

Relazione sulla Performance 2025



Sommario

PRESENTAZIONE

1. I PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI.....	4
2. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE	5
2.1 Contesto	5
2.2 Eventi significativi	10
2.3 Risorse.....	15
2.4 Analisi di genere	17
3. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	18
4. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA	30
5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI.....	32
6. IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	34

PRESENTAZIONE

Il presente documento è redatto ai sensi del D.Lgs.150/2009, così come modificato dal D.Lgs.74/2017, e secondo le Linee Guida emanate dalla Presidenza del Consiglio dei ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, Ufficio per la valutazione della performance a Novembre 2018 come previsto dall'articolo 3 comma 1 del D.P.R. 105/2016.

Con DGR n. 51/36 del 30/12/2021, recepita con deliberazione n.1 del 1 gennaio 2022, viene nominata Direttore Generale dell'Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione G. Brotzu di Cagliari la Dott.ssa Agnese Foddis con decorrenza 01/01/2022.

Con DGR n. 23/9 del 27/04/2025, recepita con deliberazione n. 1 del 06/05/2025, viene nominato Commissario Straordinario dell'Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione G. Brotzu di Cagliari il Dott. Maurizio Marcias.

Con DGR n. 68/10 del 31/12/2025, recepita con deliberazione n. 1 del 07/01/2026, viene nominato Direttore Generale dell'Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione G. Brotzu di Cagliari il Dott. Maurizio Marcias.

Con la Legge Regionale n. 24 del 11 settembre 2020 "Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore" all'Art. 2 comma 1c) si identifica Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione "G. Brotzu" (ARNAS), e al capo IV il relativo Ordinamento.

L'art. 6 del Decreto Legge n.80 del 9 giugno 2021, convertito, con modificazioni, dalla Legge n.113 del 6 agosto 2021 recante: "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", prevede che, le pubbliche amministrazioni, di cui all'art. 1, comma 2, del D.lgs. n. 165/2001, con più di cinquanta dipendenti, adottino entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (di seguito PIAO) nel rispetto delle normative di settore e, precisamente, del D.lgs. n.150/2009 e della L. n. 190/2012.

Con deliberazione n. 1456 del 5 dicembre del 2022 avente ad oggetto "Approvazione dell'Atto Aziendale dell'Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione (ARNAS) "G. Brotzu" è stato adottato l'Atto Aziendale e inviato alla Giunta Regionale per la valutazione di conformità agli indirizzi di cui alla D.G.R. n. 30/74 del 30 settembre 2022.

Con deliberazione di Giunta regionale n.1/5 del 3.1.2023 recante ad oggetto "Atto aziendale dell'Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione "G. Brotzu" (ARNAS). Verifica di conformità ai sensi dell'art. 17, comma 3, L.R. 11.9.2020, n. 24" è stato approvato l'atto aziendale dell'Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione "G. Brotzu" (ARNAS), ai sensi dell'art. 17, comma 3, della legge regionale 11 settembre 2020, n. 24, con alcune precisazioni.

Con deliberazione n. 72 del 20 gennaio 2023 con oggetto "Preso d'atto Deliberazione della Giunta regionale n.1/5 del 3.1.2023 recante Atto aziendale dell'Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione "G. Brotzu" (ARNAS). Verifica di conformità ai sensi dell'art. 17, comma 3, L.R. 11.9.2020, n. 24" è stato preso atto della valutazione positiva di conformità dell'atto aziendale da parte della Giunta Regionale.

Il Direttore Generale per il 2025 ha convocato i Direttori di Dipartimento e i Direttori di Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale, afferenti alle Strutture secondo l'assetto organizzativo aziendale in vigore, per la negoziazione di Budget per l'anno 2025 in coerenza con gli obiettivi assegnati ai Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali.

Con Delibera n. 103 del 31.01.2025 è stato approvato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025 -2027, secondo quanto previsto dall'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 con il quale è previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative.

Il PIAO è un documento unico di programmazione e *governance* che andrà a sostituire tutti i programmi che le Pubbliche Amministrazioni erano tenute a predisporre, tra cui i piani della performance, del lavoro agile (POLA) e dell'anticorruzione.

Il PIAO ha durata triennale, ma viene aggiornato annualmente. L'articolo 6 del Decreto Reclutamento, indica i suoi contenuti.

Il PIAO deve essere predisposto dalle Pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti, con la sola esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative. Le PA interessate sono, per l'esattezza, quelle dell'articolo 1, comma 2, del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (con più di 50 dipendenti appunto), tra le altre quindi anche gli enti del Servizio Sanitario.

Le strutture aziendali coinvolte e l'Organismo Indipendente di Valutazione si sono incontrate al fine di portare a compimento i lavori per l'anno 2025. Sulla base delle risultanze del processo di verifica, condotto dall'Organismo Indipendente di Valutazione, che si è avvalso dell'istruttoria formulata dalla Struttura Tecnica Permanente si è arrivati a definire le performance organizzative delle singole strutture a valenza budgetaria.

Il processo di verifica è parte integrante del Ciclo di Gestione della Performance ed è stato portato a termine dall'Organismo Indipendente di Valutazione in osservanza alle disposizioni contenute nel Sistema di Misura e Valutazione adottato dall'Azienda con deliberazione n. 1501/2013, nonché in conformità alle modalità operative previste dai vigenti Protocolli Applicativi per il Sistema Premiante.

Nel 2022 la STP ha redatto una bozza del nuovo Regolamento del Sistema di *budgeting* operativo ai fini della programmazione e controllo delle performance organizzative e lo ha sottoposto all'attenzione del OIV. Per tutto l'anno 2022 si è applicato in fase sperimentale per poi essere portato ad approvazione definitiva con la Deliberazione n. 174 del 10/02/2023. L'intero ciclo della Performance 2025 è stato condotto in coerenza con il nuovo regolamento.

L'OIV, monitorato il processo di misurazione e valutazione, procede all'analisi della presente relazione al fine della validazione della stessa ai sensi dell'Art. 14 c.4 del d.lgs. 150/2009, così come modificato dal d.lgs. 74/2017.

1. I PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

Di seguito si riporta una tabella di sintesi con la dotazione di posti letto e i volumi dell'attività sanitaria erogata nell'anno 2025.

Principali dati di attività	Anno 2025
Totale Posti letto Azienda (Ordinari e Diurni)	788
Posti letto ricoveri ordinari	672
Posti letto ricoveri diurni (DH + DS)	116
DRG ricoveri ordinari	23.939
Giornate di degenza ricoveri ordinari	192.895
DRG ricoveri diurni (DH + DS)	10.808
Accessi ricoveri diurni (DH + DS)	58.928
Numero interventi chirurgici	16.048
Numero trapianti d'organo	76
Numero trapianti midollo osseo	98
Numero trapianti cornee	44
Accessi in Pronto Soccorso pazienti adulti	46.750
Accessi in Pronto Soccorso pazienti in età pediatrica	19.637
N. prestazioni specialistica per pazienti esterni (SSN)	1.178.198

2. ANALISI DEL CONTESTO E DELLE RISORSE

2.1 Contesto

L'ARNAS G. Brotzu è un'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione riconosciuta come tale con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'08/04/1993. È dotata di personalità giuridica di diritto pubblico con autonomia amministrativa, patrimoniale e contabile il cui funzionamento istituzionale, organizzativo e gestionale è disciplinato dalle leggi nazionali e regionali in materia di finanziamento, contabilità ed organizzazione delle Aziende Sanitarie.

L'attività dell'azienda è rivolta ad un bacino d'utenza teorico di circa 746.355 abitanti (417.079 nella provincia di Cagliari e 329.276 nell'area sud Sardegna, (fonte ISTAT al 01/01/2025), ma in ragione della sua qualificazione di Azienda di Alta Specializzazione avente professionalità e strumentazione di eccellenza, costituisce un polo di attrazione per pazienti provenienti da tutto il territorio regionale. La tabella seguente mostra in termini percentuali le aree di residenza dei pazienti a cui sono state erogate prestazioni di ricovero nel 2025:

PROVENIENZA PAZIENTI	INCIDENZA PERCENTUALE
Azienda socio-sanitaria locale n. 1 di Sassari	1,86%
Azienda socio-sanitaria locale n. 2 della Gallura	1,23%
Azienda socio-sanitaria locale n. 3 di Nuoro	2,54%
Azienda socio-sanitaria locale n. 4 dell'Ogliastra	2,68%
Azienda socio-sanitaria locale n. 5 di Oristano	6,01%
Azienda socio-sanitaria locale n. 6 del Medio Campidano	6,77%
Azienda socio-sanitaria locale n. 7 del Sulcis	8,16%
Azienda socio-sanitaria locale n. 8 di Cagliari	69,22%
extra Regione	1,07%
pazienti stranieri	0,46%

L'Azienda attraverso la produzione e l'erogazione di prestazioni sanitarie dispiega il suo contributo al miglioramento del livello complessivo e multidimensionale (economico, sociale, ambientale, sanitario) di benessere dei portatori di interesse (popolazione assistita, fornitori di beni e servizi, risorse umane e liberi professionisti, istituzioni e altri enti, associazioni, fondazioni ecc.). a beneficio di tutti, senza discriminazioni di natura socioeconomica, culturale o territoriale, nonché allo sviluppo sul piano economico, occupazionale, dell'innovazione e della ricerca e della coesione sociale del contesto nel quale opera.

Contribuisce allo sviluppo sul piano economico poiché opera come committente che esprime una domanda in termini di beni e servizi che viene soddisfatta direttamente e indirettamente attraverso l'azione di una molteplicità di operatori economici di settori diversi (circa 20 Aziende Sanitarie Pubbliche intra ed extra Regione, circa 15 Enti Pubblici, circa 760 Aziende Private).

Il numero delle unità di personale che direttamente sono coinvolte nei cicli produttivi sono numerose (circa 3.550 tra personale dipendente o con altre forme contrattuali), contribuendo altresì ad un percorso di crescita sul piano occupazionale.

Concorre allo sviluppo sul piano dell'innovazione attraverso forme di investimenti su ricerca e nuove tecnologie per innalzare gli esiti e la qualità delle cure e la messa a disposizione di opportune soluzioni terapeutiche e assistenziali in grado di migliorare l'esperienza e il percorso del paziente.

Facilita lo sviluppo sul piano della coesione sociale poiché garantendo l'accesso alle cure per tutti, ridistribuisce i rischi e i costi legati allo stato di salute, ammortizza gli effetti delle disuguaglianze e inoltre, garantendo tutela in caso di

necessità, anche in presenza di patologie gravi, genera un senso di sicurezza nella psicologia individuale e collettiva.

Nello specifico l'Azienda:

- promuove l'innovazione terapeutica e tecnologica e la formazione dei propri dipendenti nell'ottica della centralità del paziente-utente;
- consolida e potenzia le aree di alta specialità incrementando nel rispetto dei principi di appropriatezza il case-mix trattato e sviluppa i rapporti di collaborazione con le altre strutture sanitarie regionali;
- promuove l'alta specializzazione e l'eccellenza nell'assistenza e nella ricerca, con particolare riferimento alle patologie oncologiche ed all'attività dei trapianti d'organo;
- incentiva l'attivazione di processi di sviluppo diagnostico, terapeutico e tecnologico per rispondere a quei bisogni di salute dei cittadini che per complessità e gravità clinica necessitano di soluzioni innovative;
- sviluppa la capacità di soddisfare i bisogni di salute delle persone al massimo livello qualitativo in modo efficace, appropriato ed efficiente, secondo i migliori standard nazionali ed internazionali;
- gestisce le risorse secondo criteri di legalità, trasparenza, di efficienza economico-finanziaria, gestionale, produttiva, temporale e di efficacia quanti-qualitativa.

