degenza preoperatoria (-0,10), mentre aumenta la durata della degenza postoperatoria (+0,13).

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

Anno di dimissione	Totale dimessi	Dimessi a rischio di inappropriately	Dimessi non a rischio inappropriately	Rapporto tra DRG a rischio di Inappr. e non in regime ordinario
2023	23.627	3.093	20.534	0,1506
2024	24.346	2.849	21.497	0,1325
2025	24.342	3.009	21.333	0,1410

Nel 2025 si osserva un lieve peggioramento 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)
2023	340	1.029	33,04%
2024	364	1209	30,11%
2025	385	1132	34,01%

Nel 2025 un peggioramento rispetto al precedente anno comporta la valutazione di "scostamento non accettabile", in quanto la percentuale supera il 30% (34,01%) e l'indicatore risulta in crescita rispetto all'anno precedente.

28

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
2023	297	447	483	61,49%
2024	325	436	471	69,00%
2025	348	506	530	65,66%

Nel 2025 si evidenzia un peggioramento rispetto all'anno precedente (65,66%), risultando un valore del 65,12% per Clinica Ortopedica, del 67,44% per l'Ortopedia e Traumatologia di Sassari e del 63,44% per l'Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale Marino di Alghero.

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
2023	35.460	5.678	16,01%
2024	37.948	5.656	14,90%
2025	39.154	5.926	15,14%
Confronto 2023-2024	2.488	-22	-1,11%
Confronto 2024-2025	1.206	270	0,24%

Nel 2025 si registra un leggero peggioramento (+0,24%).

Conclusioni Anno 2025

Nel 2025 il numero dei dimessi in regime ordinario rimane pressoché uguale al precedente anno (+0,08%, incremento di 19 unità), conseguentemente è minima anche la variazione del valore della produzione (-0,17%, 177.667 euro su un totale di 104.104.219); il numero di dimessi in regime diurno continua a crescere come osservato negli anni precedenti (+8,81%) così come il relativo valore della produzione (+12,84%). Il peso medio dei ricoveri in regime ordinario ha una lieve riduzione (-0,0281), mentre incrementa quello dei ricoveri in regime diurno (+0,0097) verosimilmente per un incremento dell'attività di *day surgery*. Rispetto all'anno precedente si osserva un incremento della degenza media troncata (+0,22) con l'incremento sia dei DRG medici (+0,25) che di quelli chirurgici (+0,19). La percentuale dei ricoveri outlier aumenta per i DRG medici (+0,35%) e diminuisce per quelli chirurgici (-0,28%).

Per quanto riguarda i risultati degli indicatori relativi alle discipline post-acuzie si registra un complessivo miglioramento (+0,37%) dovuto soprattutto al ricorso alla modalità 7 (Trasferimento ad altro regime di ricovero o ad altro tipo di attività di ricovero nell'ambito dello stesso istituto) (+0,32%). Rispetto alla continuità ospedale-territorio (+0,14%), si assiste ad un maggior ricorso sia alla modalità di dimissione 3 (RSA) (+0,1%) che alla modalità di dimissione 9 (attivazione di ospedalizzazione domiciliare ADI) (+0,3%).

Relativamente agli indicatori di appropriatezza, si evidenzia un aumento dei ricoveri urgenti brevi (+0,43%) così come della percentuale di DRG a rischio di inappropriatezza in Degenza Ordinaria (+0,7%); allo stesso tempo si registra una diminuzione dei pazienti dimessi da reparti chirurgici con DRG medico (-1,74%).

Per quanto riguarda gli indicatori della Griglia LEA si evidenzia un peggioramento rispetto ai risultati del 2024, che riguarda in particolar modo l'indicatore relativo ai parti con taglio cesareo primario che si colloca nell'area di valutazione di "scostamento non accettabile e non in diminuzione" rimanendo oltre la soglia del 30% (34,01%). Anche la percentuale di pazienti >65aa operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore diminuisce (65,66%) avvicinandosi al valore soglia del 60%.

Considerazioni finali

I dati finora disponibili possono dare indicazioni di carattere generale, considerando anche i recenti cambiamenti di carattere organizzativo.

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, considerato il peggioramento rispetto al precedente anno (34,01%), attribuirebbe il giudizio di "scostamento non accettabile e non in diminuzione"; 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;
- 2) *percentuale di pazienti >65aa operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore*: si osserva un peggioramento rispetto all'anno precedente (65,66%); in particolare, si segnala la diversa *performance* delle strutture aziendali coinvolte: Clinica Ortopedica 65,12%, Ortopedia e Traumatologia di Sassari 67,44% e Ortopedia dell'Ospedale Marino di Alghero 63,44%.

3.3 VALUTAZIONE DEL PIANO NAZIONALE ESITI

I seguenti grafici rappresentano il dettaglio del *treemap* del Programma Nazionale Esiti, che illustra il livello di aderenza a standard di qualità e al volume di attività di ciascuno stabilimento della AOU di Sassari. Sono rappresentati i dati relativi ai soli anni 2023 e 2024 in quanto i dati relativi all'anno 2025 non sono ancora disponibili.

Stabilimento Cliniche di San Pietro – Fonte PNE 2024 (relativo all'attività effettuata nell'anno 2023)

Stabilimento Cliniche Di San Pietro



-  Volume di attività inferiore alla soglia (tolleranza del 10%) fissata dal regolamento riguardante la Definizione degli standard ospedalieri (DM Saluta 70/2015) o desumibile dalla letteratura scientifica
-  Strutture a cui è stato richiesto di avviare una procedura di audit sulla qualità dei dati

AREA CLINICA	INDICATORE	N	% Adj	% Italia	Vol. Attività	Vol. Operatore	Audit
CARDIOCIRCOLATORIO	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	96	1.58	1.49	.	.	
NERVOLOGICO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	106	2.95	9.40	.	.	
RESPIRATORIO	BPCO ricoverata: mortalità a 30 giorni	159	5.76	9.55	.	.	
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	49	-	84.74		73	17
CH. ONCOLOGICA	Nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da chirurgia conservativa per TM mammella	180	9.94	5.64	307	112	
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	46	-	0.86		22	12
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	147	5.05	3.69	87	31	
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	1003	37.76	22.66	1225	40	
	Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	170	3.17	11.57	1225	40	
	Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	644	14.88	10.54	1225	40	
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	50	38.54	56.27		61	22
	Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	33	5.67	1.12		60	31
	Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	63	5.74	3.12	107	65	
NEFROLOGIA	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	130	16.99	11.47	.	.	

