

**RELAZIONE
PERFORMANCE
ANNO 2025
ASL GALLURA**

ANNO 2026

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	9
3.LA MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DELL'AZIENDA - ANNO 2025	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>49</i>
4. PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE.....	52
4.1 <i>Pari Opportunità e Valorizzazione del benessere.....</i>	<i>52</i>
4.2 <i>Analisi di genere del personale dipendente.....</i>	<i>54</i>
4.3 <i>Organizzazione del lavoro agile.....</i>	<i>54</i>
4.4 <i>Formazione del personale.....</i>	<i>55</i>
5. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	56
6. LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DEGLI UTENTI.....	57
7.IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	59
7.1 <i>Fasi, soggetti e responsabilità.....</i>	<i>59</i>
7.2 <i>Punti di forza e di debolezza del Ciclo delle Performance.....</i>	<i>59</i>

Premessa

La presente Relazione è redatta a conclusione del Ciclo di gestione della Performance 2025 dell'Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 2 della Gallura (di seguito definita Azienda), 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 2025 dall'Azienda 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

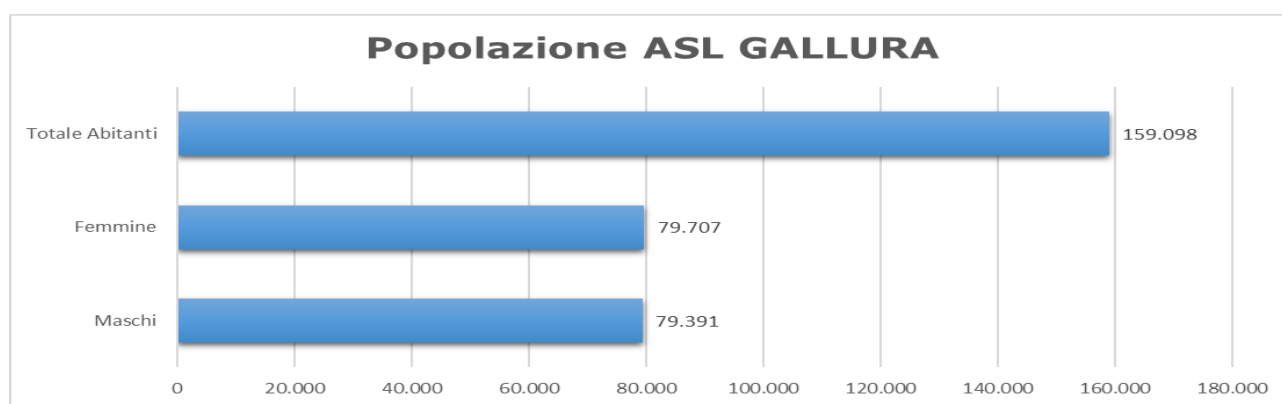
Il contesto in cui opera l'azienda è caratterizzato da una pluralità di bisogni e da rapidi mutamenti della struttura socio-demografica che comportano perciò una gestione improntata alla ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi.

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 daranno 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.

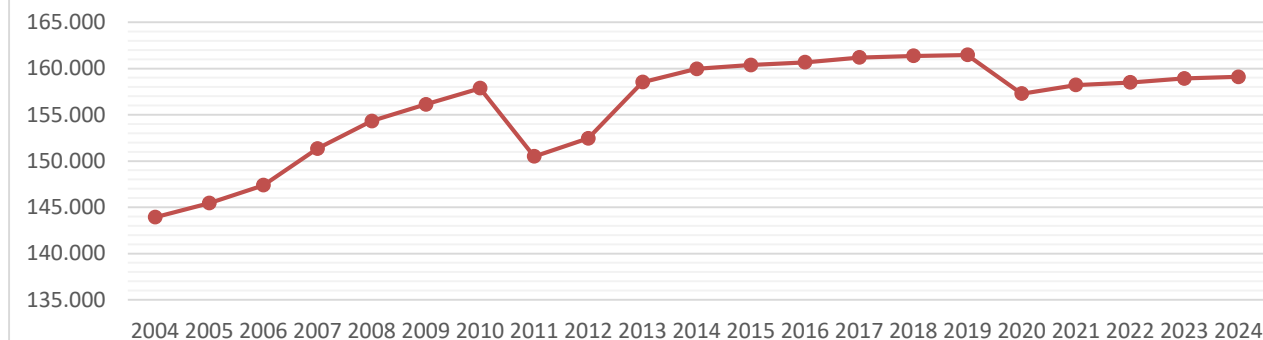
La popolazione del territorio di competenza dell'azienda al 01.01.2025 ammonta a 159.098 residenti.