L'Azienda eroga prestazioni sanitarie di diagnosi e cura programmate o in urgenza, in regime di ricovero ordinario o diurno e in regime ambulatoriale.

Ai sensi della legge regionale 11 settembre 2020, n. 24 è articolata in due stabilimenti ospedalieri con connotazioni e peculiarità diverse ma complementari, che permettono di fornire un ampio ventaglio di prestazioni assistenziali:

- L'Ospedale "**San Michele**" è identificato quale DEA (Dipartimento Emergenza e Accettazione) di secondo livello, deputato al trattamento dell'urgenza e dell'emergenza, caratterizzato dalla competenza multidisciplinare e dalla presenza di unità ad alta specializzazione (Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare) nonché dal funzionamento ininterrotto di tutti i servizi di diagnostica strumentale e di laboratorio. L'Ospedale è centro di riferimento regionale per la chirurgia dei trapianti, per il trattamento dei politraumi e per le patologie tempo-dipendenti e garantisce la continuità nell'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le terapie intensive) e di pronto soccorso.
- L'Ospedale "**Armando Businco**" è Centro di Riferimento Regionale per le patologie neoplastiche. L'Ospedale eroga prestazioni terapeutico-assistenziali nell'area oncologica, chirurgica, medica e riabilitativa oltre a prestazioni diagnostico polispecialistiche, terapia del dolore e trapianto di midollo osseo.

L'assetto organizzativo per l'anno 2025 è definito nell'Atto Aziendale di cui alla deliberazione n. 131 del 03/02/2023 e ss.mm.ii.

A far data dal 01/01/2024 sulla base della DGR n. 35/24 del 25/10/2023 avente ad oggetto: "Rete pediatrica regionale. Attuazione delle disposizioni della legge regionale 23 ottobre 2023, n. 9. Trasferimento delle strutture di Oncoematologia pediatrica e del Centro trapianti midollo osseo dalla ASL n. 8 di Cagliari all'ARNAS "G. Brotzu". Approvazione preliminare", all'ARNAS G. Brotzu sono attribuite le strutture di Oncoematologia Pediatrica e Centro trapianti midollo osseo pediatrico del Presidio Ospedaliero "Antonio Cao".

Nell'anno 2026, in base all'art. 7 della L.R. n. 8 dell'11/03/2025: Modifiche all'articolo 18 (Trasferimento di presidi ospedalieri) della legge regionale n. 24 del 2020, con decorrenza dal 1° gennaio 2026 il Presidio ospedaliero "A. Cao" dell'Azienda socio-sanitaria locale n. 8 di Cagliari è trasferito all'ARNAS "G. Brotzu".

L'articolazione organizzativa dell'Azienda, su base Dipartimentale, in applicazione di quanto previsto dal D.lgs. 502/99 e ss.mm.ii., dall'art. 9 della Legge Regionale 10/2006 e successivamente dall'art. 16 comma 3 lett. f) della Legge Regionale 24/2020, è improntata su criteri di massima flessibilità atti a garantire il tempestivo ed idoneo adeguamento al variare delle funzioni, dei programmi e degli obiettivi.

I principi fondamentali del modello organizzativo aziendale sono la responsabilizzazione diffusa, la delega esplicita dei sistemi di gestione, il riconoscimento di appropriati livelli di autonomia delle articolazioni organizzative e professionali degli operatori che si esplicano attraverso l'integrazione dei diversi livelli aziendali e lo sviluppo di un sistema decisionale e operativo centrato sulla diffusione delle informazioni e sulla condivisione delle scelte.

I dipartimenti strutturali di produzione di prestazioni e di servizi sanitari sono i seguenti:

- Dipartimento Oncologico Chirurgico
- Dipartimento Cura delle Malattie Oncologiche
- Dipartimento Cardio-Vascolare
- Dipartimento Chirurgico
- Dipartimento Neurologico e della Riabilitazione
- Dipartimento Emergenza-Urgenza
- Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi
- Dipartimento Medico Internistico
- Dipartimento Materno-Infantile

Di seguito si elencano le SC e le SSD afferenti ai vari dipartimenti, operative al momento della stesura del presente documento:

Il Dipartimento **Oncologico Chirurgico** è costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate: SC Anestesia e Rianimazione (Businco), SC Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico, SC Chirurgia Senologica, SC Chirurgia ed Endoscopia Interventistica Toracica, SC Ginecologia Generale e Oncologica, SC Radiologia Oncologica, SSD Dermatologia Oncologica.

Il Dipartimento **Cura delle Malattie Oncologiche** è costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate: SC Cardiologia Oncologica, SC Ematologia e C.T.M.O., SC Oncologia Medica, SC Radioterapia Oncologica, SC Terapia del Dolore.

Il Dipartimento **Cardio-Vascolare** è costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate: SC Cardiochirurgia, SC Cardiologia e UTIC., SC Cardiologia Interventistica ed Emodinamica, SC Chirurgia Vascolare, SSD Cardioanestesia, SSD Cardioriabilitazione, SSD Consulenza e Valutazione Cardiologica, SSD Chirurgia dei Tronchi Sovraortici.

Il Dipartimento **Chirurgico** è costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate: SC Chirurgia Epatobiliopancreatica dei Trapianti di Fegato e di Pancreas, SC Urologia Trapianto di Rene e Chirurgia Robotica, SC Oculistica, SSD Chirurgia Metabolica e dell'Obesità, SSD Maxillo Facciale, SSD Chirurgia Plastica e Ricostruttiva-Centro Ustioni, SSD Terapia Intensiva Post Operatoria, SSD Ecografia Sperimentale e dei Trapianti, SSD Endocrino-chirurgia.

Il Dipartimento **Neurologico e della Riabilitazione** è costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate: SC Neurologia e Stroke Unit, SC Neurochirurgia, SC Neuroriabilitazione, SC Neuroradiologia Interventistica e Vascolare, SC Recupero e Riabilitazione Funzionale, SSD Malattie Degenerative e Neurofisiopatologia.

Il Dipartimento **Emergenza-Urgenza** è costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate: SC Anestesia e Rianimazione (S. Michele), SC Chirurgia Generale e d'Urgenza, SC Ortopedia e Traumatologia, SC Medicina d'Urgenza, SC Pronto Soccorso e OBI, SC Chirurgia della Mano e Microchirurgia Ortopedica e Traumatologica, SSD Emergenza Urgenza Pediatrica.

Il Dipartimento **Diagnostica Avanzata e Servizi** è costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate: SC Anatomia Patologica, SC Farmacia, SC Centro Immunoematologia e Trasfusionale, SC Laboratorio Analisi, SC Radiologia, SC Medicina Nucleare, SSD Fisica Sanitaria, SSD Qualità in Radiochimica e Laboratorio in Vitro.

Il Dipartimento **Medico Internistico** è costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate: SC Medicina Generale, SC Gastroenterologia, SC Nefrologia Dialisi e Trapianto, SSD Endoscopia Digestiva Interventistica, SSD Dialisi Peritoneale.

Il Dipartimento **Materno-Infantile** è costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate: SC Cardiologia Pediatrica e Cardiopatie Congenite, SC Chirurgia Pediatrica, SC Ostetricia, SC Pediatria, SSD Anestesia e Terapia Intensiva e Semintensiva Pediatrica, SSD Banca del Sangue Cordonale, SSD Malattie Complesse e Nefrourologia Pediatrica, SSD Neonatologia, SC Oncoematologia pediatrica e CTMO pediatrico.

L'articolazione delle strutture organizzative dello Staff della Direzione strategica aziendale e del Nucleo operativo relativamente all'area sanitaria e all'area amministrativa e tecnica sono le seguenti: SC Affari Generali, SC Medicina Legale, SSD Area Legale e Contenzioso, SSD Formazione, SSD Comunicazione e Relazioni Esterne, SSD Medicina del Lavoro, SSD Prevenzione e Protezione, SSD Programmazione e Controllo di Gestione, SSD Controllo Attività Sanitarie e Qualità dei Flussi di Produzione, SC Direzione Medica Unica dei Presidi, SC Qualità Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio, SC Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche, SC Professioni Sanitarie Tecniche della Riabilitazione e della Prevenzione, SC Accreditamento e Controlli di Appropriatezza, SSD Coordinamento Locale Trapianti, SSD Accoglienza e Presa in Carico Paziente.

Le strutture organizzative comprese nei Dipartimenti Amministrativo e Tecnico che adempiono alle funzioni di amministrazione, di programmazione e di committenza sono di seguito riportate.

Il Dipartimento Amministrativo è costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate: SC Acquisizione Beni Servizi ed Economato, SC Economico Finanziario, SC Risorse Umane e Relazioni sindacali.

Il Dipartimento Tecnico è costituito dalle strutture complesse e strutture semplici dipartimentali di seguito riportate: SC Patrimonio e Logistica, SC Lavori Pubblici e Manutenzioni, SC Servizio Informatico e Tecnologie Sanitarie.

Obiettivo dell'Azienda è adottare soluzioni organizzative finalizzate:

- al rafforzamento dei percorsi trasversali tra gli stabilimenti ospedalieri aziendali;
- al rafforzamento del ruolo di hub (elevata complessità di diagnosi e cura), attraverso la piena partecipazione ai processi di standardizzazione delle procedure assistenziali di riferimento regionale, ai percorsi di accreditamento dei centri specialistici nelle reti di cura, in termini di competenze, di processi (linee guida, PDTA) e di casistica prodotta

(volumi e esiti), nonché delle metodologie di governo delle reti assistenziali;

- alla piena integrazione di competenze, strutture tecnologiche e percorsi con le altre strutture ospedaliere, territoriali e della prevenzione presenti su tutto il territorio regionale.

2.2 Eventi significativi

L'Azienda è dotata di reparti di alta specialità, rappresenta un riferimento per il trattamento dei politraumi e per le patologie tempo-dipendenti e garantisce la continuità nell'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le terapie intensive) e di pronto soccorso al netto di eventuali chiusure obbligate da specifici provvedimenti di rango regionale e nazionale o dovute a cause eccezionali non risolvibili con altre modalità organizzative.

Le linee strategiche di intervento che l'Azienda ha perseguito nell'anno 2025 hanno interessato varie macroaree tra loro intercorrelate: assistenza sanitaria, appropriatezza, qualità, sicurezza e esiti, investimenti e sostenibilità economica, valorizzazione del capitale umano, trasparenza e prevenzione della corruzione come di seguito specificato:

- Consolidamento e monitoraggio attraverso audit clinici periodici infrannuali dei Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), quali: PDTA Tumore della mammella, PCO ICTUS, PDTA Sepsi, PDTA Percorso Nascita, PDTA Trapianto Rene, PDTA Stenosi aortica severa, PDTA K Colon, PDTA Dissezione aortica, PDTA Melanoma, PDTA K Prostata, PDTA Dolore toracico e Infarto Miocardico Acuto, PDTA Trattamento chirurgico del paziente obeso.
- Attivazione Fast track e presa in carico del paziente oculistico, Fast track e presa in carico del paziente neurologico.
- Consolidamento dell'Ufficio Sperimentazioni Cliniche al fine di migliorare l'efficienza, la qualità dei servizi e l'integrazione tra assistenza, ricerca e innovazione.
- Dare continuità ai Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche attivati, al fine di fornire ai pazienti, una risposta rapida e coordinata sulla diagnosi corretta, il trattamento medico o chirurgico, il sostegno psicologico e la successiva riabilitazione.
- Monitoraggio continuo dell'efficacia del codice rosa aziendale, percorso di accesso al Pronto Soccorso, di accoglienza e assistenza immediata che assicura cura, protezione, sostegno e ascolto riservato a tutte le persone vittime di violenza, in particolare donne, bambini e persone discriminate, grazie ad un efficace coordinamento tra le diverse strutture e le diverse competenze.
- Continuità nell'implementazione dei protocolli relativi alla gestione del sangue ed emoderivati tramite percorsi aziendali definiti secondo i programmi di Patient Blood Management (PBM) che prevedano l'invio a consulenza dei pazienti ad alto rischio emorragico che dovranno sottoporsi a interventi chirurgici in elezione con il coinvolgimento di ulteriori Strutture.
- Continuo monitoraggio degli standard organizzativi e metodologici in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo.
- Presa in carico globale del paziente con patologie tumorali, con un approccio sempre più multidisciplinare e multiprofessionale, attraverso il potenziamento del CAS (Centro Accoglienza Servizi) con estensione a più patologie tumorali (neoplasie dell'apparato genitourinario e gastroenterico, pazienti ematologici).
- Rafforzamento dei percorsi di accoglienza e presa in carico del paziente dall'accesso alla struttura sino alla dimissione attraverso la "Preospedalizzazione centralizzata", e attraverso il "NAD" (Nucleo Accettazione e Dimissione) che funge da anello di congiunzione tra ospedale e territorio al fine di indirizzare i pazienti ricoverati nelle varie strutture dell'Azienda al corretto percorso terapeutico dopo la dimissione verso i servizi assistenziali territoriali in funzione della complessità dei relativi bisogni socio-sanitari.