Stabilimento SS Annunziata – Fonte PNE 2024 (relativo all'attività effettuata nell'anno 2023)

31

Stabilimento Ss. Annunziata



Volume di attività inferiore alla soglia (tolleranza del 10%) fissata dal regolamento riguardante la Definizione degli standard ospedalieri (DM Saluta 70/2015) o desumibile dalla letteratura scientifica



Strutture a cui è stato richiesto di avviare una procedura di audit sulla qualità dei dati

AREA CLINICA	INDICATORE	N	% Adj	% Italia	Vol. Attività	Vol. Operatore	Audit
CARDIOCIRCOLATORIO	IMA: mortalità a 30 giorni (con variabili cliniche)	375	6.21	7.13	.	.	
	By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni (con variabili cliniche)	261	2.93	1.80	178	52	
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	220	8.05	2.21	.	.	
	Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti	211	25.13	56.14	.	.	
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	264	4.57	9.63	.	.	
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	183	11.64	9.40	.	.	
	Intervento chirurgico per T. cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	130	1.06	2.96	.	.	
RESPIRATORIO	BPCO ricoverata: mortalità a 30 giorni	279	9.82	9.55	.	.	
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	104	57.33	84.74	159	30	
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	97	1.45	3.69	56	19	
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	277	47.84	56.27	318	39	
	Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	82	3.19	3.12	106	28	
NEFROLOGIA	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	356	7.78	11.47	.	.	

Stabilimento Ospedale Marino di Alghero – Fonte PNE 2024 (relativo all'attività effettuata nell'anno 2023)

32

Ospedale Marino



Volume di attività inferiore alla soglia (tolleranza del 10%) fissata dal regolamento riguardante la Definizione degli standard ospedalieri (DM Saluta 70/2015) o desumibile dalla letteratura scientifica



Strutture a cui è stato richiesto di avviare una procedura di audit sulla qualità dei dati

AREA CLINICA	INDICATORE	N	% Adj	% Italia	Vol. Attività	Vol. Operatore	Audit
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	104	53.41	56.27	131	58	
	Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	45	-	3.12	68	41	

Stabilimento Cliniche di San Pietro – Fonte PNE 2025 (relativo all'attività effettuata nell'anno 2024)

33

Stabilimento Cliniche Di San Pietro



-  Volume di attività inferiore alla soglia (tolleranza del 10%) fissata dal regolamento riguardante la Definizione degli standard ospedalieri (DM Saluta 70/2015) o desumibile dalla letteratura scientifica
-  Strutture a cui è stato richiesto di avviare una procedura di audit sulla qualità dei dati

AREA CLINICA	INDICATORE	N	% Adj	% Italia	Vol. Operatore	Audit
CARDIOCIRCOLATORIO	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	113	2.58	1.46	.	
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	121	4.42	9.16	.	
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	165	9.86	9.14	.	
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: volume di ricoveri	78	-	-	 24	
	Prop. di interventi di resezione entro 120gg da int. conservativo per TM mammella	136	5.93	5.07	.	
	Intervento chirurgico per TM della mammella: volume di ricoveri	261	-	-	111	
CH. ONCOLOGICA	Prop. di int.demolitivi per TM mammella con contestuale ricostruzione/inserzione	64	68.06	70.32	.	
	Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri	35	-	-	 18	
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	58	0.00	0.85	.	
	Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri	98	-	-	 38	
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	164	3.77	3.52	.	
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	1186	35.21	22.19	.	
	Parti: volume di ricoveri	1423	-	-	.	
	Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo	188	2.36	11.81	.	
	Proporzione di episiotomie in parti vaginali	785	11.76	9.06	.	
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48h	61	51.30	60.49	.	
	Interventi per frattura del collo del femore: volume di ricoveri	80	-	-	 18	
	Intervento di protesi di anca: volume di ricoveri	153	-	-	62	
	Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	92	7.53	3.21	.	
	Intervento di protesi di ginocchio: volume di ricoveri	67	-	-	 33	
	Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	34	5.86	1.13	.	

Stabilimento SS Annunziata – Fonte PNE 2025 (relativo all'attività effettuata nell'anno 2024)

34

Stabilimento Ss. Annunziata



Volume di attività inferiore alla soglia (tolleranza del 10%) fissata dal regolamento riguardante la Definizione degli standard ospedalieri (DM Saluta 70/2015) o desumibile dalla letteratura scientifica



Strutture a cui è stato richiesto di avviare una procedura di audit sulla qualità dei dati

AREA CLINICA	INDICATORE	N	% Adj	% Italia	Vol. Operatore	Audit
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	360	8.44	6.78	.	
	IMA STEMI: % trattati con PTCA entro 90 minuti	172	81.23	57.58	.	
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	236	11.74	9.39	.	
	By-pass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	314	0.90	1.51	.	
	By-pass totale: volumi di ricoveri	236	-	-	60	
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	335	3.84	2.07	.	
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	203	6.85	9.16	.	
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	131	0.55	2.75	.	
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	244	7.47	9.14	.	
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: volume di ricoveri	177	-	-	△ 36	
	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post operatoria < 3 giorni	127	69.83	85.89	.	
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri	69	-	-	△ 19	
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	113	1.59	3.52	.	
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48h	231	54.10	60.49	.	
	Interventi per frattura del collo del femore: volume di ricoveri	294	-	-	△ 43	
	Intervento di protesi di anca: volume di ricoveri	113	-	-	△ 31	
	Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	81	9.81	3.21	.	
	Intervento di protesi di ginocchio: volume di ricoveri	15	-	-	△ 14	
NEFROLOGIA	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	219	3.53	7.31	.	

