

**RELAZIONE
PERFORMANCE
ANNO 2023
ASL GALLURA**

Giugno 2024

INDICE

PREMESSA.....	3
1.1 <i>Analisi di contesto esterno.....</i>	<i>3</i>
1.2 <i>Analisi di contesto interno e organizzazione aziendale.....</i>	<i>6</i>
1.3 <i>Analisi delle risorse umane ed economiche finanziarie.....</i>	<i>8</i>
2. IL SISTEMA DI GESTIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	11
3.LA MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DELL'AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE N°2 DELLA GALLURA ANNO 2023.....	15
3.1 <i>Misurazione e valutazione della performance organizzativa.....</i>	<i>15</i>
3.2 <i>Misurazione e valutazione della performance individuale.....</i>	<i>50</i>
4. PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE.....	53
4.1 <i>Pari Opportunità e Valorizzazione del benessere.....</i>	<i>53</i>
4.2 <i>Analisi di genere del personale dipendente.....</i>	<i>55</i>
4.3 <i>Organizzazione del lavoro agile.....</i>	<i>55</i>
4.4 <i>Formazione del personale.....</i>	<i>57</i>
5. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	57
6. LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DEGLI UTENTI.....	58
7.IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE.....	60
7.1 <i>Fasi, soggetti e responsabilità.....</i>	<i>61</i>
7.2 <i>Punti di forza e di debolezza del Ciclo delle Performance.....</i>	<i>61</i>

Premessa

La presente Relazione è redatta a conclusione del Ciclo di gestione della Performance 2023, ai sensi dell'art. 10, comma 1 lettera b) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che prevede l'obbligo di predisporre un documento che evidenzi, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse assegnate nell'anno di riferimento, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La Relazione annuale sulla performance persegue le seguenti finalità:

- la Relazione è uno strumento di miglioramento gestionale grazie al quale l'azienda può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando progressivamente il funzionamento del ciclo della performance;
- la Relazione è uno strumento di accountability attraverso il quale l'azienda può rendicontare a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato e gli eventuali scostamenti – e le relative cause – rispetto agli obiettivi programmati.

Nella presente relazione, dopo una presentazione generale dell'Azienda e dei risultati a livello macro, si riassume la mission aziendale e la misura di raggiungimento delle strategie ideate per darne attuazione.

La presente Relazione sulla Performance descrive i risultati raggiunti nel 2023 per il livello di:

- **Performance organizzativa dell'Azienda** rispetto al raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Regione e assegnati al Direttore Generale;
- **Performance organizzativa delle articolazioni**, in cui è strutturata l'Azienda, rispetto agli obiettivi annualmente assegnati mediante il budget, secondo la procedura definita nel PIAO e nel Sistema di Misurazione e Valutazione della performance;
- **Performance individuale dei Direttori/Responsabili di struttura e del restante personale** rispetto agli obiettivi annualmente assegnati mediante il budget, secondo la procedura definita nel PIAO e nel Sistema di Misurazione e Valutazione della performance;
- **Trasparenza e Prevenzione della Corruzione.**

1. Contesto territoriale e demografico

1.1 Analisi di contesto esterno

Il contesto in cui opera l'azienda è caratterizzato da una pluralità di bisogni e da rapidi mutamenti della struttura socio-demografica che comportano perciò una gestione improntata alla ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi.

Lo sviluppo di soluzioni per fronteggiare i rapidi mutamenti delle variabili demografiche ed epidemiologiche, rende necessario l'introduzione di politiche di governo clinico, ossia di un sistema incentrato sull'integrazione di numerosi fattori tra loro complementari, tra i quali la formazione continua, la gestione del rischio clinico, i percorsi assistenziali, la gestione del personale e l'accountability verso il cittadino.

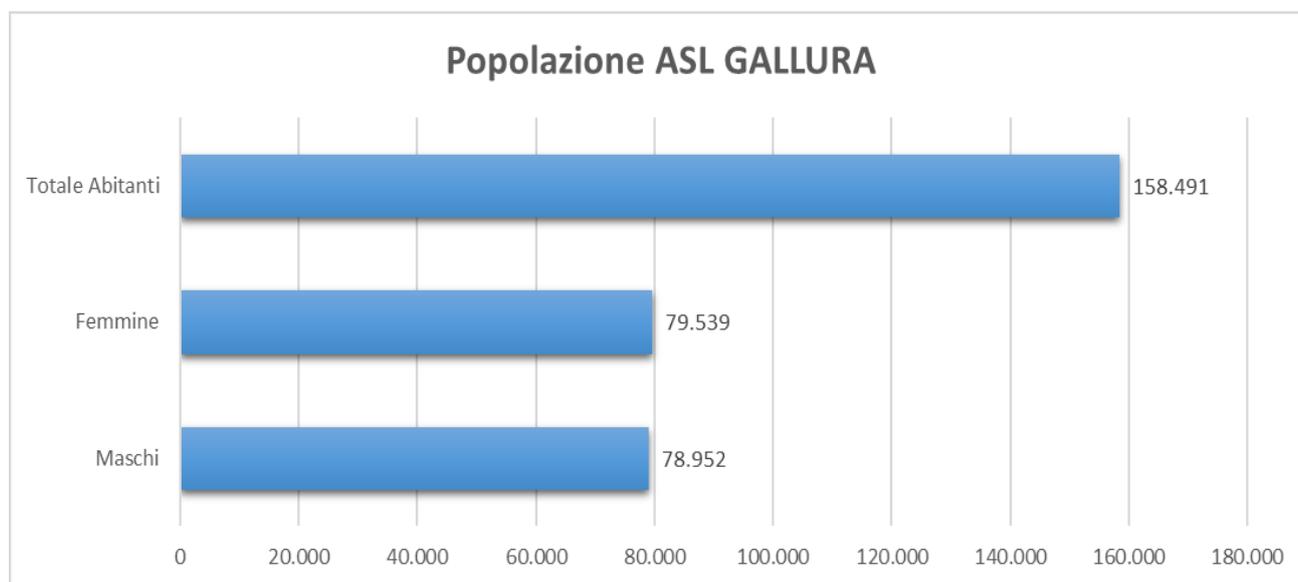
A quanto premesso, si aggiunge la complessità dei processi di riorganizzazione assistenziali che l'azienda dovrà affrontare nel prossimo futuro che darà origine ad un profondo ripensamento nella organizzazione e gestione dei servizi con importanti cambiamenti sia nell'area ospedaliera che in quella territoriale, con una prospettiva che va verso la deospedalizzazione ed il potenziamento delle cure domiciliari, l'attivazione delle Case della Comunità e l'aumento del servizio di filtro territoriale per le patologie croniche, con l'auspicio che l'intero servizio Socio-Sanitario del territorio si orienti verso una assistenza proattiva, ossia si attivi quella che viene definita medicina di iniziativa, sia nella fase di prevenzione che nell'assistenza primaria ed integrata.

La popolazione del territorio di competenza della ASL Gallura al **01.01.2023** ammonta a 158.491 residenti. La caratteristica dell'area geografica del Nord-Est Sardegna è stata quella di un costante incremento della propria popolazione residente; elemento che l'ha differenziata dalle tendenze in atto nel resto del territorio regionale.

Nel periodo 2001-2019, la popolazione residente nel Nord-Est, ha avuto il più alto tasso di incremento (+16,9%) rapportato alle altre province della Sardegna.

Fra il 1971 ed il 2018, l'incidenza della popolazione in Gallura, sul totale Sardegna, passa dal 26% al 33%; infatti, negli ultimi 50 anni la popolazione è cresciuta mediamente di circa il 57% con valori percentuali importanti nei Comuni costieri a discapito di un significativo decremento nei Comuni interni. Quanto accaduto può aiutare a ritenere che la crescita della popolazione sia stata alimentata da altre Regioni d'Italia e da altre aree dell'Isola concorrendo a determinare un contesto territoriale in cui la popolazione ha stabilito la propria residenza nei Comuni costieri.

Nota metodologica: i dati di popolazione nascono da una rielaborazione delle tavole Istat estratte dal sito istat.it. È opportuno precisare che le tavole sono collezioni di dati diffuse senza una cadenza regolare, prodotte generalmente alla conclusione di alcune indagini, come forma preliminare di diffusione dei dati prodotti. Prodotte su foglio elettronico e corredate da una nota introduttiva e metodologica, sono scaricabili gratuitamente. Pertanto nel corso dell'anno i dati passano dalla modalità provvisoria a quella definitiva senza possibilità da parte di chi scrive di poter intervenire sul dato. La presente elaborazione è in modalità definitiva Istat anno 2023.

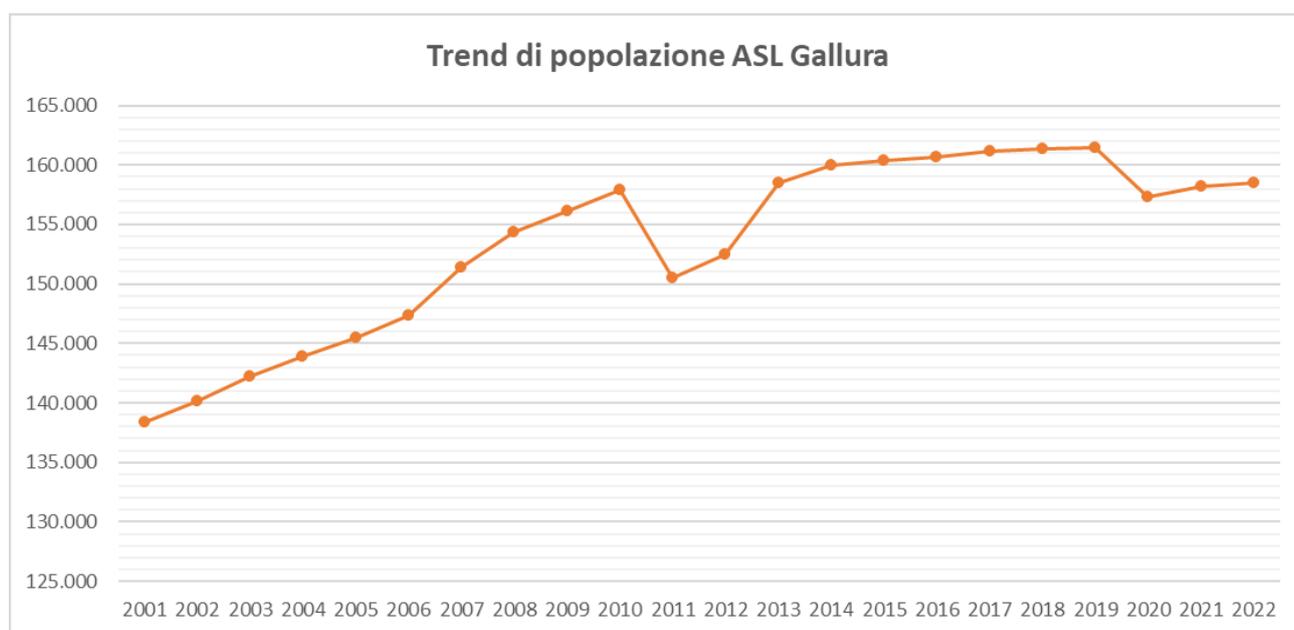


Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2023)

La maggior parte della popolazione risiede nei comuni di Olbia (61.172 abitanti) Tempio Pausania (13.238 abitanti), Arzachena (13.399 abitanti) e La Maddalena (10.609 abitanti) e quindi prevalentemente lungo la costa nord orientale.

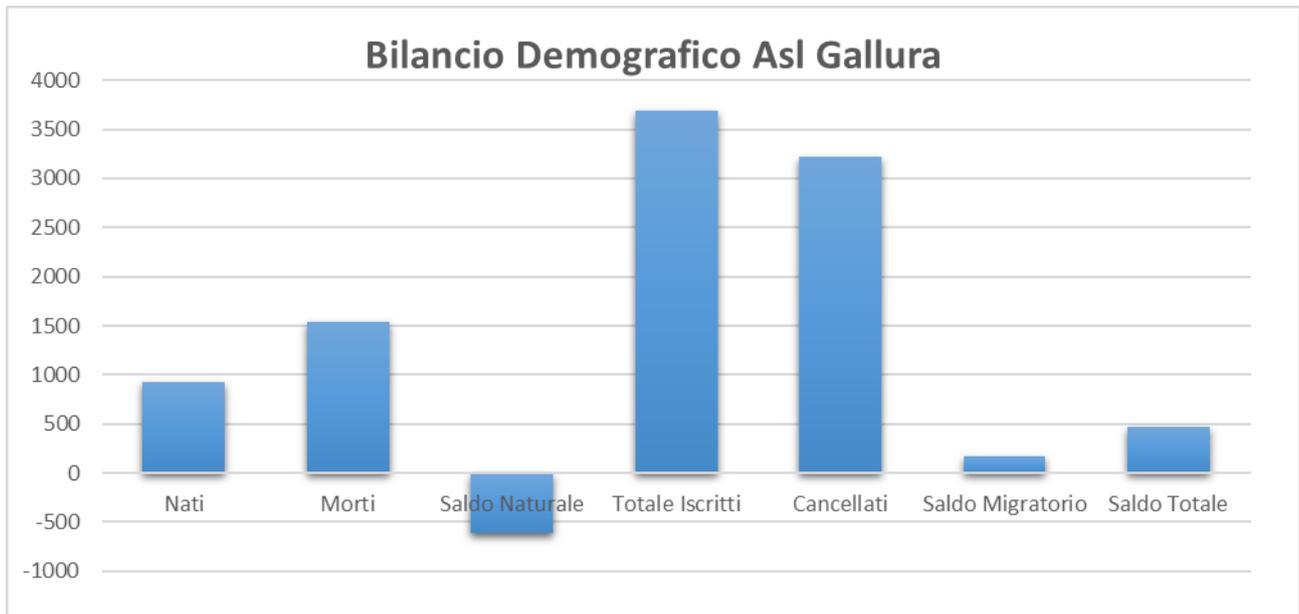
La maggioranza dei comuni che compongono il territorio di competenza della ASL Gallura sono di piccole dimensioni ed altro elemento caratterizzante sono i nuclei residenziali di matrice rurale, che si manifestano con diversi gradi di densità abitativa.

Nonostante la densità demografica molto bassa (47 ab/km²) ed una estensione di 3.397 kmq, una popolazione ancora non particolarmente "invecchiata" (specie nel contesto sardo) si traduce in saldi tendenzialmente positivi. La positività del tasso di crescita totale, in questi ultimi anni, è stato determinato da un positivo saldo migratorio totale.



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2023)

Analizzando i dati l'Azienda Sanitaria della Gallura registra in valore assoluto per il periodo 2001-2022, un incremento della popolazione di circa 20.218 abitanti. La città di Olbia cresce in maniera costante superando la soglia dei 60mila abitanti, numero che non tiene conto delle migliaia di persone che vivono in città ma non risultano residenti. Vero punto di forza della Gallura è sempre stato il suo essere un punto focale per i lavoratori e per chi cerca un impiego, vista l'alta densità di aziende e attività.



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2022)

* ultimo dato disponibile

In Gallura è accaduto che stimoli, investimenti e risorse economiche abbiano introdotto elementi di dinamicità che ne stanno caratterizzando, nella storia recente, l'importante crescita economica e sociale. **Lo sviluppo del settore del turismo** ha sicuramente svolto un ruolo ed una funzione trainante su una molteplicità di attività non tutte ad esso strettamente connesse, ma capaci di interconnettersi e di creare nuove ulteriori occasioni di crescita.

La localizzazione delle attività è avvenuta soprattutto nei Comuni costieri. Le imprese nei territori interni diminuiscono ma, in alcuni settori, hanno mostrato capacità di tenuta e di competitività. Sempre più rilevante, **l'incidenza delle imprese del settore terziario** e il lento, graduale, impoverimento dei settori delle attività primarie e secondarie. **Il settore agricolo, particolarmente nelle aree interne**, dà segnali di positività misurandosi con diverse aspettative e proposte produttive, come per esempio **l'affermazione della vitivinicoltura** e **l'avvio di interessanti esperienze enoturistiche** che rappresentano una materializzazione dei nuovi orientamenti produttivi nel mondo rurale. Riveste una particolare importanza economica e sociale per le aree interne **il distretto del granito**, cresciuto nel numero di attività, fatturato ed esportazione fino ad assumere le caratteristiche proprie di distretto industriale. Analoga attenzione merita il **distretto del sughero** che annovera circa 150 aziende artigianali del settore.

1.2 Analisi di contesto interno e organizzazione aziendale

La RAS con DGR 4/65 del 16.02.2023 "Atto aziendale dell'Azienda socio-sanitaria locale della Gallura. Esito verifica di conformità ai sensi dell'art. 16, comma 2, L.R. 11.9.2020, n. 24", ha dichiarato conforme, ai sensi dell'art. 16, comma 2, della L.R. 11 settembre 2020, n. 24, l'atto aziendale definitivo approvato dall'Azienda socio-sanitaria locale n. 2 della Gallura, con la deliberazione n. 44 del 27.1.2023, e con delibera del Direttore Generale n. 94 del 24.02.2023 l'Atto Aziendale dell'ASL n. 2 della Gallura è stato adottato in via definitiva.

L'atto aziendale individua in particolare le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale soggette a rendicontazione analitica, le competenze dei relativi responsabili e disciplina l'organizzazione dell'ASL secondo il modello dipartimentale e i compiti e le responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto socio-sanitario.

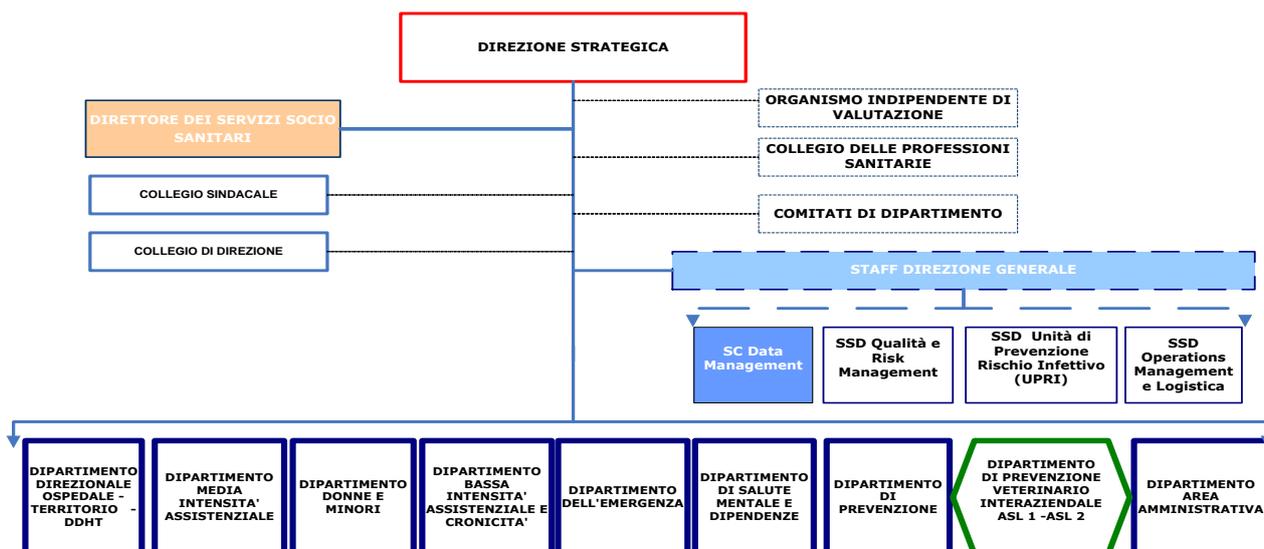
Il dipartimento è il modello ordinario di gestione operativa a livello aziendale quale struttura sovraordinata e di coordinamento, di orientamento, di consulenza, di supervisione, di governo unitario dell'offerta e di gestione integrata delle risorse assegnate alle strutture in esso aggregate, essendo costituito da articolazioni aziendali che svolgono processi comuni, simili o affini, omogenei o complementari, per i profili tecnici e disciplinari o processi che richiedono un coordinamento unitario delle funzioni attribuite alle unità operative afferenti, ovvero una tensione specifica al conseguimento di un comune risultato, per strategicità rispetto al governo dell'Azienda o di un'area assistenziale e/o organizzativa. I Dipartimenti strutturali sono costituiti dall'aggregazione di più strutture complesse e di strutture semplici dipartimentali; sono dotati di autonomia tecnico-professionale nonché possono essere dotati, di autonomia gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti, e di apposito budget, assegnato dal Direttore Generale, la cui gestione è affidata al Direttore di Dipartimento; sono finalizzati a migliorare l'efficiente utilizzo delle risorse, in particolare di quelle professionali, e l'efficacia dei servizi e delle prestazioni.

L'ASL GALLURA attraverso il modello dipartimentale, intende perseguire, per quanto più possibile, l'aggregazione di compiti, processi e percorsi al fine di razionalizzare le risorse, di realizzare economie di apprendimento o di esperienza, di scala e di gestione, e di migliorare la qualità delle prestazioni in coesione multiprofessionale; ciò, inoltre, al fine di perseguire il massimo coordinamento di processi unitari o omogenei che interessano più presidi ospedalieri, più dipartimenti, più distretti e, contestualmente, ospedale e territorio.

Il modello organizzativo delineato evidenzia la:

- direzione strategica: direzione aziendale (Direttore generale, Direttore sanitario e Direttore amministrativo);
- strutture di staff della direzione aziendale: supporto tecnico e metodologico alla direzione aziendale per lo svolgimento delle attività di governo ed indirizzo strategico, di pianificazione, programmazione e controllo e di definizione degli standard di funzionamento dell'Azienda;
- strutture e funzioni amministrative e tecniche della direzione aziendale organizzate in dipartimenti strutturali: attività di supporto operativo per l'efficiente ed efficace gestione dell'Azienda; ricerca dell'efficienza organizzativa attraverso la realizzazione di buone pratiche gestionali; gestione dei processi al servizio della produzione ed erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- strutture della linea intermedia, individuate nelle Direzioni di distretto e di presidio;
- strutture della linea operativa: complesso delle attività di produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, nonché delle connesse attività di

stretto supporto che concorrono direttamente alla produzione ed erogazione dei detti servizi e prestazioni.



1.3 Analisi delle risorse umane ed economiche finanziarie

RISORSE ECONOMICHE

Con riferimento al costo e al valore della produzione si evidenzia che nel Modello CE in ottemperanza al decreto L.gs n. 118/2011 sono rilevati i ricavi e i costi relativi alla mobilità sanitaria attiva e passiva, infra-regionale ed extraregionale, di competenza.

