

**RELAZIONE
PERFORMANCE
ANNO 2024
ASL GALLURA**

Giugno 2025

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>5</i>
1.3 <i>Analisi delle risorse umane ed economiche finanziarie</i>	<i>6</i>
2. IL SISTEMA DI GESTIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	8
3.LA MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DELL'AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE N°2 DELLA GALLURA ANNO 2024.....	12
3.1 <i>Misurazione e valutazione della performance organizzativa</i>	<i>12</i>
3.2 <i>Misurazione e valutazione della performance individuale</i>	<i>45</i>
4. PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE	48
4.1 <i>Pari Opportunità e Valorizzazione del benessere.....</i>	<i>48</i>
4.2 <i>Analisi di genere del personale dipendente</i>	<i>49</i>
4.3 <i>Organizzazione del lavoro agile</i>	<i>50</i>
4.4 <i>Formazione del personale</i>	<i>51</i>
5. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	52
6. LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DEGLI UTENTI.....	53
7.IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	55
7.1 <i>Fasi, soggetti e responsabilità.....</i>	<i>55</i>
7.2 <i>Punti di forza e di debolezza del Ciclo delle Performance</i>	<i>55</i>

Premessa

La presente Relazione è redatta a conclusione del Ciclo di gestione della Performance 2024, 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 2024 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.**

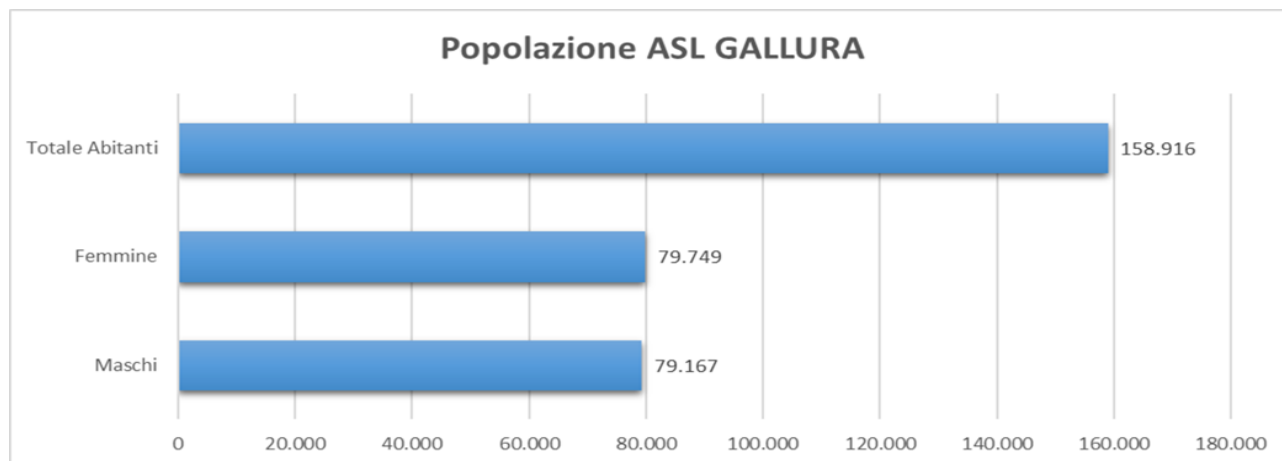
1. Contesto territoriale e demografico

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.

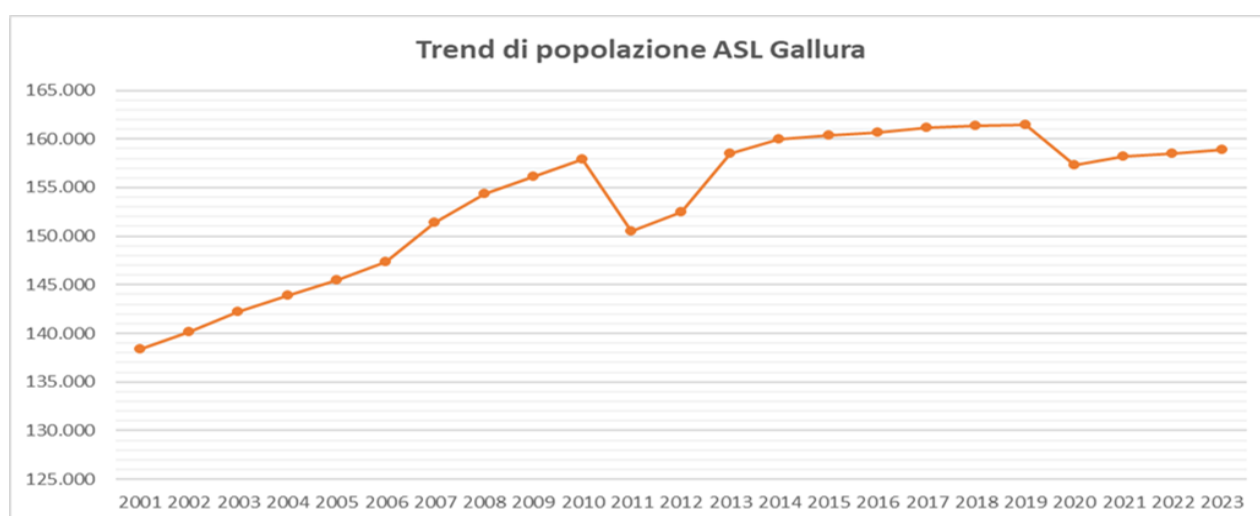
Lo sviluppo di soluzioni per fronteggiare i rapidi mutamenti delle variabili demografiche ed epidemiologiche, rende necessario l'introduzione di politiche di governo clinico, ossia di un sistema incentrato sull'integrazione di numerosi fattori tra loro complementari, tra i quali la formazione continua, 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 01.01.2024 ammonta a 158.916 residenti.



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2024)

La maggior parte della popolazione risiede nei comuni di Olbia* (61.495 abitanti) Tempio Pausania (13.120 abitanti), Arzachena (13.407 abitanti) e La Maddalena (10.573 abitanti) e quindi prevalentemente lungo la costa nord orientale. 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.



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2024)

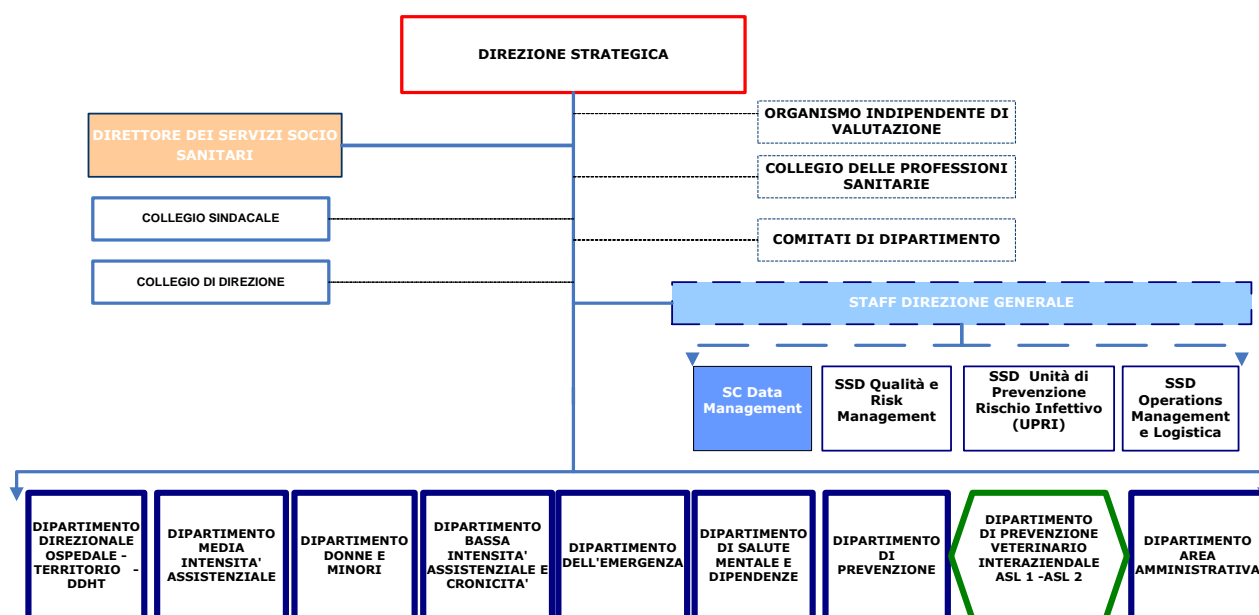
* unica città in Sardegna che cresce +0,53%

Per il periodo 2001-2023 l'Azienda Sanitaria della Gallura registra in valore assoluto un incremento della popolazione di circa 20.543 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.

1.2 Analisi di contesto interno e organizzazione aziendale

Con riferimento all'organizzazione aziendale si richiama l'atto aziendale che è il documento previsto dal D. Lgs. n. 502/92 che stabilisce l'organizzazione e il funzionamento delle aziende sanitarie locali, nel rispetto dei criteri e delle linee guida stabilite con provvedimento dalla Giunta Regionale. L'Azienda socio-sanitaria locale n. 2 della Gallura con delibera del Direttore Generale n. 94 del 24.02.2023 ha adottato in via definitiva l'Atto Aziendale dichiarato conforme, sensi dell'art. 16, comma 2, della L.R. 11 settembre 2020, n. 24, dalla 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". L'atto aziendale individua 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. L'Azienda socio-sanitaria locale n. 2 della 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 multi-professionale; 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.

Di seguito il modello organizzativo delineato dall'atto aziendale:



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.

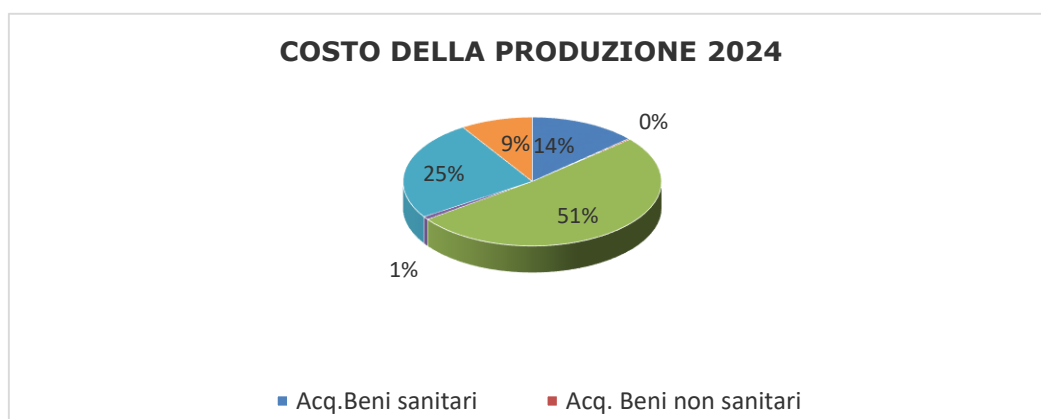
Nell'analizzare i principali dati economici aziendali riferiti all'anno 2024 è doveroso premettere che gli stessi potrebbero essere suscettibili di rettifica in quanto il bilancio consuntivo 2024 è stato predisposto tenendo conto delle risultanze del bilancio di verifica al 31/12/2024 consapevoli che alcune voci di costo potrebbero essere ancora mancanti o non esaustive in quanto non presenti le relative scritture di assestamento o non ancora definitivi i relativi ribaltamenti.

COSTI DI PRODUZIONE

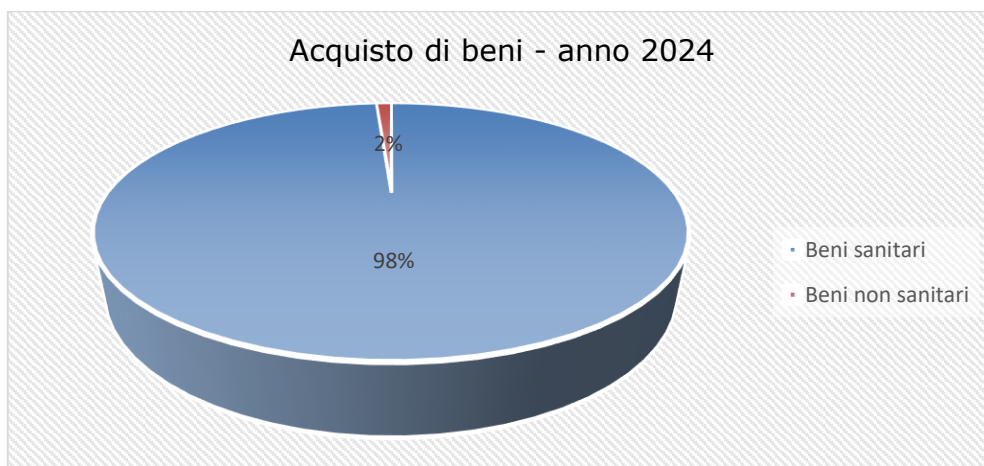
Con riferimento ai costi della produzione, da una prima analisi dei suddetti dati, si evince che il Costo della Produzione riferito all'anno 2024 ha un valore totale pari ad euro 364.143.659,23.