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2025)

La maggior parte della popolazione risiede nei comuni di Olbia (61.658 abitanti), Tempio Pausania (13.003 abitanti), Arzachena (13.451 abitanti) e La Maddalena (10.476 abitanti) e quindi prevalentemente lungo la costa nord orientale. La maggioranza dei comuni che compongono il territorio di competenza dell'azienda sono di piccole dimensioni ed altro elemento caratterizzante sono i nuclei residenziali di matrice rurale, che si manifestano con diversi gradi di densità abitativa. Nonostante la densità demografica molto bassa (47 ab/km²) ed una estensione di 3.397 kmq, una popolazione ancora non particolarmente "invecchiata" (specie nel contesto sardo) si traduce in saldi tendenzialmente positivi. La positività del tasso di crescita totale, in questi ultimi anni, è stato determinato da un positivo saldo migratorio totale.

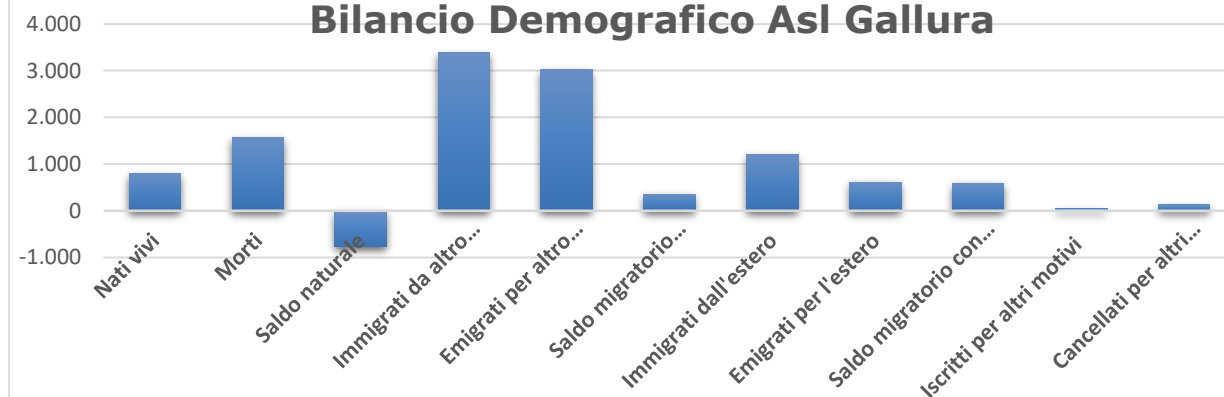
Trend di popolazione ASL Gallura



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2025)

Per il periodo 2004-2024 l'Azienda registra in valore assoluto un incremento della popolazione di circa 15.177 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.