- Prosecuzione nella partecipazione al miglioramento della copertura per i programmi più estesi del territorio regionale nei percorsi di screening oncologico organizzato mediante convenzioni con l'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 8 di Cagliari aventi ad oggetto l'erogazione di prestazioni specialistiche di approfondimento diagnostico incluse nel percorso di screening per la prevenzione del tumore del colon retto e della mammella.
- Monitoraggio percentuali di prestazioni con prenotazione in agende pubbliche nel CUP (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionali) e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo, limitatamente a quelle oggetto del PNGLA (Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa).
- Monitoraggio delle performance Aziendali rispetto agli indicatori Regionali di cui alla DGR 67/16 del 19/12/2015 avente ad oggetto "Indirizzi strategici sull'appropriatezza ed efficacia dell'attività ospedaliera." e agli Indicatori del PNE (Piano Nazionale Esiti).
- Partecipazione alle riunioni organizzate dal RUAS e dal Bed Manager Regionale in tema di abbattimento dei tempi d'attesa e ottimizzazione della gestione dei posti letto.
- Presidiare la disponibilità delle sale operatorie e produrre un miglioramento con l'efficientamento degli slot operatori nell'organizzazione delle attività chirurgiche multidisciplinari.
- Avvio dei lavori di ristrutturazione e ampliamento del blocco operatorio del Presidio ospedaliero "A. Businco". Gli interventi prevedono la ristrutturazione di due sale operatorie già esistenti e la costruzione di due nuove: progetto di riqualificazione, con uno stanziamento di 9 milioni di euro provenienti dai fondi del PNRR, che ha l'ambizione di offrire un servizio sicuro, efficiente ed efficace in rapporto ai nuovi bisogni di salute e, al contempo, capace di soddisfare i bisogni futuri della comunità assistita.
- Proseguimento dei lavori di ristrutturazione delle aree afferenti l'emergenza urgenza del presidio ospedaliero San Michele che riguarderanno i servizi di OBI adulti e pediatrico, Endoscopia Digestiva e Plasmaferesi con uno stanziamento di 5.8 milioni di euro provenienti dai fondi del PNRR.
- Alimentazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) e realizzazione di audit su tutti gli eventi segnalati.
- Conclusione lavori di ristrutturazione facciate fabbricato del Presidio ospedaliero "A. Businco".
- Implementazione del sistema Aziendale per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico anche attraverso l'utilizzo della metodologia FMECA (Failure Mode and Effect Critical Analysis) al fine di riconoscere, comprendere, limitare (con misure preventive adeguate) e porre rimedio a potenziali punti deboli e rischi.
- Inserimento dei dati raccolti con le schede di rilevazione relative agli interventi inclusi nel periodo di sorveglianza avviato il 16/09/2024 nel Form trasmesso dal Centro Regionale per il Risk Management di ARES relativo al Programma di rilevazione e gestione delle infezioni del sito chirurgico (SSIs).
- Perseguimento degli obiettivi assegnati dal Piano regionale di contrasto all'antibiotico-resistenza (PRCAR) 2022-2025 di cui all'allegato B alla DGR n. 39/44 del 10/10/2024 in tema di monitoraggio del consumo, prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e le malattie infettive, uso appropriato degli antibiotici al fine di evitare la comparsa e la diffusione di microrganismi resistenti che ne compromettono l'efficacia. Sono stati effettuati incontri del Gruppo Operativo Infezioni Ospedaliere sulla tematica di cui sopra. Inoltre Il Programma Predefinito PP10 del PRP 2020-2025 ha previsto, il progressivo sviluppo e diffusione dei sistemi di sorveglianza epidemiologica delle ICA indicati dalla Delib. G.R. n. 34/11 del 3.7.2018 ad esempio: sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, l'implementazione della sorveglianza nazionale del consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani e infine la partecipazione al sistema

di sorveglianza nazionale dell'antimicrobico resistenza (AR-ISS). Inoltre, i gruppi operativi, hanno erogato in più di 40 edizioni il corso PNRR di formazione in infezioni ospedaliere (modulo B).

- Promuovere azioni volte al mantenimento della qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione: flussi SDO (file A), SAM (file C), SDF (file F), PS (file L) attraverso il rispetto delle scadenze (trimestrali) e dei termini di trasmissione e un numero di errori di 1° e 2° livello, rilevati al termine previsto, uguali o inferiori alle percentuali stabilite a livello regionale (5%).
- Ammodernamento del parco tecnologico attraverso la sostituzione progressiva delle apparecchiature in relazione alla loro obsolescenza, potenziamento delle dotazioni in essere e nuove introduzioni dovute alla rapida e continua evoluzione scientifico-tecnologica dei processi di cura.
- Presidiare la tracciabilità delle attività assistenziali attraverso una corretta gestione della documentazione sanitaria e la trasparenza dei processi clinici, nel rispetto e nella tutela del trattamento dei dati sullo stato di salute della persona assistita attraverso: la valutazione dell'adeguatezza della documentazione cartelle cliniche; il rispetto delle scadenze di chiusura delle SDO; la corretta alimentazione dei sistemi di rilevazione delle attività di consulenza tra reparti e servizi per i pazienti ricoverati (order entry); la completa e corretta registrazione nella procedura informatica "SO-Web" del registro di sala operatoria.
- Rispetto delle milestone del PNRR relative all'avanzamento procedurale e fisico degli interventi di riqualificazione strutturale e funzionale del Corpo Staccato del P.O. S. Michele e del Corpo F del P.O. Oncologico A. Businco, compresa la preliminare valutazione di vulnerabilità sismica dei presidi ai sensi dell'OPCM 3274 e s.m.i. entro l'anno 2026.
- Valorizzazione del capitale umano attraverso la promozione alla partecipazione a percorsi ed esperienze formative innovative, avanzate e specialistiche, la promozione del benessere organizzativo (individuazione, valutazione di rischi e azioni migliorative nel settore dello stress lavoro correlato), la sicurezza negli ambienti di lavoro, le infezioni ospedaliere, le competenze digitali, la prevenzione e il contrasto a ogni forma di violenza, garanzia di parità di trattamento e pari opportunità.
- Promozione della cultura della legalità, attraverso l'individuazione e organizzazione dei percorsi di formazione per il personale in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione e la valutazione delle misure legate alle problematiche della prevenzione della corruzione e della trasparenza e la definizione dei percorsi di monitoraggio e controllo periodici infrannuali.
- Perseguire il miglioramento nei livelli di efficienza attraverso un uso sempre più attento e mirato delle risorse a disposizione in tutti gli ambiti ed i settori dell'organizzazione.
- Monitoraggio periodico infrannuale delle rimanenze negli armadietti di reparto di farmaci e dispositivi, al fine di evitare la presenza di giacenze in esubero e gli scaduti, per un governo razionale e il contenimento della spesa farmaceutica.
- Monitoraggio chiusura tempestiva delle schede registri AIFA dalla fine del trattamento.
- 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 giornate di ritardo pari a zero).
- Proseguimento della partecipazione al percorso di implementazione dell'internal auditing, coordinato a livello centrale dalla Regione e da Ares, finalizzato allo sviluppo di un approccio per processi, alla riduzione dei rischi amministrativi-contabili e alla misurazione del miglioramento organizzativo. Nel 2025 sono stati effettuati audit dei

processi di gestione del ciclo passivo e gestione dei contributi in conto capitale.

- Supporto al progetto Hub del farmaco con la trasmissione ad ARES Sardegna della documentazione richiesta relativa alle attività per l'avvio operativo del servizio.
- Collaborazione con ARES Sardegna per l'attuazione dei servizi di migrazione in Cloud delle Aziende Sanitarie della Sardegna per Investimento PNRR M1C1 1.1 Infrastrutture digitale e 1.2 Abilitazione al Cloud per le PA locali regolante le attività connesse alla realizzazione del "Bando Multimisura PNRR della Sardegna.
- Interventi PNRR: Incremento dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte degli operatori sanitari, sia in termini di documenti sanitari indicizzati sul FSE che in termini di documenti sanitari in formato digitale firmati digitalmente.
- Rispetto dei termini a norma di legge, nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione e eventuale aggiornamento del bilancio economico previsionale entro i tempi indicati dalla Direzione Generale della Sanità.
- Prosecuzione della partecipazione al Network Italiano Sanitario (N.I.San.), associazione scientifica costituita senza fini di lucro, il cui scopo è finalizzato alla gestione in condivisione dei risultati relativi all'elaborazione dei costi standard delle attività sanitarie svolte da ciascun componente associato in base al metodo Activity Based Costing (ABC), nonché la promozione di attività formative e di ricerca scientifica in materia di costi standard.

L'ARNAS G. Brotzu si inserisce in un quadro regionale complesso che ha subito, via via nel tempo, la chiusura di diversi reparti dei Presidi Ospedalieri delle ASL e l'aumento della mobilità intra-regionale dei pazienti.

Degne di nota inoltre sono le numerose convenzioni stipulate nel 2025 con le Aziende del Sistema Sanitario Regionale a supporto di prestazioni professionali per diverse discipline, nel dettaglio: Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Elettrofisiologia, Neurochirurgia, Radiologia interventistica oncologica extravascolare, Pediatria, Ostetricia e Ginecologia, Radiologia, Chirurgia Generale, Laboratorio analisi, Ortopedia, Anatomia patologica, Risonanza Magnetica cardiologica, Medicina Interna, Medicina Fisica e Riabilitazione, Urologia, Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, attività delle commissioni mediche in qualità di esperti e di rappresentanti di categoria, nella valutazione degli stati invalidanti e in fase di stipula per le prestazioni di Pronto Soccorso e per prestazioni di Medicina Interna.

L'ARNAS G. Brotzu, nel corso del 2025, ha promosso 132 iniziative utili per l'attuazione delle politiche per la salute, individuate come prioritarie. Convegni, occasioni di formazione e di condivisione con i professionisti sanitari e con tutti gli stakeholder, sono infatti uno strumento fondamentale per lo sviluppo dell'alleanza tra cittadini e servizi sanitari e rappresentano un valido metodo per correggere l'asimmetria informativa tra i professionisti sanitari e gli utenti. La sempre più ampia varietà di fonti informative di cui oggi si dispone, la frammentazione delle notizie e il diffondersi di fake news rischiano, purtroppo, di confondere il cittadino e di sviare l'operatore sanitario rispetto alle attività e ai servizi forniti dell'Azienda.