Stabilimento Ospedale Marino di Alghero – Fonte PNE 2025 (relativo all’attività effettuata nell’anno 2024)

35

Ospedale Marino



Volume di attività inferiore alla soglia (tolleranza del 10%) fissata dal regolamento riguardante la Definizione degli standard ospedalieri (DM Saluta 70/2015) o desumibile dalla letteratura scientifica



Strutture a cui è stato richiesto di avviare una procedura di audit sulla qualità dei dati

AREA CLINICA	INDICATORE	N	% Adj	% Italia	Vol. Operatore	Audit
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48h	122	63.47	60.49	.	
	Interventi per frattura del collo del femore: volume di ricoveri	156	-	-	37	
	Intervento di protesi di anca: volume di ricoveri	100	-	-	62	
	Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	63	6.11	3.21	.	
	Intervento di protesi di ginocchio: volume di ricoveri	39	-	-	19	
	Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	26	3.99	1.13	.	

3.4 LE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE

La tabella seguente espone le le “assegnazioni” RAS del Bilancio consuntivo 2024, e le “assegnazioni provvisorie” RAS del Bilancio preventivo e consuntivo 2025.

Le “assegnazioni provvisorie” RAS del Bilancio consuntivo 2025 sono state indicate nella nota RAS prot. nr. 15879 del 21/05/2026 avente ad oggetto: “indicazioni operative per la chiusura dei bilanci di esercizio 2025”.

Il progetto di Bilancio 2024 è stato adottato con Delibera del Direttore Generale nr. 997 del 09/06/2026, avente ad oggetto: “Aggiornamento approvazione Progetto di Bilancio di esercizio Anno 2024 - a seguito della Nota RAS prot. n. 14910 del 1305/2026 Ulteriori indicazioni per la chiusura dei bilanci di esercizio 2024”.

Il Bilancio di previsione 2025 è stato adottato con Delibera del Direttore Generale nr. 216 del 30/07/2025, avente ad oggetto: “Bilancio Preventivo Economico anni 2025/2026/2027 - modifica della Delibera 255 del 18/03/2025.

COD	DESCRIZIONE	Bilancio 2024	Bilancio di previsione 2025*	Bilancio 2025*
AA0031	A.1.A.1.1) Finanziamento indistinto	114.277.941,89	168.007.440,94	146.162.236,03
AA0032	A.1.A.1.2) Finanziamento indistinto finalizzato da Regione	1.333.123,39	6.504.595,96	4.784.299,21
AA0034	A.1.A.1.3.A) Funzioni - Pronto Soccorso	14.329.490,87	10.324.792,62	14.329.490,87
AA0035	A.1.A.1.3.B) Funzioni - Altro	-	2.898.136,31	-
AA0080	A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	48.325.159,83	53.477.485,75	12.610.121,08
AA0350	A.4.A.1.1) Prestazioni di ricovero	127.722.028,88	120.205.948,86	127.722.028,88
AA0360	A.4.A.1.2) Prestazioni di specialistica ambulatoriale	19.928.870,48	18.367.169,57	19.928.870,48
AA0361	A.4.A.1.3) Prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	2.723.153,63	2.201.829,88	2.723.153,63
AA0380	A.4.A.1.5) Prestazioni di File F	71.784.172,17	61.751.847,02	71.784.172,17
AA0460	A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero	3.499.713,54	1.787.222,48	3.702.130,38
AA0470	A.4.A.3.2) Prestazioni ambulatoriali	154.772,63	70.898,08	163.724,38
AA0490	A.4.A.3.5) Prestazioni di File F	608.001,20	260.603,84	643.166,86
AA0601	A.4.A.3.17) Altre prestazioni sanitarie a rilevanza sanitaria - Mobilità attiva Internazionale rilevata dalle AO, AOU, IRCCS.	708.691,94	564.851,09	708.691,94
	Totale assegnazioni RAS	405.395.120,45	446.422.822,40	405.262.085,91
	<i>* le assegnazioni sono da considerarsi provvisorie</i>			

3.5 LA TRASPARENZA E L'ANTICORRUZIONE

Si sintetizzano le principali attività per l'anno 2025 svolte dal Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione (di seguito RTPC):

- aggiornamento 2025 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. 74 del 29.01.2025;
- 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 2025/2027”;
- 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.192/2025) al seguente indirizzo <https://www.aousassari.it/wp-content/uploads/2026/06/Verbale-09.2025-Monitoraggio-ANAC-Attestazione-finale.pdf>
- proseguo dell'attività formativa in presenza ed attraverso piattaforme informatiche a distanza e-learning;
- 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 2025

Con la deliberazione n. 19/21 del 9.04.2025, la Giunta regionale ha assegnato gli obiettivi per l'anno 2025 ai Direttori generali delle aziende sanitarie regionali.

Gli obiettivi sono articolati in due Macro Aree:

- a) Livello della sostenibilità economico finanziaria, con peso di 30/100
- b) Livello dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e della qualità: 70/100.

A loro volta suddivisi, nelle seguenti Aree:

- a) Area della gestione amministrativo contabile 30/100
- b) Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR 65/100
- c) Area della Qualità e del governo clinico e della sanità digitale e innovazione tecnologica 5/100

i sottolivelli sono divisi negli obiettivi specifici.

OBIETTIVO	PESO		
Livello della sostenibilità economico finanziaria		30	
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità		70	
Area della gestione amministrativo contabile	30		
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	65		
Area della Qualità e del governo clinico e della sanità digitale e innovazione tecnologica	5		

Di seguito si rappresentano i risultati ottenuti per singolo obiettivo assegnato.