Bilancio Demografico Asl Gallura



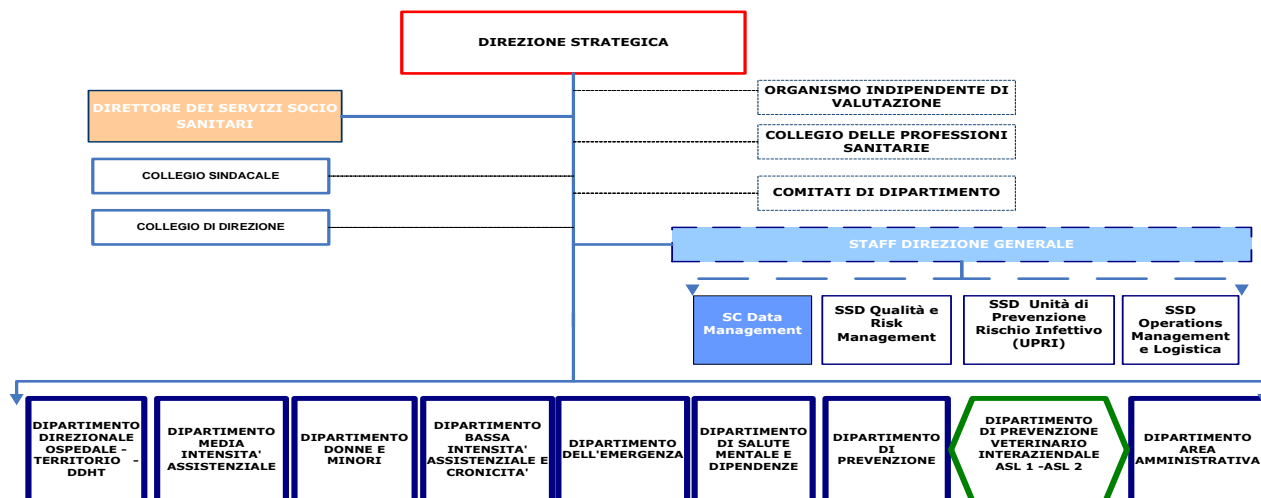
Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2025)

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 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 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 2025 è doveroso premettere che gli stessi potrebbero essere suscettibili di rettifica in quanto il CE preconsuntivo 2025 è stato predisposto tenendo conto delle risultanze del bilancio di verifica al 31/12/2025 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.

Valore della produzione

L'analisi dei dati relativi al valore della produzione evidenzia un valore totale pari ad euro 373.827.542,62. Di seguito si riporta una tabella riepilogativa delle principali voci ad esso correlate.

VALORE DELLA PRODUZIONE	ANNO 2025
A.1) Contributi in c/esercizio	348.860.168,76
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-1.000.000,00
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	0,00
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	17.067.221,95
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	6.180.916,79
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.284.221,45
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	0,00
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00
A.9) Altri ricavi e proventi	435.013,67
TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE	373.827.542,62

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

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 2025 ha un valore totale pari ad euro 365.579.811,33.

COSTO DELLA PRODUZIONE	ANNO 2025
B.1) Acquisti di beni	44.460.357,15 €
B.2) Acquisti di servizi	189.797.085,38 €
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	4.910.704,84 €
B.4) Godimento di beni di terzi	2.871.331,81 €
B.5) Personale del ruolo sanitario	76.077.618,46 €
B.6) Personale del ruolo professionale	233.738,19 €
B.7) Personale del ruolo tecnico	9.989.692,58 €
B.8) Personale del ruolo amministrativo	6.289.051,55 €
B.9) Oneri diversi di gestione	1.265.658,95 €
B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	200.421,74 €
B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	6.738.175,17 €
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0,00 €
B.13) Variazione delle rimanenze	0,00 €
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	22.745.975,51 €
TOTALE COSTO DELLA PRODUZIONE	365.579.811,33