COSTI DELLA PRODUZIONE	
VARIABILI ECONOMICHE	2024
Acquisti	€ 49.664.717
Beni sanitari	€ 48.801.476
Beni non sanitari	€ 863.242
Prestazioni di Servizi	€ 186.981.830
Godimento beni di Terzi	€ 2.841.846
Personale	€ 91.704.387
Sanitario	€ 76.958.277
Professionale	€ 281.622
Tecnico	€ 8.772.564
Amministrativo	€ 5.691.924
Ammortamenti	€ 6.938.444
Variazione Rimanenze di Magazzino	-€ 695.488
Accantonamenti	€ 25.570.264
Accantonamenti per rischi e Oneri	€ 1.799.552
Altri Accantonamenti	€ 23.770.712
Oneri diversi di gestione	€ 1.137.659
Totale Costi Della Produzione	€ 364.143.659

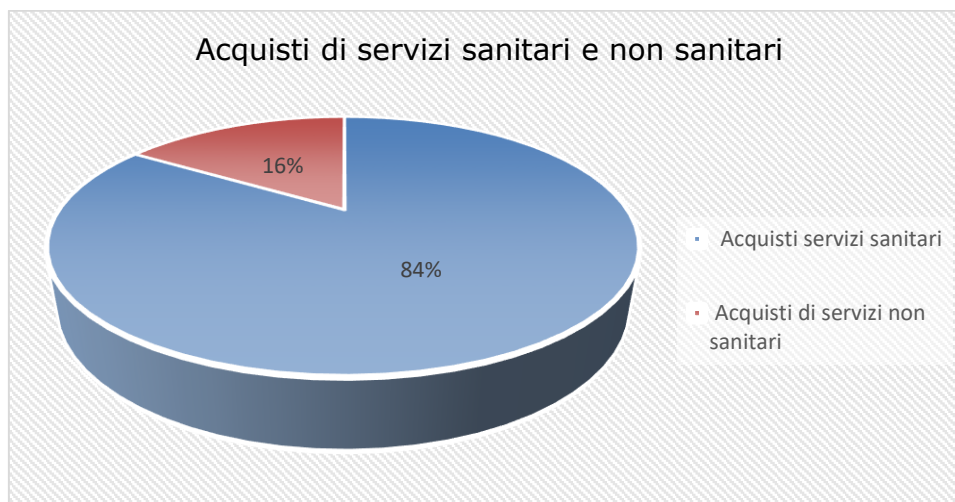
Nell'ambito del costo totale di produzione occorre evidenziare il peso significativo del costo delle Prestazioni di Servizi pari al 51% e del costo del Personale pari al 25% del costo totale, come si evince dal seguente grafico.



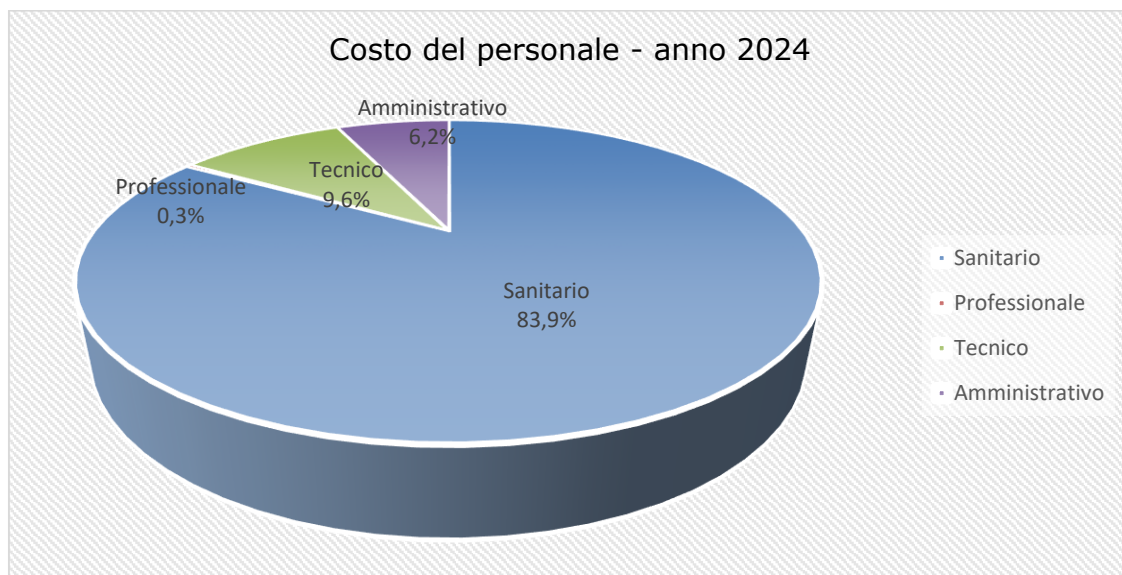
Nel grafico seguente si evidenzia la composizione della voce "Acquisto di beni" che ha un valore totale di euro 49.664.717,14 ed è rappresentato per il 98% circa dal costo dei beni sanitari e solo il 2% circa dal costo dei beni non sanitari.



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'84% 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 91.704.387,32; in particolare si rileva il grande peso del costo del Personale Sanitario che rappresenta l'83,9% del costo totale.



Valore della produzione

L'analisi dei dati relativi al valore della produzione evidenzia un valore totale pari ad euro 364.601.794,34. Di seguito si riporta una tabella riepilogativa delle principali voci ad esso legate.

VALORE DELLA PRODUZIONE	
VARIABILI ECONOMICHE	ANNO 2024
Contributi in c/esercizio	331.347.873
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-1.447.397
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	0
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	18.816.956
Concorsi, recuperi e rimborsi	7.282.639
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.240.972
Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	6.248.811
Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0
Altri ricavi e proventi	111.941
Totale valore della produzione	364.601.794

Nella composizione del Valore della Produzione si evidenzia il peso significativo dei Contributi in conto esercizio pari al 91% del Valore totale.

2. Il Sistema di Gestione del Ciclo della performance

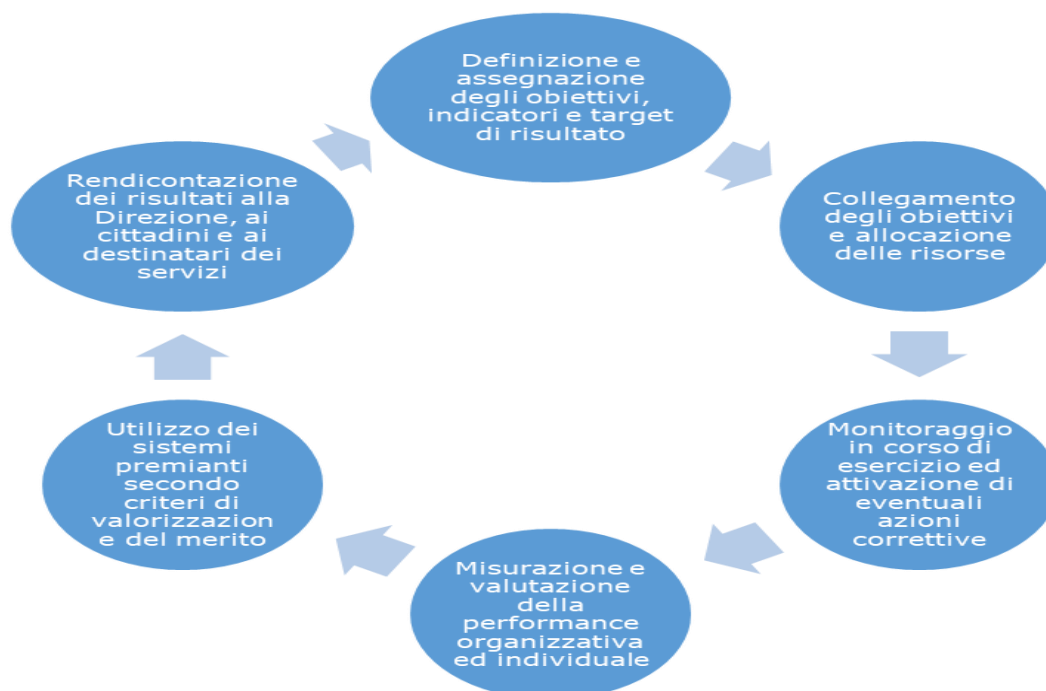
Il ciclo di funzionamento delle aziende sanitarie prende avvio con la programmazione sanitaria e socio- sanitaria dell'offerta di servizi assistenziali con l'obiettivo di garantire livelli di fruibilità e di disponibilità delle prestazioni in grado di saturare il bisogno di assistenza reale. L'individuazione 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 con la deliberazione n. 2/7 del 18/01/2024 e successive modifiche e integrazioni, di cui al Decreto n. 14 del 07.03.2024 e Decreto n. 31 del 11/11/2024, ha assegnato gli obiettivi per l'anno 2024 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 e della sanità digitale e innovazione tecnologica
- 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.

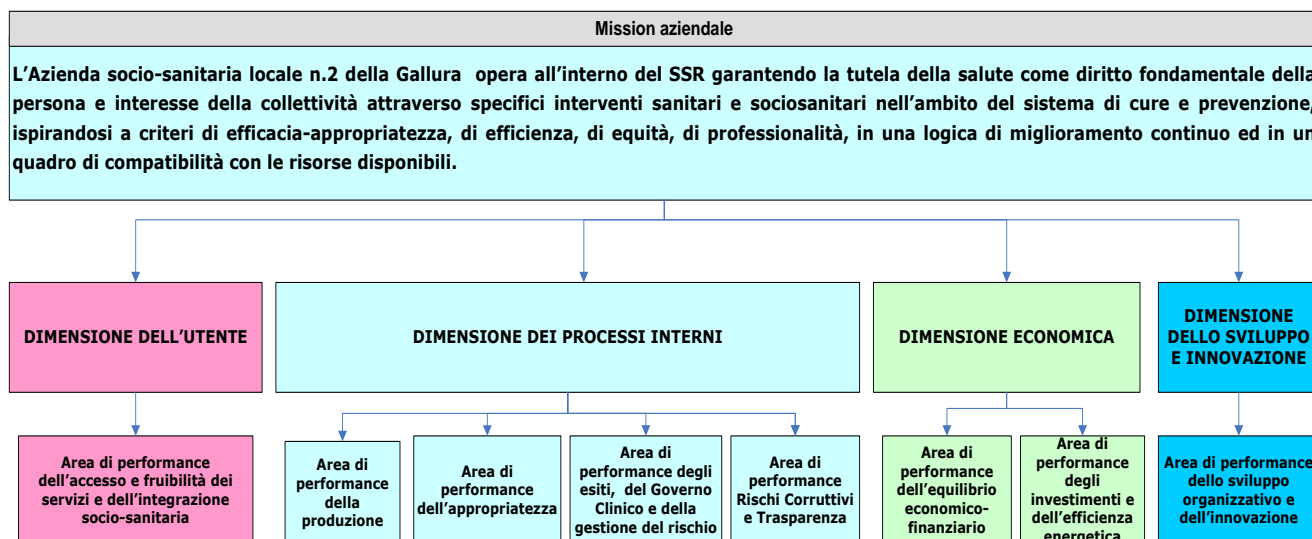
Il Ciclo di Gestione della Performance dell'Azienda si è sviluppato secondo le fasi qui di seguito sinteticamente descritte:

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.

- 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.

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

- Area di Performance dell'equilibrio economico;
- 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,

- 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 2024

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 2024 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 31/12/2024 è stata definita alla fine del mese di maggio 2025 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 2024, 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, a perseguire 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 2024 con deliberazione del Direttore Generale n. 36 del 24/01/2024 è stato adottato il Piano integrato di attività e organizzazione dell'azienda sanitaria (PIAO) e nella sezione 2

Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione ha definito i seguenti obiettivi strategici:

- 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 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;
- 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;
- Garantire l'attuazione del Piano di lotta al Randagismo;
- 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 inappropriatezza;
- 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 Razionalizzazione della spesa farmaceutica;

- 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;
- Promuovere le 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'equipè 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

Nell'anno 2024 si osserva una diminuzione 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 diminuiscono, più nello specifico, le dimissioni in regime di ricovero ordinario diminuiscono di 446 casi così come le giornate di degenza che passano da 55.111 dell'anno 2023 a 53.708 dello stesso periodo del 2024 (-1.403). Con riferimento all'attività di ricovero in regime ordinario per il biennio 2024-2023 si osserva una riduzione dei DRG CH del 4,5% e lo stesso trend si rileva anche per i DRG MD che diminuiscono del 7%. Il confronto dei dati di attività in regime ordinario per il triennio 2024-2022 evidenzia una riduzione dei DRG CH dell'1,2%, mentre per i DRG MD la riduzione raggiunge la soglia del 2,3%.

ATTIVITA' DI RICOVERO ASL GALLURA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2024	2023	2022	DELTA 2024-2023
ORDINARIO	POSTI LETTO	238	304	304	
ORDINARIO	TOTALE CASI	6.523	6.969	6.661	-6,4%
ORDINARIO	DRG MEDICI	4.142	4.456	4.239	-7,0%
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	2.327	2.437	2.356	-4,5%
ORDINARIO	% DRG CHIRURGICI	35,67%	34,97%	35,37%	2,0%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	9,31%	9,18%	8,44%	1,4%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	14,00%	13,17%	14,20%	6,3%

ATTIVITA' DI RICOVERO ASL GALLURA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2024	2023	2022	DELTA 2024-2023
ORDINARIO	GG DEGENZA	53.708	55.111	54.560	-2,5%
ORDINARIO	DEGENZA MEDIA	8,2	7,9	8,2	3,8%
ORDINARIO	PUNTI DRG	7.263	7.728	7.616	-6,0%
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,11	1,11	1,14	0,0%
ORDINARIO	TASSO OCCUPAZIONE POSTI LETTO	58,23%	49,67%	49,17%	17,2%
ORDINARIO	% DRG "LEA" NON APPROPRIATI (all. B Patto della salute)	9,95%	8,76%	7,84%	13,6%
ORDINARIO	% DRG "LEA" APPROPRIATI CH (all. B Patto della salute)	79,60%	80,20%	83,80%	-0,7%

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 sia nell'anno 2023 che nel 2024. Il valore del peso medio osservato tra il 2022 e il 2024 è determinato da una casistica ospedaliera tendenzialmente stabile e da un miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza erogata e, in una prospettiva più ampia, da una vision sempre più orientata all'appropriatezza organizzativa. L'appropriatezza del setting assistenziale del ricovero ospedaliero registra un leggero aumento. In particolare, confrontando i dati aggregati dei Presidi Ospedalieri della Asl Gallura del 2024 con quelli dello stesso periodo dell'anno precedente, si osserva un leggero aumento della percentuale in regime ordinario dei 108 DRG a rischio inappropriata; da 8,76 % del 2023 a 9,95% del 2024. Questo dato potrebbe essere influenzato da un aumento dei dimessi con DRG a rischio di inappropriata; il numero totale di ricoveri ordinari afferenti ai 108 DRG a rischio inappropriata registra un aumento passando da 675 unità a 716 unità (+6,1%). A livello aziendale, il tasso di occupazione dei posti letto in regime ordinario si mantiene su base triennale in un intervallo con uno scarto medio del 52%; se si considerano i dati su base biennale si osserva però un aumento per l'anno 2024 (58,23%) rispetto ad un valore del 49,67% dell'anno 2023.