Livello della sostenibilità economico finanziaria Area della gestione amministrativo contabile

1. AMC1 - Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art.1 comma 865 della L. 145/2018

39

Area della gestione amministrativo contabile- 30			
Obiettivo AMC1 (peso 30)	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2025
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	<u>Raggiunto: 49,96 giorni</u>

Nota agli obiettivi di Mandato:

- 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;
- è riconosciuta per la metà qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni;
- è riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni;
- 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 49,96 giorni.

Si rimanda all'Amministrazione trasparente dell'AOU Sassari, ove visionare i contenuti richiamati.

<https://www.aousassari.it/wp-content/uploads/2026/04/Indicatore-di-tempestivita-dei-pagamenti-anno-2025.pdf>

INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI		
TOTALE	GIORNI PER	Indice (C/A)
A	C	ITP 2025
207.119.044,86	-2.080.197.096,25	-10,04

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR

2. LEA14 - Abbattimento dei tempi di attesa.

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità-70			
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR - 65			
Obiettivo LEA14 (peso 15)	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2025
Abbattimento dei tempi di attesa	% di prestazioni di 2° livello	% del 2025 > % del 2024	+1.37%

Nota agli obiettivi di Mandato: L'obiettivo è funzionale al miglioramento della copertura per i programmi più estesi del territorio regionale (ASL di Cagliari) 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 2020 - 2025 PL 13).

Risultato ottenuto: Si è provveduto alla pubblicazione della Delibera n. 572 del 12.11.2024, unitamente alla Convenzione e agli accordi repertoriati, con cui si rinnovano gli accordi per garantire l'incremento delle prestazioni di screening per il 2025 rispetto al 2024.

La tabella allegata registra un aumento del +1.37% di prestazioni per l'anno 2025 rispetto all'anno 2024.

3. LEA18 - Abbattimento dei tempi di attesa

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità-70			
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR - 65			
Obiettivo LEA18 (peso 15)	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2025
Abbattimento dei tempi di attesa	% di partecipazione alle riunioni organizzate dal RUAS	<u>100%</u>	<u>Raggiunto</u>

Note agli obiettivi di mandato: Le funzioni del RUAS sono identificate nel decreto n. 30 DEL 04.11.2024.

Risultato ottenuto: Si conferma la partecipazione del RUGLA, formalmente nominato dall'azienda, alle riunioni organizzate dal RUAS al 100%.

4. LEA20 - Ottimizzazione della gestione dei posti letto

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità-70			
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR - 65			
Obiettivo LEA20 (peso 5)	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2025
Ottimizzazione della gestione dei posti letto	% di partecipazione agli incontri per l'efficientamento della gestione dei posti letto organizzati dal Bed Manager Regionale	100%	Raggiunto

Risultato ottenuto: Si conferma la partecipazione al 100% degli incontri del Bed Manager aziendale, con nota "attestazione partecipazione incontri Regionali rete Bed Management" del 29/09/2025 a firma del Bed Manager regionale.

5. LEA29 - 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 i risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità-70			
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR - 65			
Obiettivo LEA29 (peso 5)	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2025
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 i risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	N° di segnalazioni di CAM/N° di decessi per lesione encefalica	$\geq 30\%$	Raggiunto: 32,7%

Note 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

Risultato ottenuto: In relazione all' indicatore di qualità previsto, percentuale di segnalazioni su numero di decessi con LCA totali dell'azienda, i dati ricavati dalle SDO relativi ai decessi con codice ICD-9, indicativo di lesione cerebrale acuta, riportano relativamente all' Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari una percentuale dell'indicatore del 32,7%.

6. LEA3 Supporto all'avvio del progetto Hub del farmaco

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità-70			
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR - 65			
Obiettivo LEA3 (peso 5)	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2025
Supporto all'avvio del progetto Hub del farmaco	Predisposizione dei documenti per l'avvio e la messa a regime dei magazzini	Trasmissione dei documenti entro 60 giorni dalla richiesta formale di ARES	Raggiunto

Risultato ottenuto: Con nota del 25.09.2025 della Direttrice della SC Farmacia ospedaliera dell'AOU di Sassari, si rende noto che sono stati portati a compimento tutti gli adempimenti di competenza richiesti per la partenza dell'HUB del Nord Sardegna, portando avanti la collaborazione con i colleghi di ARES coinvolti nel progetto. Si conferma pertanto che, l'HUB del Nord è pienamente operativo per AOU Sassari e stanno progressivamente aumentando le referenze, sia di farmaci che di dispositivi medici, che vengono gestite tramite tale canale.

7. LEA30 - Migliorare la presa in carico del paziente attraverso i PASS

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità-70			
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR - 65			
Obiettivo LEA30 (peso 5)	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2025
Migliorare la presa in carico del paziente attraverso i PASS	(N° di dimissioni protette/N° di dimissioni totali)*100	% > 20%	
Report Dati da 1_01_2025 a 31_12_2025	N° 1.790 dimissioni protette / N° 8.911 dimissioni totali* x 100	Valore raggiunto 20%	Presa in carico da parte del PASS del 20 % dei pazienti dimessi*

Note agli obiettivi di mandato: la legge regionale 11 settembre 2020, n. 24, ha istituito, sia nei presidi ospedalieri che a livello distrettuale, i Punti di accesso unitari dei servizi sanitari (PASS), in diretta relazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. I PASS, orientati a garantire la presa in carico globale del paziente, nella complessità dei suoi bisogni socio-sanitari, con particolare attenzione alla famiglia e anche al contesto di riferimento, hanno avuto attuazione con la DGR 28/11 del 24.08.2023 nella quale è stato infatti stabilito che presso ogni presidio ospedaliero venisse attivato un PASS, composto dai responsabili del percorso clinico di transizione (referente medico di direzione medica di presidio, infermiere, assistente sociale), in diretta relazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. Mentre la funzione del PASS distrettuale venisse assunta dal PUA. Livello Assistenziale Dimissioni Protette del “Ritornare a casa PLUS” Interventi di sostegno alla domiciliarità per le persone con disabilità gravissime.