Uno strumento utile di supporto per rappresentare i risultati dell'analisi del contesto interno ed esterno è costituito dall'analisi o matrice SWOT (Strenghts = punti di forza; Weaknesses = punti di debolezza; Opportunities = opportunità; Threats = minacce) di seguito riportata:

PUNTI DI FORZA (contesto interno) • Storica forte attrattività di alcune strutture aziendali • Presenza nell'ambito degli Stabilimenti Aziendali di tutte le specialità, alcune delle quali svolte in esclusiva per un bacino di utenza regionale (trapianti, oncologia e pediatria) • Coinvolgimento degli operatori a tutti i livelli nel processo di riorganizzazione dei servizi • Dotazioni tecnologiche d'avanguardia in ambito diagnostico e terapeutico • Erogazione di prestazioni di particolare complessità chirurgica e medica con approccio multidisciplinare	PUNTI DI DEBOLEZZA (contesto interno) • Necessità di interventi strutturali di riqualificazione ed adeguamento normativo sugli stabilimenti ospedalieri • Resistenza ai cambiamenti organizzativi e culturali anche a causa dell'elevata età media di alcune figure professionali • Carenza di personale a diversi livelli nelle strutture di supporto
OPPORTUNITA' (contesto esterno) • Sviluppo della rete ospedale - territorio • Accesso ai finanziamenti regionali e PNRR per lavori di riqualificazione e messa a norma degli stabilimenti • Collaborazione con altre strutture sanitarie regionali anche attraverso progetti di telemedicina (es. in ambito cardiologico) con riduzione della mobilità dei pazienti e maggiore tempestività negli interventi • Servizio di elisoccorso	MINACCE (contesto esterno) • Contesto economico finanziario critico a seguito dei vincoli di contenimento della spesa sanitaria • Evoluzione rapida e complessa della normativa e conseguenti adempimenti burocratici • Chiusura dei reparti delle strutture dei presidi Ospedalieri delle ASL • Incremento del contenzioso con l'utenza con impatto economico conseguente alla medicina difensiva

2.3 Risorse

Il bilancio consuntivo relativo all'anno 2025, alla data di redazione del presente documento non è stato ancora formalmente deliberato. Infatti le assegnazioni destinate al finanziamento indistinto della spesa sanitaria di parte corrente risultano ancora provvisorie come indicato dalla nota dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Autonoma della Sardegna n. 15879 del 21/05/2026 avente ad oggetto: "Indicazioni operative per la chiusura dei bilanci d'esercizio 2025".

Il costo della produzione al netto dei risultati della gestione straordinaria e delle imposte riferito al preconsuntivo 2025 è di circa € 447.000.000. Nella tabella sottostante è specificata l'incidenza percentuale sul totale del costo della produzione delle diverse categorie di costo:

TIPOLOGIA COSTI ANNO 2025	INCIDENZA PERCENTUALE
ACQUISTI DI BENI SANITARI	32,80%
ACQUISTI DI BENI NON SANITARI	0,98%
ACQUISTI SERVIZI SANITARI	3,45%
ACQUISTI DI SERVIZI NON SANITARI	8,84%
MANUTENZIONE E RIPARAZIONE	2,54%
Godimento di beni di terzi	1,57%
COSTI DEL PERSONALE	43,46%
ONERI DIVERSI DI GESTIONE	0,42%
AMMORTAMENTI	2,95%
ACCANTONAMENTI	2,99%

Di seguito è riportata l'incidenza percentuale dei costi riferiti all'anno 2025 articolata per livello di assistenza come da modello ministeriale LA:

Descrizione livello di assistenza	Incidenza percentuale
Assistenza farmaceutica - erogazione diretta a livello ospedaliero	8,921%
Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito ospedaliero - Attività di laboratorio	1,799%
Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito ospedaliero - Diagnostica strumentale	3,535%
Assistenza specialistica ambulatoriale - Attività prodotta in ambito ospedaliero - Attività clinica	6,316%
Attività diretta di PS e OBI per accessi non seguiti da ricovero	2,564%
Attività diretta di PS e OBI per accessi seguiti da ricovero	0,619%
Accertamenti diagnostici strumentali e consulenze in Pronto Soccorso per accessi non seguiti da ricovero	1,623%
Assistenza ospedaliera per acuti - In Day Hospital	8,831%
Assistenza ospedaliera per acuti - In Day Surgery	3,448%
Assistenza ospedaliera per acuti - In degenza ordinaria	51,748%
Assistenza ospedaliera per acuti - Farmaci ad alto costo rimborsati extra-tariffa	6,416%
Assistenza ospedaliera per riabilitazione	1,096%
Trasporto sanitario assistito	0,012%
Attività trasfusionale	2,994%
Attività a supporto dei trapianti di cellule, organi e tessuti	0,021%
Attività di ricerca	0,057%
TOTALE	100,000%

Relativamente alla prima tabella, le due categorie di costo più incidenti riguardano gli acquisti di beni sanitari e i costi del personale. Gli acquisti di beni sanitari incidono sul totale del costo della produzione per circa il 33%. Di questa percentuale il 62,63% riguarda i prodotti farmaceutici ed emoderivati destinati per il 27,75% all'assistenza erogata dalle unità operative all'interno dei presidi ospedalieri, per il 42,93% alla distribuzione diretta pazienti cronici e primo ciclo di terapia post dimissione e per il 29,32% alla dispensazione per l'assistenza ospedaliera di farmaci oncologici ad alto costo rimborsati extra tariffa DRG.

Il costo del personale dipendente, incide per circa il 43% sul totale del costo della produzione. Al mese di dicembre 2025 il personale dipendente in servizio conta circa 3.000 unità articolate per tipologia di ruolo, natura del contratto e tipologia di rapporto, come specificato nella tabella della sezione successiva con l'analisi di genere.

L'Azienda nell'anno 2025 ha disposto di un numero di apparecchiature tecnico sanitarie da intendersi come numero di ASSET (es. Ecografo+stampante+3 sonde = 5 ASSET, il rapporto ASSET: apparecchiatura è di circa 3:1) pari a:

ASSET di proprietà: circa 7.600

ASSET in service\noffitto: circa 3.000

Il valore di sostituzione per le apparecchiature in proprietà è pari a circa € 76 milioni.

Sulle grandi tecnologie\grandi apparecchiature si concentrano circa € 27 milioni (TAC, RM, LINAC, Gamma Camera).

2.4 Analisi di genere

L'ARNAS G. Brotzu al mese di dicembre 2025 conta un numero di personale dipendente in servizio pari a circa 3.000 unità. Di seguito si riporta la tabella riepilogativa del bilancio di genere Aziendale per tipologia di ruolo, natura del contratto e tipologia di rapporto.

RUOLO	NATURA CONTRATTO	TIPOLOGIA DI RAPPORTO	DIRIGENZA				COMPARTO			
			MASCHI		FEMMINE		MASCHI		FEMMINE	
			UNITA'	ETA' MEDIA	UNITA'	ETA' MEDIA	UNITA'	ETA' MEDIA	UNITA'	ETA' MEDIA
AMMINISTRATIVO	TEMPO DETERMINATO	TEMPO PIENO					8	44	8	42
AMMINISTRATIVO	TEMPO INDETERMINATO	PART TIME					1	41	1	48
AMMINISTRATIVO	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO PIENO			3	56	43	51	77	52
PROFESSIONALE	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO PIENO	5	55			4	64		
SANITARIO	TEMPO DETERMINATO	TEMPO PIENO	18	33	29	37	5	29	24	28
SANITARIO	TEMPO INDETERMINATO	PART TIME			5	51	5	53	58	56
SANITARIO	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO PIENO	264	51	414	49	337	47	1.025	48
SOCIOSANITARIO	TEMPO DETERMINATO	TEMPO PIENO					23	40	81	46
SOCIOSANITARIO	TEMPO INDETERMINATO	PART TIME							5	49
SOCIOSANITARIO	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO PIENO					119	50	252	52
TECNICO	TEMPO DETERMINATO	TEMPO PIENO					5	50	1	54
TECNICO	TEMPO INDETERMINATO	PART TIME					3	56	1	64
TECNICO	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO PIENO					155	52	34	58
TOTALE			287	46	451	48	708	48	1.567	50

3. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Nel mese di settembre 2025 si è proceduto al monitoraggio dei dati intermedi degli obiettivi, e nel mese di febbraio 2026 si è dato avvio all'istruttoria a consuntivo dell'anno 2025.

Di seguito una sintesi degli obiettivi assegnati alle Strutture per l'anno 2025 raggruppati per macro aree, gli indicatori con i quali sono stati misurati e la percentuale di raggiungimento a livello aziendale calcolata sulla media del risultato raggiunto da ciascuna struttura rispetto al target assegnato.

AREA: Appropriatelyzza clinica e informatizzazione delle attività					
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET AZIENDALE %	RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE %	SCOSTAMENTO %	NOTE
Proposta di protocollo aziendale per l'implementazione e gestione del Servizio di Necropsia entro il 31.12.2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Abbattimento liste d'attesa prestazioni per esterni attraverso l'attivazione di due sedute ambulatoriali pomeridiane settimanali	N. sedute pomeridiane di nuova apertura	100,00	100,00	0,00	
Adesione agli audit di aggiornamento degli indicatori dei PDTA organizzati dalla SC Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio	N. audit di aggiornamento presenza/N. convocazione agli audit	100,00	100,00	0,00	
Appropriatezza della fase pre operatoria del Patient Blood Management (PBM) per pazienti ad alto rischio emorragico che dovranno sottoporsi ad interventi chirurgici in elezione	N. pazienti inviati a consulenza PBM/N. interventi chirurgici in elezione candidati al percorso PBM	100,00	100,00	0,00	
Appropriatezza della fase pre operatoria del Patient Blood Management (PBM) per pazienti ad alto rischio emorragico che dovranno sottoporsi ad interventi chirurgici in elezione	N. consulenze effettuate / N. pazienti inviati a consulenza PBM	100,00	100,00	0,00	
Approvazione e applicazione Fast Track e presa in carico da specialista del paziente neurologico entro il 30/06/2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Approvazione e applicazione Fast Track oculistico entro il 30/06/2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Attività promozionale presso i consultori (integrazione ospedale - territorio)	N. incontri formativi	100,00	100,00	0,00	
Azioni di miglioramento scaturite dagli audit effettuati sui Near Miss caricati sul SIRMES	N. audit Near Miss/ tot. Near Miss caricati sul SIRMES	100,00	100,00	0,00	
Campagna raccolta sangue cordonale: sensibilizzazione donazione attraverso audit effettuati c/o Centri e Punti Nascita di altre Strutture	N. audit effettuati	100,00	100,00	0,00	
Collaborazione con la SSD anestesia e terapia intensiva e semintensiva pediatrica alla predisposizione di un piano operativo, che prevede anche la condivisione del personale, per l'attivazione della Terapia Intensiva pediatrica con contestuale apertura dei posti letto TIPO adulti e della terapia intensiva pediatrica entro il 30/09/2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	