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; 8,2 gg. per gli anni 2024 e 2022 e 7,9 gg. per il 2023. Scomponendo il dato per singolo Presidio Ospedaliero, il Giovanni Paolo II ha una media triennale di 8 gg. / il Paolo Dettori di Tempio Pausania ha una media triennale di 13 giornate. I valori della degenza media del Paolo Merlo di La Maddalena sempre riferiti al biennio 2024/2023 si dimostrano in aumento passando dal 6 gg. del 2023 a 10 gg. nel 2024.

Si conferma su base triennale la capacità attrattiva intra-regionale dei presidi ospedalieri della Asl Gallura con un 14% in regime ordinario. Se analizzata per singolo presidio ospedaliero sui tre anni oggetto di analisi si osservano significativi scostamenti. Il Presidio Ospedaliero di Olbia conferma una crescita fisiologica, passando dal 13,43% del 2022 al 14,52% del 2024. Il Presidio

Ospedaliero di Tempio Pausania vede ridursi la sua attrattività passando dal 20,94% dei dodici mesi del 2022 a un 12,80% per lo stesso periodo del 2024. Il Presidio Ospedaliero della Maddalena, considerata l'insularità e scontato l'accorpamento di alcuni reparti sul presidio di Olbia, per le ragioni sopraesposte è comparabile solo su base biennale. Per il presidio Paolo Merlo l'anno 2024 registra un valore del 3,15% rispetto al 2,11% dello stesso periodo del 2023. Si precisa che i pz. IntraReg. sono rispettivamente 7 nel 2024 e 6 nel 2023.

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO PO GIOVANNI PAOLO II OLBIA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2024	2023	2022	DELTA 2024-2023
ORDINARIO	POSTI LETTO	166	166	166	
ORDINARIO	DRG MEDICI	3.495	3.725	3.780	-6,2%
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	2.244	2.236	2.132	0,4%
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,12	1,11	1,14	0,9%

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO PO PAOLO DETTORI TEMPIO P.					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2024	2023	2022	DELTA 2024-2023
ORDINARIO	POSTI LETTO	56	108	108	
ORDINARIO	DRG MEDICI	427	448	459	-4,7%
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	81	199	224	-59,3%
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,14	1,16	1,21	-1,7%

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO PO PAOLO MERLO LA MADDALENA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2024	2023	2022	DELTA 2024-2023
ORDINARIO	POSTI LETTO	16	30	30	
ORDINARIO	DRG MEDICI	220	283	0	-22,3%
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	2	2	0	0,0%
ORDINARIO	PESO MEDIO	0,96	0,93	0	3,2%

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 eterogeneo, con una variabilità sui Presidi Ospedalieri di Tempio Pausania e di La Maddalena. Il Giovanni Paolo II di Olbia registrava nel 2022 il 75,83% a fronte di un 71,59% del 2024. Il Paolo Dettori di Tempio Pausania passa da un 21,85% del 2022 a un 38,93% dell'anno 2024. Per il Paolo Merlo de La Maddalena i dati sono comparabili solo su base biennale 2024/2023 (in quanto non si è registrato alcun ricovero nei dodici mesi del 2022); sono in aumento con un valore del 40,62% per il 2024 rispetto al 17,10% registrato nella annualità 2023

ASL Gallura				
TASSO DI OCCUPAZIONE LETTI ORDINARI	2024	2023	2022	DELTA 2024-2023
ASL Gallura	58,23%	49,67%	49,17%	17,2%
PRESIDIO GIOVANNI PAOLO II DI OLBIA	71,59%	76,28%	75,83%	-6,1%
PRESIDIO PAOLO DETTORI TEMPIO	38,93%	17,81%	21,85%	118,6%
PRESIDIO PAOLO MERLO LA MADDALENA	40,62%	17,10%	0,00%	122,7%

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 ricomprensere 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	2024	2023	2022	DELTA 2024-2023
Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100	<=17%	12,91%	12,56%	12,60%	2,79%

Il trend dei Ricoveri ordinari brevi a livello aziendale è sostanzialmente stabile nel corso dell’ultimo triennio. Ricordiamo che il valore espresso è tanto più favorevole quanto questo tende alla sua riduzione. L’intervallo di tempo considerato risulta soddisfare pienamente il target (Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n.70). Per i presidi di Tempio P. e La Maddalena i risultati sono positivi. L’ospedale di Olbia mostra un leggero incremento percentuale per l’annualità 2024, dato che deve tenere conto dell’affluenza generale e di altri parametri di contesto.

RIDUZIONE DELLA PERCENTUALE DI RICOVERI ORDINARI MEDICI BREVI							
OBIETTIVO	INDICATORE	SEDE	TARGET	2024	2023	2022	DELTA 2024-2023
Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100	OLBIA	<=17%	13,56%	12,89%	13%	5,22%
		TEMPIO		10,00%	11,86%	10%	-15,68%
		LA MADDALENA		6,82%	9,19%	0%	-25,81%

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 aumento passando dai 8.333 del 2023 ai 9.041 del 2024; aumentano i casi dai 2.521 del 2023 ai 2.828 del 2024 (+ 12,2%). In relazione all’attività di ricovero in regime diurno per il biennio 2024-2023 si osserva un significativo aumento dei DRG CH del 25% e si registra un valore per i DRG MD del 3,7%. Confrontando gli stessi dati per il periodo 2024-2022 per i DRG CH si registra una considerevole crescita del 43,16%, ma è opportuno tenere in considerazione che il dato su base triennale risente di una bassa numerosità della casistica, mentre i DRG MD registrano un aumento del 14,4%.

ATTIVITA' IN DAY HOSPITAL ASL GALLURA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2024	2023	2022	DELTA 2024-2023
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	28	32	32	
DAY HOSPITAL	TOTALE CASI DH	2.828	2.521	2.255	12,2%
DAY HOSPITAL	NUMERO ACCESSI	9.041	8.333	6.987	8,5%

ATTIVITA' IN DAY HOSPITAL ASL GALLURA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2024	2023	2022	DELTA 2024-2023
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	1.593	1.536	1.393	3,7%
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	1.234	985	862	25,3%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	2,58%	3,25%	2,75%	-20,6%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	13,93%	15,67%	17,12%	-11,1%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	2.213	1.921	1.661	15,2%
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,78	0,76	0,74	2,6%

La capacità attrattiva extraregionale in regime diurno non registra particolari scostamenti né su base triennale né biennale; il 2022 con un 2,75%, il 2023 con un 3,25% e il 2024 con un 2,58%. La tendenza alla stabilità della capacità di attrattività intra-regione dei Presidi Ospedalieri della ASL Gallura tende a ridursi per il regime diurno passando da un 16,39% nel biennio 2023/2022 al 15,57% nel triennio 2024/2022.

I delta ascrivibili alla capacità di attrattività intra-regionale e extraregionale riferiti al biennio 2024/2023 registrano un valore percentuale negativo, il primo del 20,6% e il secondo del 11,1%. Si ritiene opportuno precisare che i valori soprariportati hanno un significato puramente descrittivo in quanto il campo di variazione dipende dai due punteggi estremi e da una bassa numerosità della casistica (pz. non residenti 102).

ATTIVITA' DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL PO GIOVANNI PAOLO II OLBIA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2024	2023	2022	DELTA 2024-2023
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	15	15	15	
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	1.242	1.259	1.174	-1,4%
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	639	521	539	22,6%
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,77	0,74	0,73	4,1%

Con riferimento ai ricoveri con DRG medici si evidenzia una riduzione del 1,4% nel Presidio Ospedaliero di Olbia, contrariamente ai ricoveri in DH con DRG chirurgici per i quali si registra un aumento del 22,6%.

ATTIVITA' DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL PO PAOLO DETTORI TEMPIO					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2024	2023	2022	DELTA 2024-2023
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	12	12	12	
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	212	181	219	17,1%
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	595	464	323	28,2%
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,79	0,80	0,77	-1,3%

Con riferimento ai ricoveri con DRG medici si evidenzia un aumento del 17,1% nel Presidio Ospedaliero di Tempio Pausania. I valori ascrivibili ai ricoveri con DRG CH sono in crescita passando da 464 del 2023 a 595 del 2024 registrando una crescita pari al 28,2%.

ATTIVITA' DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL PO PAOLO MERLO LA MADDALENA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2024	2023	2022	DELTA 2024-2023
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	1	5	5	
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	139	96	0	44,8%
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	0	0	0	-
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,86	0,87	0	-1,1%

Per l'attività in Day Hospital del P.O. Paolo Merlo di La Maddalena non è possibile alcuna comparazione per i DRG chirurgici biennio 2024/2023, come si evince dalla tabella. Con riferimento ai ricoveri con DRG medici si evidenzia un aumento del 44,8%, si passa infatti da 96 per l'anno 2023 a 139 del 2024.

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.

Le nuove linee guida prevedono un sistema basato su cinque codici di priorità indicati con una numerazione da uno a cinque, dal più al meno urgente, associati ai colori. L'adozione del metodo di triage a 5 diversi livelli di priorità rappresenta il **"gold standard"** internazionale ed è propedeutico ad una diversa gestione del paziente/utente che terrà in considerazione la complessità clinica, l'intensità assistenziale e le risorse da impiegare.

I pazienti con codice rosso o arancione vengono direttamente indirizzati verso percorsi ad alta complessità, in cui potranno essere effettuati più esami o valutazioni da parte di specialisti esterni al Pronto Soccorso.

I pazienti con codice di priorità azzurro, pur presentando una condizione di bassa criticità clinica (per la vita, parametri vitali normali, condizione stabile, dolore assente o poco intenso), sono presi in carico in un percorso ad alta complessità, perché presentano una condizione generale che richiede un approfondimento diagnostico articolato, con un numero maggiore di tappe rispetto agli altri pazienti, ad esempio l'esecuzione di esami di laboratorio, la valutazione da parte di uno specialista, l'esecuzione di un esame TAC, ecc. I pazienti con codici di priorità verde e bianco seguono percorsi a bassa complessità, in cui è prevista una presa in carico più specifica

per la condizione di presentazione con un uso ottimizzato delle risorse sanitarie e, in alcuni casi, anche attraverso l'attivazione di percorsi **"fast track"** specialistici esterni alla struttura di Pronto Soccorso. Nel 2024 gli accessi ai Pronto Soccorso aziendali, come evidenzia la tabella sottostante, sono stati pari a 63.262 con un incremento del 9,46% rispetto all'anno precedente

PRONTO SOCCORSO											
PRONTO SOCCORSO	CODICE BIANCO	CODICE VERDE	CODICE GIALLO	CODICE AZZURRO	CODICE ARANCIONE	CODICE ROSSO	TOTALE ACCESSI ANNO 2024	TOTALE ACCESSI ANNO 2023	TOTALE ACCESSI ANNO 2022	DELTA 2024/2023	N°ACCESSI CON RICOVERO/ N°TOTALE ACCESSI
ASL N. 2	1.854	28.248	10.461	13.055	7.969	1.675	63.262	57.793	54.438	9,46%	7,55%
	2,93%	44,65 %	16,54 %	20,64 %	12,60%	2,65%					
PO OLBIA	828	15.804	6.862	9.129	6.456	1.406	40.485	37.188	35.040	8,87%	9,67%
	2,05%	39,04 %	16,95 %	22,55 %	15,95%	3,47%					
PO TEMPIO	798	5.155	2.544	2.167	1.191	190	12.045	11.738	11.747	2,62%	4,54%
	6,63%	42,80 %	21,12 %	17,99 %	9,89%	1,58%					
PO LA MADDALENA	228	7.289	1.055	1.759	322	79	10.732	8.867	7.651	21,03%	2,91%
	2,12%	67,92 %	9,83%	16,39 %	3,00%	0,74%					

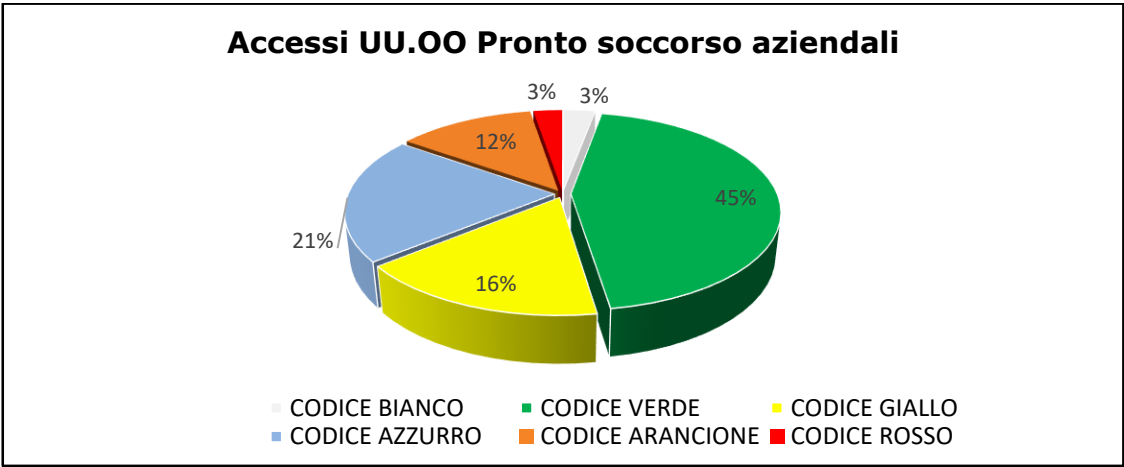
La distribuzione degli accessi per codice triage mostra una netta prevalenza degli accessi con livello di gravità medio alto, ma il dato più significativo riguarda le differenze tra PS della stessa Asl. Per quanto riguarda il Pronto Soccorso del Giovanni Paolo II di Olbia, i codici bianchi costituiscono la minoranza con appena il 2,05% del totale. I codici rossi, cioè i degenti in pericolo di vita sono il 3,47% dei casi su 40.485 accessi. I codici arancioni con funzioni vitali a rischio evolutivo sono il 15,95% dei casi. I codici azzurri che indicano un'urgenza differibile che richiede prestazioni complesse sono il 22,55%. È opportuno precisare che è terminata la fase di implementazione delle nuove codifiche ma per completezza dell'informazione si mantiene nel report la casistica attribuita al codice colore giallo per tutti i P.S. Aziendali. La maggioranza è rappresentata dai codici verdi (vecchia codifica fino al 30/06/2024) con il 39%, pazienti in condizioni stabili senza rischio evolutivo. In virtù della adozione della DGR 10/23 del 16.03.2023 la codifica codice colore giallo è andata definitivamente a cessare a far data dal 01/07/2024, e il codice colore verde è andato a definire un'urgenza minore con prestazioni mono specialistiche così come previsto dalle nuove linee di indirizzo.