Nell'analizzare i principali dati economici aziendali riferiti all'anno 2023 è doveroso premettere che gli stessi potrebbero essere suscettibili di rettifica in quanto il bilancio consuntivo 2023 non è ancora stato elaborato, mentre il CE IV trimestre 2023 è stato predisposto tenendo conto delle risultanze del bilancio di verifica al 31/12/2023 consapevoli che alcune voci di costo erano ancora mancanti o non esaustive in quanto non presenti le relative scritture di assestamento o non ancora definitivi i relativi ribaltamenti.

COSTI DI PRODUZIONE

Con riferimento ai costi della produzione, da una prima analisi dei suddetti dati, si evince che il Costo della Produzione riferito all'anno 2023 ha un valore totale pari ad euro 367.269.727.

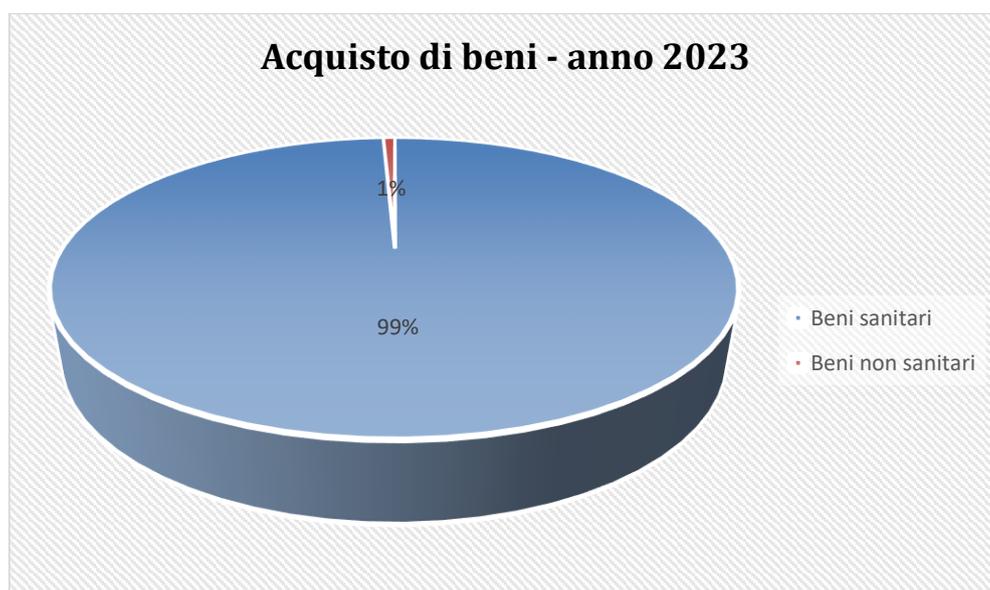
COSTI DELLA PRODUZIONE	
VARIABILI ECONOMICHE	ANNO 2023
Acquisti	€ 48.519.384
Beni sanitari	€ 48.247.818
Beni non sanitari	€ 271.566
Prestazioni di Servizi	€ 192.887.167
Godimento beni di Terzi	€ 1.722.667
Personale	€ 85.621.253
Sanitario	€ 72.766.209
Professionale	€ 246.366
Tecnico	€ 7.564.309
Amministrativo	€ 5.044.368

COSTI DELLA PRODUZIONE	
VARIABILI ECONOMICHE	ANNO 2023
Ammortamenti	€ 6.973.006
Variazione Rimanenze di Magazzino	€ 0
Accantonamenti	€ 30.446.315
Accantonamenti per rischi e Oneri	€ 47.048
Altri Accantonamenti	€ 30.399.267
Oneri diversi di gestione	€ 1.099.936
Totale Costi Della Produzione	€ 367.269.727

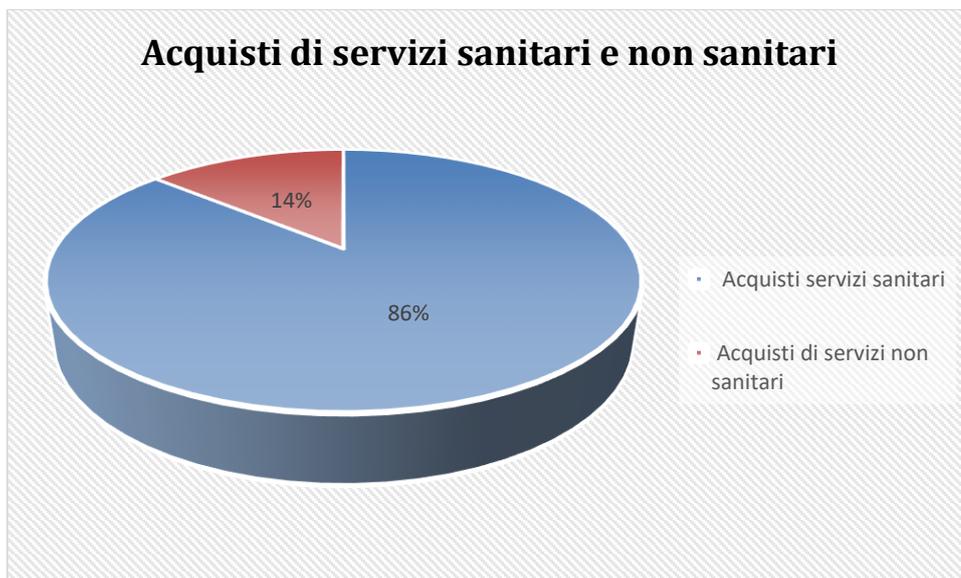
Nell'ambito del costo totale di produzione occorre evidenziare il peso significativo del costo delle Prestazioni di Servizi pari al 53% e del costo del Personale pari al 23% del costo totale (in diminuzione rispetto all'anno precedente) come si evince dal seguente grafico.



Nel grafico seguente si evidenzia la composizione della voce "Acquisto di beni" che ha un valore totale di euro 48.519.384 ed è rappresentato da circa il 99% circa dal costo dei beni sanitari e solo l'1% circa dal costo dei beni non sanitari.



Con riferimento alla voce di costo riferita alla voce "Acquisti di servizi", il grafico seguente evidenzia la rilevanza del valore degli acquisti dei Servizi Sanitari che rappresenta l'86% circa del costo totale dei servizi.



Al riguardo si specifica che l'orientamento aziendale è rivolto essenzialmente al potenziamento dell'integrazione ospedale-territorio, ove la centralità del paziente richiede, necessariamente, l'intervento integrativo di strutture socio-assistenziali le quali, nel medio termine, costituiranno una concreta soluzione all'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri, pertanto si può ragionevolmente affermare che, tale costo è determinato principalmente oltre che da un aumento della popolazione residente, dall'aumento degli ultra 65enni presi in carico soprattutto per le forme di cronicità e per un maggior ricorso all'utilizzo delle strutture socio-assistenziali e alle strutture convenzionate per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali di riabilitazione fisica e sensoriale. Il costo del Personale ammonta ad euro 85.621.252, in particolare si rileva il grande peso del costo del Personale Sanitario che rappresenta l'85% del costo totale.



Valore della produzione

L'analisi dei dati relativi al valore della produzione evidenzia un valore totale pari ad euro 400.413.272. Di seguito si riporta una tabella riepilogativa delle principali voci ad esso legate.

VALORE DELLA PRODUZIONE	
VARIABILI ECONOMICHE	ANNO 2023
Contributi in c/esercizio	372.346.897
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-1.043.572
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	0
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	16.282.041
Concorsi, recuperi e rimborsi	4.064.390
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.186.121
Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	6.268.597
Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0
Altri ricavi e proventi	308.799
Totale valore della produzione	400.413.272

Nella composizione del Valore della Produzione si evidenzia il peso significativo dei Contributi in conto esercizio pari al 93% del Valore totale.

2. Il Sistema di Gestione del Ciclo della performance

Il ciclo di funzionamento delle aziende sanitarie prende avvio con la programmazione sanitaria e socio- sanitaria dell'offerta di servizi assistenziali con l'obiettivo di garantire livelli di fruibilità e di disponibilità delle prestazioni in grado di saturare il bisogno di assistenza reale. L'individuazione della tipologia e della natura dei bisogni sanitari, e quindi della domanda di salute, è di prioritaria importanza per poter individuare le scelte strategiche di programmazione sanitaria in linea con le specifiche esigenze territoriali. Una programmazione basata sui bisogni di salute deve svilupparsi, prioritariamente, dalla conoscenza del territorio, dalla sua complessità e dalla variabilità dal punto di vista demografico, socio economico ed epidemiologico.

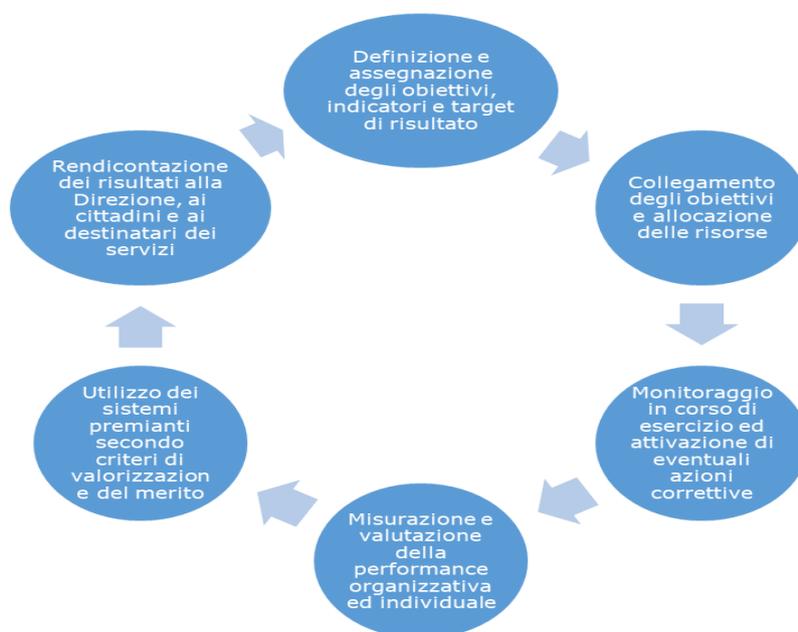
L'azienda opera in relazione alle politiche regionali ed agli obiettivi assegnati dall'Assessorato alla sanità e alle Politiche Sociali, al fine di raggiungere i risultati individuati nella programmazione regionale in un'ottica di sinergia sistemica.

Al fine di dare attuazione alle disposizioni della L.R.24/2020 e a quanto contenuto nei provvedimenti regionali di programmazione, la RAS la deliberazione n° 4/62 del 16/2/2023 e successive modifiche e integrazioni ha assegnato gli obiettivi per l'anno 2023 ai Direttori generali

delle aziende sanitarie; gli obiettivi strategici dei Direttori Generali sono sintetizzabili come segue:

- Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana
- Area della Qualità e Governo clinico
- Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare
- Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR
- Area della razionalizzazione e contenimento della spesa
- Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare
- Area della gestione amministrativo-contabile

Il ciclo di programmazione della performance dell'azienda sanitaria è un processo circolare ad ampio raggio che parte da una prima fase di pianificazione degli obiettivi attraverso il Piano delle Performance, una seconda fase che è quella della misurazione della performance attraverso lo sviluppo del Sistema di Misurazione e valutazione della Performance e termina con la fase di rendicontazione attraverso la Relazione sulla Performance, come di seguito evidenziato.



L'Azienda ha avviato il Sistema di Gestione del Ciclo della Performance con la finalità di adeguarsi agli adempimenti richiesti dal Decreto legislativo 150/2009 e ss.mm.ii. in materia di valutazione delle performance organizzative e individuali. Le finalità di tale impianto metodologico sono ravvisabili da un lato nel miglioramento della qualità dei servizi pubblici, e dall'altro nell'ottimizzazione dei costi dei servizi erogati attraverso un progressivo miglioramento degli standard economici. Di fatto va riconosciuto che la valutazione delle performance rappresenta un ambito di iniziativa che richiede un grande sforzo e in questo senso, l'attuazione degli indirizzi e degli adempimenti previsti dal Decreto Legislativo 150/2009 e ss.mm.ii costituiscono, in questo momento di crescita, un obbligo/stimolo a compiere un salto di qualità per il miglior funzionamento dell'intero sistema gestionale della azienda sanitaria. L'impianto metodologico si basa, in particolare, sulla definizione e adozione del:

- PIAO;
- Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance;
- Relazione sulla Performance.

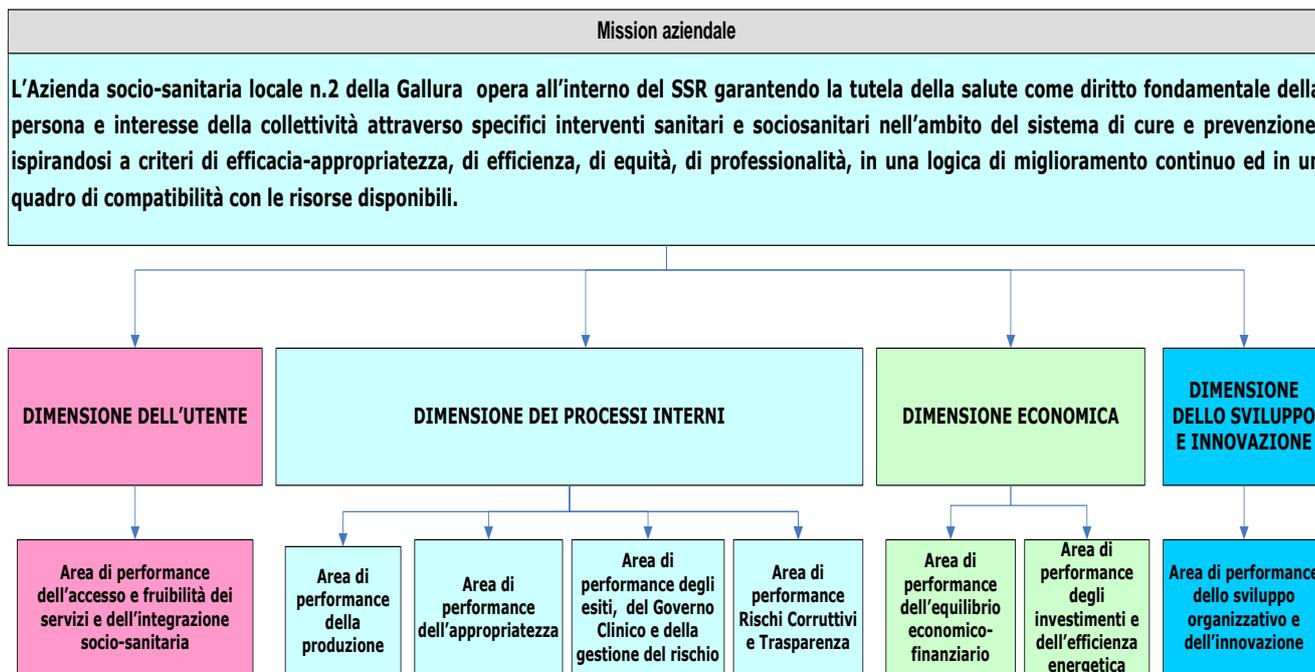
Il Ciclo di Gestione della Performance dell'Azienda si è sviluppato secondo le fasi qui di seguito sinteticamente descritte:

1. analisi degli obiettivi aziendali di interesse regionale su cui è misurata la performance aziendale;
2. negoziazione degli obiettivi di budget su cui è misurata la performance organizzativa con i Direttori di macrostruttura e di struttura sottoscrizione delle relative schede di budget;
3. monitoraggio periodico e reporting della performance aziendale e della performance organizzativa;
4. valutazione della performance individuale;
5. validazione del ciclo di gestione della performance organizzativa, in ogni sua fase, da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance.

Le dimensioni di performance dell'Azienda socio-sanitaria locale della Gallura richiamano le tipiche dimensioni della Balance Scorecard, la quale consente di attivare un processo di traduzione e scomposizione della missione e delle strategie dell'azienda lungo quattro prospettive per ciascuna delle quali sono stati individuati obiettivi, indicatori e target. L'Albero della Performance dell'Azienda socio-sanitaria locale della Gallura è un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. Tale rappresentazione grafica dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente alla missione dell'azienda sanitaria. Ricevute le indicazioni regionali (da Piano sanitario regionale e da obiettivi annuali assegnati alla Direzione Generale), integrate con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno, le stesse vengono tradotte in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Direttori di macro-struttura e di struttura. Le strategie, gli obiettivi e le azioni sono riferibili alle seguenti dimensioni di performance:

1. Dimensione dell'utente/paziente
2. Dimensione dei processi interni
3. Dimensione economica
4. Dimensione dello sviluppo e innovazione

Ogni dimensione identifica specifiche Aree di performance e obiettivi strategici.



L'albero della performance

Rispetto alle quattro Dimensioni sono individuate specifiche Aree strategiche di performance e definiti gli obiettivi strategici da conseguire.

Dimensione dell'Utente/paziente sono individuate Aree di performance tese a garantire l'accessibilità e fruibilità dei servizi, l'integrazione socio-sanitaria e l'appropriatezza dei percorsi assistenziali quale capacità nel dare risposta adeguata e tempestiva al bisogno di salute, nella fase di prevenzione e cura.

- o Area di performance dell'accesso e fruibilità dei servizi e dell'integrazione socio-sanitaria;

Dimensione dei processi interni sono individuate Aree di performance tese a garantire il governo della assistenza ospedaliera e territoriale, l'attività di prevenzione e promozione della salute, il governo clinico e la gestione del rischio e tutte le attività tese alla prevenzione della corruzione e all'attuazione della trasparenza.

- o Area di performance della produzione;
- o Area di performance dell'appropriatezza;
- o Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio;
- o Area di performance dei Rischi Corruttivi e Trasparenza.

Dimensione economica sono individuate Aree di performance tese a garantire il perseguimento dell'equilibrio economico attraverso il monitoraggio della spesa con la finalità di garantire la razionalizzazione e il contenimento della spesa e l'utilizzo appropriato delle risorse disponibili in funzione della migliore efficacia.

- o Area di Performance dell'equilibrio economico;
- o Area di performance degli investimenti e dell'efficienza energetica;

Dimensione dello sviluppo e innovazione sono individuate Aree di performance tese a garantire la promozione di attività formative e la valorizzazione delle capacità tecniche e umane del personale,

- o Area di performance dello sviluppo organizzativo e dell'innovazione.

3.La misurazione e valutazione delle Performance dell’Azienda Socio-Sanitaria Locale n°2 della Gallura Anno 2023

3.1 Misurazione e valutazione della performance organizzativa

Con riferimento alla valutazione della Performance Organizzativa, la SC Area Data Management - Programmazione e Controllo ha misurato il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti alle Strutture nell’ambito del Processo di Budget 2023 confrontando il livello di *Performance Attesa* (target dell’indicatore associato all’obiettivo) e livello di *Performance effettivamente conseguita* (valore dell’indicatore misurato a consuntivo).

La verifica degli obiettivi di Budget al 31/12/2023 è stata definita alla fine del mese di maggio 2024 una volta acquisite le informazioni relative agli obiettivi oggetto di negoziazione. Il livello di performance organizzativa è stato determinato attribuendo ad ogni indicatore il 100% di Performance se a consuntivo è stato raggiunto il valore atteso, lo 0% di Performance se è stato raggiunto il valore minimo. Pertanto, la percentuale di realizzazione dell’obiettivo viene calcolato considerando la percentuale di raggiungimento dell’obiettivo stesso rispetto al valore atteso e al valore minimo.

La performance organizzativa annuale è l’elemento principale del processo di budget ed è espressa prevalentemente in termini di efficacia, efficienza, economicità e appropriatezza ed è riferita sia all’azienda nel suo complesso, sia alle singole strutture organizzative. La Direzione ha definito gli obiettivi strategici che ritiene coerenti rispetto ai bisogni degli assistiti e alle finalità istituzionali aziendali oltreché alle scelte strategiche relative all’attuale contesto di riorganizzazione del servizio sanitario.

Per tutto l’anno 2023, l’azione dell’Azienda socio-sanitaria locale n.2 della Gallura è stata finalizzata in maniera fondamentale al miglioramento dello stato di salute della popolazione, alla qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati, all’appropriatezza e continuità di cura nei percorsi assistenziali, alla capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico-finanziario nella gestione del sistema azienda. Al tempo stesso la sua azione si è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sulla continuità e sulla qualità dei servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni, persegue la tutela della salute degli individui e della popolazione realizzando un sistema organizzativo capace di assicurare appropriatezza, efficacia, orientato al miglioramento continuo della qualità, alla valorizzazione degli operatori e all’uso ottimale delle risorse assegnate. L’ Azienda socio-sanitaria locale n.2 della Gallura ha svolto la propria attività nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità ed assicura, attraverso i servizi direttamente gestiti:

- l’assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- l’assistenza distrettuale;
- l’assistenza ospedaliera.

I principi-guida e i valori fondamentali ai quali l’Azienda ha ispirato l’azione gestionale per la creazione di valore pubblico sono:

- il rispetto della dignità umana, l'equità e l'etica professionale;
- la centralità della persona, intesa come singolo soggetto autonomo, responsabile e capace ed il costante riferimento alla comunità locale;
- la qualità clinico-assistenziale, l'appropriatezza, il coinvolgimento e la qualificazione continua delle risorse umane;
- la compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti.

Per l'anno 2023 la Direzione ha definito i seguenti obiettivi strategici che rappresentano i pilastri dell'intero processo di budget:

- Garantire il Governo delle Liste d'Attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio attraverso percorsi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di gestione delle priorità cliniche al fine di assicurare la tempestiva esecuzione della prestazione;
- Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai Programmi di Screening Oncologico organizzato;
- Garantire la salute degli animali allevati dall'uomo attraverso l'attività di eradicazione e di profilassi delle malattie infettive e diffuse degli animali e la sorveglianza della zoonosi, in particolare la peste suina africana, la tubercolosi bovina, la brucellosi ovina e caprina e la blue tongue;
- Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare e delle strutture che producono alimenti di origine animale;
- Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura e l'attivazione degli 8 Piani Mirati di prevenzione (PMP) con l'attuazione per ciascuno di essi, dei seminari di avvio, della formazione dell'informazione/comunicazione;
- Garantire l'efficientamento della rete territoriale attraverso lo sviluppo di un modello di assistenza territoriale in linea con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi definiti dal DM 77/2022;
- Garantire l'efficientamento della rete ospedaliera attraverso il miglioramento degli indicatori del PNE e GRIGLIA LEA;
- Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriata;
- Garantire l'efficienza dei fattori produttivi impiegati con la finalità di massimizzare l'output (beni prodotti e/o servizi erogati) minimizzando i costi di produzione;
- Garantire il rispetto del tempo medio di pagamento nei termini di legge e/o contrattuali al fine di ridurre gli interessi di mora;
- Garantire la programmazione del fabbisogno di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nell'ambito territoriale di riferimento attraverso l'uso di strumenti di HPM;
- Garantire l'attuazione dei processi organizzativi finalizzati all'attuazione dell'atto aziendale e alla programmazione del fabbisogno di risorse umane al fine di rendere l'assetto organizzativo coerente e funzionale alle scelte strategiche aziendali;
- Promuovere il risparmio energetico e l'uso intelligente e razionale dell'energia attraverso il coinvolgimento e la responsabilizzazione delle risorse umane e gli investimenti per il rinnovo di impianti ed apparecchiature ad alta efficienza energetica e per l'installazione di impianti fotovoltaici;

- Garantire la diminuzione di un generalizzato livello di rischio per episodi corruttivi nelle Aree a rischio generale e specifico individuate nella sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO;
- Promozione delle attività formative per la valorizzazione e lo sviluppo delle capacità tecniche e del benessere del personale;
- Promuovere l'adozione del ciclo di clinical competence/privilege con la finalità di definire una mappa delle conoscenze specialistiche e garantire un efficace sviluppo del personale;
- Promuovere il benessere organizzativo dell'equipe al fine di tutelare e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale di tutte le risorse che operano al suo interno;
- Promuovere la rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti in relazione ai servizi erogati.