Risultato ottenuto: L'UVO PASS ha preso in carico è valutato con VMD sanitaria e sociale, un numero di pazienti pari a N. 1790, che corrisponde al 20 % del totale. Le pratiche concluse con i PUA dei Distretti ASL di tutto il territorio della RAS risultano essere N. 1206, di cui N. 738 sono attivazioni di Cure Domiciliari Integrate CDI, pari al 41 % dei pazienti totali presi incarico e al 8% dei dimessi over 70 (N. 8.911).

8. LEA5 – Percentuale di prime visite specialistiche erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità-70			
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR - 65			
Obiettivo LEA5 (peso 15)	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2025
Percentuale di prime visite specialistiche erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	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	70%	67,23%

	dal canale di gestione nel CUP)*100		
--	-------------------------------------	--	--

Note agli obiettivi di mandato: 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. Periodo di riferimento: settembre-dicembre 2025.

Risultato ottenuto: In riferimento al raggiungimento dell’obiettivo LEA5, le estrapolazioni effettuate attestano una percentuale del 67,23% al 24.06.2026, 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 2025. Si registra pertanto un miglioramento, rispetto alla precedente risultato conseguito nell’annualità 2024, in cui è stato registrato il valore 67,05%, nel medesimo periodo di riferimento.

Area della Qualità e del governo clinico e della sanità digitale e innovazione tecnologica

9. QGC2 - Implementazione Delib. G.R n. 2/15 del 20.01.2022 con riferimento all'Azione 3 Monitoraggio e Implementazione Sicurezza nel Percorso Nascita

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità-70			
Area della Qualità e del governo clinico e della sanità digitale e innovazione tecnologica – 5			
Obiettivo QGC2 (peso 5)	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	Risultato 2025
Implementazione Delib. G.R n. 2/15 del 20.01.2022 con riferimento all'Azione 3 Monitoraggio e Implementazione Sicurezza nel Percorso Nascita	1. Individuazione dei nominativi della equipe di professionisti formati 2. % di	1 1. Entro il 30.09.2025 2. Almeno il 90% entro il 31.12.2025	Raggiunto

Note agli obiettivi di mandato: 1 - I nominativi devono essere trasmetti al Centro regionale risk management 2 - I verbali di partecipazione agli incontri devono essere trasmessi al Centro regionale risk management

Risultato ottenuto: Con nota NS PG/2025/0011447 del 03/07/2025, si è provveduto a trasmettere alla RAS il tracciato contenente i nominativi dei professionisti dell’AOU di Sassari, partecipanti all’equipe di formatori al fine di dare attuazione all’implementazione della Delib. G.R. n. 2/15 del 20.01.2022 “Azione 3 – Monitoraggio e Implementazione Sicurezza nel Percorso Nascita”.

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

Peso	Obiettivi	Risultato raggiunto
30	Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art.1 comma 865 della L. 145/2018	RAGGIUNTO
15	Abbattimento dei tempi di attesa	RAGGIUNTO
15	Abbattimento dei tempi di attesa	RAGGIUNTO
5	Ottimizzazione della gestione dei posti letto	RAGGIUNTO
5	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 i risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	RAGGIUNTO
5	Supporto all'avvio del progetto Hub del farmaco	RAGGIUNTO
5	Migliorare la presa in carico del paziente attraverso i PASS	RAGGIUNTO
15	Percentuale di prime visite specialistiche erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	NON RAGGIUNTO
5	Implementazione Delib. G.R n. 2/15 del 20.01.2022 con riferimento all'Azione 3 Monitoraggio e Implementazione Sicurezza nel Percorso Nascita	RAGGIUNTO

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).