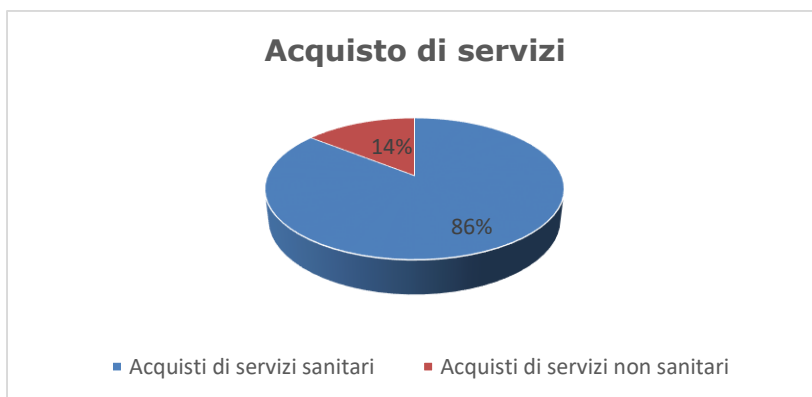
Nell'ambito del costo totale di produzione occorre evidenziare il peso significativo del costo delle Prestazioni di Servizi pari al 52% e del costo del Personale pari al 25% del costo totale, come si evince dal seguente grafico.



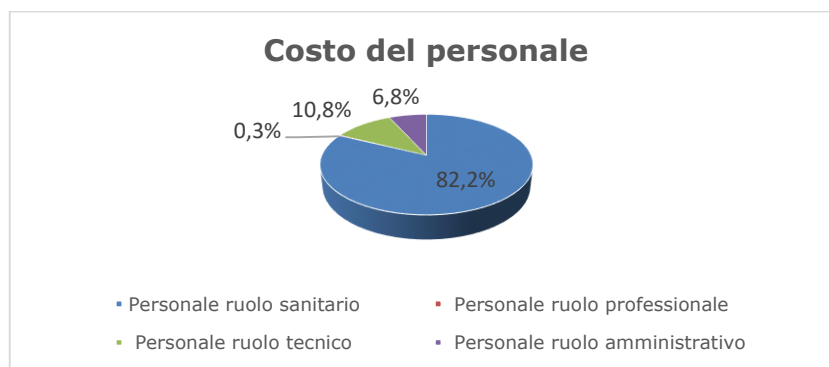
Nel grafico seguente si evidenzia la composizione della voce "Acquisto di beni" che ha un valore totale di euro 44.460.357,26 ed è rappresentato per il 99% circa dal costo dei beni sanitari e solo l'1% circa dal costo dei beni non sanitari.



Con riferimento alla voce di costo riferita alla voce "Acquisti di servizi", il grafico seguente evidenzia la rilevanza del valore degli acquisti dei Servizi Sanitari (quali la medicina di base, la farmaceutica, la specialistica ambulatoriale, l'ospedaliera, la riabilitativa, l'integrativa, la protesica, ecc.) che rappresenta l'86% circa del costo totale dei servizi.



Al riguardo si specifica che l'orientamento aziendale è rivolto essenzialmente al potenziamento dell'integrazione ospedale-territorio, ove la centralità del paziente richiede, necessariamente, l'intervento integrativo di strutture socio-assistenziali le quali, nel medio termine, costituiranno una concreta soluzione all'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri, pertanto si può ragionevolmente affermare che tale costo è determinato principalmente oltre che da un aumento della popolazione residente, dall'aumento degli ultra 65enni presi in carico soprattutto per le forme di cronicità e per un maggior ricorso all'utilizzo delle strutture socio-assistenziali e alle strutture convenzionate per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali di riabilitazione fisica e sensoriale. Il costo del Personale ammonta ad euro 92.590.100,76; in particolare si rileva il grande peso del costo del Personale Sanitario che rappresenta l'82,2% del costo totale del personale.



RISORSE UMANE

L'organico attuale rappresenta l'elemento fondamentale, caratterizzante e distintivo dell'Azienda nel perseguimento della missione aziendale. Di seguito l'organico dell'azienda alla data del 01/01/2025 suddiviso per Ruolo e per tipologia contrattuale.