Il Pronto soccorso del Paolo Dettori di Tempio Pausania registra il 6,63% di codici bianchi sul totale. I codici rossi costituiscono la minoranza con appena l'1,58% dei casi su 12.045 accessi. I codici arancioni con funzioni vitali a rischio evolutivo sono il 9,89% dei casi. I codici azzurri che indicano un'urgenza differibile che richiede prestazioni complesse sono il 17,99% sul totale accessi. I codici verdi (vecchia codifica fino al 30/06/2024), ossia pazienti in condizioni stabili senza rischi evolutivi, con il 42,80 % degli accessi rappresentano la maggioranza. Per la codifica gialla vale il discorso fatto in precedenza, così come per l'introduzione delle nuove codifiche.

L'analisi dei dati del Pronto soccorso del Paolo Merlo di La Maddalena evidenzia che i codici bianchi rappresentano il 2,12% del totale. I codici rossi lo 0,74% dei casi su un totale di 10.732 accessi. I codici arancioni con funzioni vitali a rischio evolutivo sono il 3% dei casi. I codici azzurri che indicano un'urgenza differibile che richiede prestazioni complesse sono il 16,39% sul totale accessi.

Per il Pronto soccorso del Paolo Merlo la maggioranza è rappresentata dai codici verdi (vecchia codifica fino al 30/06/2024) con il 67,92% su un totale di 10.732 accessi.

Tali differenze sono dovute non solo alla variabilità della casistica trattata, ma anche alle diverse modalità di esecuzione del triage e quindi di assegnazione dei codici colore. La qualità dell'informazione risulta esaustiva per l'alta percentuale di accessi con valutazione di triage.



L'analisi aggregata della distribuzione degli accessi dell'Asl Gallura evidenzia che i codici Verdi (vecchia codifica fino al 30/06/2024) e il permanere dei Gialli per completezza dell'informazione rappresentano il 61% degli accessi in Pronto Soccorso; il codice azzurro registra il 20,64% sul totale mentre i codici Rossi rappresentano il 2,65%.

Il 33,23% degli accessi Asl Gallura è stato codificato con l'introduzione dei nuovi codici colore arancione e azzurro. 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 **11.629** pari al **18,38%** del totale.

ANALISI DEI PRINCIPALI INDICATORI DI STRUTTURA E DI PROCESSO

I trend descritti riferiti all'attività ospedaliera per il biennio 2024-2023 si ripercuotono su altri indicatori quali ad esempio l'intervallo di turnover, il numero di giorni di degenza media preoperatoria. Nella seguente tabella si riportano nel dettaglio i dati più importanti riferiti ai tre Stabilimenti Ospedalieri dell'ASL Gallura.

Stabilimento	Voce	2024	2023	Delta Assoluto 2024-2023	%
P.O. Giovanni Paolo II - Olbia	RO - Turn Over	-6,04	-5,84	-0,20	3,42%
	Degenza media	7,13	6,79	0,34	5,01%
	RO - Giorni Deg.Media Preoperatoria	2,05	2,31	-0,26	-11,26%
	Peso Medio DH	0,73	0,76	-0,03	-3,95%
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	47,80%	45,80%	0,02	4,37%
	Dimessi 0_2 giorno (dimessi vivi)	1.543	1.384	159,00	11,49%
	%Ricoveri urgenti brevi	7,00%	7,50%	0,00	-6,67%
	% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	8,70%	10,70%	-0,02	-18,69%
	% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	16,09%	14,33%	0,02	12,28%
	RO - Turn Over	-9,72	-13,46	3,74	-27,79%
	Degenza media	10,84	15,76	-4,92	-31,22%

Stabilimento	Voce	2024	2023	Delta Assoluto 2024-2023	%
P.O. Paolo Dettori - Tempio Pausania	RO - Giorni Deg.Media Preoperatoria	2,31	0,73	1,58	216,44%
	Peso Medio DH	0,52	0,53	-0,01	-1,89%
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	14,00%	10,50%	0,04	33,33%
	Dimessi 0_2 giorno (dimessi vivi)	168	84	84,00	100,00%
	%Ricoveri urgenti brevi	6,70%	3,10%	0,04	116,13%
	% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	15,80%	10,70%	0,05	47,66%
	% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	0,36%	2,52%	-0,02	-85,71%
P.O. Paolo Merlo - La Maddalena	RO - Turn Over	-6,57	-9,93	3,36	-33,84%
	Degenza media	6,57	9,93	-3,36	-33,84%
	RO - Giorni Deg.Media Preoperatoria	0	0	0,00	0,00%
	Peso Medio DH	0,73	0,77	-0,04	-5,19%
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	0,00%	0,00%	0,00	0,00%
	Dimessi 0_2 giorno (dimessi vivi)	65	20	45,00	225,00%
	%Ricoveri urgenti brevi	8,40%	5,10%	0,03	64,71%
	% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	9,50%	12,50%	-0,03	-24,00%
	% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	16,67%	47,83%	-0,31	-65,15%

Fonte Abaco 2024

Per quanto attiene invece agli indicatori di appropriatezza, si riportano più nel dettaglio gli scostamenti rilevati nel biennio 2024-2023 per i tre Presidi Ospedalieri:

- **Indicatore dei Dimessi 0_2 giorni (dimessi vivi) - riduzione ricoveri evitabili:** i ricoveri medici brevi ossia quelli fino a 2 giorni, che sono ricoveri spesso evitabili, nel corso del 2024 sono aumentati in tutti e tre i Presidi Ospedalieri della ASL Gallura;
- **Indicatore % dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico:** tale indicatore è aumentato rispetto al 2023 nei due presidi di Tempio e Olbia;
- **Indicatore % Ricoveri urgenti brevi:** tale indicatore è diminuito rispetto all'anno 2023 nello Stabilimento Ospedaliero di Olbia, in aumento invece nello Stabilimento Ospedaliero di Tempio e di La Maddalena;
- **Indicatore % DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati:** tale indicatore registra un andamento positivo, (decescente rispetto al 2023), sia per lo Stabilimento Ospedaliero di Olbia, sia per lo Stabilimento di La Maddalena, in aumento nello Stabilimento Ospedaliero di Tempio;
- **Indicatore % ricoveri DH Medici finalità diagnostiche (riduzione ricoveri evitabili):** tale indicatore rispetto all'anno 2023 è positivamente in diminuzione nel P.O. di Tempio e nel P.O. di La Maddalena, mostrando un favorevole calo degli accertamenti diagnostici erogati con ricovero ospedaliero, mentre risulta in aumento nello Stabilimento di Olbia.

ANALISI DEI RISULTATI DEI PRINCIPALI OBIETTIVI E INDICATORI SPECIFICI PRESIDIO OSPEDALIERO

Nel corso dell'ultimo triennio, il ricorso al Taglio Cesareo (TC) primario ha subito una progressiva riduzione, passando da una percentuale pari al 27,61% nel 2022, al 31,84% nel 2023 al 27,59% nel 2024. La differenza tra il ricorso al TC totale e primario è pari a circa 10 punti percentuali,

valore sostanzialmente coerente con i cambiamenti nei pattern riproduttivi. Dal punto di vista assistenziale si assiste ad un cambiamento nel profilo di rischio delle donne che accedono alla sala parto.

RIDUZIONE DELLA PERCENTUALE DI PARTI CESAREI PRIMARI							
OBIETTIVO	INDICATORE	SEDE	TARGET	2024	2023	2022	DELTA 2024-2023
Riduzione della percentuale di parti cesarei primari	N° parti cesarei primari/ N° totale parti * 100	OLBIA	15%-20%	28,81%	31,96%	27,61%	-9.88%

Fonte dati: 3M

RIDUZIONE DELLA PERCENTUALE DI PARTI CESAREI							
OBIETTIVO	INDICATORE	SEDE	TARGET	2024	2023	2022	DELTA 2024-2023
Riduzione della percentuale di parti cesarei	N° parti cesarei/ N° totale parti * 100	OLBIA	15%-20%	37,22%	41,18%	37,30%	-9,62%

Fonte dati: File A

L’indicatore relativo all’aumento della percentuale di interventi per frattura di femore operata entro 2 gg valuta la capacità di presa in carico 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 peggioramento per il presidio di Olbia, dovuto anche alla carenza del personale medico (soprattutto degli anestesisti) mentre nel Presidio Ospedaliero di Tempio P. nel corso del 2024 tale patologia traumatica non è stata trattata.

AUMENTO DELLA PERCENTUALE DI INTERVENTI PER FRATTURA DI FEMORE OPERATA ENTRO 2 GG							
OBIETTIVO	INDICATORE	SEDE	TARGET	2024	2023	2022	DELTA 2024 - 2023
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		50,00%	60,18%	62,07%	-16.92%
		TEMPIO		0%	42,86%	42,19%	-100%

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 inappropriatezza 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.

RIDUZIONE RICOVERI IN REGIME ORDINARIO PER I DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA							
OBIETTIVO	INDICATORE	SEDE	TARGET	2024	2023	2022	DELTA 2024 - 2023
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		8,70%	10,70%	8,10%	-18,69%
		TEMPIO		15,80%	10,70%	9,70%	47,66%
		LA MADDALENA		9,50%	12,50%	0,00%	-24,00%

Fonte dati: Abaco

AUMENTARE LA % DEI RICOVERI IN DAY SURGERY DEI DRG A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA							
OBIETTIVO	INDICATORE	SEDE	TARGET	2024	2023	2022	DELTA 2023 - 2022
Aumentare la % dei ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza (All. B Patto per la salute 2010/2012)	% DRG LEA appropriati Chirurgici (Allegato B Patto per la salute 2010-2012)	OLBIA	>80%	90,40 %	90,50%	89,30 %	-0,11%
		TEMPIO		81,60 %	70,80%	89,10 %	15,25%

ANALISI DEI PRINCIPALI 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 2024, rispetto all'anno precedente, una diminuzione degli interventi come si rileva dalla tabella sottostante.

Interventi chirurgici tumore colon Priorità A	2023			2024			Delta 2024-2023		
	Struttura	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	% Indicatore	Num	Den
P.O. Giovanni Paolo II Olbia	15	15	100,00%	12	14	85,71%	-3	-1	-14,29%

Fonte dati: Abaco

Nel corso dell'anno 2024 si rilevano quattro interventi chirurgici al tumore del colon retto (Priorità A) con un aumento (+2 casi) rispetto all'anno precedente.

Interventi chirurgici tumore retto Priorità A	2023			2024			Delta 2024-2023			
	Struttura	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	Indicatore
P.O. Giovanni Paolo II Olbia		2	2	100,00%	4	4	100,00%	2	2	0%

Fonte dati: Abaco

Non si registrano interventi al tumore della mammella (Priorità A) nel corso dell'anno 2024, il 2023 registrava un solo caso.

Interventi chirurgici tumore mammella Priorità A	2023			2024			Delta 2024-2023		
	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	Indicatore
P.O. Giovanni Paolo II Olbia	1	1	100,00%	0	0	0%	-1	-1	-100%

Fonte dati: Abaco

Nel P.O. di Olbia, nel corso del 2024, 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, registra un +4,19%.

Proporzione di IMA trattati con PTCA entro 2 giorni	2023			2024			Delta 2024- 2023
	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	% Indicatore	Indicatore
P.O. Giovanni Paolo II Olbia	139	216	64,35%	112	178	68,54%	4,19%
P.O. Paolo Dettori - Tempio P.	0	2	0,00%	0	0	0%	0,00%
P.O. Paolo Merlo La Maddalena	0	0	0,00%	0	0	0%	0,00%

Fonte dati: 3M 360

La tabella sottostante è riferita alla percentuale dei **parti cesarei primari (PCP)** effettuati nel corso del 2024 per presidio ospedaliero aziendale

Percentuale parti cesarei primari (PCP)	2023			2024			Delta 2024-2023		
	Total e dime ssi PCP	Totale dime ssi	Propor zione PCP	Total e dime ssi PCP	Total e dime ssi	Proporzi one PCP	Delta Numerat ore	Delta Denomina tore	Delta Indicat ore
P.O. Giovanni Paolo II Olbia	209	656	31,86%	176	611	28,81%	-33	-45	-3,05%
P.O. Paolo Dettori - Tempio P.	1	1	100,00 %	0	0	0%	-1	-1	- 100,00 %

Fonte dati: 3M 360

L'indicatore di processo riferito alla degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni negli interventi di Colecistectomia laparoscopica riferito al presidio Ospedaliero di Olbia, evidenzia un leggero calo (-2,90%) rispetto all'anno precedente. Per quanto riguarda il presidio ospedaliero di Tempio Pausania non si registrano interventi nel corso del 2024.