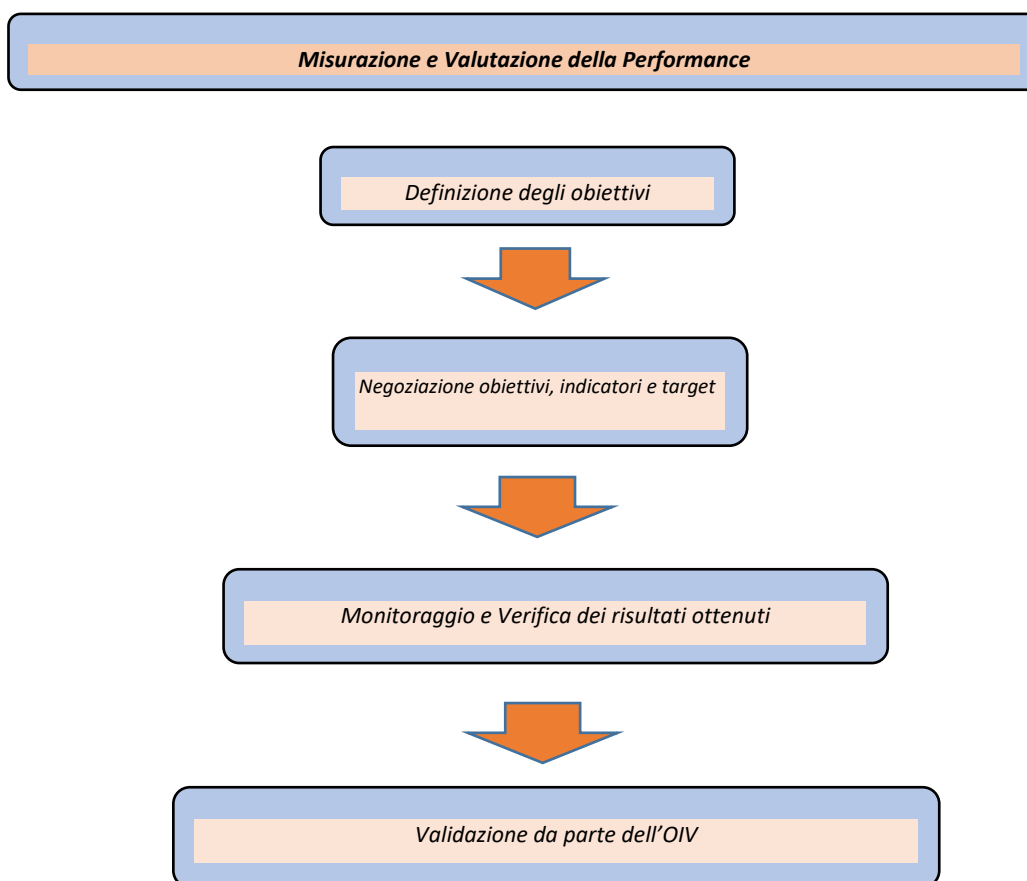
5.2 FASI/RISULTATI

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 Assessoriali 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/DIPARTIMENTO	CDC	DESCRIZIONE CDC	% riscontrata
DIPARTIMENTO CARDIO-VASCOLARE	4_DAI.08.04.00.00	CARDIOANESTESIA	98,2%
DIPARTIMENTO CARDIO-VASCOLARE	4_DAI.08.01.00.00	CARDIOCHIRURGIA	95,0%
DIPARTIMENTO CARDIO-VASCOLARE	4_DAI.08.03.00.00	CARDIOLOGIA CLINICA ED INTERVENTISTICA	100,0%
DIPARTIMENTO CARDIO-VASCOLARE	4_DAI.08.02.00.00	CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE	97,3%
DIPARTIMENTO CARDIO-VASCOLARE	DIP_1	DIPARTIMENTO CARDIO-VASCOLARE	94,8%
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	4_DAI.01.03.00.00	ANESTESIA, MEDICINA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE	100,0%
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	4_DAI.01.05.00.00	BREAST UNIT	97,3%
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	4_DAI.01.04.00.00	CENTRO USTIONI	72,5%
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	4_DAI.01.02.00.00	CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	71,0%
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	4_DAI.01.01.00.00	CLINICA CHIRURGICA	90,8%
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	4_DAI.01.06.00.00	DAY SURGERY AREA CHIRURGICA	struttura mai attivata
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	DIP_2	DIPARTIMENTO CHIRURGICO	77,5%
DIPARTIMENTO CHIRURGIE SPECIALISTICHE	4_DAI.03.01.00.00	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	93,4%
DIPARTIMENTO CHIRURGIE SPECIALISTICHE	4_DAI.03.02.00.00	CLINICA OCULISTICA	73,2%
DIPARTIMENTO CHIRURGIE SPECIALISTICHE	4_DAI.03.06.00.00	CLINICA ODONTOIATRICA	95,0%
DIPARTIMENTO CHIRURGIE SPECIALISTICHE	4_DAI.03.03.00.00	CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA	93,9%
DIPARTIMENTO CHIRURGIE SPECIALISTICHE	4_DAI.03.04.00.00	CLINICA UROLOGICA	96,3%
DIPARTIMENTO CHIRURGIE SPECIALISTICHE	DIP_10	DIPARTIMENTO CHIRURGIE SPECIALISTICHE	92,8%
DIPARTIMENTO CHIRURGIE SPECIALISTICHE	4_DAI.03.05.00.00	TERAPIA INTENSIVA GENERALE E POST-OPERATORIA	90,0%
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA E SERVIZI	DIP_4	DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA E SERVIZI	99,0%
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA E SERVIZI	4_DAI.10.07.00.00	GENETICA E BIOLOGIA DELLO SVILUPPO	97,5%
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA E SERVIZI	4_DAI.10.04.01.00	LABORATORIO UNICO DI ANALISI CLINICHE CHIMICO-EMATOLOGICHE	98,9%
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA E SERVIZI	4_DAI.10.05.00.00	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	98,4%
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA E SERVIZI	4_DAI.10.06.00.00	RADIOLOGIA VASCOLARE ED INTERVENTISTICA	100,0%
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA E SERVIZI	4_DAI.10.02.00.00	SCIENZE RADIOLOGICHE, INTERVENTISTICHE E D'URGENZA	95,7%
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA E SERVIZI	4_DAI.10.03.00.00	SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE, TERAPIA DELLE EMOGLOBINOPATIE E COAGULOPATIE	100,0%
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	4_DAI.06.07.00.00	ANESTESIA (PLESSO SSA)	95,4%
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	4_DAI.06.03.00.00	CHIRURGIA GENERALE D'URGENZA	83,1%
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	DIP_3	DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	86,9%
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	4_DAI.06.01.00.00	MEDICINA EMERGENZA URGENZA	93,9%
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	4_DAI.06.06.00.00	NEUROCHIRURGIA	89,1%
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	4_DAI.06.05.00.00	TERAPIA INTENSIVA EMERGENZA-URGENZA (PLESSO SSA)	92,5%
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	4_DAI.06.04.00.00	TRAUMATOLOGIA ED ORTOPEDIA	98,1%
DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE	4_DAI.04.03.00.00	CLINICA MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	94,8%
DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE	4_DAI.04.06.00.00	DERMATOLOGIA	92,3%
DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE	DIP_9	DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE	97,3%
DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE	4_DAI.04.04.00.00	ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DELLA NUTRIZIONE E DEL RICAMBIO	91,5%
DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE	4_DAI.04.05.00.00	ENDOSCOPIA BRONCHIALE INTERVENTISTICA	100,0%
DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE	4_DAI.04.02.00.00	NEFROLOGIA, DIALISI E TRAPIANTI	87,6%
DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE	4_DAI.04.01.00.00	PNEUMOLOGIA CLINICA ED INTERVENTISTICA	100,0%
DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE	4_DAI.04.07.00.00	PSICHIATRIA	100,0%
DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE	4_DAI.04.08.00.00	PSICOLOGIA OSPEDALIERA	100,0%