Collaborazione con la SSD Terapia Intensiva post operatoria alla predisposizione di un piano operativo, che prevede anche la condivisione del personale, per l'attivazione della Terapia Intensiva pediatrica con contestuale apertura dei posti letto TIPO adulti e della terapia intensiva pediatrica entro il 30/09/2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Completa e corretta registrazione dell'attività nella procedura informatica CUP Web	N. di prestazioni prenotate/tot. prestazioni erogate	100,00	55,51	44,49	
Completa e corretta registrazione dell'attività nelle procedure informatiche CUP WEB	N. prestazioni in stato eseguito refertato in refertazione e acquisito / tot prestazioni rilevate in procedura	100,00	100,00	0,00	
Completa e corretta registrazione dell'attività nella procedura informatica SO Web	N. interventi chiusi entro la scadenza SDO/ tot interventi	100,00	94,40	5,60	
Completa e corretta registrazione dell'attività nella procedura informatica SO Web	N. schede anestesilogiche chiuse/ tot. interventi chirurgici	100,00	88,52	11,48	
Completa e corretta registrazione dell'attività nelle procedure informatiche delle prestazioni per interni (Order Entry)	N. prestazioni in stato eseguito refertato in refertazione e acquisito / tot prestazioni rilevate in procedura	100,00	100,00	0,00	
Controllo infezioni ospedaliere: in particolare riduzione dell'incidenza delle batteriemie CVC correlate (al di sotto di 7 batteriemie per 1000gg di permanenza del CVC)	Incidenza delle batteriemie CVC correlate per 1000gg di permanenza CVC	100,00	100,00	0,00	
Corretta gestione pazienti in follow up pazienti Oncologia Medica e Ematologia	N. prestazioni effettuate/ tot. prestazioni richieste	100,00	100,00	0,00	
Erogazione delle consulenze nell'ambito dei 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche deliberate. DGR 2/7 DEL 18/01/2024	N. prestazioni effettuate/ tot. prestazioni richieste	100,00	100,00	0,00	
Erogazione di prestazioni di Cardiologia Nucleare Ecotress Ecotransesofageo e Test cardiopolmonare	N. prestazioni erogate	100,00	100,00	0,00	
Favorire percorsi semplificati agevolati ai pazienti con sospetto o prima diagnosi di patologia oncologica attraverso il servizio CAS	N. visite erogate/N. prime visite prenotate dal CAS	100,00	6,67	93,33	obiettivo assegnato ad una sola unità operativa
Garantire il servizio psicologico presso il CAS	N. consulenze psicologiche erogate presso il CAS/tot. consulenze psicologiche richieste dal CAS.	100,00	100,00	0,00	
Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) relativamente alla sicurezza del paziente e alla gestione del rischio clinico. DGR 2/7 DEL 18/01/2024	Numero audit realizzati nelle UUOO negli eventi sentinella segnalati con il SIRMES/ UUOO con eventi sentinella segnalati SIRMES	100,00	100,00	0,00	
Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) relativamente alla sicurezza del paziente e alla gestione del rischio clinico. DGR 2/7 DEL 18/01/2024.	Numero segnalazioni e caricate sul SIRMES /Tot. ricevute da parte delle Unità Operative Sanitarie	100,00	100,00	0,00	
Implementazione di interventi eseguiti con la procedura robotica	N. interventi eseguiti con la procedura robotica	100,00	100,00	0,00	
Implementazione e monitoraggio delle attività dei microgruppi di lavoro costituiti durante l'incontro verbalizzato del 17/12/2024 attraverso incontri verbalizzati degli stessi	N. incontri verbalizzati	100,00	100,00	0,00	

Implementazione fisico - dosimetrica del trattamento ipofrazionato del carcinoma della prostata in 5 sedute sui LINAC VERSA HD entro il 30/09/2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Implementazione protocollo ipnosi nelle chirurgie bariatrica, oftalmica e delle chirurgie entro il 30/06/2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Implementazione Radioterapia Stereotassica prostatica entro il 30/09/2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Incontri formativi ai neo genitori e futuri genitori e incontri sulla disostruzione delle vie aeree dei lattanti e neonati	N. incontri	100,00	100,00	0,00	
Incremento attività percorsi di screening oncologico del colon retto organizzato in base ad accordo stipulato con la ASL n. 8 di Cagliari nell'anno 2023 rispetto all'anno precedente	N. prestazioni erogate	100,00	100,00	0,00	
Incremento attività percorsi di screening oncologico della mammella organizzato in base ad accordo stipulato con la ASL n. 8 di Cagliari nell'anno 2023 rispetto all'anno precedente	N. prestazioni erogate	100,00	100,00	0,00	
Mantenimento dell'Indice di occupazione	[Giornate di degenza effettive/(posti letto *365)]/100	100,00	0,00	100,00	obiettivo assegnato ad una sola unità operativa
Mantenimento della capacità filtro	Capacità filtro anno 2025 = capacità filtro anno 2024	100,00	100,00	0,00	
Mantenimento di interventi eseguiti con la procedura robotica	N. interventi eseguiti con la procedura robotica	100,00	0,00	100,00	obiettivo assegnato ad una sola unità operativa
Mantenimento volumi prestazioni di Risonanza magnetica	N. risonanze eseguite nel 2024=N. risonanze eseguite nel 2023	100,00	100,00	0,00	
Mappatura delle attività attraverso la corretta e completa registrazione delle prestazioni nel gestionale MosaiQ.	N. riscontri correttamente registrati nel sistema gestionale	100,00	100,00	0,00	
Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione: invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare dei flussi SDO (file A) SAM (file C) SDF (file F) PS (file L). DGR 2/7 DEL 18/01/2024	numero medio giornate di ritardo rispetto alle scadenze dei quattro flussi	100,00	100,00	0,00	
Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione: numero di errori di 1. e 2. livello rilevati al termine previsto sul totale dei record = 5% dei flussi SDF (file F). DGR 2/7 DEL 18/01/2024	numero di errori di 1. e 2. livello rilevati al termine previsto/totale dei record	100,00	100,00	0,00	
Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione: numero di errori di 1. e 2. livello rilevati al termine previsto sul totale dei record = 5% dei flussi SDO (file A) SAM (file C) SDF (file F) S (file L). DGR 2/7 DEL 18/01/2024	numero di errori di 1. e 2. livello rilevati al termine previsto/totale dei record	100,00	100,00	0,00	
Monitoraggio e valutazione decessi morte encefalica	Numero di segnalazioni di morte encefalica / Numero di decessi per lesione encefalica	100,00	100,00	0,00	
Monitoraggio e valutazione decessi morte encefalica	Numero di segnalazioni di morte encefalica / Numero di decessi per lesione encefalica	100,00	100,00	0,00	

Partecipazione agli incontri di riorganizzazione delle Sale Operatorie correlata alla chiusura per lavori nel blocco del Presidio Businco	N. delle presenze / totale convocazioni	100,00	100,00	0,00	
Partecipazione monitoraggio e aggiornamento al protocollo Patient Blood Management (PBM)	N. incontri di monitoraggio e aggiornamento	100,00	100,00	0,00	
PNE: colecistectomie laparoscopiche ricoveri con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni	N. interventi di colecistectomie laparoscopiche con degenza postoperatoria <3g/tot. colecistectomie laparoscopiche	100,00	100,00	0,00	
Potenziamento del CAS (Centro Accoglienza Servizi) con estensione a più reparti (chirurgia toracica, chirurgia senologica, urologia e ematologia)	Numero pazienti presi in carico dal CAS/Numero nuovi pazienti con patologie tumorali	100,00	100,00	0,00	
Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA): Programmare gli incontri del CICA Infezioni Ospedaliere ed invio dei verbali alla Direzione Aziendale con cadenza trimestrale	N. incontri bimestrali verbalizzati e tempestivamente inviati alla Direzione Strategica Aziendale	100,00	100,00	0,00	
Produzione report periodici di attività dei percorsi di presa in carico del paziente attraverso il NAD (Nucleo Accettazione e Dimissione)	numero report prodotti e inoltrati alla direzione aziendale	100,00	100,00	0,00	
Progetto accreditamento Istituzione Centro Nazionale Trapianti / Jacie	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Progetto accreditamento terapia genica CAR-T entro il 31/12/2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Programmazione delle sedute settimanali delle prestazioni programmabili con anestesista (TAC BIOPSIA CVC Tunnellizzati Prelievo di midollo ecc.) previa condivisione via mail entro il giovedì della settimana precedente alla SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE E SC DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	N. invio entro la data stabilita/ N. settimane	100,00	100,00	0,00	
Programmazione e realizzazione di attività di formazione sul campo al personale infermieristico al fine di acquisire professionalità specifiche nell'attività di emergenza Prelevi e Trapianto d'organo al fine di garantire l'interscambiabilità tra i professionisti	N. di incontri di formazione sul campo del personale infermieristico	100,00	100,00	0,00	
Prosecuzione dell'attività relativa ai percorsi di stadiazione tramite il servizio CAS	N. percorsi attivati attraverso CAS/ Tot. pazienti visitati	100,00	100,00	0,00	
Redazione di un progetto per il tracciamento delle prestazioni richieste e erogate da e per la Preospedalizzazione centralizzata nelle procedure informatiche aziendali entro il 30/06/2025. Dovranno essere precisati i soggetti coinvolti e il cronoprogramma delle attività previste.	numero di pazienti in ricovero programmato accolti in preospedalizzazione centralizzata/totale pazienti in ricovero programmato	100,00	100,00	0,00	
Relazione con cadenza quadrimestrale alla Direzione Aziendale in merito alle prime visite specialistiche erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	N. relazioni quadrimestrali trasmesse dal RUGLA alla Direzione Aziendale	100,00	100,00	0,00	

Relazione organizzativa sull'attività della struttura entro il 30/09/2025 alla Direzione Strategica aziendale	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Revisione protocolli operativi assistenziali sia Aziendali che specifici di Struttura attraverso l'istituzione di gruppi di lavoro per area degenza, critica, pediatrica.	N. incontri verbalizzati con i gruppi costituiti per la revisione dei protocolli operativi	100,00	100,00	0,00	
Rispetto protocolli interni di preospedalizzazione centralizzata	N. di richieste dalla preospedalizzazione evase / N. totale di richieste	100,00	100,00	0,00	
Rispetto scadenze validazione SDO	N. SDO chiuse entro la scadenza / tot SDO	100,00	99,11	0,89	
Sorveglianza per la chiusura delle Schede Anestesiologiche e delle Schede Chirurgiche (Atti Operatori)	N. azioni svolte	100,00	100,00	0,00	
Studio di pianificazione, con il coinvolgimento della SC Neurochirurgia, di intervento di chirurgia funzionale per i disturbi del movimento entro 31.12.2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Supportare le Strutture Aziendali per la chiusura SDO attraverso verifica di appropriatezza e qualità della codifiche ICD 9 CM (diagnosi e procedure)	N. azioni volte alla corretta chiusura SDO	100,00	100,00	0,00	
Valutazione della resa di marcatura nella procedura estemporanea dei leucociti marcati con Tc 99m	N. pazienti avviati alla procedura/ tot. candidati	100,00	100,00	0,00	

Area: Organizzativa e Gestionale					
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET AZIENDALE %	RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE %	SCOSTAMENTO %	NOTE
Redazione di un censimento organizzativo del personale infermieristico e ostetrico con cadenza bimestrale da condividere con la Direzione Aziendale e la SC Direzione Medica Unica dei Presidi e alla SSD Programmazione e Controllo di Gestione	N. di censimenti organizzativi inoltrati alla Direzione Aziendale e la SC Direzione Medica Unica dei Presidi e SSD Prog e CDG	100,00	100,00	0,00	
Affiancamento e tutoraggio studenti e specializzandi di Strutture o Università in convenzione	N. studenti e specializzandi affiancati/Tot. studenti e specializzandi inviati in convenzione	100,00	100,00	0,00	
Aggiornamento obbligatorio per il personale afferente alla Struttura in merito alla normativa addetti antincendio convocati dalla Formazione	N. dipendenti formati/tot. dipendenti convocati a fare il corso	100,00	100,00	0,00	
Aggiornamento trimestrale del personale cessato, assunto e presente redatto secondo gli schemi stabiliti dalle indicazioni operative RAS per il Piano del fabbisogno del personale	N. trasmissioni trimestrali alla Direzione Aziendale dei piani del fabbisogno del personale	100,00	100,00	0,00	
Approvazione protocolli di intesa per l'applicazione del nuovo Sistema di Misurazione e valutazione della Performance per la gestione del sistema premiante per la Dirigenza e Comparto entro il 30/06/2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Attivazione del percorso donazione cuore fermo con atto deliberativo entro 30/06/2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	