COLECISTOMIA	2023			2024			Delta 2024-2023		
	Num	Den	Proporzion e	Num	Den	% Indicator e	Num	Den	Proporzion e
P.O. Giovanni Paolo II Olbia	68	101	67,33%	67	104	64,42%	-3	3	-2,90%
P.O. Paolo Dettori - Tempio P.	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0,00%

Fonte dati: 3M 360

ANALISI DEI PRINCIPALI 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 leggera riduzione relativo al tasso di ospedalizzazione ordinario e diurno standardizzato per

mille con un valore pari al 5% nel 2024 a fronte di un valore del 6% registrato nel 2023. 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 2024-2023 (-19%) rispetto allo standard <23%. Rispetto all'Indicatore relativo alla Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi si osserva una tendenza alla stabilità dei valori registrati per il triennio oggetto di indagine, in linea con 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 significativo di circa il 13% rispetto al 2023. L'Indicatore che riguarda 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 evidenzia un incremento del 13% rispetto al 2023 con un valore pari a 9,95%.

L'indicatore relativo alla riduzione del N° di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico rileva un valore pari a 45,40% per l'anno 2024 confermandosi sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente (45%) distante dal valore standard del 20%.

Con riferimento all'obiettivo di riduzione dei parti cesarei primari si assiste ad una riduzione pari al 9,88% rispetto al 2023. 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 una riduzione del 13,51% rispetto al 2023. La riduzione del valore di tale indicatore è stato ulteriormente aggravato dalla cronica carenza di medici anestesisti.

OBIETTIVO OPERATIVO		STANDARD	INDICATORE	2024	2023	2022	DELTA 2024-2023
1	Riduzione del tasso di ospedalizzazione ordinario e diurno standardizzato per mille		Riduzione % del Tasso di ospedalizzazione	5,00%	6,00%	5,64%	- 16,67%
3	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	12,51%	15,50%	15,60%	- 19,29%
4	Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	≤17%	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100	12,91%	12,56%	12,60%	2,79%
5	Aumentare la % dei ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatazza (All. B Patto per la salute 2010/2012)	>70 %	N° ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG LEA chirurgici/ N° totale di ricoveri per i DRG LEA chirurgici *100	77,50%	68,76%	67,70%	12,71%
6	Riduzione della % di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico.	≤20%	N° dimessi da reparti chirurgici con DRG medico / N° totale dimessi	45,40%	45,00%	43,41%	0,89%
7	Riduzione delle percentuale di parti cesarei primari	15%-20%	N° parti cesarei primari/ N° totale parti * 100	28,81%	31,96%	27,61%	-9.88%

OBIETTIVO OPERATIVO		STANDARD	INDICATORE	2024	2023	2022	DELTA 2024-2023
8	Aumento della percentuale di interventi per frattura di femore operata entro 48 ore	>70 %	N° interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤48ore / N° interventi per frattura del femore *100	50,00%	57,81%	57,30%	- 13,51%
9	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		N° DRG inappropriati / N° totale DRG*100	9,95%	8,79%	7,84%	13,20%

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 2024. 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 a 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.

La Casa della Comunità (CdC) rappresenta "il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento". È infatti il luogo fisico 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 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 una équipe multidisciplinare, infatti, oltre agli ambulatori, ospita anche due medici di medicina generale che hanno la possibilità di confrontarsi con altri specialisti, di condividere la conoscenza clinica di un paziente cronico, di fare una valutazione a 360 gradi

sul suo stato di salute e sui suoi bisogni. 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 nell'anno 2022, la prima Casa della Comunità delle nove previste in Gallura. In Gallura sono nove i centri individuati per ospitare Case di Comunità nei comuni di Arzachena, Berchidda, Buddusò, La Maddalena, Olbia, Tempio Pausania e Santa Teresa di Gallura. Le Case di Comunità di San Teodoro e Trinità d'Agultu e Vignola sono in fase di costruzione ma alcuni servizi vengono offerti nelle strutture sanitarie della ASL presenti rispettivamente in Budoni e Badesi. Sono già attivi, o in fase di attivazione, ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, Ambulatori infermieristici, punti prelievi, Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, Servizi di benessere psicologico con le Psicologhe di comunità, Assistenti sociali punto di riferimento per istituzioni e associazioni.

Al fine di garantire una continuità tra l'ospedale e i servizi sanitari territoriali, sono stati avviati i servizi di ambulatorio infermieristico nei centri sede delle Case di Comunità fornendo una assistenza ai pazienti e riducendo il carico dei Medici di Medicina Generale. Negli ambulatori vengono 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.

Nel corso dell'anno 2024 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.

Nelle Case di Comunità della ASL Gallura sono stati attivati i servizi dedicati al benessere psicologico. La figura professionale della psicologa di comunità è centrale nel progetto della medicina territoriale: oltre all'analisi dei singoli casi si propone in maniera proattiva per cercare di promuovere il benessere della popolazione di riferimento.

Per ampliare la rete dei servizi per la salute della donna è stata introdotta la figura professionale dell'ostetrico di comunità, offrendo supporto diretto a donne e famiglie con servizi personalizzati. 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		2024	2023	2022
DISTRETTO OLBIA-LA MADDALENA	N° pazienti inseriti in CDI I - II livello*	268	250	245
	N° pazienti inseriti in CDI III livello*	93	100	102
	TOTALE PAZIENTI ULTRA	361	350	347
	POPOLAZIONE ULTRA 65 enne	29.245	28.429	27.850
DISTRETTO TEMPIO P.	N° pazienti inseriti in CDI I - II livello*	76	72	79
	N° pazienti inseriti in CDI III livello*	40	46	42
	TOTALE PAZIENTI ULTRA	116	118	121
	POPOLAZIONE ULTRA 65 enne	7.859	7.718	7.659

Fonte dati Distretti

Con riferimento al potenziamento delle cure domiciliari di I-II livello nei distretti di Olbia e La Maddalena, i dati evidenziano un incremento degli assistiti che passano da 250 del 2023 ai 268 del 2024; in relazione al livello assistenziale per le CDI di III livello si assiste a un calo del numero dei pazienti (-7 casi nel 2024 rispetto al 2023). Il distretto di Tempio P. è interessato da un aumento dei pazienti inseriti nelle CDI I-II livello (+4 nel 2024 rispetto al 2023). 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 leggero decremento del numero dei pazienti che passano da 46 nel 2023 a 40 nel 2024.

Nell'ambito delle attività distrettuali merita menzione l'attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) quale modello organizzativo con funzioni di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali; ovvero attività territoriali, sanitarie, sociosanitarie, ospedaliere in raccordo con la rete dell'emergenza-urgenza attraverso funzioni distinte seppur interdipendenti.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 522 del 25/06/2024 sono state istituite nella ASL Gallura le seguenti Centrali Operative Territoriali (COT):

- Centrale Operativa Territoriale del Distretto di Olbia ubicata presso la struttura Polifunzionale Amministrativa e Ambulatoriale "San Giovanni di Dio" in Viale Aldo Moro in Olbia;
- Centrale Operativa Territoriale del Distretto di Tempio Pausania ubicata presso il "P.O. Paolo Dettori di Tempio Pausania Piano VI".

RENDICONTAZIONE E ANALISI DEL SISTEMA DI GOVERNO LISTE D'ATTESA

Il governo delle liste di attesa è un sistema complesso e attraverso le linee attuative si mira ad individuare strumenti e modalità 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). 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 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.

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 Decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n. 107, prevede la creazione di una piattaforma guidata da Agenas che si baserà su un sistema di interoperabilità tra la Piattaforma Nazionale Liste di Attesa (PNLA) e le piattaforme regionali. Negli ultimi anni sono state adottate diverse iniziative per ridurre le liste di attesa e contenere i tempi di accesso alle prestazioni sanitarie.

Per garantire l'operatività del Piano aziendale per l'abbattimento delle liste d'attesa nell'anno 2024 in attuazione della DGR 38/12 del 02/10/2024 si è proceduto con deliberazione del Direttore Generale n. 1019 del 20/11/2024 all'adozione del progetto "*Linee attuative generali per l'abbattimento delle Liste d'Attesa*".

Tale progettualità ha definito azioni concrete per l'ottimizzazione e la riduzione dei tempi d'attesa attraverso l'efficientamento dei tempi di erogazione delle prestazioni, attraverso l'aumento delle ore di apertura degli ambulatori e un'attenta revisione delle liste di prenotazione, nonché il contrasto al fenomeno della mancata presenza dell'utente alla data prenotata.

Nell'ambito del progetto, nel corso del mese di dicembre 2024, sono state svolte circa 90 ore di attività con una spesa pari ad euro 7.092,80 come si evince dalla Delibera n. 33/2025 relativa alla liquidazione delle competenze maturate nel mese di dicembre 2024.

Con riferimento all'attuazione del PNGLA nell'anno 2024, analizzando i dati di cui alla seguente tabella:

DISTRETTO		OLBIA	TEMPIO P.	LA MADDALENA
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	Numero di prestazioni ricadenti nel PNGLA gestite attraverso CUP in agende pubbliche/totale prestazioni erogate nel periodo *100	48,27%	76,06%	84,68%
	Volume di prestazioni strumentali erogate tracciate dalla fonte CUP WEB/Volume di prestazioni strumentali rendicontati nel file C nel medesimo periodo*100	82,08%	110,99%	77,34%

si evidenzia una certa eterogeneità dei valori tra i tre distretti socio-sanitari aziendali preposti all'erogazione dell'attività sanitaria territoriale. I valori relativi alle prestazioni specialistiche ricadenti nel PNGLA gestiti attraverso CUP in agende pubbliche sul totale delle prestazioni erogate registrano per il Distretto socio-sanitario di Olbia il 48,27% sul totale delle prestazioni erogate nel medesimo periodo. Le percentuali riferite al distretto socio-sanitario di Tempio P. e

di La Maddalena si attestano su valori rispettivamente del 76,06% e del 84,68%. Tale eterogeneità del dato trova una possibile spiegazione riconducibile all'offerta di prestazioni oggetto di monitoraggio (PNGLA), alla numerosità della popolazione di riferimento e in minima parte all'accessibilità delle strutture sanitarie con mezzi pubblici o meno.

In merito all'erogazione delle prestazioni strumentali, oggetto di monitoraggio PNGLA, tracciate tramite CUP sul totale del volume delle prestazioni strumentali rendicontate sul file C non si osservano particolari scostamenti. È però importante sottolineare che l'offerta e la numerosità delle prestazioni erogate differisce tra i tre distretti, andando ad incidere sui valori rendicontati. Il distretto socio-sanitario di Olbia registra una percentuale pari all'82,08%. Tale valore deve tenere conto di una alta numerosità totale di prestazioni erogate e di una maggiore pressione dell'utenza durante il corso dell'anno sostanzialmente superiore rispetto ai distretti di Tempio P. e La Maddalena. Il distretto socio-sanitario di Tempio P. con il suo 110,99% raggiunge pienamente l'obiettivo; in controtendenza con l'assunto che la popolazione residente nelle aree interne dotate di viabilità non adeguata e non semplici da raggiungere in condizioni meteo sfavorevoli, ha difficoltà di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari. Il distretto socio-sanitario di La Maddalena, interessato dal fenomeno dell'invecchiamento della struttura della popolazione misura un valore percentuale pari al 77,34%.

RENDICONTAZIONE E ANALISI DI ALTRI OBIETTIVI E PROGETTI IN AMBITO DISTRETTUALE

L'Azienda, attraverso la programmazione sanitaria garantisce una risposta alle esigenze del proprio territorio in relazione al bisogno di salute dei cittadini e alle possibilità del sistema sanitario regionale di soddisfarle. La salute, intesa come stato di benessere complessivo, è 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. Tale risultato è da mettere in relazione anche con il miglioramento della fruibilità e dell'accesso ai servizi specie per la popolazione anziana. In continuità con gli anni precedenti, sono state portate avanti le attività per garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie orientate prevalentemente a 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. I consultori familiari rispondono anche alle nuove esigenze della società, in particolare alle nuove problematiche che riguardano gli adolescenti. Nel 2024 si registrano 469 colloqui per problemi adolescenziali. Tra le attività del consultorio rientra quella di aiutare i ragazzi e i genitori a comprendere le problematiche emerse alla luce della storia evolutiva individuale e/o familiare e dei cambiamenti fisici, psicologici e sociali che accompagnano il passaggio dall'infanzia all'adolescenza fino all'età adulta. Nella tabella seguente si riportano in sintesi i valori di alcuni obiettivi riferiti all'ambito distrettuale e del dipartimento donne e minori.

DISTRETTO		OLBIA	TEMPIO P.	LA MADDALENA
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 15.11.2024	SI	SI	SI
Garantire la promozione e la tutela della salute della donna, della famiglia e dell'età evolutiva	N° di gravidanze fisiologiche e a basso rischio prese in carico	100%		
	N° visite area ginecologica	8.466		
	Numero di consulenze psicologiche /numero totale di consulenze psicologiche richieste*100	100%		
	N° colloqui problemi adolescenziali	469		
Garantire l'appropriatezza dell'assistenza in gravidanza attraverso il servizio di ecografia ostetrica	N° di ecografie eseguite	1.002		

Per quanto riguarda l'obiettivo di sviluppare le cure domiciliari integrate nel corso del 2024 non si osservano particolari scostamenti rispetto all'anno 2023 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 251 (17 casi in meno rispetto al 2023). 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.

OBIETTIVO STRATEGICO		OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	2024	2023	2022	DELTA 2024-2023
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	30%	28%	32,42%	9%
	2	Garantire lo sviluppo delle CDI a favore degli anziani non autosufficienti: percentuale di anziani ≥ 65 anni	n° anziani ≥ 65 assistiti in CDI /totale popolazione residente anziana età ≥ 65*100	1,29%	1,29%	1,32%	0%
	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	251	268	277	-6%
	4	Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale della popolazione a rischio.	Numero di vaccinazioni effettuate nella popolazione a rischio residente nella ASL2	5135* dosi somministrate in età 6mesi-64 anni (di cui 1430 dosi popolazione generale)	4.279	5.632	20%

RENDICONTAZIONE E ANALISI DEL PROGETTO ASCOT

Gli ambulatori ASCOT (Ambulatori Straordinari di Continuità Territoriale) nel corso del 2024 hanno sopperito alla carenza di Medici di Medicina Generale, in continuità con il progetto aziendale di cui alla delibera del Direttore Generale n. 254 del 11/05/2023.