RENDICONTAZIONE E ANALISI DELL'ATTIVITA' DI RICOVERO OSPEDALIERO PRINCIPALI INDICATORI – RICOVERO ORDINARIO

Nei dodici mesi dell'anno 2023 si osserva un aumento del volume di attività erogata dai presidi ospedalieri dell'Asl Gallura rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente: il numero complessivo di dimissioni per acuti, e il corrispondente volume complessivo di giornate, aumentano. Sono in crescita anche le dimissioni in regime di ricovero ordinario di 308 casi (totale casi Ord. 6.969 anno 2023; totale casi Ord. 6.661 anno 2022) così come le giornate di degenza che passano da 54.560 del 2022 a 55.111 nel corso del 2023. Con riferimento all'attività di ricovero in regime ordinario per il biennio 2023-2022 si osserva un aumento dei DRG CH del 3,4%, come per i DRG MD che registrano un aumento del 5,1%.

ATTIVITA' DI RICOVERO ASL GALLURA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2023	2022	2021	DELTA 2023-2022
ORDINARIO	POSTI LETTO	304	304	304	
ORDINARIO	TOTALE CASI	6.969	6.661	7.312	4,6%
ORDINARIO	DRG MEDICI	4.456	4.239	4.725	5,1%
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	2.437	2.356	2.510	3,4%
ORDINARIO	% DRG CHIRURGICI	34,97%	35,37%	34,33%	-1,1%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	9,18%	8,44%	7,85%	8,8%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	13,17%	14,20%	12,86%	-7,3%
ORDINARIO	GG DEGENZA	55.111	54.560	60.550	1,0%
ORDINARIO	DEGENZA MEDIA	7,9	8,2	8,3	-3,7%
ORDINARIO	PUNTI DRG	7.728	7.616	8.378	1,5%
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,11	1,14	1,15	-2,6%
ORDINARIO	TASSO OCCUPAZIONE POSTI LETTO	49,67%	49,17%	54,93%	1,0%
ORDINARIO	% DRG "LEA" NON APPROPRIATI (all. B Patto della salute)	8,79%	7,84%	8,3%	12,1%
ORDINARIO	% DRG "LEA" APPROPRIATI CH (all. B Patto della salute)	88,9%	89,20%	88,1%	-0,3%

In relazione al peso medio dei DRG, si evidenzia complessivamente una riduzione a livello aziendale passando da un valore di 1,14 del 2022 ad un valore pari a 1,11 del 2023 (- 2,6%); da un'analisi più dettagliata si evidenzia una diminuzione del peso medio ascrivibile al presidio di Tempio, il quale registra nel 2023 un valore pari a 1,16 rispetto al valore di 1,21 del 2022; così come il presidio ospedaliero di Olbia che riporta una leggera flessione passando da un peso medio di 1,14 nel 2022 all'1,11 nel 2023.

Si fa presente che nel presidio ospedaliero Paolo Merlo di La Maddalena i dati del biennio 2022/2023 non sono comparabili in quanto lo stesso non ha registrato alcun ricovero nell'anno 2022.

L'appropriatezza del setting assistenziale del ricovero ospedaliero si conferma stabile. In particolare, confrontando i dati aggregati dei Presidi Ospedalieri della Asl Gallura dell'anno 2023 con quelli dell'anno precedente, si osserva una tendenza alla stabilità della percentuale in regime ordinario dei 108 DRG a rischio inappropriatezza con un valore pari al 7,84 % del 2022 al 8,79% del 2023. Questo dato è leggermente influenzato dall'aumento del volume dei ricoveri ordinari. Il numero totale di ricoveri ordinari afferenti ai 108 DRG a rischio inappropriatezza registra 578 unità per il 2022 e 674 unità per i dodici mesi del 2023.

A livello aziendale, il tasso di occupazione dei posti letto in regime ordinario si mantiene sostanzialmente stabile su base biennale, comparato invece su base triennale si osserva una riduzione; difatti i dodici mesi del 2021 registravano un 54,93% rispetto ad un valore del 49,67% dell'anno appena trascorso.

La durata della degenza rappresenta un indicatore di efficienza ed è fortemente influenzata dalla complessità dei casi trattati ma anche dalla buona gestione dei ricoveri e dal livello di integrazione ospedale/territorio. I valori aziendali ascrivibili alla degenza media aggregati per il triennio di riferimento confermano un trend costante; 8,3 gg. per i dodici mesi del 2021, 8,2 gg. per il 2022 e 7,9 gg. per 2023.

Si conferma su base triennale la capacità attrattiva intra-regionale dei presidi ospedalieri della Asl Gallura con una media del 13,41% in regime ordinario nel triennio considerato. L'attrattività extra regione registra un valore pari a 9,18% nel 2023 e una media nel triennio pari a 8,49%.

L'attività di ricovero ordinario del PO Giovanni Paolo II rileva una lieve riduzione per i DRG medici pari a -1% e un aumento per DRG chirurgici pari a +5% mentre per il presidio Paolo Dettori la riduzione si attesta ad un valore pari a -2% per i DRG medici e -11% per quelli chirurgici.

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO PO GIOVANNI PAOLO II OLBIA						
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2023	2022	2021	2020	DELTA 2023-2022
ORDINARIO	POSTI LETTO	166	166	166	164	
ORDINARIO	DRG MEDICI	3.725	3.780	3.848	3.648	-1%
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	2.236	2.132	2.253	2.078	5%
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,11	1,14	1,15	1,15	-3%

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO PO PAOLO DETTORI TEMPIO						
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2023	2022	2021	2020	DELTA 2023-2022
ORDINARIO	POSTI LETTO	108	108	108	108	
ORDINARIO	DRG MEDICI	448	459	731	1.019	-2%
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	199	224	257	430	-11%
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,16	1,21	1,10	1,05	-4%

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO PO PAOLO MERLO LA MADDALENA						
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2023	2022	2021	2020	DELTA 2023-2022
ORDINARIO	POSTI LETTO	30	30	30	30	
ORDINARIO	DRG MEDICI	283	-	146	274	-
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	2	-	0	0	-
ORDINARIO	PESO MEDIO	0,93	-	1,09	1,02	-

Il tasso di occupazione dei posti letto può offrire informazioni utili per valutare la capacità dell'ospedale di farsi carico delle richieste di salute dei pazienti. Alti tassi di occupazione dei posti letto possono essere sintomatici di una struttura sotto pressione. Una certa capacità di posti letto disponibili è necessaria per assorbire picchi imprevedibili di pazienti che necessitano di ricovero.

Nei presidi ospedalieri dell'Asl Gallura, il trend del tasso di occupazione dei posti letto mostra un andamento variabile, con una spiccata variabilità sul Presidio Ospedaliero di Tempio Pausania. Il presidio ospedaliero Giovanni Paolo II di Olbia registra nel 2022 il 75,83% a fronte di un 76,28% del 2023. Il presidio ospedaliero Paolo Dettori di Tempio Pausania passa da un 21,85% del 2022 a un 17,81% dello stesso periodo del 2023; per il presidio ospedaliero Paolo Merlo vale il discorso fatto in precedenza.

ASL Gallura				
TASSO DI OCCUPAZIONE LETTI ORDINARI	2023	2022	2021	DELTA 2023-2022
ASL Gallura	49,67%	49,17%	54,57%	1%
PRESIDIO GIOVANNI PAOLO II DI OLBIA	76,28%	75,83%	80,21%	1%
PRESIDIO PAOLO DETTORI TEMPIO	17,81%	21,85%	26,47%	-18%
PRESIDIO PAOLO MERLO LA MADDALENA	17,10%	0	13,86%	-

L'indicatore relativo alla Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi vuole misurare l'appropriatezza del ricorso all'ospedalizzazione soffermandosi su quella frazione di ricoveri che, per le caratteristiche di bassa complessità delle prestazioni erogate e della brevità della degenza, sono da ricomprendere nei ricoveri evitabili, le cui prestazioni dovrebbero più efficacemente essere collocate in un diverso setting, quali, ad esempio, il day-hospital o il livello distrettuale. In ogni caso, la percentuale di ricoveri medici brevi è un valido indicatore di processo che consente di monitorare e misurare l'appropriatezza del ricorso al ricovero ospedaliero in degenza ordinaria.

ASL GALLURA					
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	2023	2022	2021
Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100	<=17%	12,56%	12,60%	9,76%

Il trend dei Ricoveri ordinari brevi a livello aziendale è molto positivo nel corso degli ultimi anni, infatti ricordiamo che il dato è tanto più favorevole quanto tendente alla riduzione della sua entità. Nel triennio considerato risulta soddisfare pienamente il target. Risultato positivo anche per il presidio di Olbia; l'ospedale di Tempio invece, mostra un lieve aumento percentuale per il 2023, ma sempre ampiamente all'interno del target considerato. Per il presidio di La Maddalena vale il discorso fatto in precedenza.

RIDUZIONE DELLA PERCENTUALE DI RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI							
OBIETTIVO	INDICATORE	SEDE	TARGET	2023	2022	2021	DELTA 2023 - 2022
Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100	OLBIA	<=17%	12,89%	13%	10,40%	-0,85%
		TEMPIO		11,86%	10%	6,98%	18,60%
		LA MADDALENA		9,19%	-	6,85%	-

RENDICONTAZIONE E ANALISI DELL'ATTIVITA' DI RICOVERO OSPEDALIERO PRINCIPALI INDICATORI – RICOVERO DAY HOSPITAL

L'analisi dell'attività ospedaliera rileva per gli accessi in Day Hospital un incremento passando dai 6.987 del 2022 ai 8.333 del 2023; aumentano i casi dai 2.255 del 2022 ai 2.521 del 2023 (+ 11,8%). In relazione all'attività di ricovero in regime diurno per il biennio 2023-2022 si osserva un aumento dei DRG CH del 14,3% mentre i DRG MD registrano un più 10,3%. Confrontando gli stessi dati per il periodo 2023-2021 per i DRG CH si conferma una crescita pari al 21,45%, mentre i DRG MD registrano un aumento del 21,7%.

ATTIVITA' IN DAY HOSPITAL ASL GALLURA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2023	2022	2021	DELTA 2023-2022
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	32	32	32	
DAY HOSPITAL	TOTALE CASI	2.521	2.255	2.073	11,8%
DAY HOSPITAL	NUMERO ACCESSI	8.333	6.987	6.550	19,3%
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	1.536	1.393	1.262	10,3%
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	985	862	811	14,3%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	3,25%	2,75%	3,04%	18,2%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	15,67%	17,12%	13,41%	-8,5%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	1.921	1.661	1.553	15,7%
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,76	0,74	0,75	2,7%

La tendenza all'aumento della capacità di attrattività extraregionale dei Presidi Ospedalieri della ASL Gallura è riscontrata anche per il regime diurno; da un 2,75% per il 2022 fino ad un 3,25% per il 2023. Per la capacità di attrattività intraregionale il delta riferito al 2023/2022 registra un valore negativo del - 8,5%; si ritiene opportuno però far presente che il numero dei pazienti è

aumentato, infatti nel 2022 sono stati 386 e nel 2023 si è passati a 395, ma essendo aumentati notevolmente il numero degli accessi, si rileva una misura percentuale minore.

ATTIVITA' DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL PO GIOVANNI PAOLO II OLBIA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2023	2022	2021	DELTA 2023-2022
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	15	15	15	
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	1.259	1.174	1.097	7,2%
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	521	539	480	-3,3%
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,74	0,73	0,73	1,4%

Con riferimento ai ricoveri con DRG medici si evidenzia un aumento del 7,2% nel Presidio Ospedaliero di Olbia, contrariamente ai ricoveri in DH con DRG chirurgici per i quali si registra una riduzione del 3,3%.

ATTIVITA' DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL PO PAOLO DETTORI TEMPIO					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2023	2022	2021	DELTA 2023-2022
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	12	12	12	
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	181	219	143	-17,4%
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	464	323	331	43,7%
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,8	0,77	0,81	3,9%

Con riferimento ai ricoveri con DRG medici si evidenzia una riduzione del 17,4% nel Presidio Ospedaliero di Tempio Pausania. I valori ascrivibili ai ricoveri con DRG CH sono invece positivi, infatti si passa da 323 del 2022 a 464 del 2023 registrando un rialzo del 43,7%.

ATTIVITA' DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL PO PAOLO MERLO LA MADDALENA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2023	2022	2021	DELTA 2023-2022
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	5	5	5	
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	96	-	22	-
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	-	-	0	-
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,87	-	0,84	-

Per l'attività in Day Hospital del P.O. Paolo Merlo di La Maddalena non è possibile alcuna comparazione per i DRG medici biennio 2022/2023 come si evince dalla tabella. Analogo discorso per i ricoveri con i DRG chirurgici.

RENDICONTAZIONE E ANALISI ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO

In ambito ospedaliero merita menzione l'attività relativa al Pronto Soccorso che è per sua natura una delle aree più problematiche all'interno di una struttura ospedaliera, sia perché è il maggiore punto di accesso ai servizi sanitari, sia perché è volto al trattamento di una casistica molto variegata e complessa.

Le caratteristiche organizzative dei PS riguardano fondamentalmente due aspetti relativi a:

- l'impossibilità di programmare l'attività (i PS sono attivi tutti i giorni per 24 ore, i pazienti vi accedono senza prenotazione, non vi è la possibilità di prevedere né il volume, né la tipologia, né la distribuzione nel tempo della casistica);

- garantire dotazioni organizzativo-strutturali minime obbligatorie (in relazione alla dotazione di personale medico ed infermieristico e alla disponibilità di apparecchiature sanitarie), stabilite dalla normativa nazionale e regionale, e differenziate in base alla tipologia di emergenza (PS, DEA I, DEA II).

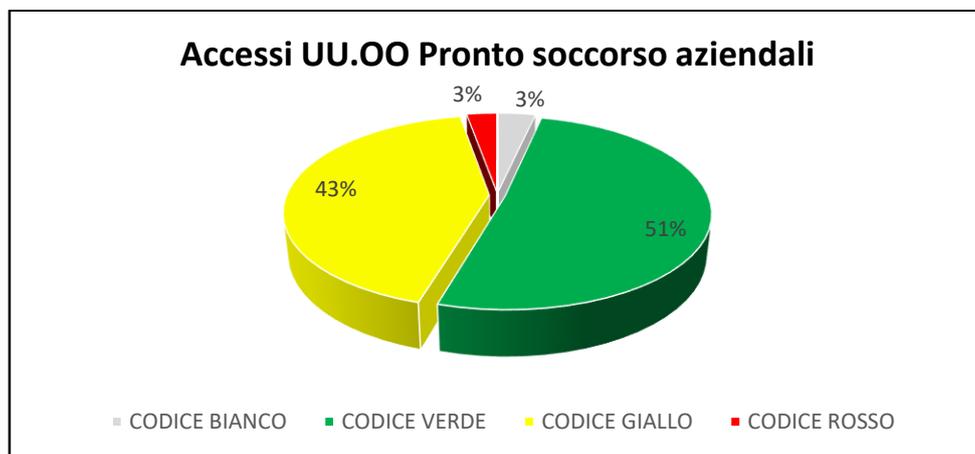
Il Pronto Soccorso, quale prima porta di accesso all'ospedale, rappresenta pertanto il più importante punto di contatto tra il sistema sanitario e i bisogni dei cittadini.

L'attività del Pronto Soccorso, in termini di efficienza e qualità del servizio fornito, è stata più volte oggetto di attenzione da parte dell'azienda, al fine di ridurre da un lato l'afflusso e aumentare l'appropriatezza degli accessi al pronto soccorso, e dall'altro all'interno del Pronto soccorso al fine di selezionare in modo adeguato le problematiche per indirizzare il paziente nel percorso idoneo e rendere così più fluidi i percorsi.

Nel 2023 gli accessi ai Pronto Soccorso aziendali, come evidenzia la tabella sottostante, sono stati pari a 57.793 con un incremento del 6,16% rispetto all'anno precedente.

PRONTO SOCCORSO									
PRONTO SOCCORSO	CODICE BIANCO	CODICE VERDE	CODICE GIALLO	CODICE ROSSO	TOTALE ACCESSI ANNO 2023	TOTALE ACCESSI ANNO 2022	TOTALE ACCESSI ANNO 2021	DELTA 2023/2022	N° ACCESSI CON RICOVERO/ N° TOTALE ACCESSI
ASL N. 2	2.018	29.517	24.632	1.626	57.793	54.438	47.665	6,16%	8,90%
	3,49%	51,07%	42,62%	2,81%					
PO OLBIA	1.012	17.818	16.966	1.392	37.188	35.040	32.487	6,13%	11,02%
	2,72%	47,91%	45,62%	3,74%					
PO TEMPPIO	848	5.484	5.247	159	11.738	11.747	10.384	-0,08%	5,41%
	7,22%	46,72%	44,70%	1,35%					
PO LA MADDALENA	158	6.215	2.419	75	8.867	7.651	4.794	15,89%	4,60%
	1,78%	70,09%	27,28%	0,85%					

L'analisi dettagliata dei pazienti che hanno avuto accesso alle UU.OO di pronto soccorso aziendali, in linea con il trend Nazionale, dimostra una generalizzata tendenza all'incremento del ricorso ai Servizi di Pronto Soccorso da parte dell'utenza, anche in condizioni di non-emergenza-urgenza. Si evidenzia infatti che la percentuale prevalente di codice colore assegnata al Triage nelle UU.OO di Pronto Soccorso aziendali è rappresentata dal "codice verde" con una percentuale a livello aziendale pari al **51,07%** rispetto agli altri codici colore e del **70,09%** nel pronto soccorso del PO La Maddalena, su un totale di 8.867 accessi.



L'analisi aggregata della distribuzione degli accessi dell'Asl Gallura evidenzia, inoltre, che i codici Verdi e Gialli rappresentano circa il 93,69% degli accessi in Pronto Soccorso. I codici Rossi sono il 2,81%. Appare opportuno fare un focus specifico sugli accessi al pronto soccorso attribuibili ai non residenti per evidenziare che nell'Azienda Socio-Sanitaria della Gallura si registra una delle più alte percentuali di flusso turistico dell'intera Regione con un numero di accessi extra Regione e di stranieri di **10.346** pari al **17,90%** del totale.

ANALISI DEI PRINCIPALI INDICATORI DI STRUTTURA E DI PROCESSO

I trend descritti riferiti all'attività ospedaliera per il biennio 2023-2022 si ripercuotono su altri indicatori quali ad esempio l'intervallo di turnover, il numero di giorni di degenza media pre-operatoria. Nella seguente tabella si riportano nel dettaglio i dati più importanti riferiti ai tre Stabilimenti Ospedalieri dell'ASL Gallura.

Stabilimento	Voce	2023	2022	Delta Assoluto	%
P.O. Giovanni Paolo II - Olbia	RO - Turn Over	-6,04	-6,93	0,89	12,84%
	Degenza media	7,13	7,17	-0,04	-0,56%
	RO - Giorni Deg.Media Preoperatoria	2,05	1,74	0,31	17,82%
	Peso Medio DH	0,75	0,73	0,02	2,16%
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	47,8%	43%	0,05	11,16%
	Dimessi 0_2 giorno (dimessi vivi)	1.544	1.545	-1,00	-0,06%
	%Ricoveri urgenti brevi	7,0%	6,70%	0,00	4,48%
	% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	8,8%	8,10%	0,01	8,64%
P.O. Paolo Dettori - Tempio Pausania	% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	16,01%	16,96%	-0,01	-5,60%
	RO - Turn Over	-9,72	-12,59	2,87	22,80%
	Degenza media	10,84	12,61	-1,77	-14,04%
	RO - Giorni Deg.Media Preoperatoria	2,31	2,05	0,26	12,68%
	Peso Medio DH	0,77	0,77	0,00	0,00%
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	14,0%	18,70%	-0,05	-25,13%
	Dimessi 0_2 giorno (dimessi vivi)	168	130	38,00	29,23%
	%Ricoveri urgenti brevi	6,7%	7,30%	-0,01	-8,22%
% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	15,8%	9,70%	0,06	62,89%	
% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	0,36%	5,94%	-0,06	-93,94%	

Stabilimento	Voce	2023	2022	Delta Assoluto	%
P.O. Paolo Merlo - La Maddalena	RO - Turn Over	-6,57	0	-	-
	Degenza media	6,57	0,00%	-	-
	RO - Giorni Deg.Media Preoperatoria	0,00%	0,00%	-	-
	Peso Medio DH	0,87	0	-	-
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	0,00%	0,00%	-	-
	Dimessi 0_2 giorno (dimessi vivi)	65	0	-	-
	%Ricoveri urgenti brevi	8,4%	0,00%	-	-
	% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	9,5%	0,00%	-	-
	% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	16,67%	0,00%	-	-

Fonte Abaco 2023

Per quanto attiene invece agli indicatori di appropriatezza, nel biennio 2023-2022, si riportano più nel dettaglio gli scostamenti per i tre Stabilimenti Ospedalieri:

- **Indicatore dei Dimessi 0_2 giorno (dimessi vivi) - riduzione ricoveri evitabili** - i ricoveri medici brevi ossia quelli fino a 2 giorni, che sono ricoveri spesso evitabili, nel corso del 2023 sono pressoché stabili nel P. O. di Olbia mentre sono aumentati nello Stabilimento Ospedaliero di Tempio;
- **Indicatore % dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico:** tale indicatore è aumentato rispetto al 2022 nel P.O. di Olbia, mentre è diminuito nello Stabilimento Ospedaliero di Tempio;
- **Indicatore % Ricoveri urgenti brevi:** tale indicatore è aumentato rispetto all'anno 2022 nello Stabilimento Ospedalieri di Olbia, in diminuzione invece nello Stabilimento Ospedaliero di Tempio;
- **Indicatore % DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati:** tale indicatore registra un aumento sia per quanto riguarda il P.O. di Olbia, sia per lo Stabilimento Ospedaliero di Tempio;
- **Indicatore % ricoveri DH Medici finalità diagnostiche (riduzione ricoveri evitabili):** tale indicatore rispetto all'anno 2022 è positivamente in diminuzione nello Stabilimento di Olbia e maggiormente ridotto per il P.O. di Tempio, mostrando un favorevole calo degli accertamenti diagnostici erogati con ricovero ospedaliero.