Censimento locali (San Michele e Businco) con indicazione della destinazione d'uso e aggiornamento delle assegnazioni e del corretto impegno nel tempo entro il 30/09/2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Contributo medico-legale alla stesura del protocollo aziendale definitivo relativo alla donazione a cuore fermo e gestione del fine vita entro il 31.12.2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Convocazione comitato aziendale per l'attività di trapianto	N. incontri verbalizzati	100,00	100,00	0,00	
Convocazione gruppo di lavoro e rete dei referenti per l'accreditamento	N. riunioni verbalizzate	100,00	100,00	0,00	
Disponibilità alle guardie condivise	N. guardie condivise effettuate/n. guardie richieste	100,00	100,00	0,00	
Efficienza nell'erogazione dei collaudi richiesti e monitoraggio attraverso reportistica di rendicontazione dalla data di sottoscrizione del Budget	N. collaudi erogati/collaudi richiesti	100,00	100,00	0,00	
Elaborazione progetto tecnico amministrativo contabile finalizzato all'accorpamento del Presidio A. Cao entro il 30/10/2025 in condivisione con il gruppo di lavoro costituito.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Formazione del personale medico sulla compilazione della documentazione di morte	N. edizioni di formazione	100,00	100,00	0,00	
Governo e controllo organizzativo turni del 7° piano in merito alla gestione delle guardie interdivisionali per omogeneità d'area in condivisione entro il 20 del mese precedente con il Dipartimento Chirurgico e Oncologico Chirurgico. Decorrenza aprile	Numero turni delle guardie interdivisionali condivise e sottoscritte con i dipartimenti coinvolti entro il 20 del mese precedente	100,00	100,00	0,00	
Implementare le skill infermieristiche per l'area NARS e RIAP	N. persone formate/ le nuove assunzioni al netto delle sostituzioni	100,00	100,00	0,00	
Istituzione coordinamento locale ospedaliero per l'attività di trapianto con atto deliberativo entro il 30/06/2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Mappatura delle attività attraverso la corretta e completa registrazione delle richieste e delle prestazioni nel gestionale MosaiQ.	N. richieste registrate sul gestionale MosaiQ/pazienti trattati con piano di trattamento approvato	100,00	100,00	0,00	
Mappatura e revisione dei dipendenti con limitazioni a condizione entro il 30.06.2025 da inviare con la Direzione Aziendale	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Monitoraggio continuo dell'occupazione dei posti letto Aziendali attraverso reportistica con andamento grafico a consuntivo da inoltrare alla Direzione Aziendale, alla Direzione Unica del Presidio e Dipartimenti	N. report mensili trasmessi	100,00	100,00	0,00	
Organizzazione di almeno un audit di monitoraggio e aggiornamento dei PDTA aziendali revisionati e deliberati	N. audit di monitoraggio e aggiornamento audit	100,00	100,00	0,00	
Organizzazione incontri collegiali di Dipartimento trimestrali	N. incontri verbalizzati	100,00	100,00	0,00	
Ottimizzazione della gestione dei posti letto. Partecipazione agli incontri organizzati dal Bed Manager Regionale	N. partecipazioni/ N. convocazioni	100,00	100,00	0,00	

Monitoraggio continuo dell'occupazione dei posti letto Aziendali attraverso reportistica con andamento grafico a consuntivo da inoltrare alla Direzione Aziendale, alla Direzione Unica del Presidio e Dipartimenti	N. report mensili trasmessi	100,00	100,00	0,00	
Organizzazione di almeno un audit di monitoraggio e aggiornamento dei PDTA aziendali revisionati e deliberati	N. audit di monitoraggio e aggiornamento audit	100,00	100,00	0,00	
Organizzazione incontri collegiali di Dipartimento trimestrali	N. incontri verbalizzati	100,00	100,00	0,00	
Ottimizzazione della gestione dei posti letto. Partecipazione agli incontri organizzati dal Bed Manager Regionale	N. partecipazioni/ N. convocazioni	100,00	100,00	0,00	
Predisporre un percorso Lean in condivisione con la SC Lavori Pubblici e Manutenzioni per la gestione degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria entro il 30/09/2025.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA): Partecipare gli incontri del Gruppo Operativo Infezioni Ospedaliere	n. partecipazioni incontri/n. richieste partecipazione	100,00	100,00	0,00	
Promozione incontri collegiali bimestrali per il monitoraggio delle attività dipartimentali e delle risorse disponibili con le strutture afferenti al Dipartimento	N. incontri verbalizzati e sottoscritti	100,00	100,00	0,00	
Proposta di aggiornamento del Regolamento aziendale per all'accesso alla formazione secondo le nuove direttive con particolare riferimento all'accesso agli eventi formativi sponsorizzati entro il 31/12/2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Redazione del Programma triennale degli acquisti di beni e servizi entro il 20/10/2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Redazione Piano del fabbisogno del personale (art. 27 comma 2 L.R. 10/2006) di cui alla D.G.R. n. 46/42 del 22/11/2019 (redatto secondo gli schemi stabiliti dalle indicazioni operative RAS) entro il 20/10/2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Redazione programma degli acquisti di forniture e servizi 2025-2027 per la trasmissione alla SC Acquisizione beni servizi ed economato entro il 30 settembre 2025.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Redazione programma triennale delle opere pubbliche 2025-2027 in coerenza con D.Lgs 31 marzo 2023 n. 36 Allegato 5 entro il 30 settembre 2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Relazione organizzativa sull'attività della struttura entro il 31/12/2025 alla Direzione Strategica aziendale	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Relazione sul rispetto delle milestone PNRR relative all'avanzamento procedurale e fisico degli interventi di riqualificazione strutturale e funzionale del Corpo Staccato del P.O. S. Michele e del Corpo F del P.O. Oncologico A. Businco compresa la preliminare valutazione di vulnerabilità sismica dei presidi ai sensi dell'OPCM 3274 e s.m.i. entro l'anno 2026 entro il 31/12/2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	

Ricognizione delle Strutture e valutazione di rispondenza ai requisiti di accreditamento	N. audit con le strutture individuate	100,00	100,00	0,00	
Ricognizione e revisione controlli idoneità all'impiego del personale	N. dipendenti sottoposti a controlli/tot. dipendenti con controllo oltre i 5 anni	100,00	100,00	0,00	
Ricognizione fabbisogno personale medico per le Strutture sulla base dei criteri di accreditamento e volumi di attività entro il 31.12.2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Riscontro alle richieste di sopralluoghi per verifiche procedure di sicurezza connesse alle varie attività aziendali	N. sopralluoghi effettuati / sopralluoghi richiesti	100,00	100,00	0,00	
Rispetto delle milestone PNRR relative all'avanzamento procedurale e fisico degli interventi di riqualificazione strutturale e funzionale del Corpo Staccato del P.O. S. Michele e del Corpo F del P.O. Oncologico A. Businco compresa la preliminare valutazione di vulnerabilità sismica dei presidi ai sensi dell'OPCM 3274 e s.m.i. entro l'anno 2026.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Riunioni periodiche di cui all'articolo 35 del D.GLS 81/08 in materia di sicurezza del lavoro	N. riunioni verbalizzate	100,00	100,00	0,00	
Supporto all'avvio del progetto Hub del farmaco attraverso la predisposizione e invio all'ARES, entro 60 giorni dalla richiesta formale, dei documenti relativi alle attività per l'avvio operativo del servizio all'interno dell'azienda	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Tempestiva chiusura delle schede manageriali e professionali dei Direttori di Struttura 2024 e inviate al servizio del personale entro il 31.08.2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Verifica della corretta tenuta dei registri antincendio, nonché il monitoraggio degli adempimenti con tempestiva comunicazione al Datore di lavoro	N. sopralluoghi trimestrali verbalizzati al Direttore Generale	100,00	100,00	0,00	

Area: Qualità dell'attività amministrativa, informatica e tecnica					
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET AZIENDALE %	RAGGIUNGIMENTO MEDIO AZIENDALE %	SCOSTAMENTO %	NOTE
Rispetto delle scadenze per i riscontri alle note della Direzione Generale dell'Assessorato Igiene e Sanità	media giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita nelle note di richiesta	100,00	100,00	0,00	
Abbattimento del 50% di tutte le tipologie di lavoro flessibile attraverso richiesta di attivazione di procedure di reclutamento nei limiti delle disposizioni dell'Assessorato	Personale sostituito attraverso procedure di lavoro dipendente/ tot personale con contratto flessibile	100,00	100,00	0,00	
Amministrazione trasparente: Pubblicazione sul sito web aziendale dei Report tempi di attesa ambulatoriali come da determina RAS n. 1287 del 24/12/2020	N. pubblicazioni sul sito web aziendale	100,00	100,00	0,00	
Analisi e mappatura della casistica del CVS aziendale relativa al 2024 e proposte procedurali per la gestione del contenzioso entro il 30.06.2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	

Approvazione del piano di comunicazione aziendale entro il 31.12.2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Assolvimento del debito informativo mediante l'inserimento dei dati dei sinistri nel sistema informativo regionale SIRMES	N. sinistri inseriti nel sistema/ N. sinistri 2023	100,00	100,00	0,00	
Avvio del Piano di accreditamento Aziendale deliberato attraverso l'inoltro delle proposte di accreditamento dei reparti individuati alla Regione Autonoma della Sardegna.	N. richieste di accreditamento inoltrate alla Regione Autonoma della Sardegna	100,00	100,00	0,00	
Campagna di comunicazione eccellenze ARNAS G. Brotzu attraverso i social aziendali	N. post, video mensili	100,00	100,00	0,00	
Campagna promozionale del brand ARNAS G. Brotzu sul sito istituzionale	N. pubblicazioni	100,00	100,00	0,00	
Chiusura delle schede farmaci AIFA entro 60 giorni dalla fine definitiva del trattamento	N. schede AIFA chiuse entro la scadenza/tot schede AIFA	100,00	73,50	26,50	
Chiusura procedura di aggiudicazione NAT ARNAS durata 5 anni entro 31/12/2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Chiusura procedure di rendicontazione relative all'inventario straordinario dei cespiti dell'Azienda entro il 31.12.2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Coinvolgimento attivo alla realizzazione di PDTA in ambito emato-oncologico in collaborazione con la SC Qualità, percorsi assistenziali e Gestione del rischio e la SSD Accoglienza e presa in carico paziente nell'ambito del CAS.	N. partecipazioni/ N. convocazioni	100,00	100,00	0,00	
Completamento istruttoria ciclo della Performance e approvazione della relativa Relazione sulla Performance 2024 entro il 30.06.2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Condivisione attraverso incontri verbalizzati della revisione dei protocolli interni e organizzazione di reparto	N. incontri verbalizzati	100,00	100,00	0,00	
Condivisione obiettivi oggetto di Performance Organizzativa con i dipendenti afferenti alla Struttura attraverso incontri verbalizzati e sottoscritti	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Corretta gestione del repertorio di contratti e convenzioni	N. contratti e convenzioni repertorate/ Tot. richieste di repertoriazione dei contratti e convenzioni	100,00	100,00	0,00	
Corretta gestione del sistema di protocollazione della corrispondenza interna ed esterna con relativa archiviazione dematerializzata allegata	Numero di protocolli con allegato/ tot protocolli aziendali	100,00	100,00	0,00	
Elaborazione DVR in linea con modifiche dei processi produttivi o dell'organizzazione del lavoro significative ai fini della salute e sicurezza dei lavoratori	N. azioni svolte	100,00	100,00	0,00	
Fornire i dati della movimentazione del fondo rischi alla SC Economico Finanziario entro il 31/12/2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Invio delle informazioni di pertinenza del Servizio ai fini della redazione del Programma triennale degli acquisti di forniture e servizi (allegato II schede A B e C D.M. Infrastrutture e Trasporti 16/01/2018 n. 14) entro il 20/10/2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	