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 ha garantito come lo scorso anno, l'assistenza sanitaria di base nelle sedi carenti. Per tali sedi è emersa la necessità di pianificare interventi finalizzati a garantire la gestione delle criticità in attesa che possano esser dotate in modo definitivo dei MMG e PLS previsti dalle vigenti normative. Con Determinazione RAS n. 302 del 29 febbraio 2024 avente a oggetto *"Impegno della somma di euro 51.740.035,00 in favore dell'Azienda Regionale della Salute (ARES) e della somma di euro 3.000.000,00 in favore delle Aziende sociosanitarie locali per il perseguimento degli obiettivi definiti negli Accordi Integrativi regionali della Medicina generale e della Pediatria di Libera scelta – missione 13 – programma 03- capitolo SC05.60.02 – Bilancio regionale 2024"* sono stati assegnati alla Asl Gallura euro 301.285,81. Successivamente, con deliberazione della Giunta Regionale n. 16/24 del 12 giugno 2024 *"Rimodulazione della ripartizione delle risorse di cui all'articolo 5, comma 9, della legge regionale 21 febbraio 2023, n. 1, a favore delle aziende socio-sanitarie locali per la realizzazione di progetti aziendali di assistenza primaria e continuità assistenziale. Annualità 2024"* tali risorse finanziarie sono state rimodulate con assegnazione alla ASL Gallura di un importo complessivo pari a euro 453.834,61. Come rilevato dagli atti deliberativi di liquidazione delle competenze maturate nel corso dell'anno 2024 nell'ambito del progetto ASCOT sono state assicurate oltre 5.700 ore di attività; nel prospetto di sotto riportato si riepilogano le somme ad oggi impegnate per prestazioni effettuate e liquidate relative all'anno 2024.

Azienda	Importo totale stanziato	Importo speso 2024
Asl Gallura	euro 453.834,61	euro 378.504,11

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.

RENDICONTAZIONE E ANALISI DEL PROGETTO SOLSTIZIO

Con deliberazione n. 568 del 03/07/2024 sono stati attivati gli Ambulatori Straordinari di continuità assistenziale a bassa intensità, rivolti ai cittadini non residenti durante la stagione

estiva 2024. Le attività svolte dai medici aderenti a tale progettualità hanno garantito assistenza medica in 10 sedi con maggior flusso turistico (con apertura diurna di circa 6 ore e 30 minuti al giorno, per 7 giorni alla settimana) consentendo, contestualmente, la riduzione degli accessi al Pronto Soccorso aziendale. Come rilevato dagli atti deliberativi di liquidazione delle competenze maturate nel corso della stagione estiva 2024 nell'ambito del progetto sono state svolte oltre 5.700 ore di attività.

Il progetto Solstizio, già adottato nel corso del 2023, si è reso necessario a seguito dell'analisi della sanità territoriale e più in particolare l'assistenza sanitaria di base: sono emerse infatti situazioni di difficoltà dovute ad una forte domanda in diverse località già dotate di Guardia Medica Turistica e pertanto è stato necessario porre in essere una serie di azioni finalizzate a fronteggiare tale criticità.

Tale progettualità è stata svolta in locali attrezzati, sede di Continuità Assistenziale o, in alternativa, presso Studi di MMG e PLS, previo nulla osta della Direzione.

RENDICONTAZIONE E ANALISI DEL PROGETTO DOMINO

Nell'anno 2024, il progetto DOMINO (DONNE e MINORI) ha garantito come lo scorso anno l'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, l'obiettivo è infatti una corretta accoglienza e presa in carico dei pazienti che accedono al servizio e uniformare il comportamento degli operatori. 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.

PROGETTO DIALISI ESTIVA PAZIENTI EXTRA ASL GALLURA

La Gallura è il territorio che in Sardegna subisce il maggior impatto turistico. In continuità con gli anni precedenti anche l'anno 2024, la Direzione Aziendale della Asl Gallura, ha approvato il progetto Dialisi Vacanza rivolto ai turisti che scelgono la Gallura per trascorrere il periodo estivo. Con deliberazione del Direttore Generale n. 521 del 25/06/2024 è stato approvato il progetto con l'obiettivo di incrementare il numero di sedute dialitiche al fine di far fronte alla richiesta estemporanea di prestazioni durante la stagione turistica sia ai turisti dell'Alta Gallura che quelli della zona costiera.

Questo servizio è essenziale per la tutela del diritto alla salute, ma anche per l'immagine della nostra Isola che viene scelta da tanti italiani e stranieri come meta delle vacanze. In questo modo l'azienda consente ai pazienti di superare una delle principali difficoltà logistiche legate alla patologia, dando loro la certezza della terapia anche nel periodo delle ferie. Ma si persegue anche un altro obiettivo, quello dell'inclusione di coloro che, grazie a questo progetto, potranno fare come tutti la propria vacanza nel luogo scelto

Ai sensi della legge regionale n. 1 del 21.02.2023, all'art. 5, comma 11, la RAS con nota n. 16455 del 11/06/2024 ha provveduto a ripartire i fondi destinati all'erogazione di servizi di assistenza sanitaria nei mesi estivi in località turistiche pari ad euro 2.850.327,10 per l'annualità 2024, tra le aziende sanitarie, assegnando a favore dell'ASL Gallura l'importo complessivo di euro 954.370,13. Per garantire la completa attuazione del progetto, sono state assegnate le risorse economiche calcolate in relazione al numero di turni coperti, per un totale di tre turni aggiuntivi a settimana per 13 settimane. Nel prospetto di sotto riportato si riepilogano le somme destinate al progetto, al fine di garantire le sedute di dialisi che hanno reso necessaria la presenza di n. 2 Infermieri ad Olbia, e n. 1 Infermiere a Tempio Pausania, in considerazione del numero dei pazienti che sono stati trattati e l'importo speso.

Azienda	Importo totale stanziato	Importo speso 2024
Asl Gallura	euro 58.849,88	euro 31.341,87

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. L'adesione alla vaccinazione antinfluenzale tra la popolazione anziana è aumentata nel corso del 2024 rispetto all'anno precedente.

In relazione agli obiettivi di screening per l'annualità 2024 si è ritenuto di dover evidenziare che l'attività è stata potenziata attraverso progetti aziendali tesi a migliorare l'adesione ai programmi di screening oncologico, garantendo il rispetto dei tempi previsti di invito alla popolazione target attraverso processi di comunicazione e informazione. L'adesione allo screening mammografico nel 2024 ha registrato un tasso di adesione pari al 35,3%, dato più che positivo rispetto all'anno precedente (2,1%) che ha risentito particolarmente sia della forte carenza di personale, sia dell'utilizzo di un programma poco efficace e celere nel trasferimento delle immagini. Anche per

quanto concerne lo screening del colon retto, con un tasso di adesione pari al 21,05%, si è registrato un netto miglioramento rispetto all'anno precedente (14,4%). Costante e sempre positivo il dato sullo screening della cervice, con un tasso di adesione reale pari al 40,61% nel corso del 2024, a fronte di un 36,22% registrato nel 2023.

Risultano pienamente raggiunti tutti gli altri obiettivi strategici relativi alle attività del sistema di Sorveglianza PASSI e PASSI d'argento. Gli obiettivi relativi alle attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura, ed alle attività di controllo ufficiale sugli operatori del sistema alimentare sono risultati pienamente raggiunti. 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) così come previsti dal PRP, con l'obiettivo prioritario di prevenire infortuni e malattie professionali in diversi ambiti 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 riportano in tabella i risultati dei principali obiettivi afferenti al Dipartimento di Prevenzione di Area Medica:

DIPARTIMENTO ONE HEALTH DELLA PREVENZIONE		
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA MEDICA		2024
Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale della popolazione a rischio.	N° vaccinazioni effettuate ultra 65-enni/ totale popolazione residente ultra 65-enni	30%
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	35,30%
	N° di persone che hanno aderito allo screening cervice uterina / popolazione di riferimento (25-41 anni) *100	40,61%
	N° di persone che hanno aderito allo screening colon retto /popolazione di riferimento (50-69 anni) *100	21,05%
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)	Numero interviste caricate in piattaforma / Numero di interviste target definito dall'ISS*100	PASSI: 199/220= 90,5% - PASSI D'ARGENTO: 63/66= 95,5%
Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (ReNCaM) Anni 2022-2023	N° schede codificate / N° annuale deceduti residenti *100	Anno 2022: 1484/1579= 94% Anno 2023: 1418/1505= 94%
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	119%
	Numero di interventi ispettivi in aziende agricole/Numero degli interventi programmati*100	100%
Garantire l'applicazione del Piano Regionale di programmazione e coordinamento degli interventi in materia di controllo ufficiale degli alimenti	Numero di controlli ufficiali effettuati /Numero di controlli ufficiali programmati*100	100%
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,	Numero di PMP attivati dalla sede SpreSAL di ASL/NUMERO complessivo di PMP da attivare in ogni sede SpreSAL di ASL	100%

DIPARTIMENTO ONE HEALTH DELLA PREVENZIONE		
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA MEDICA		2024
della formazione dell'informazione/comunicazione		

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		2024
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	100%
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	100%
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	100%
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	80%
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 2024/ numero totale di stabilimenti da categorizzare programmati 2024	100%
Garantire l'attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) di farmaci, sostanze illecite e contaminati nelle produzioni	Numero di campioni ufficiali effettuati nel 2024/ Numero di campioni ufficiali programmati nel 2024*100	100%

DIPARTIMENTO ONE HEALTH DELLA PREVENZIONE		
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA VETERINARIA		2024
alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale		
Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST ovi-caprine. Campionamenti.	Percentuale di ovini e caprini morti con età superiore a 18 mesi testati per TSE rispetto all' obiettivo di campionamento	Ovini: 156% Caprini:41%
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	91%

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

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSMD) 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		2024
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 minori nelle Case di Comunità	100%
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	100%
Garantire la riduzione dei 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 a rischio di inappropriatezza in DO	4,23% SPDC

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 2024
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%
AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Promozione delle attività formative per la valorizzazione delle capacità tecniche e del benessere del personale.	Numero 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 = 7,8
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	Delibera del direttore Generale n. 965 del 12.11.2024
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	Deliberazione del Direttore Generale n. 522 del 25/06/2024
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	38 iscritti (+27 rispetto al 2023)
AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Garantire la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e della TS-CNS tra i cittadini	% di MMG che alimentano il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	91,55%
AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO		% di documenti sanitari indicizzati su Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	75;10%
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: 6 (100% dei corsi programmati)
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	Redazione e aggiornamento di una specifica procedura interna, relativa all'applicazione corrente di misure volte al risparmio energetico entro il 31 dicembre	Procedura interna redatta entro i termini

RENDICONTAZIONE E ANALISI DEL PROGETTO CULTURA LEAN

Negli ultimi anni si è sviluppata un'attenzione crescente verso modelli innovativi, tra i quali il Lean Thinking, nati nel contesto manifatturiero e che, nel tempo sono stati applicati anche nel mondo dei servizi sanitari. Il Lean Thinking rappresenta una modalità gestionale finalizzata ad apportare valore aggiunto ai prodotti e/o servizi di un'organizzazione attraverso l'identificazione e la successiva riduzione degli sprechi insiti nei processi stessi.

Con delibera del Direttore Generale n. 971 del 14/11/2024 è stato adottato il progetto formativo biennale con il fine di introdurre la cultura Lean a supporto dell'efficientamento organizzativo. Più nello specifico si tratta di attività formative rivolte sia al personale sanitario che a quello

amministrativo articolate in momenti teorici e di attività pratica, allo scopo di favorire il confronto e la conoscenza intersettoriale e introdurre strumenti di lavoro gestionali applicabili anche ai progetti e al lavoro quotidiano degli operatori.

In relazione ai processi di cambiamento organizzativo ed istituzionale del SSR con l'attuazione del progetto l'azienda ha auspicato di rendere l'intera organizzazione aziendale in grado di gestire gli strumenti più appropriati per conseguire i risultati, ma soprattutto realizzare i necessari interventi per migliorare l'organizzazione al fine di sostenere gli sviluppi futuri dell'azienda.

RENDICONTAZIONE E ANALISI DEL PROGETTO CORSI ICA

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) sono le infezioni acquisite in contesti assistenziali e costituiscono una grave e frequente complicità dell'assistenza sanitaria.

Negli ultimi anni è stata posta una forte attenzione sulla prevenzione e controllo di queste infezioni a causa di un andamento epidemiologico in costante peggioramento con forti ripercussioni sulla salute degli assistiti. Le ICA sono comunemente attribuibili alle condizioni del paziente e alla qualità di assistenza fornita, ma è stato anche dimostrato che un buon assetto organizzativo dell'assistenza sanitaria contribuisce a prevenirle.

A livello regionale la deliberazione della Giunta Regionale n. 34/11 del 03/07/2018: "*Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie per la prevenzione, la sorveglianza e il controllo del rischio delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e per la lotta all'Antimicrobico Resistenza (AMR)*", ha definito il modello organizzativo di gestione del rischio infettivo nelle Asl della Regione Sardegna. L'Asl Gallura, con deliberazione del Direttore Generale n. 602 del 25/09/2023, ha costituito il Comitato Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA) e Gruppo Operativo per la gestione del rischio infettivo (GO), con la finalità di migliorare la sicurezza delle cure e la qualità dell'assistenza.

Nell'ambito delle attività formative previste dal PNRR, Missione M6C2 2.2 (b), durante il 2024 si è svolto un corso di formazione obbligatorio sul tema delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), rivolto al personale sanitario operante nelle strutture ospedaliere.