ANALISI DEI RISULTATI DEI PRINCIPALI OBIETTIVI E INDICATORI SPECIFICI PRESIDIO OSPEDALIERO

In dettaglio, si riportano i dati suddivisi per presidio. In relazione all'indicatore riduzione dei parti cesarei si assiste ad un aumento pari al 10,40% rispetto al 2022. Tale incremento nel 2023 potrebbe essere riconducibile al crescere dell'età materna e ai disturbi in gravidanza.

RIDUZIONE DELLA PERCENTUALE DI PARTI CESAREI							
OBIETTIVO	INDICATORE	SEDE	TARGET	2023	2022	2021	DELTA 2023-2022
Riduzione della percentuale di parti cesarei	N° parti cesarei / N° totale parti * 100	OLBIA	15%-20%	41,18%	37,30%	36,67%	10,40%

AUMENTO DELLA PERCENTUALE DI INTERVENTI PER FRATTURA DI FEMORE OPERATA ENTRO 2 GG							
OBIETTIVO	INDICATORE	SEDE	TARGET	2023	2022	2021	DELTA 2023-2022
Aumento della percentuale di interventi per frattura di femore operata entro 2 gg	N° interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤2 gg / N° interventi per frattura del femore *100	OLBIA		60,18%	62,07%	73,92%	-3,04%
		TEMPIO		42,86%	42,19%	44,76%	1,59%

L'indicatore relativo all'aumento della percentuale di interventi per frattura di femore operata entro 2 gg valuta la capacità di presa in carico da parte del livello ospedaliero e il tempo di risposta al bisogno di assistenza dei pazienti con frattura del femore, per i quali si rende necessario un intervento chirurgico entro le 48 ore. Infatti, dalla letteratura scientifica emerge chiaramente che attese oltre il limite dei due giorni per l'esecuzione dell'intervento chirurgico comportano un incremento del rischio di mortalità e di disabilità, specie nei soggetti anziani. Da considerare, inoltre, che in questi ultimi il rischio di riportare una frattura del femore è significativamente più elevato e comporta maggiori conseguenze: la tempestività dell'intervento permette una ripresa più rapida della normale deambulazione oltre ad impedire l'insorgere di complicazioni generali e a migliorare la prognosi nel suo complesso. L'indicatore evidenzia un lievissimo peggioramento per il presidio di Olbia, dovuto anche alla carenza del personale medico (soprattutto degli anestesisti) e un andamento positivo per il presidio di Tempio.

RIDUZIONE RICOVERI IN REGIME ORDINARIO PER I DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA							
OBIETTIVO	INDICATORE	SEDE	TARGET	2023	2022	2021	DELTA 2023-2022
Riduzione ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012	% DRG LEA non appropriati (Allegato B Patto per la salute 2010-2012)	OLBIA		8,8%	8,10%	7,73%	8,64%
		TEMPIO		15,8%	9,7%	12,94%	62,89%

Una cura può considerarsi appropriata quando è associata a un beneficio netto o, più precisamente, quando è in grado di massimizzare il beneficio e minimizzare il rischio al quale un paziente va incontro quando accede a determinate prestazioni o servizi. L'appropriatezza comporta implicazioni dirette e indirette riguardanti la procedura corretta sul paziente, indica condizioni complesse, contesto-dipendenti, che devono essere di volta in volta collocate nel

rispettivo ambito di riferimento, definite e articolate in termini operativi, riferite ai diversi soggetti coinvolti e misurate con metodi specifici. L'indicatore relativo alla Riduzione ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012 è volto a valutare l'organizzazione della rete ospedaliera misurando la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato.

AUMENTARE LA % DEI RICOVERI IN DAY SURGERY DEI DRG A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA								
OBIETTIVO	INDICATORE	SEDE	TARGET	2023	2022	2021	2020	DELTA 2023 - 2022
Aumentare la % dei ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatazza (All. B Patto per la salute 2010/2012)	% DRG LEA appropriati Chirurgici (Allegato B Patto per la salute 2010-2012)	OLBIA	>80%	90,30%	89,30%	88,70%	88,10%	1,12%
		TEMPIO		70,80%	89,10%	83,10%	76,60%	-20,54%

INDICATORI DI ESITO

Oltre agli indicatori di appropriatezza sopra analizzati di seguito si riporta una disamina degli indicatori più rilevanti del Piano Nazionale Esiti. Di seguito si analizzano il gruppo degli indicatori riferiti ad attività non procrastinabili ossia quelle attività/interventi che secondo le indicazioni nazionali sono prioritari e non differibili. In riferimento al volume degli interventi chirurgici al tumore del colon retto con priorità A il P.O. di Olbia registra nel 2023, rispetto all'anno precedente, un aumento degli interventi di 8 casi come da tabella sottostante.

Interventi chirurgici tumore colon Priorità A	2022			2023			Delta 2023-2022		
	Struttura	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	% Indicatore	Num	Den
P.O. Giovanni Paolo II Olbia	7	7	100%	15	15	100%	8	8	0%

Fonte dati: ABACO

Nel corso del 2023 si rilevano due interventi chirurgici al tumore del colon retto (Priorità A) con una variazione negativa (-3 casi) rispetto all'anno precedente.

Interventi chirurgici tumore retto Priorità A	2022			2023			Delta 2023-2022		
	Struttura	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	% Indicatore	Num	Den
P.O. Giovanni Paolo II Olbia	5	5	100%	2	2	100%	-3	-3	0%

Fonte dati: ABACO

Gli interventi al tumore della mammella (Priorità A) non registrano variazioni rispetto al 2022, si rileva infatti un solo caso per il 2023 come per l'anno 2022.

Interventi chirurgici tumore mammella Priorità A	2022			2023			Delta 2023-2022		
	Struttura	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	% Indicatore	Num	Den
P.O. Giovanni Paolo II Olbia	1	1	100%	1	1	100%	0	0	0%

Fonte dati: ABACO

Nel P.O. di Olbia, nel corso del 2023 il rapporto tra il numero di pazienti colpiti da infarto acuto del miocardio (IMA) che sono stati sottoposti a PTCA entro 48 ore dal ricovero, rispetto al totale dei pazienti ricoverati per questa patologia, è aumentato del 12,91%.

Proporzione di IMA trattati con PTCA entro 2 giorni	2022			2023			Delta 2023-2022
	Struttura	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	% Indicatore
P.O. Giovanni Paolo II Olbia	107	208	51,44%	139	216	64,35%	12,91%
P.O. Paolo Dettori - Tempio P.	0	8	0,00%	0	2	0,00%	0,00%
P.O. Paolo Merlo La Maddalena	0	0	0,00%	0	0	0,00%	0,00%

Fonte dati: 3M 360

L'indicatore riferito alla percentuale dei **parti cesarei primari (PCP)** ha rilevato nel corso del 2023 un lieve peggioramento registrando un lievissimo aumento (+4,07%).

Percentuale parti cesarei primari (PCP)	2022			2023			Delta 2023-2022		
	Struttura	Totale dimessi PCP	Totale dimessi	Proporzione PCP	Totale dimessi PCP	Totale dimessi	Proporzione PCP	Delta Numeratore	Delta Denominatore
P.O. Giovanni Paolo II Olbia	181	656	27,74%	209	657	32%	28	1	4,07%

Fonte dati: 3M 360

L'indicatore di processo riferito alla degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni negli interventi di Colectomia laparoscopica riferito allo presidio Ospedaliero di Olbia, evidenzia un decremento (-8,40%) rispetto al precedente anno, mentre per quanto riguarda il presidio ospedaliero di Tempio non si registrano nel corso del 2023 interventi in tal senso.

COLECISTOMIA	2022			2023			Delta 2023-2022		
	Struttura	Num	Den	Proporzione	Num	Den	% Indicatore	Num	Den
P.O. Giovanni Paolo II Olbia	78	103	75,73%	68	101	67%	-10	-2	-8,40%
P.O. Paolo Dettori - Tempio P.	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%

Fonte dati: 3M 360

INDICATORI DI EFFICIENZA GESTIONALE ORGANIZZATIVA

In riferimento agli obiettivi e agli indicatori di attività, l'Azienda si è soffermata sugli indicatori di Efficienza gestionale e organizzativa al fine di misurare l'appropriatezza dei percorsi assistenziali ed assicurare risposte adeguate al bisogno di salute nella fase di prevenzione e di cura. Si rileva un leggero incremento dell'indicatore relativo alla riduzione del tasso di ospedalizzazione ordinario e diurno standardizzato per mille con un valore pari al 6% del 2023 con un incremento del 6% rispetto al 2022. Per quanto concerne l'indicatore relativo alla Riduzione della percentuale di ricoveri diurni medici con finalità diagnostica, che valuta l'appropriatezza del ricorso all'ospedalizzazione in regime di Day Hospital, misurando i ricoveri diurni di tipo medico effettuati

unicamente per procedere ad accertamenti diagnostici che possono generalmente essere effettuati ricorrendo alla rete ambulatoriale, si rileva un trend positivo nel biennio 2023-2022 (-6%) rispetto allo standard <23%. Con riferimento all'Indicatore relativo alla Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi si osserva una favorevole flessione rispettando pienamente il parametro di riferimento che risulta essere minore o uguale al 17%. Si tratta di ricoveri medici (0-1-2 giorni) evitabili con una riduzione dell'occupazione impropria di reparti ordinari realizzabile attraverso un potenziamento di servizi adeguati sul territorio, più efficaci e meno dispendiosi.

L'indicatore relativo all'aumento della percentuale dei ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatazza (All. B Patto per la salute 2010/2012) registra un aumento dell'1,57% rispetto al 2022; altrettanto positivo l'Indicatore concernente la Riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012 che registra un incremento del 12,12% rispetto al 2022 con un valore pari a 8,79%. L'indicatore relativo alla riduzione del N° di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico rileva un valore pari a 42,60% con un decremento pari al 1,87% rispetto al 2022 evidenziando un valore positivo ma ancora distante dal rispetto allo standard del 20%.

Con riferimento all'obiettivo di riduzione dei parti cesarei si assiste ad un lieve aumento pari al 10,40% rispetto al 2022. Tale incremento risulta riconducibile alla mancanza di anestesisti necessari a garantire la parto-analgesia oltre alla condizione di elevato stress che ha accompagnato le gravide nel 2023. In particolare, in seguito all'impossibilità di effettuare la parto-analgesia valido strumento per il controllo del dolore da parto, è stato richiesto un maggiore numero di tagli cesarei. Per quanto riguarda l'Indicatore relativo all'aumento del N° interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <2 gg / N° interventi per frattura del femore *100 si evince un andamento positivo a livello aziendale con un aumento del 0,89% rispetto al 2022.

OBIETTIVO OPERATIVO		STANDARD	INDICATORE	2023	2022	2021	DELTA 2023-2022
1	Riduzione del tasso di ospedalizzazione ordinario e diurno standardizzato per mille		Riduzione % del Tasso di ospedalizzazione	6%	5,64%	5,97%	6%
2	Riduzione della percentuale di ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	≤23%	N° di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica / N° ricoveri in DH medico * 100	13,74%	14,64%	16,24%	-6%
3	Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	≤17%	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100	12,56%	12,60%	9,76%	-0,32%
4	Aumentare la % dei ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatazza (All. B Patto per la salute 2010/2012)		N° ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG LEA chirurgici/ N° totale di ricoveri per i DRG LEA chirurgici *100	68,76%	67,70%	60,10%	1,57%
5	Riduzione della % di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico.	≤20%	N° dimessi da reparti chirurgici con DRG medico / N° totale dimessi	42,60%	43,41%	36,67%	-1,87%

OBIETTIVO OPERATIVO		STANDARD	INDICATORE	2023	2022	2021	DELTA 2023-2022
6	Riduzione delle percentuale di parti cesarei	15%-20%	N° parti cesarei / N° totale parti * 100	41,18%	37,30%	36,67%	10,40%
7	Aumento della percentuale di interventi per frattura di femore operata entro 2 gg		N° interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤2 gg / N° interventi per frattura del femore *100	57,81%	57,30%	67,53%	0,89%
8	Riduzione ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inapproprietezza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012		N° DRG inappropriati / N° totale DRG*100	8,79%	7,84%	8,26%	12,12%

RENDICONTAZIONE E ANALISI DEI PRINCIPALI OBIETTIVI DI DISTRETTO

Il contesto in cui opera l'azienda è caratterizzato da una pluralità di bisogni e da rapidi mutamenti della struttura socio-demografica che comportano perciò una gestione improntata alla ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi. Lo sviluppo di soluzioni per fronteggiare i rapidi mutamenti delle variabili demografiche ed epidemiologiche rende necessario l'introduzione di politiche di governo clinico, ossia di un sistema incentrato sull'integrazione di numerosi fattori tra loro complementari, tra i quali la formazione continua, la gestione del rischio clinico, i percorsi assistenziali, la gestione del personale e l'accountability verso il cittadino.

I distretti socio-sanitari costituiscono l'articolazione territoriale della ASL e il luogo dove avvengono il primo impatto del cittadino con il servizio, l'erogazione dei servizi di primo livello, l'integrazione tra gli interventi sanitari-sociali e la partecipazione degli utenti.

Preme ricordare i processi di riorganizzazione assistenziale che l'azienda ha dovuto affrontare nel corso dell'anno 2023. In seguito all'allungamento della vita e all'invecchiamento della popolazione che ha portato ad un aumento della cronicità delle malattie, è stato necessario procedere ad una riorganizzazione dei servizi territoriali orientata alla deospedalizzazione e al potenziamento delle Cure domiciliari attraverso l'attivazione delle Case di Comunità. Molti degli interventi proposti dal PNRR ampliano il portafoglio dei servizi territoriali e sostengono la gestione della relazione tra i nodi della rete dei servizi: si pensi agli Ospedali di Comunità (Odc) o alle Case della Comunità (CdC) e quelli che mirano rafforzare la connessione tra servizi come previsto per le Centrali Operative Territoriali (COT).

La presa in carico del paziente cronico non può che avvenire nel territorio, attraverso una rete di servizi che possa attuare in maniera efficace la Sanità di Iniziativa.

Le linee strategiche aziendali in ossequio a quanto definito dalle linee Nazionali e regionali sono state indirizzate a definire un processo di riorientamento del SSR con l'obiettivo di garantire:

- lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento;
- l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale che promuova lo sviluppo di équipe multidisciplinari che si prendano carico della persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità;
- l'integrazione ospedale-territorio e il potenziamento di forme alternative al ricovero;
- il potenziamento delle cure domiciliari integrate;
- la riorganizzazione della rete delle strutture territoriali per la salute mentale e le dipendenze;
- la riqualificazione dell'assistenza specialistica con l'obiettivo prioritario di ridurre le liste d'attesa

L'obiettivo strategico di *"garantire lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento"* è stato raggiunto presso il Distretto di La Maddalena dove, nell'anno 2022, è nata la Casa della Comunità, la prima delle nove previste in Gallura. La Casa della Comunità (CdC), così definita, rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale il cittadino può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

La Casa della Comunità afferente al distretto di La Maddalena è un luogo dove l'integrazione socio-sanitaria è pensata in modo da non essere solo funzionale ma anche strutturale e fisica con la condivisione degli spazi e la promozione del lavoro di équipe multidisciplinare, infatti, oltre agli ambulatori, ospita anche due medici di medicina generale che hanno la possibilità di confrontarsi con altri colleghi specialisti, di condividere la conoscenza di un paziente cronico in comune, di fare una valutazione a 360 gradi sul suo stato di salute e sui suoi bisogni.

Al fine di garantire una continuità tra l'ospedale e i servizi sanitari territoriali, fornendo una assistenza ai pazienti e riducendo il carico dei Medici di Medicina Generale sono stati avviati i servizi di ambulatorio infermieristico nei centri che saranno sede delle Case di Comunità. La realizzazione è in capo al Dipartimento Direzionale Ospedale Territorio e come afferma la direttrice: «Negli ambulatori potranno essere erogate prestazioni di natura prettamente infermieristica che non richiedono la presenza del medico».

L'ambulatorio si avvale della presenza di infermieri esperti coinvolti nelle problematiche assistenziali e in grado di interagire con le altre figure sanitarie aziendali. Gli ambulatori, i consultori, i medici di medicina generale e i servizi domiciliari sono anche un punto di riferimento per facilitare l'accesso ai servizi socio-sanitari, fare prevenzione e garantire la continuità assistenziale.

Gli ambulatori infermieristici sono stati aperti nel comune di La Maddalena, gli altri nei comuni di Olbia, Santa Teresa di Gallura, San Teodoro (per il momento con sede fisica a Budoni a causa di problemi tecnico-logistici dello stabile), Buddusò, Berchidda, Arzachena, Tempio Pausania e

Trinità d'Agultu, quest'ultimo con sede a Badesi in attesa della realizzazione dell'edificio che ospiterà la Casa della Comunità.

L'attività dei Distretti è volta prevalentemente ad assicurare una continuità tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale attraverso un potenziamento anche delle cure domiciliari che costituiscono una soluzione all'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

La presa in carico da parte dell'assistenza territoriale, all'atto della dimissione ospedaliera, ha permesso in questi anni di offrire percorsi di cura sempre più appropriati e qualificati.

L'integrazione tra ospedale e territorio ha un ruolo centrale per assicurare la continuità delle cure.

POTENZIAMENTO CURE DOMICILIARI CDI I - II - III LIVELLO		2023	2022	2021	2020
DISTRETTO OLBIA-LA MADDALENA	N° pazienti inseriti in CDI I - II livello	250	245	234	248
	N° pazienti inseriti in CDI III livello	100	102	89	95
	TOTALE PAZIENTI	350	347	323	343
	POPOLAZIONE ULTRA 65 enne	28.429	27.850	28.276	26.849
DISTRETTO TEMPIO	N° pazienti inseriti in CDI I - II livello	85	112	104	125
	N° pazienti inseriti in CDI III livello	10	8	14	15
	TOTALE PAZIENTI	95	120	118	140
	POPOLAZIONE ULTRA 65 enne	7.718	7.659	7.633	7.461

Fonte dati Distretti

Con riferimento al potenziamento delle cure domiciliari di I-II livello i dati evidenziano un incremento degli utenti assistiti che passano da 245 del 2022 ai 250 del 2023. In relazione al livello assistenziale per le CDI di I-II livello si evidenzia un incremento moderato (+5 casi nel 2023 rispetto al 2022) mentre per le CDI di III livello si registra un calo (-2 casi nel 2023 rispetto al 2022). Il distretto di Tempio è interessato da una diminuzione dei pazienti inseriti nelle CDI I-II livello (-27 nel 2023 rispetto al 2022). Le CDI di terzo livello si rivolgono a persone che presentano dei bisogni con un grado di complessità assistenziale elevato, in presenza di criticità specifiche, con instabilità clinica e sintomi di difficile controllo. In relazione a queste ultime, i dati evidenziano un incremento dei pazienti che passano da 8 del 2022 ai 10 del 2023.

GOVERNO LISTE D'ATTESA

Negli ultimi anni sono state adottate diverse iniziative per ridurre le liste di attesa e contenere i tempi di accesso alle prestazioni sanitarie. La regione Sardegna ha recepito l'Intesa Stato Regioni sul Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il 2019 - 2021 con la DGR n. 21/24 del 4 giugno 2019 ed ha approvato il Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) 2019-2021 con la DGR n. 62/24 del 4 dicembre 2020; con la DGR n°12/4 del 01/04/2021 è stato approvato il "Piano operativo regionale di recupero delle liste di attesa Covid-19. Art.29 del decreto legge n° 104 del 14/08/2020, convertito con legge n.126 del 13/10/2020"; successivamente con DGR n°21/21 del 22/06/2023 è stato prorogato il "Piano di recupero per le liste d'attesa Covid-19. Proroga e rimodulazione risorse., art.4, comma 9 septies, decreto -legge 29 dicembre 2022, n°198, legge di conversione 24 febbraio 2023 n. 14.". La

suddetta DGR ha disposto che le ASL potessero avvalersi, fino al 31.12.2023, ai sensi dell'art. 4, comma 9-septies, del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, per garantire la completa attuazione del Piano operativo per il recupero delle liste d'attesa, delle misure previste dalle disposizioni di cui all'art. 26, commi 1 e 2, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, nonché dalle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 277, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

Per garantire la completa attuazione del Piano operativo alla Asl Gallura, per all'anno 2023, è stata assegnata la somma residua per le attività da effettuarsi nell'ambito del Piano per le liste di attesa Covid-19, indicata nel prospetto sotto riportato:

Azienda Asl Gallura	Importo stanziato Delib.G.R. n. 37/29 del 14.12.2022	Importo speso	Residuo
Asl Gallura	358.804,62	239.956,90	118.847,72

Una delle strategie perseguite in ambito distrettuale è stata l'abbattimento delle liste d'attesa al fine di garantire una tempestiva esecuzione della prestazione, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche. La percentuale di prestazioni oggetto di monitoraggio garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità UBDP registra un valore del 57.15% nel distretto di Olbia mentre nel Distretto di La Maddalena un valore pari al 43.27% e un valore del 62.44% nel distretto di Tempio. Si sottolinea che il codice di priorità U (urgente) richiede un'esecuzione nel più breve tempo possibile e comunque entro 72 ore, il codice B (breve) ha un tempo massimo di attesa di 10 giorni, il codice D (differibile) riguarda prestazioni da eseguire entro 30 giorni se prima visita specialistica ed entro 60 giorni se primo esame di diagnostica strumentale, infine il codice P (Programmata) è riferito esclusivamente alle prestazioni di primo accesso da garantire al massimo entro 120 giorni.

A livello aziendale è stato adottato il Piano operativo si recupero delle prestazioni Sanitarie non erogate nel periodo dell'emergenza pandemica da SARS-COV 2, al fine di colmare il gap assistenziale creatosi a seguito dell'emergenza pandemica. Le categorie di prestazioni a maggiore priorità di recupero incluse nel Piano e riferibili alle seguenti azioni:

- 1) AZIONE 1 Ricoveri chirurgici programmati (ranking per classi di complessità e priorità al ricovero);
- 2) AZIONE 2 Prestazioni afferenti alle campagne di screening oncologico (inviti e prestazioni diagnostico-terapeutiche);
- 3) AZIONE 3 Prestazioni ambulatoriali (prime visite e visite di controllo, chirurgia ambulatoriale, prestazioni monitorate dal PNGLA, esigenze regionali).