PERSONALE ASL GALLURA AL 01/01/2025			
RUOLO/ NATURA CONTRATTO	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO	TOTALE
RUOLO AMMINISTRATIVO	146	8	154
RUOLO PROFESSIONALE	2	1	3
RUOLO SANITARIO	1.037	35	1072
RUOLO SOCIO-SANITARIO	189	3	192
RUOLO TECNICO	54	1	55
TOTALE	1.428	48	1.476

La tabella seguente riporta un'analisi quantitativa e qualitativa relativa al personale dell'azienda riferita al 01/01/2025 e al 01/01/2024 ed il relativo confronto.

Analisi caratteri qualitativi/quantitativi			
Dipendenti ASL GALLURA	Numero al 01/01/2025	Numero al 01/01/2024	Variazione
Numero totale dipendenti	1.476	1.440	36
Numero totale dipendenti ruolo sanitario	1.072	1.068	4
Numero totale dipendenti ruolo tecnico	55	47	8
Numero totale dipendenti ruolo socio-sanitario	192	173	19
Numero totale dipendenti ruolo professionale	3	3	0
Numero totale dipendenti ruolo amministrativo	154	149	5
Numero totale donne	1.080	1.047	33
Numero totale uomini	396	393	3
Età media del personale	51	51	0
Età media del personale a tempo indeterminato	51	51	0
Età media del personale non a tempo indeterminato	39	43	-4
Numero totale dei dirigenti	353	367	-14
Età media dei dirigenti	52	52	0
Età media dei dirigenti a tempo indeterminato	52	53	-1
Età media dei dirigenti non a tempo indeterminato	44	44	0
Età media del personale dirigente femminile	51	51	0
Età media del personale dirigente femminile a t. indet.	51	51	0
Età media del personale dirigente femminile non a t. indet.	44	42	2
Età media del personale dirigente maschile a t. indet.	54	55	-1
Età media del personale dirigente maschile non a t. indet.	44	47	-3
Età media del personale dirigente maschile	53	55	-2
% di dirigenti donne (sul totale dirigenti)	62%	62%	0
% di dirigenti uomini (sul totale dirigenti)	38%	38%	0
% di dirigenti donne (sul totale personale)	15%	16%	0
% di dirigenti uomini (sul totale personale)	9%	10%	0
Numero totale dipendenti a tempo indeterminato	1.428	1.388	40
Numero totale dipendenti a tempo indeterminato donne	1.049	1.018	31
Numero totale dipendenti a tempo indeterminato uomini	379	370	9

2. Il Sistema di Gestione del Ciclo della performance

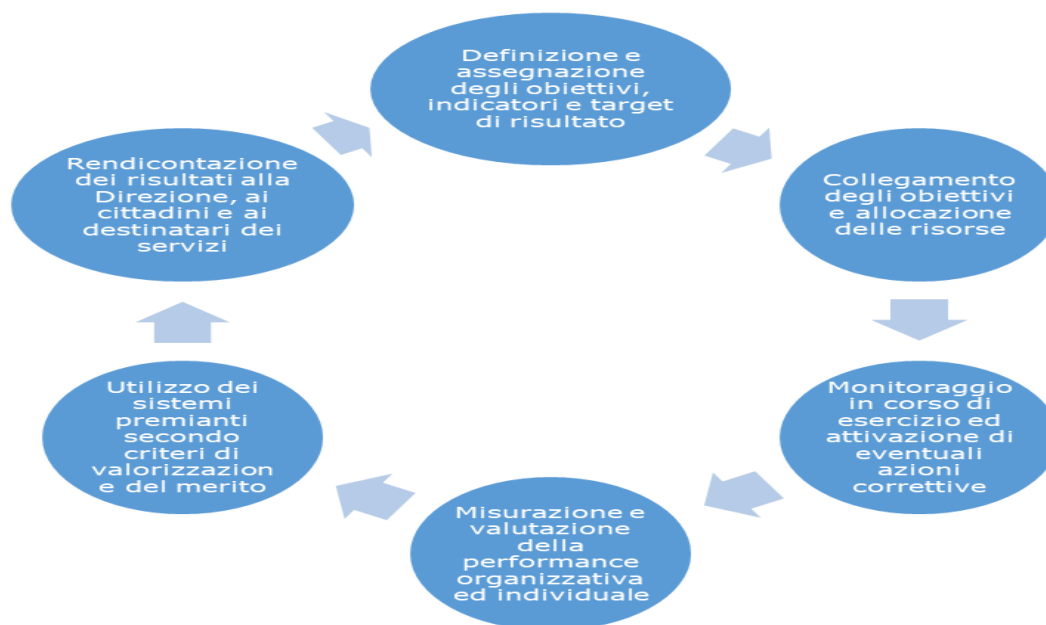
Il ciclo di funzionamento delle aziende sanitarie prende avvio con la programmazione sanitaria e socio- sanitaria dell'offerta di servizi assistenziali con l'obiettivo di garantire livelli di fruibilità e di disponibilità delle prestazioni in grado di saturare il bisogno di assistenza reale. L'individuazione 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.19/21 del 09/04/2025 "Obiettivi dei Direttori generali delle aziende sanitarie regionali. Anno 2025", ha assegnato gli obiettivi per l'anno 2025 ai Direttori generali delle aziende sanitarie; tali obiettivi strategici sono sintetizzabili in due livelli come segue:

1. livello dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e della qualità;
2. livello della sostenibilità economica e finanziaria.

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 Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), 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.

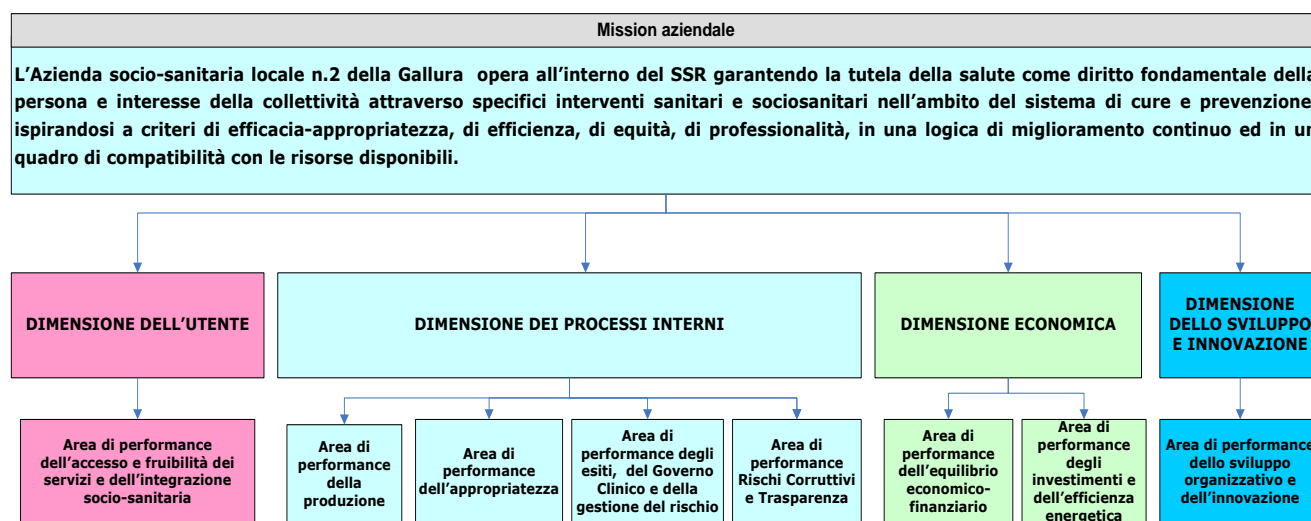
Il Ciclo di Gestione della Performance dell’Azienda è sviluppato secondo le fasi qui di seguito sinteticamente descritte:

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 e 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 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 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 2022 -2024 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 dell'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 - Anno 2025

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 2025 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 31/12/2025 è stata definita nei mesi di marzo ed aprile 2026 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 calcolata