AREA/DIPARTIMENTO	CDC	DESCRIZIONE CDC	% riscontrata
DIPARTIMENTO MEDICO	4_DAI.02.01.00.00	CLINICA MEDICA	95,0%
DIPARTIMENTO MEDICO	4_DAI.02.06.00.00	DAY HOSPITAL AREA MEDICA	77,3%
DIPARTIMENTO MEDICO	DIP_5	DIPARTIMENTO MEDICO	93,3%
DIPARTIMENTO MEDICO	4_DAI.02.08.00.00	EPATOLOGIA	96,6%
DIPARTIMENTO MEDICO	4_DAI.02.04.00.00	GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	98,7%
DIPARTIMENTO MEDICO	4_DAI.02.03.00.00	GERIATRIA	100,0%
DIPARTIMENTO MEDICO	4_DAI.02.02.00.00	MEDICINA INTERNA	93,1%
DIPARTIMENTO MEDICO	4_DAI.02.05.00.00	PATOLOGIA MEDICA	98,7%
DIPARTIMENTO MEDICO	4_DAI.02.07.00.00	REUMATOLOGIA	78,9%
DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO	4_DAI.07.05.00.00	ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	100,0%
DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO	DIP_7	DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO	93,6%
DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO	4_DAI.07.02.00.00	EMATOLOGIA	82,2%
DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO	4_DAI.07.01.00.00	MEDICINA NUCLEARE	100,0%
DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO	4_DAI.07.03.00.00	ONCOLOGIA MEDICA	98,5%
DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO	4_DAI.07.04.00.00	RADIOTERAPIA	100,0%
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	5_PSAN.01.02.00.00	AREA TECNICA SANITARIA E RIABILITAZIONE	100,0%
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	Dip_PS	DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	100,0%
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	5_PSAN.01.03.00.00	DISCHARGE ROOM	100,0%
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	5_PSAN.01.01.00.00	GESTIONE INFERMIERISTICA	100,0%
DIPARTIMENTO SCIENZE MOTORIE, NEUROLOGICHE E RIABILITATIVE	4_DAI.05.05.00.00	CLINICA NEUROLOGICA	91,7%
DIPARTIMENTO SCIENZE MOTORIE, NEUROLOGICHE E RIABILITATIVE	4_DAI.05.01.00.00	CLINICA ORTOPEDICA	81,0%
DIPARTIMENTO SCIENZE MOTORIE, NEUROLOGICHE E RIABILITATIVE	DIP_8	DIPARTIMENTO SCIENZE MOTORIE, NEUROLOGICHE E RIABILITATIVE	96,0%
DIPARTIMENTO SCIENZE MOTORIE, NEUROLOGICHE E RIABILITATIVE	4_DAI.05.03.00.00	NEURO-RIABILITAZIONE E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	96,6%
DIPARTIMENTO SCIENZE MOTORIE, NEUROLOGICHE E RIABILITATIVE	4_DAI.05.02.00.00	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (ALGHERO)	90,0%
DIPARTIMENTO SCIENZE MOTORIE, NEUROLOGICHE E RIABILITATIVE	4_DAI.05.04.00.00	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE (ALGHERO)	84,0%
DIPARTIMENTO SCIENZE MOTORIE, NEUROLOGICHE E RIABILITATIVE	4_DAI.05.07.00.00	STROKE UNIT	100,0%
DIPARTIMENTO SCIENZE MOTORIE, NEUROLOGICHE E RIABILITATIVE	4_DAI.05.06.00.00	TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT E TECNICHE ORTOPEDICHE CHIRURGICHE INNOVATIVE (ALGHERO)	struttura mai attivata
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO	6_AMMTEC.01.02.00.00	ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI E TECNOLOGIE	100,0%
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO	DIP_AT	DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO	100,0%
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO	6_AMMTEC.01.04.00.00	GESTIONE AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO	100,0%
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO	6_AMMTEC.01.01.00.00	GESTIONE ECONOMICA E FINANZIARIA	100,0%
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO	6_AMMTEC.01.05.01.00	INGEGNERIA CLINICA	100,0%
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO	6_AMMTEC.01.06.00.00	LAVORI, MANUTENZIONI, LOGISTICA E PATRIMONIO	100,0%
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO	6_AMMTEC.01.05.00.00	PROGETTAZIONE ED INNOVAZIONE TECNOLOGICA	100,0%
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO	6_AMMTEC.01.03.00.00	RISORSE UMANE E RELAZIONI SINDACALI	100,0%
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO	6_AMMTEC.01.05.02.00	TECNOLOGIE INFORMATICHE E RETI	100,0%
DIPARTIMENTO TUTELA SALUTE DONNA E BAMBINO	4_DAI.09.06.00.00	CARDIOLOGIA PEDIATRICA E DELLE CARDIOPATIE CONGENITE	100,0%
DIPARTIMENTO TUTELA SALUTE DONNA E BAMBINO	4_DAI.09.04.00.00	CHIRURGIA PEDIATRICA E NEONATALE	100,0%
DIPARTIMENTO TUTELA SALUTE DONNA E BAMBINO	4_DAI.09.01.00.00	CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA	94,0%
DIPARTIMENTO TUTELA SALUTE DONNA E BAMBINO	4_DAI.09.02.00.00	CLINICA PEDIATRICA	99,2%
DIPARTIMENTO TUTELA SALUTE DONNA E BAMBINO	DIP_6	DIPARTIMENTO TUTELA SALUTE DONNA E BAMBINO	93,0%
DIPARTIMENTO TUTELA SALUTE DONNA E BAMBINO	4_DAI.09.05.00.00	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	94,0%
DIPARTIMENTO TUTELA SALUTE DONNA E BAMBINO	4_DAI.09.03.00.00	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE E NEONATOLOGIA - TIN	98,5%
AREA FUNZIONI DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	3_PRESID.01.01.00.00	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO, IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E INFEZIONI OSPEDALIERE	100,0%
AREA FUNZIONI DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	3_PRESID.01.02.00.00	FARMACIA OSPEDALIERA	100,0%
AREA FUNZIONI DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	3_PRESID.01.06.00.00	FISICA SANITARIA	100,0%
AREA FUNZIONI DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	3_PRESID.01.04.00.00	MEDICINA LEGALE	100,0%
AREA FUNZIONI DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	3_PRESID.01.05.00.00	OPERATION MANAGER AND OPERATING ROOM MANAGER	80,0%
AREA FUNZIONI DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	3_PRESID.01.03.00.00	PREOSPEDALIZZAZIONE, ACCOGLIENZA E CUP	100,0%
AREA FUNZIONI DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	3_PRESID.01.07.00.00	QUALITA', ACCREDITAMENTO, CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	100,0%
AREA STAFF DI DIREZIONE	2_STAFF.01.03.00.00	AFFARI GENERALI, LEGALI, COMUNICAZIONE URP	100,0%
AREA STAFF DI DIREZIONE	2_STAFF.01.02.00.00	FORMAZIONE, RICERCA, PROGRAMMI ASSISTENZIALI E SPERIMENTAZIONI CLINICHE	80,0%
AREA STAFF DI DIREZIONE	2_STAFF.01.05.00.00	PREVENZIONE E PROTEZIONE (RSPP)	100,0%
AREA STAFF DI DIREZIONE	2_STAFF.01.01.00.00	PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO DI GESTIONE E FLUSSI INFORMATIVI	100,0%
AREA STAFF DI DIREZIONE	2_STAFF.01.04.00.00	SORVEGLIANZA SANITARIA	100,0%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE		Prof. Antonio Alfredo Azara	100,0%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE		Prof. Carru Ciriaco	100,0%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE		Prof. Fiori Luigi	100,0%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE		Prof. Montella Andrea	100,0%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE		Prof. Palmieri Giuseppe	100,0%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE		Prof. Piana Andrea	100,0%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE		Prof. Scaglione Mariano	100,0%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE		Prof. Sechi Leonardo	100,0%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE		Prof. Uzzau Sergio	100,0%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE		Prof.ssa Deriu Franca	100,0%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE		Prof.ssa Dore Maria Pina	100,0%
INCARICO DI PROGRAMMA ASSISTENZIALE		Prof.ssa Pascale Maria Rosa	100,0%
		MEDIA VALUTAZIONI 2025	95,4%