La pianificazione dell'attività straordinaria di recupero si è realizzata attraverso modalità che hanno privilegiato l'effettiva presa in carico del cittadino al fine di garantire la conclusione del percorso diagnostico terapeutico, e includendo le fasi di follow up e del post-intervento chirurgico. L'attività di recupero, ha previsto una prima fase di ripulitura delle agende di prenotazione tramite il recall dei pazienti in lista d'attesa, che è stato effettuato dal CUP per le

prestazioni ambulatoriali, dal personale ospedaliero per le agende delle liste d'attesa dei ricoveri e per lo screening dal Servizio Screening aziendale.

Contestualmente si è proceduto in ambito ospedaliero a richiedere ai Direttori delle UU.OO. la disponibilità del proprio personale ad effettuare sedute aggiuntive per il recupero delle prestazioni di ricovero non erogate a causa dell'emergenza pandemica.

Sia in ambito distrettuale che ospedaliero si è dato luogo in via preliminare alla verifica delle disponibilità da parte del personale (medici e personale di comparto), ad effettuare le prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero, oggetto di recupero, in extra orario.

Attraverso l'apertura di agende dedicate, si è definito il ricollocamento dei pazienti precedentemente sospesi, che sono stati inseriti rispettando non solo l'ordine cronologico con cui erano prenotati, ma anche la priorità di appartenenza. I pazienti con uguale livello di priorità clinica sono stati trattati secondo l'ordine temporale di presentazione.

Il governo delle liste di attesa è un sistema complesso e attraverso il Piano si mira ad individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli coinvolti nel processo di definizione e approfondimento diagnostico.

L'accesso alle prestazioni sanitarie ambulatoriali sono gestite a livello operativo tramite prenotazione al Centro Unico di Prenotazione (CUP). Tali procedure, regolano l'incontro tra la domanda e l'offerta, consentendo in concreto il monitoraggio dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie, fornendo un valido contributo organizzativo nel contenimento delle liste d'attesa.

Al sistema di prenotazione è demandata la predisposizione di specifici "percorsi di tutela" per la presa in carico delle richieste per le quali il Servizio sanitario non sia in grado, in quel momento, di offrire la prestazione nei tempi garantiti, senza che ciò comporti alcuna sospensione o interruzione dell'attività di prenotazione (c.d. "blocco delle liste").

Il CUP gestisce in maniera centralizzata tutte le agende pubbliche e private accreditate e, della libera professione intramuraria garantendo il rispetto della classe di priorità, e distinguendo le prestazioni di primo accesso dalle visite di controllo.

Gli utenti possono prenotare le prestazioni anche via web, procedura che fornisce la prima data disponibile per tutte le strutture che erogano la prestazione richiesta. Il portale dà al cittadino una visibilità diretta e completa su tutte le disponibilità e le agende di prenotazione del CUP regionale, in tempo reale e in maniera trasparente, sul funzionamento del Servizio Sanitario Regionale e sui tempi d'attesa.

Il servizio è completamente gratuito e consente di:

- Visualizzare in tempo reale le date e gli orari di disponibilità su tutto il territorio regionale;
- Visualizzare l'importo del ticket associato a ciascuna prestazione;
- Prenotare presso le strutture pubbliche e private accreditate della Regione;
- Annullare un appuntamento;
- Visualizzare le proprie prenotazioni;
- Stampare un promemoria della prenotazione.

Il monitoraggio dei tempi di attesa viene effettuato secondo la modalità ex ante (a priori) per misurare il tempo di attesa prospettato al cittadino al momento della prenotazione, e con cadenza trimestrale, sulla base delle prenotazioni inserite nel CUP attraverso tutti i canali di prenotazione previsti in Sardegna (Call Center, CUPWEB, sportelli presso Strutture sanitarie, Farmacie, etc.). Il tempo di attesa è calcolato in giorni come l'intervallo che intercorre tra data di contatto dell'utente con il sistema CUP e la data assegnata per l'erogazione, ossia data di prenotazione. Sono oggetto di monitoraggio esclusivamente le prestazioni di primo accesso, prenotate in regime istituzionale, con classe di priorità B (Breve) o D (Differibile) e che rientrano nella garanzia dei tempi massimi. La presa in carico, rappresenta un fattore fondamentale per una riorganizzazione finalizzata ad una programmazione più efficiente ed efficace per l'erogazione delle prestazioni. Il PRGLA prevede l'utilizzo della metodologia RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) che rappresenta una delle strategie che caratterizzano il modello regionale per il governo delle liste di attesa. Questa metodologia individua le categorie di attesa omogenee per prestazioni specialistiche ambulatoriali in base al quesito diagnostico per prestazioni specialistiche ambulatoriali. Parte dall'assunto che i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale debbano essere differenziati e raggruppati in quattro classi di priorità (Urgente, Breve, Differibile e Programmata), in relazione alle oggettive condizioni cliniche del paziente, già diagnosticate o sospette, in modo da assicurare la prestazione sanitaria in tempi congrui.

ANALISI DI ALTRI OBIETTIVI E PROGETTI IN AMBITO DISTRETTUALE

L'Azienda, attraverso la programmazione sanitaria garantisce una risposta alle esigenze del proprio territorio e una mediazione tra le aspettative dei cittadini e le possibilità del sistema sanitario regionale di soddisfarle. La salute, intesa come stato di benessere complessivo, è infatti il risultato di uno sviluppo sostenibile capace di preservare la disponibilità delle risorse rinnovabili ed evitare eccessivi squilibri ambientali, economici e sociali. Promuovere la salute di una società significa, quindi, investire non solo in ricerca medica, ma anche in politiche tese a rimuovere situazioni di disagio economico e sociale, nell'educazione alla salute e nella promozione di stili di vita sani.

Nell'anno 2023, in continuità con gli anni precedenti, sono state portate avanti le attività per garantire il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate durante la pandemia anche in riferimento al ruolo svolto dai consultori, il cui scopo, orientato prevalentemente alla Prevenzione, è quello di promuovere attività rivolte alla salvaguardia della salute della donna, dei suoi figli, della coppia e della famiglia. Il dato aggregato dei tre distretti sociosanitari registra una percentuale del 100% sul numero delle gravidanze a basso rischio prese in carico. Un dato meritevole di attenzione è quello relativo al numero di colloqui sui problemi adolescenziali che presenta un valore in incremento rispetto al 2022 pari a 577. I consultori familiari rispondono alle nuove esigenze della società, in particolare alle nuove problematiche che riguardano gli adolescenti. Tra le attività del consultorio rientra quella di aiutare i ragazzi e i genitori a comprendere la problematica emersa alla luce della storia evolutiva individuale e/o familiare e dei cambiamenti fisici, psicologici e sociali che accompagnano il passaggio dall'infanzia all'età

adulta. Nella tabella seguente si riportano i valori di alcuni obiettivi riferiti all'ambito distrettuale e del dipartimento donne e minori.

DISTRETTO		OLBIA	TEMPIO P.	LA MADDALENA
Garantire il governo delle liste d'attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio al fine di garantire la tempestiva esecuzione della prestazione, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche.	% di prestazioni oggetto di monitoraggio garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità UBDP	57,15%	62,44%	43,27%
Garantire l'attuazione del Piano Regionale dei Servizi sanitari 2022/2024 di cui al DGR 9/22 del 24.03.22	Definizione del Piano di riorganizzazione della rete assistenziale territoriale entro il 15.11.2023	SI	SI	SI
Garantire il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate a causa della pandemia da SARS CoV-2	N° di gravidanze fisiologiche e a basso rischio prese in carico	100%		
	N° visite area ginecologica	1.115		
Garantire l'appropriatezza dell'assistenza in gravidanza attraverso il servizio di ecografia ostetrica	N° di ecografie eseguite	752		
Garantire la promozione e la tutela della salute della donna, della famiglia e della età evolutiva.	Numero di consulenze psicologiche /numero totale di consulenze psicologiche richieste*100	100%		
	N° colloqui problemi adolescenziali	577		

OBIETTIVO STRATEGICO		OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	2023	2022	2021	DELTA 2023-2022
AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO E FRUIBILITA' DEI SERVIZI E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	1	Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale nell'anziano.	% di vaccinazioni effettuate ultra 65-enni /totale popolazione residente ultra 65-enni	28%	32,42%	49,21%	-14%
	2	Garantire lo sviluppo delle CDI a favore degli anziani non autosufficienti: percentuale di anziani ≥ 65 anni	n° anziani ≥ 65 assistiti in ADI /totale popolazione residente anziana età ≥ 65*100	1,23%	1,01%	1,12%	22%
	3	Sviluppare le Cure palliative Oncologiche favore dei malati terminali al fine di ridurre i ricoveri inappropriati nei reparti di medicina	n° pazienti oncologici seguiti al proprio domicilio	268	277	270	-3%
	4	Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale della popolazione a rischio.	Numero di vaccinazioni effettuate nella popolazione a rischio residente nella ASL2	4.279	5.632	9.020	-24%

Rispetto all'obiettivo di migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale nell'anziano si osserva un valore in diminuzione rispetto al 2022. Tuttavia è ipotizzabile che lo stesso sia stato influenzato da una non completa adesione dei medici di medicina generale al progetto.

Per quanto riguarda l'obiettivo di sviluppare le cure domiciliari integrate nel corso del 2023 si osserva un aumento del 22% delle CDI nel territorio a favore degli anziani ultra 65enni non autosufficienti. In relazione alle Cure Palliative Oncologiche a favore dei malati terminali, si registra un numero di pazienti oncologici seguiti al proprio domicilio pari a 268. Tale dato è dovuto ad un maggior inserimento dei pazienti presi in carico dalla SC Oncologia aziendale attraverso l'equipe di Cure palliative domiciliari oncologiche (CPDO) al fine di assicurare una maggiore appropriatezza dei percorsi assistenziali. La riorganizzazione dell'assistenza territoriale, attraverso il potenziamento delle Cure Domiciliari ha favorito lo sviluppo di percorsi di presa in carico della cronicità e della fragilità. Lo spostamento del sistema di cura verso il domicilio naturalmente richiede un coinvolgimento di tutti gli altri soggetti (familiari, caregiver di riferimento, volontariato) che intervengono a vari livelli nell'assistenza delle persone.

PROGETTO ASCOT

Con deliberazione del Direttore Generale n. 254 del 11.05.2023 è stato adottato il Progetto finalizzato all'attivazione di Ambulatori Straordinari di Continuità Territoriali per garantire l'assistenza sanitaria di base nelle sedi vacanti.

Tale progetto è nato dall'esigenza di garantire l'assistenza sanitaria di base nelle sedi carenti di medici di medicina generale, carenza diffusa in tutta Italia. Tale criticità riguarda anche altre Regioni, ed è frutto di una inadeguata programmazione che non ha saputo garantire il ricambio generazionale in relazione ai pensionamenti del personale dei sistemi sanitari regionali, con conseguenti disagi e rischi per la salute dei cittadini.

Il progetto ASCoT (Ambulatori Straordinari di Continuità Territoriale), è nato in seguito alle difficoltà emerse in alcune sedi, quali ad esempio Buddusò, Berchidda, Palau in cui è risultato necessario pianificare e porre in essere azioni volte a garantire le prestazioni in capo ai MMG e ai PLS per gli utenti privi di assistenza primaria.

Negli ambulatori sono state erogate tutte le prestazioni di assistenza primaria:

- prescrizioni mediche;
- visite;
- rinnovo di piani terapeutici;
- raccolta dei fabbisogni domiciliari (inserimento in ADI, attività domiciliari programmate, prestazioni di assistenza integrativa);
- certificati di malattia;
- ogni altro compito riconosciuto dagli Accordi Collettivi Nazionali.

La gestione è stata affidata prioritariamente a medici convenzionati di assistenza primaria e medici di continuità assistenziale in servizio presso la Asl Gallura o altre Aziende regionali, reclutati a seguito di apposita manifestazione volontaria di adesione al progetto. Sono stati reclutati professionisti già abilitati ed autonomi in possesso di credenziali per l'accesso alle varie piattaforme e già muniti di ricettario SSN.

È importante sottolineare che gli ambulatori sono stati concepiti con una valenza integrativa e non sostitutiva delle funzioni proprie dell'assistenza sanitaria di base.

PROGETTO SOLSTIZIO

Con deliberazione n. 355 del 26.06.2023 è stato adottato il Progetto denominato SOLSTIZIO, finalizzato all'attivazione di Ambulatori Straordinari di continuità assistenziale a bassa intensità, per i cittadini non residenti durante la stagione estiva 2023.

Da un'analisi in merito alla sanità territoriale, relativamente all'assistenza sanitaria di base, sono emerse situazioni di difficoltà nelle sedi nelle quali sono presenti i punti di Guardia Medica Turistica, per cui è risultato necessario pianificare e porre in essere una serie di azioni finalizzate a fronteggiare tale criticità. Il progetto sperimentare denominato "Solstizio", è stato concepito negli ambiti territoriali in cui era già presente una sede di guardia turistica, quindi si tratta di locali attrezzati, sede di Continuità Assistenziale o, in alternativa, presso Studi di MMG e PLS, previo nulla osta della Direzione. Lo scopo principale del progetto è stato quello di garantire ai pazienti non residenti la tutela dell'assistenza medica, con conseguente riduzione dell'accesso degli utenti al Pronto Soccorso. Nell'ambito del progetto sono state garantite le seguenti prestazioni:

- Visite ambulatoriali ed in casi particolari, a discrezione del medico, domiciliari;
- Prescrizioni di farmaci;
- Richieste visite specialistiche;
- Certificazioni mediche.

PROGETTO DOMINO

Il progetto DOMINO (DONNE e MINORI) è nato per dare assistenza sul territorio alle donne (in tutte le fasce di età) e ai minori che afferiscono negli ambulatori dedicati di Ginecologia e Pediatria. È un progetto pilota che è iniziato ai primi di ottobre 2023 nel presidio Ospedaliero "Paolo Dettori" di Tempio e successivamente esteso a ai presidi ospedalieri "Giovanni Paolo II" di Olbia e "Paolo Merlo" di La Maddalena. La peculiarità di questo nuovo servizio è quella di garantire un accesso diretto alle cure e ai bisogni senza intermediari (prenotazioni CUP, liste d'attesa ecc.). L'obiettivo è infatti una corretta accoglienza e presa in carico dei pazienti che accedono al servizio e uniformare il comportamento degli operatori. Le unità operative di Ginecologia e Ostetricia e di Pediatria dell'Asl Gallura, garantiscono un canale diretto ai servizi, senza impegnativa e senza appuntamento CUP, con accesso diretto per problematiche di tipo cronico. Le urgenze invece sono gestite come di consueto con l'accesso in pronto Soccorso e sono valutate con priorità assoluta. Dopo la presa in carico, gli operatori sanitari in relazione ai bisogni dell'utente, agevolano il più possibile l'accesso ai servizi sanitari del territorio.

RENDICONTAZIONE E ANALISI DEI PRINCIPALI OBIETTIVI DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA MEDICA E AREA VETERINARIA

Il Dipartimento rappresenta, attraverso i differenti ruoli e le relative responsabilità in esso ricomprese, lo strumento fondamentale per il perseguimento degli obiettivi di governo clinico, la verifica ed il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie. Il dipartimento di prevenzione, facendo proprio il concetto di rete espresso dal Piano di prevenzione regionale

garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità.

La missione del Dipartimento di prevenzione consiste nella tutela della salute e della sicurezza della comunità attraverso il coordinamento di interventi orientati a fornire una risposta unitaria ed efficace ai bisogni di salute, perseguendo obiettivi di promozione della salute, di prevenzione delle malattie infettive e croniche e dei fattori di rischio associati, di promozione della sicurezza e di miglioramento della qualità degli ambienti di vita e di lavoro, di tutela del benessere animale e di sicurezza alimentare, nel rispetto dei Livelli essenziali di assistenza. Nell'ambito del Dipartimento di prevenzione –Area medica, e nello specifico del servizio di Igiene e Sanità pubblica è importante ricordare che l'attività ha riguardato maggiormente quella della vaccinazione antinfluenzale nell'anziano e nella popolazione a rischio. La percentuale più bassa rispetto all'anno precedente è attribuibile anche alla scarsa adesione dei MMG alla campagna antinfluenzale.

In relazione al raggiungimento degli obiettivi di screening per l'annualità 2023 si ritiene di dover evidenziare le criticità rilevate, di carattere esogeno rispetto alla struttura organizzativa e gestionale dell'azienda. L'attività di screening è stata ulteriormente potenziata attraverso progetti aziendali con l'obiettivo di aumentare l'adesione ai programmi di screening oncologico, garantendo il rispetto dei tempi previsti di invito alla popolazione target attraverso processi di comunicazione e informazione. Lo screening mammografico ha risentito sia della forte carenza di personale e di conseguenza di un ridotto numero di operatori da impiegare nei programmi di screening sia dell'utilizzo di un programma poco efficace e celere nel trasferimento delle immagini. Queste criticità hanno inciso notevolmente sul risultato ottenuto.

Per quanto concerne lo screening del colon retto, il cui programma è stato prospettato per un arco temporale di sei mesi di attività, si è raggiunto un valore pari al 14,40% nonostante la mancata collaborazione delle farmacie per la distribuzione dei kit. Quest'ultima infatti, è stata effettuata dal personale del Centro Screening costituendo un ulteriore aggravio del lavoro.

Risultano pienamente raggiunti tutti gli altri obiettivi strategici relativi alle attività del sistema di Sorveglianza PASSI e PASSI d'argento e relativi alle attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura, settore fortemente trainante per l'economia della Gallura ed alle attività di controllo ufficiale sugli operatori del sistema alimentare. Il Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di Lavoro (SPreSAL) ha attivato otto Piani Mirati di Prevenzione (PMP) da attuare in un arco temporale di 5 anni (2020-2025) previsti dal PRP, che puntano a prevenire infortuni e malattie professionali in diversi settori lavorativi. I PMP rappresentano uno strumento operativo che coniuga la promozione di buone prassi aziendali con l'attività di vigilanza dei servizi di Prevenzione. Di seguito si riporta una tabella con i risultati dei principali obiettivi afferenti al Dipartimento di prevenzione di Area Medica:

DIPARTIMENTO ONE HEALTH DELLA PREVENZIONE		
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA MEDICA		2023
Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale della popolazione a rischio.	N° vaccinazioni effettuate ultra 65-enni/ totale popolazione residente ultra 65-enni	28%
Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	N° di persone che hanno aderito allo screening mammografico / popolazione di riferimento (50-69 anni) *100	2,10%
Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato Incrementare l'adesione ai sistemi di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la salute in Italia) e PASSI d'argento (La qualità della vita vista dalle persone ultra 65enni)	N° di persone che hanno aderito allo screening cervice uterina / popolazione di riferimento (25-41 anni) *100	36,22%
	N° di persone che hanno aderito allo screening colon retto /popolazione di riferimento (50-69 anni) *100	14,40%
	Numero interviste caricate in piattaforma / Numero di interviste target definito dall'ISS*100	PASSI 185/220 = 84% PASSI D'ARGENTO 49/60 = 82%
Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (ReNCaM) fino al 2021	N° schede codificate / N° annuale deceduti residenti *100	N° schede chiuse / N° schede inserite: Anno 2017 1148/1275 = 90.04% Anno 2018 1231/1367 = 90.05% Anno 2019 1367/1399 = 97.7% Anno 2020 1275/1403 = 90.81% Anno 2021 1288/1414 = 90.20%
Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura	Numero di interventi ispettivi in aziende edili (compreso amianto)/Numero degli interventi programmati*100	106%
Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura Garantire l'applicazione del Piano Regionale di programmazione e coordinamento degli interventi in materia di controllo ufficiale degli alimenti	Numero di interventi ispettivi in aziende agricole/Numero degli interventi programmati*100	103%
	Numero di controlli ufficiali effettuati /Numero di controlli ufficiali programmati*100	100%
Garantire l'applicazione del Piano Regionale di programmazione e coordinamento degli interventi in materia di controllo ufficiale degli alimenti Garantire in ogni sede SpreSAL l'attivazione degli 8 Piani Mirati di prevenzione (PMP) con l'attuazione per ciascuno di essi, dei seminari di avvio, della formazione dell'informazione/comunicazione	Numero di scuole coinvolte nella sorveglianza/Numero di scuole campionate dall'ISS*100	100%
	Numero di PMP attivati dalla sede SpreSAL di ASL/NUMERO complessivo di PMP da attivare in ogni sede SpreSAL di ASL	100%

Il Dipartimento di Prevenzione Area Veterinaria costituisce una struttura operativa dell'azienda che garantisce la tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute, sorveglianza epidemiologica degli animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie, farmaco-vigilanza veterinaria, igiene della produzione zootecnica, tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale e miglioramento della qualità della vita. In relazione agli obiettivi strategici si osserva che gli stessi risultano raggiunti. I servizi veterinari hanno come finalità la tutela della salute pubblica, intesa come protezione dell'uomo nei confronti di patologie direttamente o indirettamente correlate con gli animali e l'ambiente e la tutela della salute e del

benessere animale anche in funzione della salvaguardia del patrimonio zootecnico.