Mappatura delle convenzioni ai fini della predisposizione dei documenti di programmazione entro il 30/09/2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Monitoraggio continuo progetti con finanziamento vincolato di parte corrente attraverso reportistica trimestrale	N. report trimestrali/N. progetti	100,00	100,00	0,00	
Monitoraggio della completezza della documentazione sanitaria: attraverso la valutazione del 10% delle Cartelle Cliniche di ciascuna Struttura aziendale	N. cartelle cliniche verificate / N. totale ricoveri ordinari (x 100)	100,00	100,00	0,00	
Monitoraggio delle rimanenze finali dei dispositivi negli armadietti di reparto con cadenza trimestrale	N. report trimestrali degli armadietti prodotti	100,00	100,00	0,00	
Monitoraggio delle rimanenze finali dei farmaci negli armadietti di reparto con cadenza trimestrale	N. report trimestrali degli armadietti prodotti	100,00	100,00	0,00	
Monitoraggio percorsi di recupero farmaci AIFA	N. verifiche e solleciti /anno verbalizzati	100,00	100,00	0,00	
Organizzazione di corsi in coerenza con il progetto formativo strategico sulla sicurezza (rischio clinico radioprotezione antincendio sicurezza sul lavoro D.lgs 81/2008)	N. eventi formativi	100,00	100,00	0,00	
Monitoraggio continuo progetti con finanziamento vincolato di parte corrente attraverso reportistica trimestrale	N. report trimestrali/N. progetti	100,00	100,00	0,00	
Monitoraggio della completezza della documentazione sanitaria: attraverso la valutazione del 10% delle Cartelle Cliniche di ciascuna Struttura aziendale	N. cartelle cliniche verificate / N. totale ricoveri ordinari (x 100)	100,00	100,00	0,00	
Monitoraggio delle rimanenze finali dei dispositivi negli armadietti di reparto con cadenza trimestrale	N. report trimestrali degli armadietti prodotti	100,00	100,00	0,00	
Monitoraggio delle rimanenze finali dei farmaci negli armadietti di reparto con cadenza trimestrale	N. report trimestrali degli armadietti prodotti	100,00	100,00	0,00	
Monitoraggio percorsi di recupero farmaci AIFA	N. verifiche e solleciti /anno verbalizzati	100,00	100,00	0,00	
Organizzazione di corsi in coerenza con il progetto formativo strategico sulla sicurezza (rischio clinico radioprotezione antincendio sicurezza sul lavoro D.lgs 81/2008)	N. eventi formativi	100,00	100,00	0,00	
Ottimizzazione nella gestione delle sale operatorie attraverso l'efficientamento dei tempi medi di inizio intervento programmato per slot	Media ora inizio primo intervento programmato	100,00	70,10	29,90	
Partecipazione al comitato valutazione sinistri e conseguenti adempimenti	N. partecipazioni/ N. convocazioni	100,00	100,00	0,00	
PNRR M6C2 2.2 b) Divulgazione, sensibilizzazione e supporto tecnico ai dipendenti per il perseguimento del target previsto nel Piano Operativo Regionale (DGR n. 17/68 del 19/05/2023) in collaborazione con il Provider Unico ARES. DGR 2/7 DEL 18/01/2024	N. di partecipanti/ tot. personale individuato nel Piano Operativo Regionale	100,00	100,00	0,00	
Predisporre un percorso Lean in condivisione con la Direzione Medica Unica dei Presidi per la gestione degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria entro il 31/12/2025.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Predisposizione Bilancio economico preventivo 2026-2028 entro il 15/11/2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	

Predisposizione dati per progetto Bussola annualità 2024 entro il 30.09.2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Predisposizione dei modelli ministeriali CE, LA, CP entro le date previste da normativa per il caricamento nel Portale N.S.I.S.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Predisposizione entro il 31/12/2025 delle richieste ai servizi dei contenuti necessari per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026-2028	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Predisposizione progetto relativo ai fabbisogni formativi delle Strutture afferenti al Dipartimento attenendone alla rotazione del personale beneficiario entro il 30/09/2025 da inviare alla Direzione Strategica e alla SSD Formazione al fine del PAF 2026	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Presentazione e realizzazione eventi social di promozione attività sanitarie (es. raccolta sangue raccolta sangue cordonale ecc.) entro il 31/12/2025	N. eventi social di promozione	100,00	100,00	0,00	
Presentazione programma fabbisogni beni sanitari e non sanitari entro il 30/06/2025 ai rispettivi servizi Farmacia e Acquisizione beni e servizi.	% schede chiuse entro scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Presentazione programma fabbisogni beni sanitari e non sanitari entro il 30/06/2025 ai rispettivi servizi Farmacia e Acquisizione beni e servizi.	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Presentazione relazione annuale attività formativa Piano Annuale della Formazione (PAF) dell'anno precedente entro le tempistiche comunicate dal Provider Unico ARES	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Proposta di aggiornamento del Regolamento aziendale per la frequenza volontaria entro il 31/12/2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Proseguimento della partecipazione al percorso di implementazione dell'internal auditing coordinato a livello centrale dalla Regione e da Ares finalizzato allo sviluppo di un approccio per processi alla riduzione dei rischi amministrativi-contabili e alla misurazione del miglioramento organizzativo.	N. partecipazioni incontri/N. richieste partecipazione	100,00	100,00	0,00	
Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018. DGR 2/7 DEL 18/01/2024	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Redazione del programma acquisti dei beni farmaceutici per il biennio 2025/2026 entro il 10/10/2025 nel rispetto del DM 14/2018	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Redazione del programma acquisti delle tecnologie informatiche per il triennio 2025/2028 entro il 20/10/2025 nel rispetto del DM 14/2018	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Relazione sul rispetto delle milestone PNRR - M6.C2 1.1.2- Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Grandi Apparecchiature Sanitarie e Cofinanziamento Regionale di cui alla DGR n. 12/16 del 07.04.2022 entro il 31/12/2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	

Ricognizione e circolarizzazione partite creditorie e debitorie intercompany e RAS entro il 31.12.2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Riduzione tempi medi liquidazione fatture	N. giorni medi di liquidazione fatture	100,00	50,00	50,00	
Supporto all'utilizzo corretto delle procedure informatiche (CUP/ADT/SOWEB) - Formazione sul campo.	N. azioni svolte	100,00	100,00	0,00	
Supporto per la digitalizzazione dei referti e la firma elettronica e verbali del PS in previsione dell'attivazione della cartella clinica informatizzata. Relazione delle attività poste in essere entro il 31.12.2025	N. giorni di ritardo rispetto alla scadenza stabilita	100,00	100,00	0,00	
Supporto pratiche di registrazione o segnalazione relativa al codice privacy	N. pratiche/ N. richieste	100,00	100,00	0,00	
Tempestività nell'attivare le procedure di assunzione del personale con particolare attenzione alle tempistiche sulle sostituzioni	data della cessazione - data attivazione della procedura	100,00	100,00	0,00	

Gli scostamenti evidenziati nelle tabelle di sintesi degli obiettivi assegnati alle Strutture per l'anno 2025 sopra riportate, sono da ricondursi sostanzialmente allo scenario attuale del sistema sanitario regionale che purtroppo ha visto la chiusura di diversi reparti dei Presidi Ospedalieri delle ASL di discipline con un conseguente sovraccarico di lavoro per l'ARNAS e la sempre più cronica carenza di personale.

4. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA COMPLESSIVA

Di seguito la tabella riepilogativa della performance organizzative conseguita da ciascuna struttura a valenza budgetaria nell'anno 2025

STRUTTURA	PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ANNO 2025
DIPARTIMENTO CHIRURGICO	100,00%
SC CHIRURGIA EPATOBILIPANCREATICA DEI TRAPIANTI DI FEGATO E DI PANCREAS	75,48%
SC UROLOGIA, TRAPIANTO DI RENE E CHIRURGIA ROBOTICA	74,15%
SC OCULISTICA	93,80%
SSD CHIRURGIA METABOLICA E DELL'OBESITA'	100,00%
SSD CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA CENTRO USTIONI	96,10%
SSD ENDOCRINO-CHIRURGIA	78,65%
SSD MAXILLO FACCIALE	99,05%
SSD TERAPIA INTENSIVA POST OPERATORIA	95,71%
SSD ECOGRAFIA SPERIMENTALE E DEI TRAPIANTI	100,00%
DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE	100,00%
SC CARDIOCHIRURGIA	89,20%
SC CARDIOLOGIA E UTIC	99,76%
SC CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA E EMODINAMICA	89,20%
SC CHIRURGIA VASCOLARE	90,40%
SSD CARDIOANESTESIA	88,10%
SSD CARDIORIABILITAZIONE	100,00%
SSD CHIRURGIA DEI TRONCHI SOVRAORTICI	100,00%
SSD CONSULENZA E VALUTAZIONE CARDIOLOGICA	100,00%
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA	100,00%
SC CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	99,88%
SC CHIRURGIA DELLA MANO E MICROCHIRURGIA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA	93,00%
SC MEDICINA D'URGENZA	80,94%
SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	97,60%
SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE (P.O.S. MICHELE)	92,72%
SC PRONTO SOCCORSO E OBI	100,00%
SSD EMERGENZA URGENZA PEDIATRICA	100,00%
DIPARTIMENTO NEUROLOGICO E DELLA RIABILITAZIONE	100,00%
SC NEUROLOGIA STROKE UNIT	100,00%
SC NEUROCHIRURGIA	71,69%
SC NEURORADIOLOGIA INTERVENTISTICA E VASCOLARE	98,62%
SSD RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	100,00%
SC NEURORIABILITAZIONE	100,00%
SSD MALATTIE DEGENERATIVE E NEUROFISIOPATOLOGIA	100,00%
DIPARTIMENTO CURA DELLE MALATTIE ONCOLOGICHE	100,00%
SC CARDIOLOGIA ONCOLOGICA	100,00%
SC EMATOLOGIA E CTMO	100,00%
SC ONCOLOGIA MEDICA	96,80%
SC RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	100,00%
SC TERAPIA DEL DOLORE	97,37%
DIPARTIMENTO MEDICO INTERNISTICO	100,00%
SC MEDICINA GENERALE	80,00%
SC NEFROLOGIA, DIALISI E TRAPIANTO (UNIV.)	75,00%
SC GASTROENTEROLOGIA	100,00%
SSD DIALISI PERITONEALE	100,00%
SSD ENDOSCOPIA DIGESTIVA INTERVENTISTICA	87,97%
DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA AVANZATA E SERVIZI	100,00%
SC ANATOMIA PATOLOGICA	100,00%
SC FARMACIA	100,00%
SSD FISICA SANITARIA	100,00%
SC LABORATORIO ANALISI	92,92%
SC MEDICINA NUCLEARE	97,60%
SC CENTRO IMMUNOEMATOLOGIA E TRASFUSIONALE	100,00%
SC RADIOLOGIA	92,72%
SSD QUALITA' IN RADIOCHIMICA - LABORATORIO VITRO	100,00%
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	100,00%
SC CARDIOLOGIA PEDIATRICA E CARDIOPATIE CONGENITE	100,00%
SC CHIRURGIA PEDIATRICA	99,48%
SC ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	100,00%
SC OSTETRICIA	80,38%