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 2025 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 2025:

Categoria	Totale Valutati
Direttori dipartimento	9
Direttori SC e SSD	70
Responsabili SS	38
Dirigenti	775
Area professionisti della salute e funzionari - IFO	103
Area professionisti della salute e funzionari - IFP	30
Area professionisti della salute e funzionari	1615
Scheda di valutazione delle figure del comparto - area degli assistenti	111
Area degli assistenti - IFP	3
Scheda di valutazione delle figura del comparto area deli operatori e area del personale di supporto	547
TOTALE COMPLESSIVO	3301

La tabella seguente individua la media delle percentuali di valutazione individuale raggiunta per categoria per l'anno 2025:

Categoria	Media Valutazioni individuali	Target riferimento	Risultato %
1- Direttori dipartimento	8	8	100%
2- Direttori SC e SSD	9,92	10	99,20%
3- Responsabili SS	14,58	15	97,20%
4- Dirigenti	18,75	20	93,75%
Area professionisti della salute e funzionari - IFO	39,6	40	99,00%
Area professionisti della salute e funzionari - IFP	39,25	40	98,12%
Area professionisti della salute e funzionari	48,69	50	97,38%
Scheda di valutazione delle figure del comparto - area degli assistenti	58,27	60	97,11%
Area degli assistenti - IFP	52,57	55	95,6%
Scheda di valutazione delle figura del comparto area deli operatori e area del personale di supporto	66,83	70	95,47%

5.3 CONCLUSIONI E PROSPETTIVE EVOLUTIVE DEL SISTEMA DELLA PERFORMANCE

50

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.

I risultati conseguiti nel corso dell'anno evidenziano l'impegno dell'Azienda nel perseguire gli obiettivi strategici programmati, assicurando la coerenza tra programmazione, gestione e valutazione delle performance, in un contesto caratterizzato da una crescente complessità organizzativa e assistenziale.

Nel corso del 2025, l'Azienda ha inoltre avviato un percorso di evoluzione del proprio Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, in linea con gli indirizzi del Dipartimento della Funzione Pubblica e con la Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 28 novembre 2023, orientando progressivamente il sistema verso una maggiore integrazione tra performance organizzativa e individuale, valorizzazione delle competenze, sviluppo del capitale umano e creazione di valore pubblico.

In tale prospettiva, assume particolare rilievo la centralità della persona, intesa sia come professionista chiamato a contribuire con competenze, responsabilità e capacità relazionali al perseguimento degli obiettivi aziendali, sia come paziente e cittadino destinatario dell'azione dell'Azienda. La qualità delle cure, l'umanizzazione dell'assistenza, la collaborazione multidisciplinare e il benessere organizzativo costituiscono elementi sempre più strettamente connessi alla capacità dell'organizzazione di generare risultati sostenibili e di rispondere efficacemente ai bisogni di salute della collettività.

L'evoluzione del sistema di performance dovrà pertanto continuare a rafforzare il collegamento tra strategia, processi, competenze e risultati, promuovendo un modello di governance capace di utilizzare la valutazione non soltanto come strumento di misurazione, ma come leva di innovazione, apprendimento organizzativo e miglioramento continuo.

L'Azienda conferma, pertanto, il proprio impegno a consolidare un sistema di performance sempre più orientato alla qualità, alla sicurezza e all'umanizzazione dei servizi sanitari, alla valorizzazione delle persone, alla centralità del paziente, alla trasparenza dell'azione amministrativa e alla generazione di valore pubblico, nella consapevolezza che la crescita dell'organizzazione, lo sviluppo del capitale umano e il miglioramento dell'esperienza di cura rappresentano dimensioni inscindibili di un'unica strategia di sviluppo.

La Relazione sulla Performance rappresenta pertanto non solo uno strumento di rendicontazione dei risultati conseguiti, ma anche un momento di riflessione strategica volto a orientare le future azioni di miglioramento, nella convinzione che la qualità dell'organizzazione, la valorizzazione delle persone e la centralità del paziente costituiscano i presupposti essenziali per la generazione di valore pubblico.