Le attività sono state differenziate in tre percorsi formativi, in coerenza alle linee guida fornite dall'Allegato 5 ACTION PLAN M6C2 2.2 b) e con l'attuale assetto organizzativo regionale.

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

L'azienda 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 2024
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	-26,02
AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire il monitoraggio trimestrale del volumi di attività e dei costi per C.D.R.	Monitoraggio volumi di attività/costi per CDR	Report trimestrali relativi a 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	BEP 2024 Ricavi = Costi
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	Report di monitoraggio continuo delle Macro-autorizzazioni di spesa anno 2024
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'attuazione dei processi di cambiamento organizzativo e di reingegnerizzazione connessi ai riassetti organizzativi e operativi	Definizione del Piano dei Centri di Responsabilità in coerenza con il nuovo assetto organizzativo definito dall'atto aziendale	Predisposizione del Piano dei Centri di Responsabilità in linea con le indicazioni RAS
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 di programmazione e rendicontazione entro i termini previsti dalla normativa vigente

RENDICONTAZIONE E ANALISI DEI PRINCIPALI INDICATORI 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 i target di risultato relativi all'anno 2024 del set di indicatori di impatto individuati 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	2024
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	28%
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	-26,02
	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 strutture aziendali *100	AREA TECNICA		0	60% UU.OO PRESIDII	AREA TECNICA	100%
		Numero di corsi di sensibilizzazione 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	0
	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 bersaglio annuo*100	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	50		T. cervice=40% ; T. colon retto=30%;T .mammella= 35%	FLUSSI INFORMATIVI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Screening Cervice: 40,61%. -Screening Colon retto: 21,05% - Screening Mammografico: 35,3%
	% di ultra 65enni in CDI	% di ultra 65enni in CDI/totale popolazione residente anziana età >=65*100	DISTRETTI			>4%	FLUSSO ADI	1,29 %
	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	ORTOPEDIA		57,46%	>=70%	FILE A	50,00%

INDICATORI DI IMPATTO								
DIMENSIONE	INDICATORE	FORMULA	RESPONSABILE	PESO	BASELINE	TARGET DI VALORE PUBBLICO ATTESO 2023-2025	FONTE	2024
		frattura del femore *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	% DRG a rischio di inappropriatazza in DO	UU.OO ASSISTENZA OSPEDALIERA		7,98%	<=20%	FILE A	9,95%
	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%	60%	FILE A	68,54%
	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	64,42%
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	Numero parti cesarei primari/numero totale di parti cesarei*100	GINECOLOGI A E OSTETRICA		28%	15%-20%	FILE A	28,81%
	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.

RENDICONTAZIONE E ANALISI DEL PROGETTO PAGOPA

L'ASL Gallura 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 ha ottenuto un finanziamento pari a 221mila euro. Il circuito di pagamento PagoPA sarà applicabile ai vari servizi (es. copia cartella clinica, vaccinazioni non obbligatorie, degenze a pagamento, accesso atti, servizio verifica impiantistiche ecc) entro giugno 2026; ad oggi sono 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.

Al fine di modernizzare le strutture fisiche e digitali aziendali ed ottimizzare la comunicazione tra l'azienda sanitaria ed i pazienti, tra le attività svolte nel corso dell'anno 2024 nell'ambito del progetto PagoPA, si richiama la Delibera n. 634 del 23/07/2024 relativa alla fornitura di un software gestionale per il centralino interattivo/virtuale da affiancare al personale già assegnato al servizio, con il fine di migliorare il servizio offerto agli utenti, riducendo le chiamate perse, le attese e ottimizzando il trasferimento delle chiamate ai vari reparti/UO/servizi.

RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA MACRO-STRUTTURE E STRUTTURE AZIENDALI

Di seguito si riporta la tabella con i risultati di Performance organizzativa delle strutture dell'ASL GALLURA riferite all'anno 2024.

STRUTTURA	RISULTATO PERFORMANCE ORGANIZZATIVA
COORDINAMENTO FUNZIONI DI STAFF	100,00
SC AREA DATA MANAGEMENT	100,00
SSD QUALITA' E RISK MANAGEMENT	100,00
DIPARTIMENTO AREA AMMINISTRATIVA	95,00
SC AREA ECONOMICO FINANZIARIA	82,50
SC AFFARI GENERALI E CAPITALE UMANO	70,00
SC TECNOLOGIE E TRANSIZIONE DIGITALE	95,00
SC AREA TECNICA	98,86
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE -DSMD	88,47
SC SERD	88,24
SC CSM	76,47
SSD SPDC	100,00
SSD UNOPIA	94,12
SC PSICOLOGIA DELLE CURE PRIMARIE	88,47
DIPARTIMENTO DONNE E MINORI -DDM	92,66
SC GINECOLOGIA E OSTETRICIA	85,63
SC PEDIATRIA	95,70
SSD CONSULTORIO	97,06
DIPARTIMENTO PREVENZIONE AREA MEDICA	98,24
SC IGIENE E SANITA' PUBBLICA	98,68
SSD SIAN	100,00
SSD SPRESAL	100,00
DIPARTIMENTO PREVENZIONE AREA VETERINARIA	98,86
SC RANDAGISMO E ANAGRAFE CANINA	42,5
SC SANITA' ANIMALE	100,00
SSD SIAPZ	100,00
SSD SIAOA	100,00
DIPARTIMENTO OSPEDALE TERRITORIO -DDHT	90,59
SC DMP OLBIA	93,47
SSD DMP TEMPPIO	69,38
SSD DMP LA MADDALENA	85,62
SC DISTRETTO OLBIA	95,46
SC DISTRETTO TEMPPIO	98,29
SC DISTRETTO LA MADDALENA	98,25
SC SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE	100,00
SSD FARMACIA OSPEDALIERA	75,00
SSD FARMACIA TERRITORIALE	89,50
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E URGENZA -DE	94,21
SC ORTOPEDIA	84,68
SC UTIC-CARDIOLOGIA	86,20
SC PRONTO SOCCORSO OLBIA	76,86
SSD PRONTO SOCCORSO TEMPPIO	86,68
SSD PRONTO SOCCORSO LA MADDALENA	85,67

STRUTTURA	RISULTATO PERFORMANCE ORGANIZZATIVA
SSD SUB INTENSIVA TEMPPIO	95,38
SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE	89,63
SC CHIRURGIA URGENZA	94,39
SC MEDICINA URGENZA	74,02
DIPARTIMENTO MEDIA INTENSITA' ASSISTENZIALE - DMIA	93,64
SC CHIRURGIA OLBIA	84,69
SC MEDICINA OLBIA	97,97
SC ONCOLOGIA OLBIA	100,00
SC EMODIALISI	94,32
SC RADIOLOGIA OLBIA	92,75
SC LABORATORIO ANALISI OLBIA	97,97
SC ANATOMIA PATOLOGICA	97,97
SSD MEDICINA TRASFUSIONALE	100,00
DIPARTIMENTO BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE E CRONICITA'-DBIA	84,81
SC ORTOPEDIA TEMPPIO	94,54
SC CHIRURGIA POLISPECIALISTICA	97,63
SSD NEUROLOGIA	100,00
SSD MOBI	92,57
SC MEDICINA TEMPPIO	96,46
SSD RIABILITAZIONE OSPEDALE TERRITORIO TEMPPIO	100,00
SSD RIABILITAZIONE OSPEDALE TERRITORIO OLBIA -LA MADD.	100,00
SC DIABETOLOGIA	97,97
SC RADIOLOGIA TEMPPIO	90,22
SSD LABORATORIO ANALISI TEMPPIO	100,00
SSD DIAGNOSTICA BI LA MADDALENA	93,82

Per l'analisi della seguente 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.

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-

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:

- agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità;
- 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 2024, 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 2024 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 2024 ha coinvolto 1.570 dipendenti e alla data della stesura della presente relazione risultano completate il 99,81% delle valutazioni di tutti i dipendenti, conseguendo una valutazione media di 93,31 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 l'area incarichi Posizione-Funzione e l'area dei Funzionari hanno riportato una media di valutazione superiore alla media complessiva di ASL.

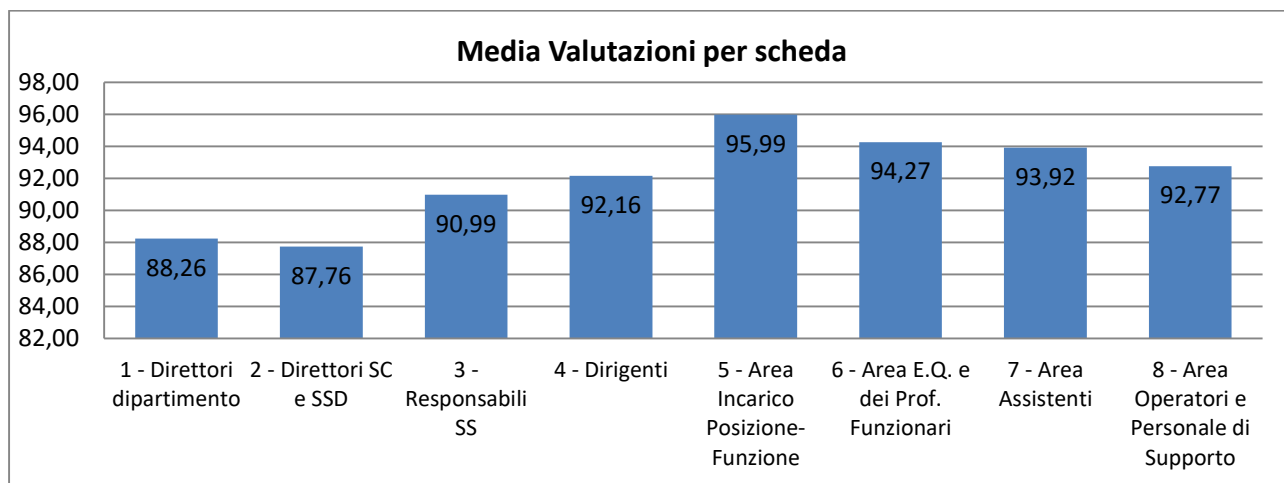


Figura 2 Media di valutazione per scheda di valutazione ASL GALLURA

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						Totale Valutazioni
	96-100	91-95	86-90	81-85	76-80	<=75	
Numero persone	772	400	187	113	42	56	1570

Si rileva che circa il 50% dei dipendenti ha conseguito una valutazione compresa tra i valori 96-100, il 25% tra il 91-95, il 12% tra l'86-90. Solamente il 7,20% ha conseguito una valutazione compresa nell'intervallo 81-85, e soltanto il 3,57% ha conseguito una valutazione al di sotto del 75.

Asl Gallura	% Distribuzione Range di Valori						Totale Valutazioni
	96-100	91-95	86-90	81-85	76-80	<=75	
Numero persone	49,17%	25,48%	11,91%	7,20%	2,68%	3,57%	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 90,99, ad eccezione delle schede dei Direttori di Dipartimento e dei Direttori SC e SSD.

Il valore medio più alto si registra nelle schede delle Posizioni Organizzative e Coordinatori, con un punteggio pari a 95,99, seguito dall'area dei Funzionari.

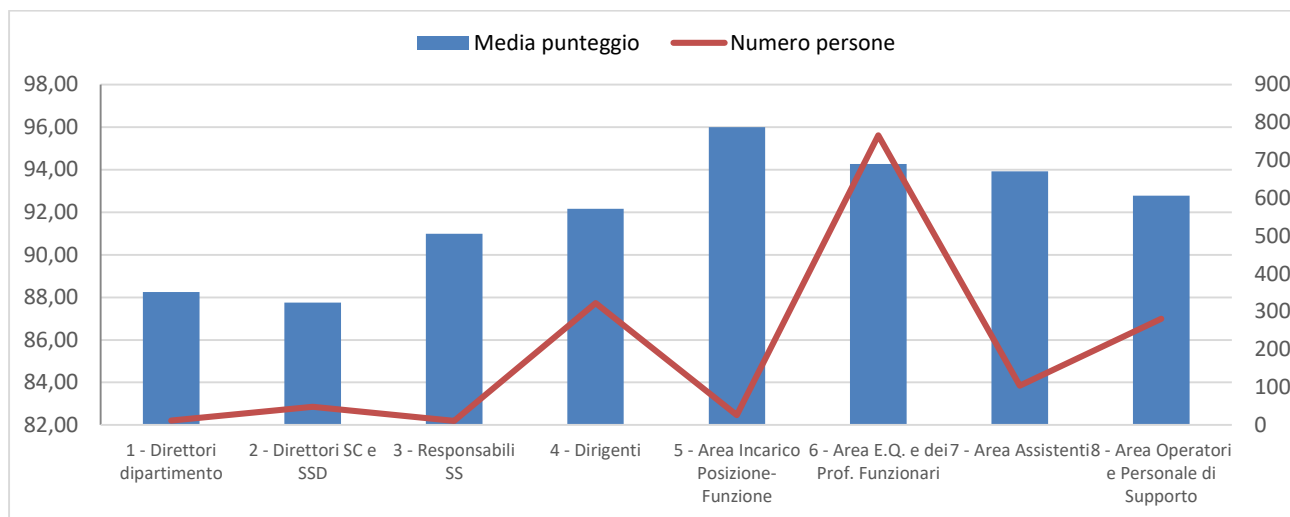


Figura 3 Visualizzazione grafica dei punteggi conseguiti, suddivisi per Scheda di Valutazione associata

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 individua il "Divieto di discriminazione e promozione delle pari opportunità negli ambienti di lavoro".