Il controllo delle malattie e del benessere delle popolazioni animali, sia domestiche che selvatiche, l'igiene degli alimenti e l'igiene ambientale, hanno quindi come obiettivo la salvaguardia della salute e dell'economia agroalimentare, a vantaggio dei consumatori, allevatori, proprietari di animali, personale delle industrie zootecniche e para-zootecniche, animali e ambiente. Per quanto concerne gli obiettivi assegnati, il Dipartimento di prevenzione – Area Veterinaria, attraverso un adeguato coordinamento tra i diversi servizi, ha raggiunto un buon risultato complessivo garantendo efficacia, efficienza e appropriatezza. Di seguito si riporta una tabella con i risultati dei principali obiettivi afferenti al Dipartimento di prevenzione di Area Veterinaria:

DIPARTIMENTO ONE HEALTH DELLA PREVENZIONE		
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA VETERINARIA		2023
Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare e delle strutture che producono alimenti di origine animale. Consolidare il sistema di audit negli stabilimenti del settore lattiero - caseario	Numero di controlli ufficiali sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte/ Numero di controlli ufficiali programmati sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte	90%
Garantire le verifiche di appropriatezza e di efficacia sull' attività di controllo ufficiale	Numero di verifiche di efficacia eseguite sull' attività di controllo ufficiale/numero totale di verifiche programmate sull' attività di controllo ufficiale	90,17%
Garantire l'attuazione del Piano Nazionale Alimenti Animali (PNAA) per garantire la salubrità e sicurezza dei prodotti di origine animale, tramite il controllo dei mangimi.	Numero di campioni effettuati/Numero totale dei campioni programmati *100	98,00%
Garantire il campionamento di alimenti al fine di ridurre i rischi alimentari batteriologici e/o chimici	Numero di campioni ufficiali effettuati nel 2023 / Numero di campioni ufficiali programmati nel 2023*100	82,66
Garantire l'effettuazione dei controlli sugli stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini per il mantenimento/ottenimento dello status di territorio indenne da infezione di MTCB	N° stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini controllati/N° di stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini programmati da controllare nell'anno *100	100%
Garantire la categorizzazione del rischio negli stabilimenti riconosciuti	numero di stabilimenti categorizzati 2023 / numero totale di stabilimenti da categorizzare programmati 2023	100%
Garantire l'attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) di farmaci, sostanze illecite e contaminati nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale	Numero di campioni ufficiali effettuati nel 2023 / Numero di campioni ufficiali programmati nel 2023*100	SIAPZ 100% - SIAOA 69,57%
Ottenere i risultati attesi dalla road map stilata da Bruxelles	% di obiettivi della roadmap stilata in risposta alle raccomandazioni dell'audit FVO	75%
Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST ovi-caprini. Campionamenti.	Percentuale di ovini e caprini morti con età superiore a 18 mesi testati per TSE rispetto all' obiettivo di campionamento	Ovini 100% - Caprini 42%

DIPARTIMENTO ONE HEALTH DELLA PREVENZIONE		
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA VETERINARIA		2023
Garantire l'attuazione del Piano regionale di selezione genetica per la resistenza alla scrapie classica degli ovini. Livello di certificazione genetica delle greggi	n° di allevamenti ovini classificati come livello I, II (IIa e Iib), III / n°di allevamenti ovini attivi	83%

RENDICONTAZIONE E ANALISI DEI PRINCIPALI OBIETTIVI DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è la struttura operativa dell'Azienda preposta alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale e delle dipendenze ed all'organizzazione degli interventi per la tutela e la promozione della salute mentale delle persone in coerenza con la programmazione strategica regionale sulla salute mentale. Di seguito si riporta una tabella con i risultati dei principali obiettivi afferenti al Dipartimento di Salute Mentale:

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE		2023
Garantire l'attuazione del processo di revisione del sistema regionale dei servizi pubblici residenziali e semi residenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e alla bassa intensità di cura, anche attraverso la riqualificazione della produzione diretta dei servizi pubblici	Adozione del Piano aziendale di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti ai sensi della DGR 13/12 del 09/04/2021	Trasmissione Piano all'ARIS (PG 32105 del 13/12/2023)
Garantire l'attuazione del processo di revisione del sistema regionale dei servizi pubblici residenziali e semi residenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e alla bassa intensità di cura, anche attraverso la riqualificazione della produzione diretta dei servizi pubblici	Adozione di un Piano aziendale degli acquisti di servizi residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti da erogatori privati accreditati che valorizzando la riduzione del fabbisogno nel livello di cura SRP1 ed il contestuale aumento del fabbisogno nel livello di cura SRP2 e SRP3	Trasmissione Piano all'ARIS (PG 32105 del 13/12/2023)
	Valorizzazione dei risparmi derivanti dall'implementazione del Piano aziendale di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti e contestuale richiesta di aumento dei tetti di spesa per pari importo	100%
Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012	% DRG a rischio di inappropriatazza in DO	5,21% SPDC
Garantire l'implementazione delle attività previste nel Piano triennale di attività per l'Alzheimer e le demenze per il triennio 2021-2023	Implementazione e sperimentazione dei protocolli di diagnosi precoce e interventi riabilitativi, cognitivi, psicosociali e psicoeducativi per i disturbi Neuro cognitivi in collegamento con AOU Cagliari, AOU Sassari e ARNAS BROTZU	N. 2 Protocolli adottati entro i termini con Deliberazione del Direttore Generale n. 597 del 25/09/2023
Garantire l'attuazione dei processi di cambiamento organizzativo e di reingegnerizzazione connessi ai riassetti organizzativi e operativi	Predisposizione delibera/progetto/procedura	100%

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE		2023
Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSMD rivolti a persone che presentano problematiche di doppia diagnosi e co-morbilità psichiatrica e dipendenze con l'obiettivo di garantire un percorso terapeutico e riabilitativo che coinvolga tutti i servizi del DSMD. (processo circolare SERD - SPDC - CIM - UNOPIA)	Numero di PDTA/PAI per la presa in carico dei pazienti cronici	1
Garantire l'attivazione delle politiche di presa in carico dei pazienti che presentano problematiche di doppia diagnosi e co-morbilità psichiatrica e dipendenze per garantire un percorso terapeutico e riabilitativo in tutte le Case di Comunità.	Mappatura dei percorsi sanitari di presa in carico dei pazienti che presentano problematiche di doppia diagnosi e co-morbilità psichiatrica e dipendenze nelle case di Casa di Comunità	Mappatura trasmessa entro i termini
Promuovere il risparmio energetico e l'uso intelligente e razionale dell'energia attraverso il coinvolgimento e la responsabilizzazione del Capitale Umano	Numero di incontri con il personale al fine di promuovere il risparmio energetico e individuare le azioni per l'uso razionale e intelligente dell'energia	100%
Garantire una costante valutazione del rischio corruttivo dei processi aziendali con la finalità di diminuire il livello di rischio per episodi corruttivi nelle Aree a rischio generale e specifico individuate nella sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO	Aggiornare il livello di rischio di corruzione dei processi aziendali e monitoraggio semestrale delle misure di trattamento dei rischi specifici valutati e classificati per Indice di Rischio (IR)	100%

RENDICONTAZIONE E ANALISI DEI PRINCIPALI OBIETTIVI STRATEGICI DELL'AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DELL'INNOVAZIONE

La tabella seguente riporta la rendicontazione degli obiettivi strategici che riguardano la promozione di attività formative e la valorizzazione delle capacità tecniche e umane del personale, nonché il coinvolgimento e la soddisfazione degli utenti e dei cittadini, l'informazione e la comunicazione interna ed esterna.

AREA DI PERFORMANCE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	ANNO 2023
AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Garantire la dematerializzazione nei processi amministrativi/sanitari attraverso il corretto utilizzo dei sistemi informatici (atti, protocollo, e-prescription) in linea con le disposizioni nazionali, regionali e con i regolamenti	numero atti firmati digitalmente (delibere/determine) in linea con i regolamenti / numero totale di atti pubblicati	100%
		numero di prescrizioni informatiche (specialistiche, farmaci) / numero totale di prescrizioni dei medici prescrittori	99%
AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Promozione delle attività formative per la valorizzazione delle capacità tecniche e del benessere del personale.	N° eventi formativi effettuati / numero eventi formativi programmati * 100	100%
AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Promuovere la rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti in relazione ai servizi erogati.	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio = 7,9

AREA DI PERFORMANCE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	ANNO 2023
AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Promuovere l'adozione del ciclo di clinical competence/privileges con la finalità di definire una mappa delle conoscenze specialistiche e garantire un efficace sviluppo del personale	Numero schede competence/privileges definite per Dirigente di U.O./Numero totale dei Dirigenti di U.O.	100% Dirigenti medici veterinari
AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Garantire l'attuazione dei processi connessi alla programmazione del fabbisogno di risorse umane al fine di rendere l'assetto organizzativo coerente e funzionale alle scelte strategiche aziendali	Predisposizione del PTFP entro i termini	Adottato entro i termini con deliberazione del Direttore Generale n. 716 del 13.11.2023
AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Garantire lo sviluppo del modello organizzativo delle COT con impatto su tutta l'organizzazione dei servizi territoriali e quindi sulle cure primarie, al fine di determinare il miglioramento degli outcome di salute della popolazione di riferimento, una maggiore equità di accesso, una riduzione dei costi conseguente agli effetti generali	Attivazione delle COT	100%
AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Garantire la diffusione dell'uso della biblioteca biomedica on-line	Incremento del numero di iscritti alla biblioteca biomedica on-line	11
AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Garantire la definizione di percorsi di valorizzazione delle competenze soggettive degli operatori e nei processi riorganizzativi a seguito di eventi significativi per operatori e utenti	Numero di corsi realizzati/ numero totale dei corsi programmati	Numero corsi realizzati: 10
AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Promuovere il risparmio energetico e l'uso intelligente e razionale dell'energia attraverso il coinvolgimento e la responsabilizzazione del Capitale Umano	Revisione del codice di comportamento dei dipendenti pubblici al fine di promuovere il risparmio energetico e l'uso razionale e intelligente dell'energia	Codice adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 640 del 10/10/23
		Revisione del sistema di misurazione e valutazione della performance individuale al fine di promuovere prevedendo specifici item di valutazione sui temi del risparmio energetico e l'uso razionale e intelligente dell'energia	Revisione del SMVP 2023 adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 741 del 22/11/2023

RENDICONTAZIONE E ANALISI DEI PRINCIPALI OBIETTIVI STRATEGICI DELL'AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO

L'adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo disposto dalla legge regionale n. 24 dell'11 settembre 2020 ha avviato una fase di *governance* del SSR e l'azienda della Gallura è stata chiamata, oltre a garantire il conseguimento dei livelli essenziali di assistenza in maniera omogenea su tutto il territorio di riferimento della Gallura e la progressiva riduzione dei tempi d'attesa nell'accesso alle prestazioni sanitarie, anche a garantire il pieno governo dei fattori di produzione con una metodologia di analisi e valutazione dell'efficienza economico – gestionale.

Più specificatamente, nell'ambito della gestione delle politiche di acquisto l'azienda, ha perseguito diverse azioni di efficientamento tentando di assicurare i massimi livelli di sicurezza operativa (verso l'utente e verso il personale dipendente) e contestualmente di ridurre il più possibile i costi (diretti/indiretti) e di garantire la massima trasparenza e tracciabilità nei processi d'acquisizione con specifiche azioni finalizzate a programmare le procedure di acquisizione e la loro razionalizzazione. Di seguito si riporta una tabella con i risultati dei principali obiettivi relativi all'equilibrio economico-finanziario:

AREA DI PERFORMANCE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	ANNO 2023
AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire il rispetto del tempo medio di pagamento dei debiti commerciali come disposto dall'articolo 1, comma 865 della legge 145/2018 al fine di ridurre gli interessi di mora	Tempo medio di pagamento <= 60gg	-15,34
AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire il monitoraggio trimestrale dei volumi di attività e dei costi per C.D.R.	Monitoraggio volumi di attività/costi per CDR	Report trimestrali volumi di attività e costi pubblicati sull'Intranet aziendale entro i termini
AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire l'efficienza dei fattori produttivi impiegati con la finalità di massimizzare l'output (beni prodotti e/o servizi erogati) e minimizzare i costi di produzione	Pareggio di bilancio	Nel 2023: Ricavi = Costi BEP 2023
AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire il controllo di tutte le macro-autorizzazioni di spesa per ogni ufficio autorizzativo nell'ambito del Budget Autorizzativo	Monitoraggio macro-autorizzazione di spesa	Macro-autorizzazioni create entro i termini
AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire il rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	100%
AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire l'approvazione dell'atto aziendale entro i termini definiti dalla legge regionale 24/2020	Approvazione entro i termini stabili dalla normativa regionale (Legge 24/2020)	Approvazione preliminare con deliberazione del Direttore Generale n. 403 del 18.11.2022; Approvazione n. 44 del 27.01.2023; Adozione definitiva n. 94 del 24.02.2023
AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire il rispetto dei termini nella presentazione dei documenti di programmazione e rendicontazione regionale corredati dei pareri dei collegi sindacali	N° documenti approvati entro i termini/N° totale di documenti da approvare	Approvazione dei documenti entro i termini previsti dalla normativa di riferimento

Indicatori di impatto di Valore Pubblico

La dimensione dell'impatto esprime l'effetto generato da una politica o da un servizio sui destinatari diretti o indiretti, nel medio-lungo termine, nell'ottica della creazione di Valore Pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere rispetto alle condizioni di partenza. L'azienda crea valore pubblico quando persegue (e consegue) un miglioramento congiunto ed equilibrato degli impatti esterni ed interni delle diverse categorie di utenti e stakeholder: per generare valore pubblico sui cittadini e sugli utenti, favorendo la possibilità di generarlo anche a favore di quelli futuri, l'azienda deve essere efficace ed efficiente tenuto conto della quantità e della qualità delle risorse disponibili.

L'ASL Gallura concorre a costruire valore pubblico perseguendo l'obiettivo "salute" inteso quale miglioramento complessivo della qualità della vita della popolazione. Un'integrazione e un dialogo tra i diversi stakeholder coinvolti risulta dunque necessario e irrinunciabile per il raggiungimento degli obiettivi che l'azienda si propone. La tabella seguente individua il set di indicatori di impatto per la valutazione delle prospettive di salute e benessere.

INDICATORI DI IMPATTO								
DIMENSIONE	INDICATORE	FORMULA	RESPONSABILE	PESO	BASELINE	TARGET DI VALORE PUBBLICO ATTESO 2023-2025	FONTE	2023
SOCIO-OCUPAZIONALE	% di under 35 occupati	Numero di under 35 assunti/ numero totale di assunzioni	AREA RISORSE UMANE E FORMAZIONE	5	32,47 %	35%	SISAR - HR	30,41%
ECONOMICA	Rispetto del tempo medio di pagamento nei termini di legge e/o contrattuali al fine di ridurre gli interessi di mora	Tempo medio di pagamento <= 60gg	CONTABILITA' E BILANCIO	15	-21,78	<=60	SISAR-AMC	-15,34
	Efficientamento dei fattori produttivi impiegati	Report trimestrali di monitoraggio del target dei costi di produzione definiti nel BEP	PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO		4	4	SISAR-AMC	4
	Riduzione dei costi per gli approvvigionamenti energetici;	Numero di impianti installati per incrementare la quota di energia prodotta da fonte FV presso le strutture aziendali	AREA TECNICA		5	8	AREA TECNICA	6
AMBIENTALE	Garantire l'efficientamento energetico per migliorare la sostenibilità ambientale	Numero di apparecchi luminosi dotati di tecnologia Led sostituiti nei presidi ospedalieri/Numero totale di corpi illuminanti con lampade a vapori di sodio presenti nei presidi ospedalieri *100	AREA TECNICA	30	0	60%	AREA TECNICA	100%
		Numero di sistemi di regolazione di tensione, power quality, protezione sovratensioni e rifasatori installati nelle strutture aziendali/Numero totale di	AREA TECNICA		0	60% UU.OO PRESIDI	AREA TECNICA	100%

INDICATORI DI IMPATTO								
DIMENSIONE	INDICATORE	FORMULA	RESPONSABILE	PESO	BASELINE	TARGET DI VALORE PUBBLICO ATTESO 2023-2025	FONTE	2023
		strutture aziendali *100						
		Numero di corsi di sensibilizzazioni e sui temi del risparmio energetico realizzati/ numero totale dei corsi sui temi del risparmio energetico programmati	AREA RISORSE UMANE E FORMAZIONE		0	100%	AREA RISORSE UMANE E FORMAZIONE	N.D.
	Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura	N° piani di lavoro per bonifica amianto (ex art. 256 punto 2 D. Lgs. 81/08) e N° notifiche (ex art. 250 D. Lgs. 81/08) esaminati	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		100%	100%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	100%
SANITARIA	Tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	N° di persone che hanno aderito all'invito/popolazione annuo*100	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE			T. cervice=40%; T. colon retto=30%; T.mammella =35%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	screening cervicale: 36,22% screening colon retto: 14,4% screening mammografico: 2,1%
	% di ultra 65enni in CDI	% di ultra 65enni in CDI /totale popolazione residente anziana età >=65*100	DISTRETTI			>4%	FLUSSO ADI	1,23%
	Aumento della percentuale di interventi per frattura di femore operata entro 2 gg	% interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2 gg / N° interventi per frattura del femore *100	ORTOPEDIA	50	57,46%	>=70%	FILE A	57,81%
	Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui all'allegato B del Patto per la Salute	% DRG a rischio di inappropriatazza in DO	UU.OO ASSISTENZA OSPEDALIERA		7,98%	<=20%	FILE A	8,79%

INDICATORI DI IMPATTO								
DIMENSIONE	INDICATORE	FORMULA	RESPONSABILE	PESO	BASELINE	TARGET DI VALORE PUBBLICO ATTESO 2023-2025	FONTE	2023
	Proporzione di infarti miocardici acuti trattati con PTCA entro 2 giorni	numero di pazienti colpiti da IMA che vengono sottoposti a PTCA entro 48 ore dal ricovero	UTIC		49,54 %		FILE A	63,76%
	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Numero colecistectomie laparoscopiche in DS e RO 0-1 gg/ Numero totale di colecistectomie laparoscopiche	CHIRURGIA		75,96 %	>=80% entro 3gg	FILE A	67,33%
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	Numero parti cesarei primari/numero totale di parti cesarei*100	GINECOLOGIA E OSTETRICIA		28%	15%-20%	FILE A	32%
	Garantire la promozione e il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo, alcool) nella popolazione giovanile e adulta	Numero di corsi realizzati/ numero totale dei corsi programmati	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - DSMD		100%	100%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DPREVENZIONE -DSMD	N.D.

PagoPA

L'ASL Gallura, nell'anno 2023, ha aderito al sistema PagoPA promosso dall'Agenzia Italiana per il Digitale (AgID) in attuazione dell'art. 5 del Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD), Decreto Legislativo n.82/2005 e s.m.i., che prevede, per le pubbliche amministrazioni, l'obbligo di accedere ai pagamenti spettanti a qualsiasi titolo attraverso sistemi di pagamento elettronico. L'adozione del progetto PagoPA è stato finanziato dall'Unione europea nel contesto dell'iniziativa NextGenerationEU, nell'ambito dell'Investimento 1.4 "SERVIZI E CITTADINANZA DIGITALE", parte della Misura 1.4.3. "Adozione piattaforma PagoPA", attuato all'interno della Missione 1 Componente 1 del PNRR. Il progetto presentato dalla Asl Gallura nell'anno 2023 ha ottenuto un finanziamento pari a 221mila euro. Il circuito di pagamento PagoPA sarà applicabile ai seguenti servizi entro giugno 2026:

- Copia Cartella Clinica;
- Vaccinazioni non Obbligatorie;
- Porto d'armi/Patenti;
- Servizio Veterinario;
- Tassa concorso;

- Iscrizione corsi;
- Proventi da prestazioni della medicina del lavoro;
- Perizie medico legali;
- Degenze a pagamento;
- Vitto familiari di degenti;
- Accesso Atti;
- Servizio Verifica Impiantistiche.

La piattaforma permette ai cittadini di pagare tramite l'App IO, online sui portali dell'ente creditore, con i servizi di home banking e su punti e uffici distribuiti sul territorio.

Risultano essere già attivi i servizi di pagamento del ticket sanitario, del ticket del Pronto Soccorso e della attività in libera professione Intramoenia (ALPI).

Il nuovo sistema di riscossione offre all'utente un importante servizio di prossimità, ossia fa in modo che chi usufruisce del servizio possa pagare in maniera semplice, immediata e trasparente, facilitando il rapporto tra il cittadino e l'amministrazione.

Sono numerosi anche i vantaggi per l'ente beneficiario del pagamento, a cominciare da un maggior margine di sicurezza delle riscossioni, oltreché godere di un significativo risparmio in termini di risorse, tempi, costi e riduzione degli errori nei pagamenti. Il risultato atteso è infatti quello di monitorare in modo univoco il flusso dei pagamenti a favore dell'azienda con indicazione certa del debitore.

RISULTATI DI PERFORMANCE

Di seguito si riporta la tabella con i risultati di Performance delle strutture dell'ASL GALLURA riferite all'anno 2023.

Nella lettura della sottostante tabella si raccomanda di tener conto che la percentuale di raggiungimento di Performance Organizzativa delle strutture aziendali non è indicativa della qualità complessiva delle prestazioni erogate o delle "Competence" professionali dei responsabili e degli operatori coinvolti, ma evidenzia unicamente, il grado di raggiungimento di specifici obiettivi negoziati con la Direzione aziendale, al cui conseguimento o meno influiscono molteplici fattori, anche incidentali, che possono pregiudicare il raggiungimento degli stessi.

STRUTTURA	RISULTATO PERFORMANCE ORGANIZZATIVA
COORDINAMENTO FUNZIONI DI STAFF	100
SC AREA DATA MANAGEMENT	100
SSD QUALITA' E RISK MANAGEMENT	100
DIPARTIMENTO AREA AMMINISTRATIVA	100
AREA ECONOMICO FINANZIARIA	100
AFFARI GENERALI E CAPITALE UMANO	100
SC TECNOLOGIE E TRANSIZIONE DIGITALE	100
AREA TECNICA	100
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE - DSMD	98
SERD	100
CIM	100
SPDC	100
UNOPIA	75

STRUTTURA	RISULTATO PERFORMANCE ORGANIZZATIVA
DIPARTIMENTO DONNE E MINORI - DDM	100
SC GINECOLOGIA E OSTETRICIA	90
SC PEDIATRIA	100
SSD CONSULTORIO	100
DIPARTIMENTO PREVENZIONE AREA MEDICA - DPMED	92
SC IGIENE E SANITA' PUBBLICA	91
SSD SIAN	100
SSD SPRESAL	100
DIPARTIMENTO PREVENZIONE AREA VETERINARIA - DPVET	96
SC SANITA' ANIMALE	95
SSD SIAPZ	97
SSD SIAOA	97
DIPARTIMENTO OSPEDALE TERRITORIO - DDHT	78
DPM OLBIA	98
DMP TEMPIO	78
DMP LA MADDALENA	95
DISTRETTO OLBIA	93
DISTRETTO TEMPIO	94
DISTRETTO LA MADDALENA	95
SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE	96
FARMACIA OSPEDALIERA	79
FARMACIA TERRITORIALE	68
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E URGENZA - DE	96
SC ORTOPEDIA	97
SC UTIC-CARDIOLOGIA	83
PRONTO SOCCORSO OLBIA	93
PRONTO SOCCORSO TEMPIO	98
PRONTO SOCCORSO LA MADDALENA	95
SUB INTENSIVA TEMPIO	96
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	100
CHIRURGIA URGENZA	100
MEDICINA URGENZA	100
DIPARTIMENTO MEDIA INTENSITA' ASSISTENZIALE - DMIA	100
SC CHIRURGIA OLBIA	100
SC MEDICINA OLBIA	100
SC ONCOLOGIA OLBIA	100
SC EMODIALISI	100
SC RADIOLOGIA OLBIA	89
SC LABORATORIO ANALISI OLBIA	100
SC ANATOMIA PATOLOGICA	100
SSD MEDICINA TRASFUSIONALE	90
DIPARTIMENTO BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE E CRONICITA' - DBIA	100
SC ORTOPEDIA TEMPIO	94
SC CHIRURGIA POLISPECIALISTICA	92
SSD NEUROLOGIA	100
SSD MOBI	100
SC MEDICINA TEMPIO	92
SSD RIABILITAZIONE OSPEDALE TERRITORIO TEMPIO	100

STRUTTURA	RISULTATO PERFORMANCE ORGANIZZATIVA
SSD RIABILITAZIONE OSPEDALE TERRITORIO OLBIA -LA MADD.	100
SC DIABETOLOGIA	100
SC RADIOLOGIA TEMPIO	96
SSD LABORATORIO ANALISI TEMPIO	100
SSD DIAGNOSTICA BI LA MADDALENA	100

3.2 Misurazione e valutazione della performance individuale

La misurazione e valutazione della performance individuale è finalizzata principalmente ad evidenziare il risultato individuale conseguito dal personale valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza, e a chiarire che cosa ci si attende dalla singola persona in termini di risultati e comportamenti. Con deliberazione del Direttore Generale n°741 del 22/11/2023, si è proceduto all'aggiornamento del Sistema di Misurazione della performance, il quale definisce le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti, le responsabilità del processo di misurazione e valutazione della performance e le procedure di conciliazione. La valutazione della performance individuale è determinata da diverse dimensioni, differenziate per il livello di responsabilità assunto nell'organizzazione. Il sistema adottato prevede che la misurazione e valutazione individuale si differenzi a seconda del livello organizzativo occupato nell'azienda e, ai sensi di quanto disposto dall'art. 9 del D.lgs. 150/2009 e s.m.i., è legata alle seguenti dimensioni di valutazione.