SC PEDIATRIA	80,00%
SSD ANESTESIA E TERAPIA INTENSIVA E SEMINTENSIVA PEDIATRICA	99,72%
SSD BANCA DEL SANGUE CORDONALE	100,00%
SSD MALATTIE COMPLESSE E NEFROUROLOGIA PEDIATRICA	100,00%
SSD NEONATOLOGIA	100,00%
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO CHIRURGICO	100,00%
SC CHIRURGIA SENOLOGICA	99,40%
SC CHIRURGIA GENERALE AD INDIRIZZO ONCOLOGICO	81,51%
SC CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA TORACICA	86,92%
SC GINECOLOGIA GENERALE E ONCOLOGIA (UNIV.)	90,41%
SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE (P.O. BUSINCO)	95,73%
SC RADIOLOGIA ONCOLOGICA	100,00%
SSD DERMATOLOGIA ONCOLOGICA	100,00%
STAFF DELLA DIREZIONE STRATEGICA	
SC MEDICINA LEGALE	100,00%
SC AFFARI GENERALI	100,00%
SSD MEDICINA DEL LAVORO	100,00%
SSD AREA LEGALE E CONTENZIOSO	100,00%
SSD FORMAZIONE	90,00%
SSD COMUNICAZIONE E RELAZIONI ESTERNE	100,00%
SSD PREVENZIONE E PROTEZIONE	100,00%
SSD PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE	100,00%
SSD PSICOLOGIA	100,00%
SSD CONTROLLO ATTIVITA' SANITARIE E QUALITA' DEI FLUSSI DI PRODUZIONE	100,00%
DIREZIONE SANITARIA	
SC PROFESSIONI SANITARIE ED OSTETRICHE	100,00%
SC PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE	100,00%
SC ACCREDITAMENTO E CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA	100,00%
SC QUALITA', PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO	100,00%
SC DIREZIONE MEDICA UNICA DEI PRESIDI	100,00%
SSD ACCOGLIENZA E PRESA IN CARICO PAZIENTE	100,00%
SSD COORDINAMENTO LOCALE TRAPIANTI	100,00%
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	
SC RISORSE UMANE E RELAZIONI SINDACALI	100,00%
SC ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI ED ECONOMATO	100,00%
SC ECONOMICO FINANZIARIO	100,00%
DIPARTIMENTO TECNICO	100,00%
SC LAVORI PUBBLICI E MANUTENZIONI	100,00%
SC PATRIMONIO E LOGISTICA	75,00%
SC SERVIZIO INFORMATICO E TECNOLOGIE SANITARIE	100,00%

5. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI

Di seguito si riportano indicazioni sintetiche sul grado di raggiungimento degli obiettivi individuali del personale dipendente sulla base delle informazioni disponibili alla data di redazione del presente documento, e, in particolare, sul grado di differenziazione dei giudizi, in modo tale da rappresentare adeguatamente i risultati del sistema di valutazione individuale.

Nell'ARNAS vige un sistema per il calcolo della performance individuale basato su un algoritmo di natura Gaussiana che presuppone un valore minimo della performance pari a 0,5 e un valore massimo pari a 1,5. Poiché le dimensioni dell'Amministrazione impediscono la reportistica su dati individuale, si riportano di seguito alcuni valori medi ritenuti significativi:

TIPOLOGIA DI PERSONALE	TARGET VALUTAZIONE INDIVIDUALE	MEDIA VALUTAZIONE INDIVIDUALE	SCOSTAMENTO	DEVIAZIONE STANDARD AZIENDALE
Personale Dirigenza	1,500	1,408	0,092	0,246
Personale Comparto	1,500	1,427	0,073	
Media Aziendale	1,500	1,423	0,077	

Ai fini della misurazione e valutazione delle performance individuali come detto l'ARNAS si avvale della “valorizzazione differenziale” dell'apporto dei singoli alla produttività dell'equipe, come da regolamento di misura e valutazione della performance di cui alla deliberazione n. 1501/2013.

Tale sistema si basa su schede preposte alla rilevazione del “punteggio differenziale” della flessibilità, composte da griglie parzialmente precompilate dai direttori di struttura e chiedendo ai partecipanti di completarle in funzione delle loro esigenze in termini di flessibilità dell'apporto individuale. La metodologia di differenziazione fra dipendenti richiede la presenza di alcune condizioni:

- le regole di differenziazione devono essere stabilite prima;
- i criteri di differenziazione devono essere condivisi ex ante all'interno del gruppo e collocate in una “griglia” predefinita (scheda di valorizzazione);
- a ciascun criterio devono corrispondere opportuni livelli di apporto collocati in una scala definita a 5 livelli (da 1 a 5);
- dal “punteggio di flessibilità” che ogni dipendente concorda col superiore si ricava l'indice differenziale secondo un margine di oscillazione definito intorno al valore 1 (scala gaussiana);
- il dipendente effettua preventivamente la sua proposta di posizionamento per ciascun criterio e livello della griglia e il superiore avalla la scelta del dipendente o ne propone giustificatamente la modifica;
- dal punteggio totale ottenuto si risale all'indice di flessibilità individuale, attraverso il quale si effettua la valorizzazione individuale finale secondo la seguente formula:

FORMULA PER IL CALCOLO DELL'INDICE DI FLESSIBILITA' DELL'OPERATORE

$$[(\text{Punti ott.} - \text{Punti min.}) * (\text{FLmax} - \text{FLmin})]$$

$$\text{FLESSIBILITA'} = \frac{\quad}{(\text{Punti max} - \text{Punti min})} + \text{Flmin}$$

Dove:

- Punti ott. = Punteggio totale dell'operatore
- Punti min = Punteggio minimo ottenibile (uguale a 5)
- Punti max = Punteggio massimo ottenibile (uguale a 25)
- FL min = Limite inferiore di flessibilità (stabilito a 0,5)
- FL max = Limite superiore di flessibilità (stabilito a 1,5)

La valorizzazione differenziale deve corrispondere a un effettivo premio all'apporto del singolo alla produttività dell'equipe, posto che differenziare l'incentivo in base all'apporto concreto del singolo rappresenta un efficace strumento messo a disposizione del dirigente per stimolare l'emulazione positiva fra i propri collaboratori. Per questo più che di valutazione, si tratta di "valorizzazione differenziale", perché si applica un punteggio di flessibilità "differenziale" oggettivo, con cui si prende atto dell'impegno che ogni dipendente sottoscrive all'inizio dell'anno sul proprio posto di lavoro.

La metodologia prevede di avvalersi della curva di Gauss per definire le "n" fasce di merito dove sarà collocato il personale. Le fasce di merito oscillano intorno a un "valore di flessibilità" centrale pari a 1,0, ovvero tra un valore minimo (0,5) e massimo (1,5), predefiniti nei Protocolli Applicativi approvati per singola area contrattuale e simmetrici rispetto a quello centrale.

A ciascun componente dell'equipe viene prospettata la scelta di condividere un "punteggio individuale" che oscilla tra un minimo e un massimo, in tal modo ogni dipendente è messo in condizione di concordare all'interno della struttura di appartenenza il proprio punteggio di flessibilità ("performance individuale"). Su tale base a fine anno potrà accedere alla distribuzione del proprio incentivo in modo assolutamente trasparente: il dirigente accerta/verifica che il punteggio di fine anno corrisponda o meno a quello concordato preventivamente.

In conclusione, il premio di produttività e la retribuzione di risultato sono determinati in base ai seguenti parametri:

- percentuale della performance organizzativa;
- valorizzazione della performance individuale;
- parametrizzazione su coefficiente individuale di accesso al fondo;
- livello di responsabilizzazione differenziata;
- effettiva presenza in servizio.

Nel corso dell'anno non sono intervenute variazioni, in termini assoluti e relativi, degli obiettivi individuali dei dirigenti e del personale responsabile di posizione organizzativa.

L'attuazione delle prescrizioni della Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 16 gennaio 2025 è stata solo parzialmente conseguita, in ragione della persistente carenza di personale e delle prioritarie esigenze connesse alla gestione delle emergenze e urgenze assistenziali.

6 IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse).

La rappresentazione dello scenario di performance, e quindi l'albero stesso, non può prescindere dall'analisi del contesto di alta pianificazione strategica:

- Piano Sanitario Nazionale;
- Piano Sanitario Regionale;
- Piano Nazionale di Prevenzione;

nonché del contesto sanitario locale:

- criticità legate alla popolazione di riferimento;
- spesa sanitaria e finanziamento regionale;
- analisi comparativa dell'attività a livello regionale;

Nella definizione degli obiettivi per l'anno 2025 per il biennio successivo l'ARNAS si è basata:

- Sulle indicazioni ministeriali dettate dal Piano Nazionale Esiti e dal monitoraggio dei LEA, dal Patto per la Salute 2014/2016, dal Decreto Ministeriale n. 70 del 02/04/2015, recante "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", dai più recenti atti della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nonché su quelle desunte dalle disposizioni che disciplinano le procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nella efficienza degli enti del SSN, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e nel rispetto della garanzia dei livelli essenziali di assistenza (art. 1 commi da 521 a 547 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come modificati dall'art. 1, comma 390, della Legge n. 232 del 11 dicembre 2016) ;
- Sulle indicazioni regionali afferenti la razionalizzazione della rete ospedaliera;
- Sulle indicazioni di cui alla DGR n. 35/24 del 25/10/2023 avente ad oggetto: "Rete pediatrica regionale. Attuazione delle disposizioni della legge regionale 23 ottobre 2023, n. 9. Trasferimento delle strutture di Oncoematologia Pediatrica e del Centro Trapianti Midollo Osseo Pediatrico dalla ASL n. 8 di Cagliari all'ARNAS "G. Brotzu". Approvazione preliminare".
- Sulle indicazioni di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 2/7 del 18.01.2024 concernente "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2024". Decreto assessoriale n. 14 del 07.03.2024 e Decreto 31 del 11.11.2024 Modifiche ed integrazione."
- Sulla Legge regionale 11 marzo 2025, n. 8 "Disposizioni urgenti di adeguamento dell'assetto organizzativo ed istituzionale del sistema sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 11 settembre 2020, n. 24".
- Sui limiti e i termini impartiti dalla Direzione Generale della Sanità - Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Sardegna di cui alla nota (con rispettivi allegati) n. 19277 del 14/07/2025 avente ad oggetto: "Indicazioni per la compilazione dei Bilanci di previsione 2025-27. Aggiornamento delle

assegnazioni a seguito dell'approvazione del Bilancio regionale 2025-27", e della Deliberazione della Giunta Regionale n. 19/21 del 09/04/2025 concernente "Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali. Anno 2025".

- Sull'analisi dei bisogni della popolazione sarda;
- Sull'offerta del territorio;
- Sulla capacità d'offerta che l'ARNAS ha dal punto di vista strutturale, di risorse professionali e materiali.

All'interno della logica di albero della performance, ogni obiettivo strategico è articolato in obiettivi operativi riportati in apposite schede per ciascun Dipartimento, Struttura Complessa o Semplice a valenza Dipartimentale. Si precisa che le azioni strategiche a base del Piano della Performance rispecchiano la connessione tra la pianificazione della performance e la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.

Gli obiettivi strategici sono stati dunque declinati direttamente in obiettivi dirigenziali di Dipartimento, Struttura Complessa o Semplice Dipartimentale.

La misurazione e valutazione degli obiettivi è avvenuta verificandone la corretta rendicontazione, analizzandone gli eventuali scostamenti rispetto ai valori attesi supportati dalle fonti individuate in coerenza con il Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance aziendali.

Sulla base delle risultanze del processo di verifica, condotto dall'Organismo Indipendente di Valutazione, che si è avvalso dell'istruttoria formulata dalla Struttura Tecnica Permanente, si è arrivati a definire le performance organizzative delle singole strutture a valenza budgetaria.

Il processo di verifica è parte integrante del Ciclo di Gestione della Performance ed è stato portato a termine dall'Organismo Indipendente di Valutazione in osservanza alle disposizioni contenute nel Sistema di Misura e Valutazione adottato dall'Azienda con deliberazione n. 1501/2013, nonché in conformità alle modalità operative previste dai vigenti Protocolli Applicativi per il Sistema Premiante.