L'azienda nel corso dell'anno 2024 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

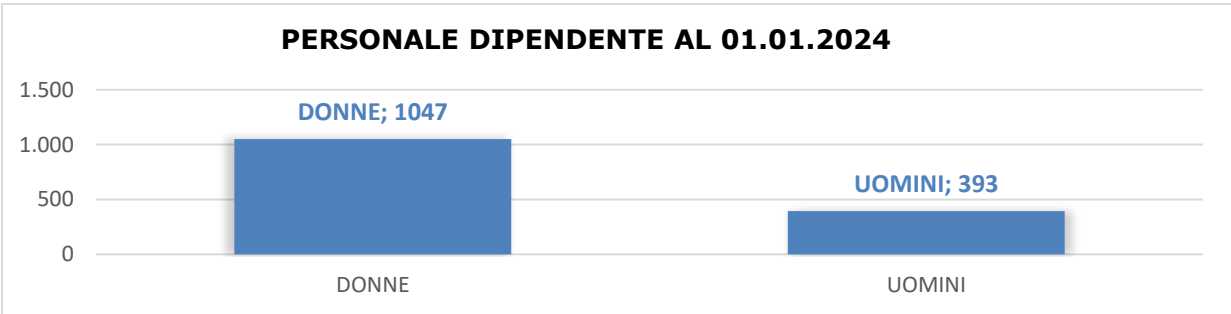
nell'individuazione di strumenti normativi e regolamentari che consentono di migliorare la conciliazione della vita familiare con quella lavorativa attraverso la diffusione e il costante aggiornamento della normativa in materia di tutela della maternità e paternità.

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

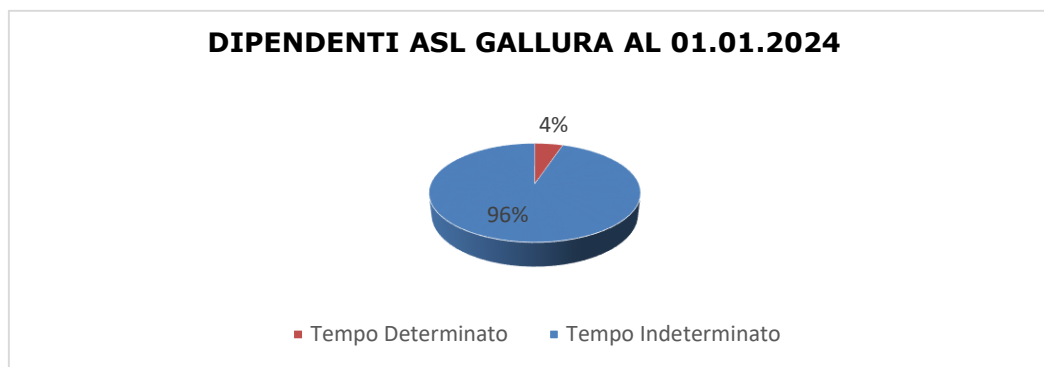
AZIONE	OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2024
Contrasto a qualsiasi forma di discriminazione e di violenza	Predisposizione e adozione del Codice di Condotta contro le molestie sessuali e morali per la tutela della dignità delle persone	Delibera del direttore generale n. 640 del 10.10.2023 di adozione del Codice di comportamento	Diffusione del codice di comportamento
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	Proposta di valutazione e monitoraggio del rischio stress lavoro correlato negli operatori sanitari e 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
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 del Direttore Generale n. 200 del 12.04.2023 di Costituzione del Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.)	Costante valutazione dell'ambiente di lavoro

4.2 Analisi di genere del personale dipendente

Dall'analisi del personale dipendente in servizio al 01.01.2024 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.

Nel corso dell'anno 2024 l'azienda socio-sanitaria locale della Gallura ha attuato e sviluppato il lavoro agile in aderenza a quanto disposto dalle Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni consentendo il miglioramento dei servizi pubblici e l'equilibrio fra vita professionale e vita privata.

L'ASL Gallura con delibera del Direttore Generale n.888 del 17/10/2024 ha adottato il regolamento aziendale per la disciplina del lavoro a distanza per il personale del comparto e delle aree dirigenziali al fine di stabilire un quadro regolamentare chiaro per l'implementazione del lavoro a distanza.

Il regolamento distingue due ipotesi che presentano significative differenze in relazione al grado di flessibilità offerto: il lavoro agile, prestazione lavorativa eseguita in parte all'interno dei locali dell'Azienda entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale ed il lavoro da remoto, prestazione lavorativa svolta, con vincolo di tempo e nel rispetto dei conseguenti obblighi di presenza derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro, attraverso una modificazione del luogo di adempimento della prestazione lavorativa, in un luogo idoneo e diverso dalla sede dell'ufficio al quale il dipendente è assegnato.

L'Azienda ha proceduto ad un'analisi 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:

- la salute organizzativa
- la salute professionale

- salute digitale

Dalla analisi dello stato di salute organizzativa l'Asl Gallura ha scelto di implementare, in via sperimentale e nel limite delle postazioni disponibili, il lavoro da remoto nella forma del telelavoro domiciliare. La valutazione dell'assetto organizzativo e amministrativo ha fatto emergere che:

CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE	DIMENSIONI	INDICATORI	ANNO 2024
	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 auto-organizzarsi	
		% 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 2024 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

Il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) - Aggiornamento 2024 è stato aggiornato con delibera ANAC n°31 del 30/01/2025. L'Aggiornamento tiene conto sia delle semplificazioni che il legislatore ha introdotto per le amministrazioni di piccole dimensioni (meno di 50 dipendenti), sia delle semplificazioni per i piccoli comuni individuate da ANAC nei precedenti PNA. Fornisce precisazioni e suggerimenti che tengono conto dei rischi di corruzione ricorrenti nelle piccole amministrazioni comunali e individua gli strumenti di prevenzione della corruzione da adattare alla realtà di ogni organizzazione, consentendo di massimizzare l'uso delle risorse a disposizione - umane, finanziarie e strumentali - per perseguire più agevolmente i rispettivi obiettivi strategici e, al contempo, migliorare complessivamente la qualità dell'azione amministrativa. 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.

Una efficace azione di prevenzione della corruzione comporta il coinvolgimento di tutti coloro che operano nell'azienda, mediante continue e fattive interlocuzioni – anche informali - con il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) da parte dei vari soggetti responsabili delle diverse aree gestionali.

L'importante ruolo di impulso e coordinamento del sistema di prevenzione è affidato al RPCT, con riferimento sia alla fase di predisposizione della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del Piano integrato di attività e organizzazione della Pubblica Amministrazione (PIAO).

Nell'anno 2024 il PIAO è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 36 del 24/01/2024 e il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza della ASL n. 2 della Gallura 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 dà 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 2024
AREA DI PERFORMANCE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	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 2024 ha rilevato la soddisfazione dell'utente proponendo un modello di valutazione partecipativa. La partecipazione dei cittadini utenti alla valutazione delle performance organizzative viene promossa 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 2024 ha riguardato i seguenti eventi clinici:

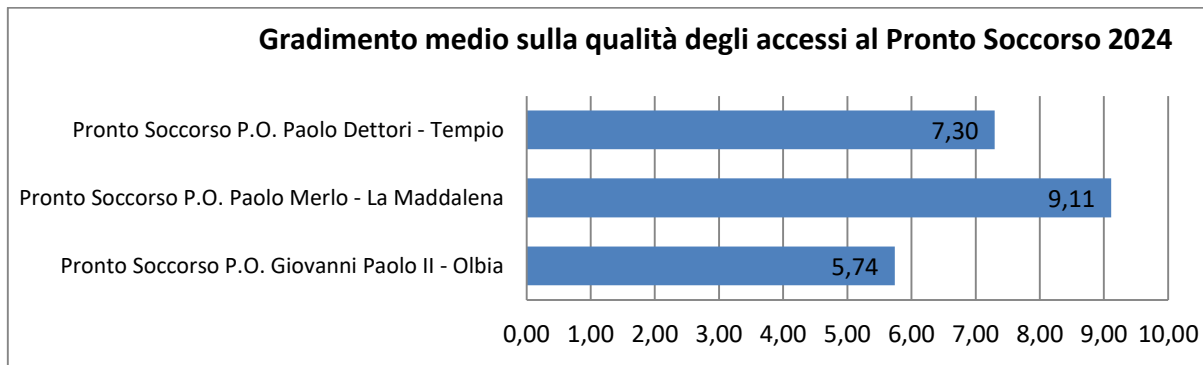
- Accessi in Pronto Soccorso
- Ricoveri Ospedalieri
- Visite Ambulatoriali con l'utilizzo della cartella clinica SISAR

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.

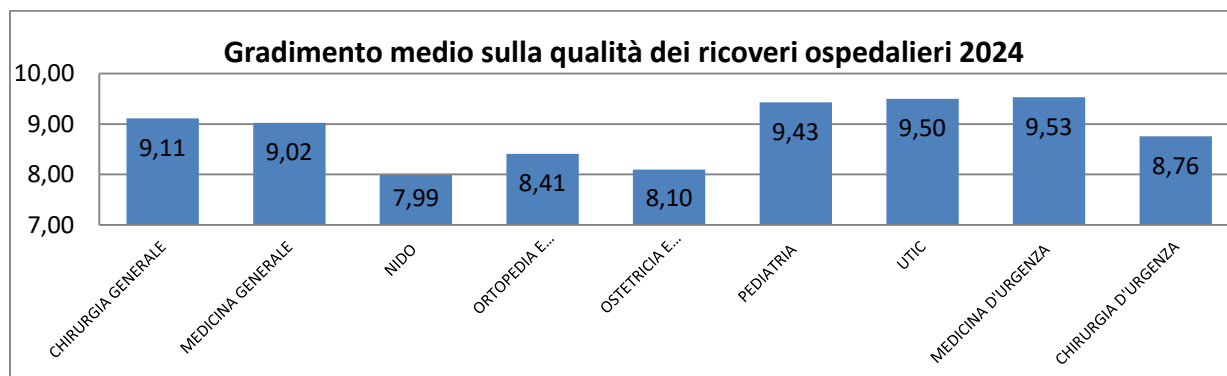
Si può affermare che il giudizio e la valutazione sui vari item analizzati risulta complessivamente molto adeguato. L'accessibilità alla struttura, la valutazione del comfort degli ambienti, la pulizia

dei locali, le informazioni dal personale medico, infermieristico e tecnico, sono aspetti corrispondenti a percentuali alte e medio alte.

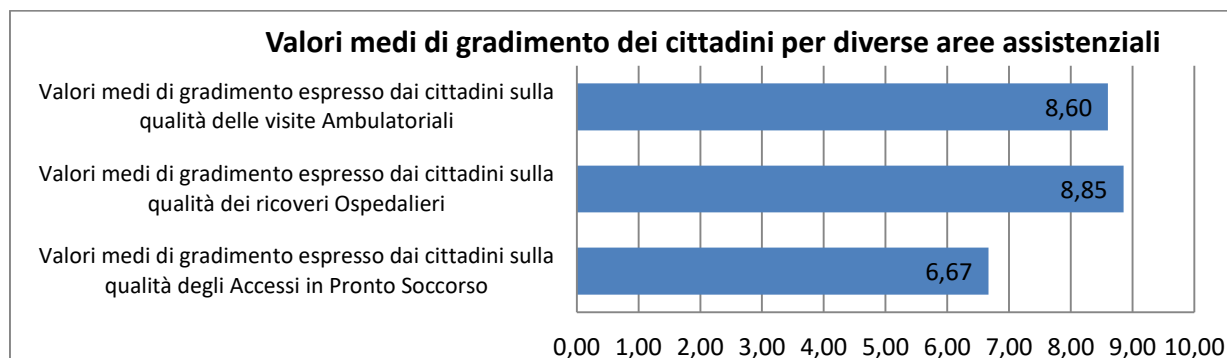
Per l'area della emergenza urgenza si evidenzia da parte dei cittadini un gradimento sulla qualità percepita sostanzialmente stabile rispetto al 2023; le valutazioni dei servizi da parte degli utenti mostrano un sostanziale equilibrio rispetto all'anno passato. Si registra una bassa adesione alla compilazione del questionario in rapporto al numero degli accessi.



Per l'area dell'assistenza ospedaliera i risultati che emergono dall'analisi dei questionari somministrati all'utenza registrano valori positivi, e si rilevano minime variazioni statistiche rispetto all'anno 2023. Come osservato per l'area dell'emergenza urgenza, anche in ambito ospedaliero si registra una bassa adesione alla compilazione dei questionari.



Relativamente alle visite ambulatoriali la risultante della misurazione tramite questionario registra valori di gradimento molto adeguato. I valori espressi nel grafico sono alterati da una variabilità del numero dei questionari somministrati all'utenza per sede.



Come precedentemente espresso la misurazione è inficiata da una bassa adesione dell'utenza. Pertanto sarebbe sarà cura dell'azienda programmare una nuova campagna di sensibilizzazione

ai cittadini ma anche al personale medico, infermieristico e agli operatori socio-sanitari, volta a far comprendere l'importanza della ricaduta di tale strumento.

N. QUESTIONARI SOMMINISTRATI	
Accessi in Pronto Soccorso	188
Ricoveri Ospedalieri	69
Visite Ambulatoriali	139

7. Il 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 2024 è avvenuta nel mese di maggio e giugno 2025 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 2025
Misurazione della performance individuale	SC Area Data Management	MAGGIO 2025
Redazione della Relazione sulla Performance 2024	SC Area Data Management	GIUGNO 2025
Validazione e adozione della Relazione sulla Performance 2024	Direzione strategica	GIUGNO 2025

7.2 Punti di forza e di debolezza del Ciclo delle Performance

Nel corso del 2024 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, inoltre, consente di definire il contributo dell'apporto dei singoli operatori in termini di Performance individuale. Con deliberazione del Direttore Generale n°524 del 26/06/2024 si è proceduto ad adottare il regolamento per la gestione del processo di budget al fine di descrivere il processo di budget attraverso la definizione dei principali contenuti di processo e delle fasi che lo compongono, fornendo elementi di dettaglio in merito allo scopo, alle tempistiche ed al ruolo degli attori in esso coinvolti.

CICLO PERFORMANCE E PROCESSO DI BUDGET 2024

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; nella maggior parte dei casi gli obiettivi proposti sono annoverabili tra le attività ordinarie e istituzionali 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 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 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.