Per i Direttori/Responsabili di struttura la valutazione è legata:

- a) agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità;
- b) al raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- c) alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate;
- d) alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi.

Per il restante personale la valutazione è legata:

- a) al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;
- b) alla qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi.

Così come già sperimentato nelle valutazioni degli anni precedenti, anche per il 2023, è stato adottato il sistema software Gestione Unificata Risorse Umane (G.U.R.U.) per la gestione del processo di valutazione della performance. Il sistema consente agli attori coinvolti nel processo di valutazione della performance, secondo il proprio livello di autorizzazione, di svolgere le attività relative alla compilazione e consultazione delle schede di valutazione e la consultazione della reportistica relativa ai risultati della valutazione. Di seguito si riportano i risultati di Performance individuale dell'ASL Gallura per l'anno 2023 specificando che nell'analisi non sono ricomprese le valutazioni individuali del personale comandato presso altri enti:

1. Valutazione complessiva generale

Il processo complessivo della valutazione della Performance individuale nell'anno 2023 ha coinvolto 1.523 dipendenti e alla data della stesura della presente relazione risultano completate il 99% delle valutazioni di tutti i dipendenti, conseguendo una valutazione media di 94,65 come riportato nella figura 1.



Figura 1 Media della valutazione complessiva ASL GALLURA

La figura 2 *Media di valutazione per scheda di valutazione ASL GALLURA* evidenzia che i Responsabili di struttura semplice e gli incarichi Posizione-Funzione hanno riportato una media di valutazione ampiamente superiore alla media complessiva di ASL.

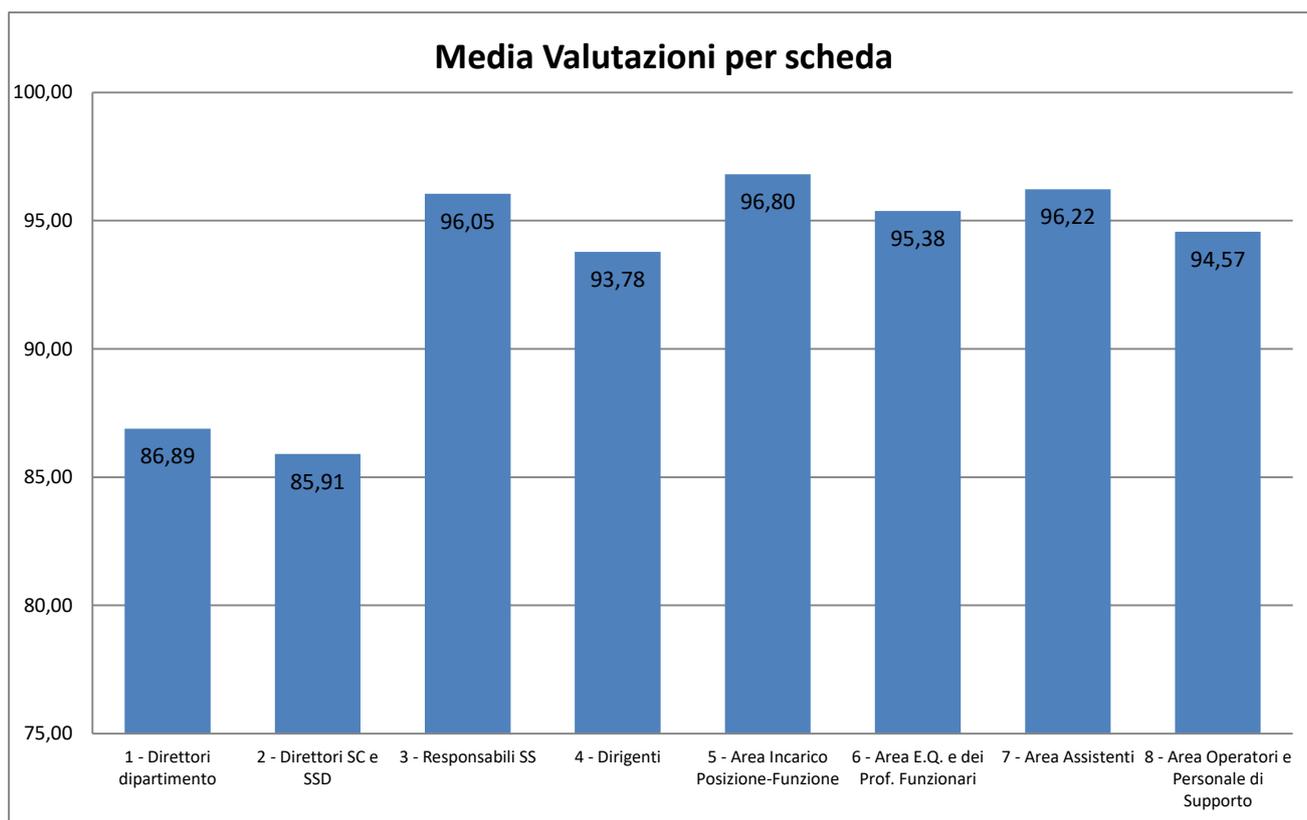


Figura 2 Media di valutazione per scheda di valutazione ASL GALLURA

2. Valutazione per range di punteggio

Nella tabella sottostante è riportato il numero complessivo di valutazioni effettuate diviso per classi di punteggio conseguito.

ASL GALLURA	Range di Valori						
	96-100	91-95	86-90	81-85	76-80	<=75	Totale Valutazioni
Numero persone	902	326	136	79	39	41	1.523

Si rileva che circa il 60% dei dipendenti ha conseguito una valutazione compresa tra i valori 96-100, il 21% tra il 91-95, il 9% tra l'86-90. Solamente il 5,19% ha conseguito una valutazione inferiore all'85, e solamente il 2,69% ha conseguito una valutazione al di sotto del 75.

ASL GALLURA	% Distribuzione Range di Valori						
	96-100	91-95	86-90	81-85	76-80	<=75	Totale Valutazioni
Numero persone	59,23%	21,41%	8,93%	5,19%	2,56%	2,69%	100,00%

3. Valutazioni medie per scheda

Entrando nel dettaglio della valutazione della performance per scheda associata, quindi per profilo professionale, il grafico evidenzia il numero complessivo di persone per scheda di valutazione associata e la media del punteggio conseguito. La media registra sempre valori superiori al 93, ad eccezione delle schede dei Direttori di Dipartimento e dei Direttori SC e SSD. Il valore medio più alto si registra nelle schede degli Incarichi posizione-funzione, con un punteggio medio di 96,80, seguito dall'area degli Assistenti e dai Responsabili di Struttura Semplice.

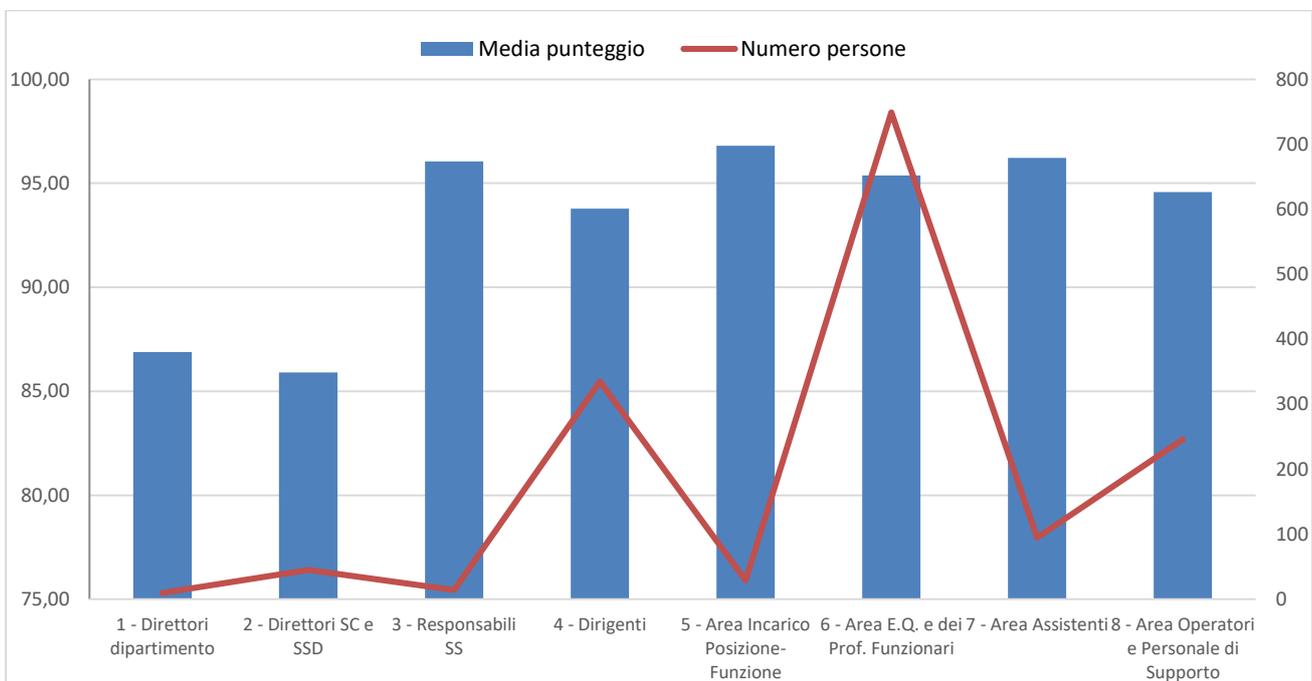


Figura 3 Visualizzazione grafica dei punteggi conseguiti, suddivisi per Scheda di Valutazione associata

4. Pari Opportunità e Bilancio di Genere

4.1 Pari Opportunità e Valorizzazione del benessere

Un importante fattore che influenza la performance aziendale è determinato dalle risorse umane che operano all'interno dell'organizzazione.

Il tema delle pari opportunità risulta essere un elemento fondamentale nell'ottica dello sviluppo delle risorse umane e ancor più nelle pubbliche amministrazioni, dove si caratterizza come elemento trasversale per il perseguimento della missione e il rispetto dei valori che guidano le attività e i processi decisionali, sia di carattere strategico che operativo. La costituzione del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, contro le discriminazioni e per la valorizzazione del benessere di chi lavora (C.U.G.) rappresenta un adempimento obbligatorio per le Pubbliche Amministrazioni, previsto dall'articolo 21 della Legge n. 183 del 4 novembre 2010, che recepisce i principi più volte enunciati dalla legislazione europea circa l'ampliamento delle garanzie da rivolgere oltre che alle discriminazioni legate al genere, anche ad ogni altra forma di discriminazione, diretta od indiretta, in relazione all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione ed alla lingua. La ASL Gallura, in conformità a quanto sopra, ha provveduto con deliberazione del Direttore Generale n. 200 del 12/04/2023 alla costituzione del C.U.G. aziendale. Uno degli obiettivi primari del CUG è quello di assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità contrastando discriminazioni di genere, di età, di orientamento sessuale, di etnia, di disabilità, di religione, e di lingua e garantire l'assenza di violenze morali e psicologiche per favorire il benessere dei dipendenti e l'ottimizzazione della produttività, migliorando l'efficacia delle prestazioni lavorative in un'ottica di razionalizzazione dell'organizzazione aziendale. In ottemperanza agli obblighi suddetti, l'ASL Gallura si è dotata di un Codice di Comportamento aziendale che all'art. 13 "Divieto di discriminazione e promozione delle pari opportunità negli ambienti di lavoro" recita:

1. *Il dipendente, nello svolgimento della sua attività lavorativa, non pone in essere comportamenti discriminatori basati su genere, nazionalità, origine etnica, caratteristiche genetiche, lingua, religione o credo, convinzioni personali o politiche, appartenenza a una minoranza nazionale, disabilità, condizioni sociali o di salute, età e orientamento sessuale ovvero su ogni altro fattore che possa originare in forma esplicita o implicita un trattamento asimmetrico o discriminatorio, che abbiano come conseguenza o come scopo di compromettere o di impedire il riconoscimento, il godimento o l'esercizio dei diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale e civile e in ogni altro campo.*

2. *E' vietato al dipendente di porre in essere qualsiasi forma di discriminazione diretta intesa come qualsiasi disposizione, criterio, prassi, atto, patto o comportamento, nonché l'ordine di porre in essere un atto o un comportamento che produca un effetto pregiudizievole discriminando i dipendenti in ragione del loro genere, nazionalità, origine etnica, caratteristiche genetiche, lingua, religione o credo, convinzioni personali o politiche, appartenenza a una minoranza nazionale, disabilità, condizioni sociali o di salute, età e orientamento sessuale ovvero*

sulla base di ogni altro fattore che possa originare in forma esplicita o implicita un trattamento asimmetrico o discriminatorio e, comunque, comporti un trattamento meno favorevole rispetto a quello di un altro dipendente in situazione analoga.

L'azienda nel corso dell'anno 2023 ha avuto un importante ruolo propositivo e propulsivo ai fini della promozione e dell'attuazione del principio delle pari opportunità e della valorizzazione nelle politiche del personale, sia nell'ambito del reclutamento e della gestione del personale che della formazione e della cultura organizzativa. L'azienda ha inoltre favorito i dipendenti nell'individuazione di strumenti normativi e regolamentari che consentono di migliorare la conciliazione della vita familiare con quella lavorativa attraverso la diffusione e il costante aggiornamento della normativa in materia di tutela della maternità e paternità.

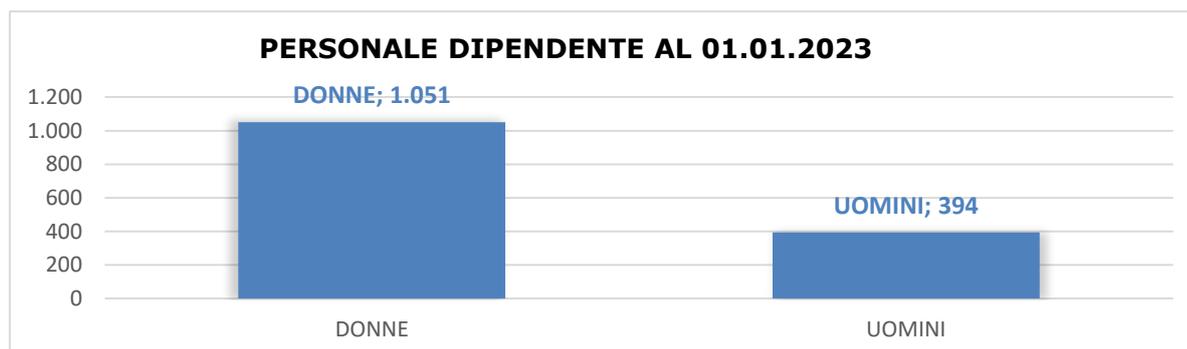
Di seguito si riporta una tabella con i principali risultati conseguiti in relazione ai seguenti obiettivi:

AZIONE	OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2023
Contrasto a qualsiasi forma di discriminazione e di violenza	Predisposizione e adozione del Codice di Condotta contro le molestie sessuali e morali per la tutela della dignità delle persone	Delibera di adozione del Codice di comportamento	Deliberazione del Direttore Generale n. 640 del 10.10.2023
Benessere Organizzativo	Garantire la realizzazione di un'indagine per la rilevazione del livello di benessere organizzativo, rivolta ad acquisire ogni informazione utile sullo stato di salute della condizione lavorativa nell'ASL GALLURA	Rilevazione del livello di benessere organizzativo	Stipulata Convenzione PG/2021/0146713 in data 27/04/2021 tra Asl Gallura e l'Università degli studi di Cagliari al fine della valutazione e monitoraggio del rischio stress lavoro correlato negli operatori sanitari e di procedere con interventi di miglioramento come suggeriti dal DVR
Politiche di conciliazione	Garantire adeguata pubblicità attraverso la rete INTRANET e il costante aggiornamento della normativa in materia di tutela della maternità e paternità.	Aggiornamento INTRANET aziendale	Costante aggiornamento
	Garantire la partecipazione dei dipendenti ai corsi di formazione e aggiornamento professionale attraverso la promozione dell'utilizzo di modalità organizzative idonee a favorirne la partecipazione e consentire la conciliazione tra vita professionale e vita familiare	% corsi di formazione in modalità FAD sincrona e asincrona	100% delle richieste

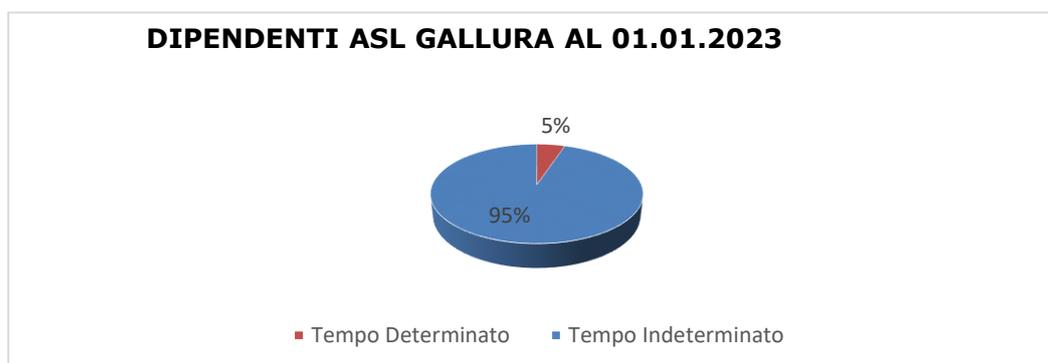
AZIONE	OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2023
Promozione delle pari Opportunità e della cultura di genere	Promuovere l'attivazione di percorsi formativi sui temi delle pari opportunità e della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro	% di percorsi formativi sui temi delle pari opportunità e della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro	100% delle richieste
Promozione delle pari Opportunità e della cultura di genere	Valorizzazione di un ambiente di lavoro in grado di garantire pari opportunità, benessere e sicurezza rendendo efficace e efficiente l'organizzazione aziendale	Delibera di Costituzione del Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.)	Delibera del Direttore Generale n. 200 del 12.04.2023

4.2 Analisi di genere del personale dipendente

Dall'analisi del personale dipendente in servizio al 01.01.2023 disaggregato per genere e per ruolo si evidenzia la prevalenza del genere femminile su quello maschile nel ruolo sanitario, tecnico e amministrativo, pertanto non occorre stabilire il riequilibrio della presenza femminile in azienda. Si sottolinea inoltre che la presenza delle donne è garantita dalla nostra azienda anche nelle posizioni apicali ai vertici delle Macrostrutture aziendali Ospedaliere, Distrettuali e Amministrative. Il grafico evidenzia che appartiene al genere femminile il 73% del personale dipendente mentre il genere maschile rappresenta il 27% del totale.



Come si evince dal grafico il personale a tempo indeterminato rappresenta il 95% del totale;



4.3 Organizzazione del lavoro agile

L'ASL Gallura intende attuare e sviluppare il lavoro agile con l'obiettivo di fornire indicazioni per la definizione di una disciplina che garantisca condizioni di lavoro trasparenti, che favorisca la produttività e l'orientamento ai risultati, che concili le esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori

con le esigenze organizzative delle pubbliche amministrazioni, consentendo, ad un tempo, il miglioramento dei servizi pubblici e dell'equilibrio fra vita professionale e vita privata. In relazione alla fase di sperimentazione del lavoro agile ordinario, nel corso dell'anno 2023, l'azienda ha individuato le condizioni abilitanti del lavoro agile concentrandosi soprattutto sui fattori che fanno riferimento ai livelli dello stato delle risorse o livelli di salute dell'ente funzionali all'implementazione del lavoro agile, ossia quei fattori abilitanti del processo di cambiamento che l'azienda ha misurato prima dell'implementazione della policy e sui quali dovrebbe incidere in itinere o a posteriori tramite opportune leve di miglioramento al fine di garantire il raggiungimento di livelli standard ritenuti soddisfacenti. Più specificatamente, l'ASL GALLURA ha proceduto ad un'analisi preliminare del suo stato di salute al fine di individuare eventuali elementi critici che potessero ostacolare l'implementazione del lavoro agile, oltre che di eventuali fattori abilitanti che potrebbero favorirne il successo. In particolare, ha valutato i seguenti fattori abilitanti:

- salute organizzativa
- salute professionale
- salute digitale.

Da un'analisi preliminare dello stato di salute organizzativa è emerso che:

CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE	DIMENSIONI	INDICATORI	ANNO 2023
	CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE	SALUTE ORGANIZZATIVA	SALUTE ORGANIZZATIVA: Adeguatezza dell'organizzazione dell'azienda sanitaria all'introduzione del lavoro agile
Presenza di un sistema di programmazione per obiettivi, per progetti e per processi			SI
Presenza di un coordinamento organizzativo del lavoro agile			SISTEMA HR
Presenza di un sistema di monitoraggio del lavoro agile			SISTEMA HR
Presenza di un Help desk informatico dedicato al lavoro agile			SISTEMA HR
SALUTE PROFESSIONALE		SALUTE PROFESSIONALE: Adeguatezza dei profili professionali dell'azienda sanitaria rispetto a quelli necessari	
		Competenze direzionali: capacità di programmazione, coordinamento, misurazione e valutazione da parte del management	
		% Dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno	NESSUNA RICHIESTA
		% Dirigenti/posizioni organizzative che adottano un approccio per obiettivi e per progetti per coordinare i collaboratori	NESSUNA RICHIESTA
		Competenze organizzative: capacità di lavorare per obiettivi, per progetti, per processi, capacità di autorganizzarsi	
	% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno	NESSUNA RICHIESTA	
Competenze digitali: capacità di utilizzare le tecnologie			

		% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali nell'ultimo anno	NESSUNA RICHIESTA	
		% lavoratori agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione	NESSUNA RICHIESTA	
	SALUTE DIGITALE	SALUTE DIGITALE		
		% di lavoratori agili che possono accedere al sistema VPN		100%
		% di lavoratori agili che utilizzano sistemi di collaboration (documenti in cloud)		100%
		% di applicativi consultabili in lavoro agile		90%

4.4 Formazione del personale

La formazione intesa come sviluppo professionale del personale è un asset strategico dell'Azienda che ha il fine di supportare il personale nell'operatività quotidiana, permettendo il raggiungimento di elevati livelli di efficacia e qualità, promuovendo un clima di lavoro positivo e collaborativo e contribuendo alla cultura di genere.

La formazione in sanità svolge una funzione strategica in quanto strumento di innovazione e diffusione delle conoscenze volto al miglioramento continuo della organizzazione, all'umanizzazione dei Servizi, allo sviluppo complessivo delle competenze e relazionali della comunità professionale, alla realizzazione degli obiettivi programmatici del sistema sanitario regionale. La formazione contribuisce in modo determinante alla diffusione della cultura della tutela della salute e ad assicurare un'offerta di servizi sanitari efficienti, efficaci ed appropriati. Nell'anno 2023 la gran parte dell'attività formativa è stata realizzata in house con la collaborazione anche di strutture esterne avanzate nel campo della simulazione e delle non technical skills, e si è sviluppata attraverso corsi residenziali interattivi e corsi di formazione sul campo.

5. Rischi corruttivi e Trasparenza

Tenuto conto del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) - Aggiornamento 2023 di cui alla delibera ANAC n°605 del 19/12/2023 si evidenzia che la formulazione della strategia nazionale di prevenzione della corruzione si basa principalmente sui seguenti obiettivi:

- conseguire la riduzione delle opportunità di manifestazione dei fenomeni di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Questi tre obiettivi si sviluppano a livello decentrato in ogni pubblica amministrazione nella individuazione e attuazione di una serie di misure obbligatorie e specifiche che sono indicate all'interno del Piano triennale di prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza. L'Azienda ha inserito gli strumenti introdotti dalla normativa anticorruzione al suo interno omogeneizzandoli in un sistema di meccanismi di controllo interno orientati al miglioramento continuo dell'efficienza e qualità dei processi aziendali di supporto e di erogazione delle

prestazioni. La scelta dell’Azienda nella prevenzione della corruzione è quella di prediligere un approccio culturale, orientato alla diffusione dei valori dell’etica, della legalità e dell’integrità piuttosto che basato solo su regole e misure repressive.

Nell’anno 2023 con deliberazione del Direttore Generale n. 497/2023 si è provveduto ad individuare e nominare il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza della ASL n. 2 della Gallura che ha predisposto la sezione Rischi corruttivi e trasparenza ai sensi della legge n. 190 del 2012 e formulato gli obiettivi strategici in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore pubblico come da indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) - Aggiornamento 2023 di cui alla delibera ANAC n°605 del 19/12/2023. È stato verificato il corretto adempimento da parte dell’Azienda degli obblighi di pubblicazione sul sito aziendale sezione Amministrazione Trasparente, dell’informazione e degli atti di interesse pubblico. Da un’analisi dello stato di attuazione delle misure indicate nella sezione Rischi corruttivi e trasparenza è emerso che:

DIMENSIONE	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	ANNO 2023
	Valutazione dell’indice di rischio corruttivo dei processi aziendali a rischio corruzione	Aggiornare il livello di rischio di corruzione dei processi aziendali	MONITORAGGIO SEMESTRALE
	Trattamento dei rischi specifici di corruzione di elevata priorità	Definire/aggiornare/attuare le misure di trattamento dei rischi specifici valutati e classificati per Indice di Rischio (IR)	MONITORAGGIO SEMESTRALE
		Valutare/Monitorare l’efficacia delle misure di trattamento / controlli	MONITORAGGIO SEMESTRALE
	Garantire l’inserimento e la pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione “Amministrazione Trasparente”.	Pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione “Amministrazione Trasparente” da parte dei Responsabili indicati nell’Elenco Obblighi di Pubblicazione (EOP)	MONITORAGGIO SEMESTRALE

6. La partecipazione dei cittadini e degli utenti

L’ASL Gallura, sulla base degli indirizzi emanati dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP), per l’anno 2023 ha rilevato la soddisfazione il modello di valutazione partecipativa; promuove la partecipazione dei cittadini utenti alla valutazione delle performance organizzative attraverso le indagini di customer satisfaction volte a rilevare il grado di soddisfazione degli utenti in relazione ai servizi erogati. Il questionario è stato strutturato su dimensioni della qualità percepita e tale struttura è stata mantenuta omogenea rispetto ai diversi strumenti prodotti in relazione ai settori di assistenza analizzati. Questo ha consentito di fare confronti tra diverse aree assistenziali con la possibilità di integrare con altri item ritenuti di approfondimento per lo specifico ambito considerato. I questionari di valutazione costruiti in modo uniforme hanno la stessa scala e le stesse dimensioni per ogni area assistenziale. L’area di indagine adottata per la rilevazione della qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari per l’anno 2023 ha riguardato i seguenti eventi clinici:

- Accessi in Pronto Soccorso

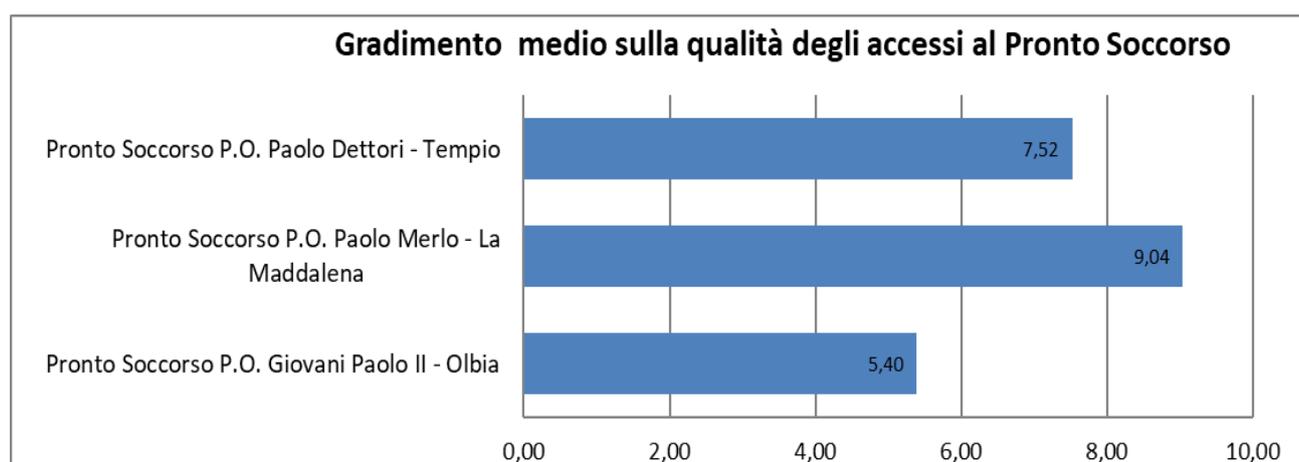
- Ricoveri Ospedalieri
- Visite Ambulatoriali con l'utilizzo della cartella clinica SISAR

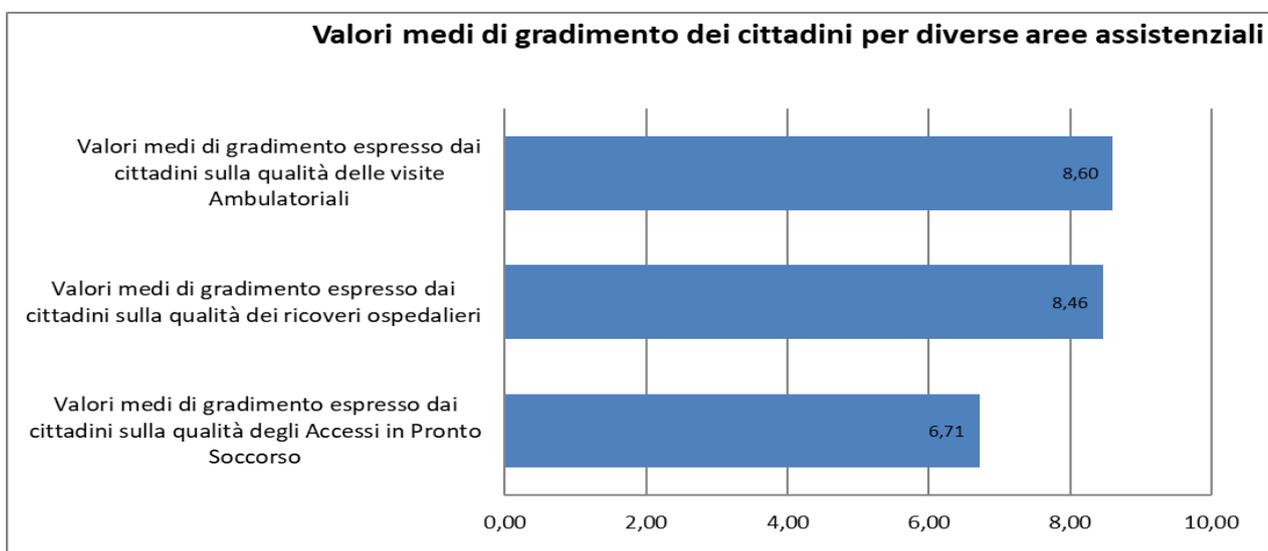
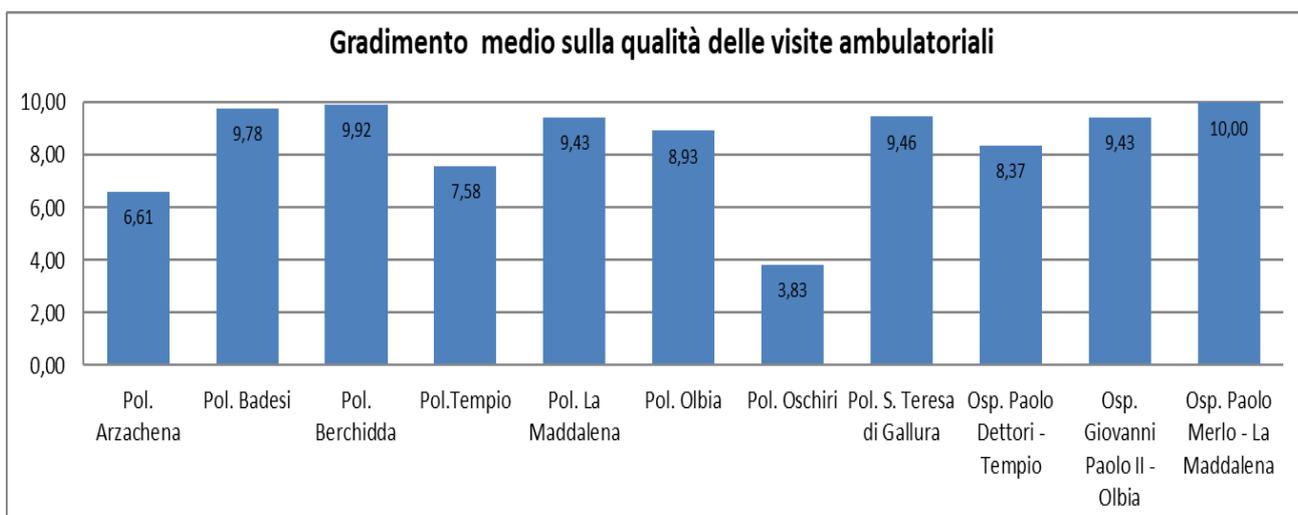
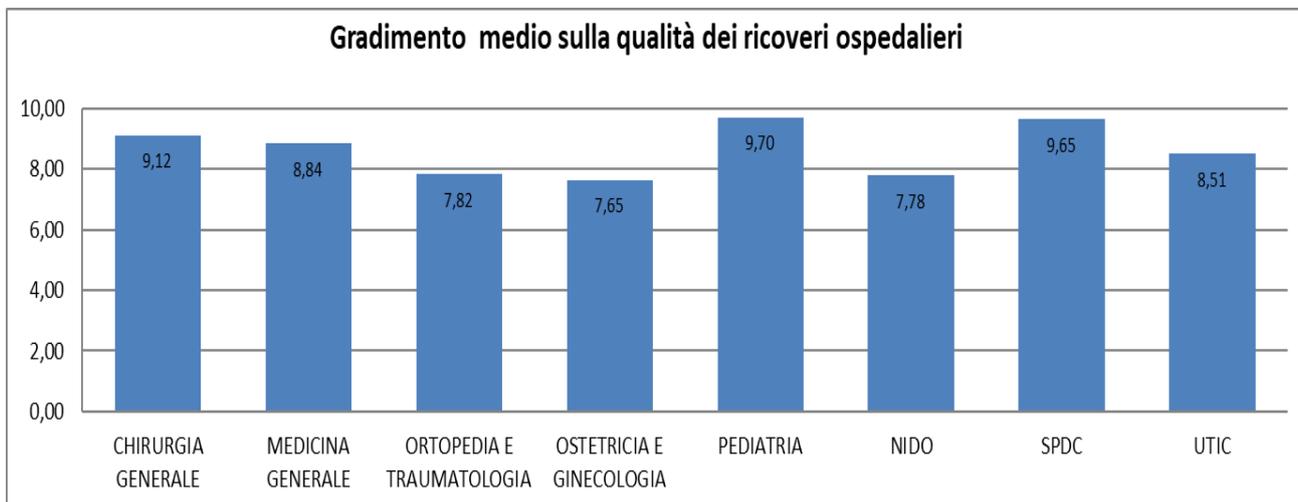
Il software adottato per la rilevazione del grado di soddisfazione dell'utente per le prestazioni sanitarie ricevute dal paziente è perfettamente integrato con i sistemi SISAR (PSWEB, ADTWEB, e AMBWEB) che gestiscono tali processi. Con il sistema adottato, i sistemi SISAR coinvolti (PSWEB, ADTWEB e AMBWEB, generano per ciascun accesso un codice univoco all'interno del territorio regionale (token). Questo codice è presentato (unitamente al link a cui collegarsi per effettuare il questionario di gradimento) all'interno delle stampe prodotte dagli applicativi e consegnate al paziente. Nello specifico queste informazioni sono inserite nelle seguenti stampe:

- Verbale di dimissione di Pronto Soccorso
- Lettera di dimissione di Ricovero
- Referto Prestazione Ambulatoriale

Si può affermare che il giudizio e la valutazione sui vari item analizzati risulta mediamente molto adeguato. L'accessibilità alla struttura, la valutazione del comfort degli ambienti, la pulizia dei locali, le informazioni dal personale medico, infermieristico e tecnico, sono aspetti corrispondenti a percentuali alte e medio alte. Positiva valutazione è stata espressa anche relativamente ai tempi di attesa per una prenotazione per le visite ambulatoriali.

In Ambito ospedaliero il tempo di presa in carico, le informazioni da medici e infermieri, la somministrazione della terapia, il comfort offerto dalla struttura, dai risultati analizzati hanno registrato valori tra adeguato/molto adeguato. Si registra un'elevata variabilità nelle risposte nei pazienti che si rivolgono ai PS in riferimento ai codici di priorità assegnati. La durata dell'attesa condiziona la valutazione complessiva finale della prestazione ricevuta.





7.II processo di redazione della Relazione sulla performance

7.1 Fasi, soggetti e responsabilità

La Misurazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi strategici attribuiti alle unità operative aziendali nel 2023 è avvenuta nel mese di maggio e giugno 2024 a cura della SC Area Data Management - Programmazione e controllo. La struttura ha provveduto inoltre alla redazione del presente documento al fine di consentire l'adozione da parte della Direzione Generale e la validazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

Di seguito la tabella evidenzia il processo di redazione della relazione sulla performance con l'indicazione, per ogni fase, dei soggetti e dei tempi.

FASI	SOGGETTI COINVOLTI	TEMPI
Misurazione del raggiungimento degli obiettivi specifici delle UU.OO complesse, Semplici e Semplici dipartimentali	SC Area Data Management	MAGGIO 2024
Misurazione della performance individuale	SC Area Data Management	MAGGIO 2024
Redazione della Relazione sulla Performance 2023	SC Area Data Management	GIUGNO 2024
Validazione e adozione della Relazione sulla Performance 2023	Direzione strategica	GIUGNO 2024

7.2 Punti di forza e di debolezza del Ciclo delle Performance

Nel corso del 2023 sono stati adottati tutti gli strumenti del Ciclo di Gestione della Performance e gli stessi saranno comunque nel tempo perfezionati sia nei contenuti che nella forma.

SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance ha ad oggetto sia la misurazione e la valutazione della performance organizzativa che quella individuale con specifico riferimento, in quest'ultimo caso al:

- personale dirigente;
- personale non dirigenziale cui è stata attribuita la posizione organizzativa;
- personale non dirigenziale.

Il Sistema nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 7 del Decreto 150/2009 e s.m.i. ed in base alle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica, individua:

- le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e valutazione della performance;
- le modalità di raccordo e integrazione con i sistemi di controllo esistenti e con il sistema informativo;
- le modalità di raccordo e integrazione con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio.

Con riferimento alla valutazione della Performance Organizzativa la struttura Area Data Management - Programmazione e Controllo di Gestione procede alla misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti nell'ambito del Processo di Budget (risultati gestionali), ossia verifica il confronto tra livello di *Performance Attesa* (target dell'indicatore associato all'obiettivo) e livello di *Performance effettivamente conseguita* (valore dell'indicatore misurato

a consuntivo). Per quanto attiene invece la valutazione della Performance Individuale scopo prioritario è quello di evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza, di chiarire e comunicare che cosa ci si attende – in termini di risultati e comportamenti – dalla singola persona, in modo tale da contribuire a creare e a mantenere un clima organizzativo favorevole ma precipuamente di premiare le Performance positive mediante opportuni sistemi incentivanti. Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance copre tutte le aree previste dal D. Lgs. 150/2009, ossia la performance organizzativa di tutti Centri di responsabilità aziendali e la performance individuale di tutti i dirigenti e di tutto il personale del comparto.

SISTEMA DI BUDGET

Il Budget in quanto strumento di programmazione ha tradotto i programmi e gli obiettivi strategici contenuti nella sezione Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione del PIAO in obiettivi operativi e specifici annuali assegnandoli ai centri di responsabilità. Gli obiettivi di Budget sono stati definiti in coerenza con i vincoli di bilancio aziendali e il loro conseguimento costituisce condizione necessaria per l'erogazione della premialità prevista dalla contrattazione collettiva nazionale e integrativa aziendale. Il processo di Budget è infatti lo strumento principale su cui è ancorata la valutazione delle Performance organizzative dell'azienda sanitaria nel suo complesso e di tutte le strutture aziendali e consente, inoltre, di definire il contributo dell'apporto dei singoli operatori in termini di Performance individuale.

CICLO PERFORMANCE E PROCESSO DI BUDGET 2023

Con riferimento alla performance organizzativa permangono comunque le criticità connesse spesso alla difficoltà di assegnare obiettivi sfidanti ma soprattutto di poterli assegnare secondo una logica bottom-up in quanto nella maggior parte dei casi le proposte di obiettivi provenienti da parte delle strutture sono annoverabili tra le attività istituzionali e ordinarie che mal si attagliano con la definizione di obiettivi specifici di budget e da ciò consegue la necessità per la Direzione di dover, da un lato accogliere le proposte, ma per alcuni obiettivi di ricorrere ad una logica di attribuzione Top Down. Un'ulteriore criticità è rappresentata dalla difficoltà dei Direttori di struttura ad accettare risultati di misurazione della performance organizzativa inferiori a 100 in quanto i risultati ricompresi nel range (60-80) sono percepiti come risultati punitivi.

Con riferimento alla performance individuale le criticità spesso sono connesse alla mancata comunicazione alla struttura tecnica permanente dell'attribuzione degli obiettivi individuali, evidenziando, talvolta comportamenti opportunistici finalizzati a privilegiare alcuni a danni di altri con obiettivi individuali attribuiti in sede di valutazione solo ad alcuni e in epoca successiva, tenuto conto che la valutazione della performance è riferita al ciclo precedente.

Un'ulteriore criticità è relativa alla differenziazione delle valutazioni, com'è noto il decreto 150/2009, ha da sempre rimarcato l'importanza della differenziazione delle valutazioni individuali e ciò spiega perché la *"capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi"* costituisce una delle dimensioni obbligatorie nella valutazione del valutatore, tuttavia, come rappresentato anche dalle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica, l'esperienza applicativa ha fatto emergere una diffusa

difficoltà a restituire risultati valutativi in linea con la naturale "diversità" delle prestazioni rese. Le cause sono da ricercare sia nella mancanza di una sedimentata cultura della valutazione sia nello stretto legame che, di fatto, si è venuto a creare tra i risultati della valutazione e i sistemi premiali. Questa impostazione ha orientato i comportamenti dei valutatori e dei valutati a mettere in atto atteggiamenti difensivi per disinnescare gli effetti dei sistemi di valutazione percepiti come negativi, determinando, in particolare, l'originarsi di forti resistenze interne alla differenziazione dei giudizi.

Nella pratica organizzativa, l'appiattimento verso l'alto delle valutazioni non solo non consente di individuare e premiare il merito ma ha anche depotenziato la leva dell'incentivazione trasformando il premio in un fattore che, da un lato, non è in grado di motivare i dipendenti, ma dall'altro, qualora non erogato nella modalità e nella misura attesa, è causa di malcontento ed insoddisfazione. La differenziazione dei giudizi costituisce quindi un utile indicatore di qualità in quanto il sistema di valutazione funziona se è in grado di restituire una rappresentazione veritiera del contributo fornito dai singoli, ovviamente diverso in natura, sia in termini di obiettivi organizzativi o di gruppo/individuali raggiunti che di comportamenti attesi.