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 2025, l'azione dell'Azienda 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 ha svolto la propria attività nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità che 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 2025 con deliberazione del Direttore Generale n. 44 del 31/01/2025 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'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 NUOVO SISTEMA DI GARANZIA (NSG);
- Garantire l'attuazione del Piano Regionale di prevenzione (PRP) per dare concreta attuazione al Livello Essenziale di Assistenza (LEA) "Prevenzione collettiva e sanità pubblica";
- Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza;
- 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;
- Promozione delle attività formative per la valorizzazione e lo sviluppo delle capacità tecniche e del benessere del personale;
- Promuovere l'adozione del ciclo di clinical competence/privilege con la finalità di definire una mappa delle conoscenze specialistiche e garantire un efficace sviluppo del personale;
- Promuovere il benessere organizzativo dell'équipe al fine di tutelare e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale di tutte le risorse che operano al suo interno;
- Promuovere la rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti in relazione ai servizi erogati.

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

Nei primi dodici mesi dell'anno 2025 si osserva una diminuzione del volume di attività erogata dai presidi ospedalieri aziendali rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

ATTIVITA' DI RICOVERO ASL GALLURA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2025	2024	2023	DELTA 2025-2024
ORDINARIO	POSTI LETTO	241	244	304	
ORDINARIO	TOTALE CASI	6.054	6.523	6.969	-7,2%
ORDINARIO	DRG MEDICI	3.655	4.142	4.456	-11,8%
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	2.322	2.327	2.437	-0,2%
ORDINARIO	% DRG CHIRURGICI	38,35%	35,67%	34,97%	7,5%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	9,42%	9,31%	9,18%	1,2%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	12,42%	14,00%	13,17%	-11,3%

ATTIVITA' DI RICOVERO ASL GALLURA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2025	2024	2023	DELTA 2025-2024
ORDINARIO	GG DEGENZA	51.783	53.708	55.111	-3,6%
ORDINARIO	DEGENZA MEDIA	8,6	8,2	7,9	4,9%
ORDINARIO	PUNTI DRG	6.847	7.263	7.728	-5,7%
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,13	1,11	1,11	1,8%
ORDINARIO	TASSO OCCUPAZIONE POSTI LETTO	58,87%	60,14%	49,67%	-2,1%
ORDINARIO	% DRG "LEA" NON APPROPRIATI (all. B Patto della salute)	8,23%	7,66%	7,96%	7,4%
ORDINARIO	% DRG "LEA" APPROPRIATI CH (all. B Patto della salute)	81,30%	79,60%	80,2%	2,1%

Nel corso dell'anno 2025 si registra un lieve decremento rispetto all'anno 2024 del numero complessivo di dimissioni per acuti (-469) e di conseguenza si riduce il corrispondente volume complessivo di giornate di degenza che passano da 53.708 dei primi dodici mesi del 2024 a 51.783 dello stesso periodo del 2025. L'attività di ricovero dei DRG CH in regime ordinario, per il biennio 2025-2024, si conferma pressoché costante con appena -0,2%; si rileva invece una riduzione dell'11,8% per i DRG MD.

Il peso medio dei ricoveri per Acuti in regime ordinario registra un lievissimo incremento, passando dall'1,11 del quarto trimestre 2024 all'1,13 del quarto trimestre 2025 (versione 24 classificazione DRG). Il valore del peso medio osservato tra il 2023 e il 2025 è determinato da una casistica ospedaliera tendenzialmente stabile e da un miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza erogata ed in una prospettiva più ampia da una vision sempre più orientata all'appropriatezza organizzativa. L'appropriatezza del setting assistenziale del ricovero ospedaliero non registra pertanto scostamenti nel triennio 2023-2025.

In particolare, confrontando i dati aggregati dei Presidi Ospedalieri aziendali del quarto trimestre 2025 con quelli dello stesso periodo dell'anno precedente, si osserva un lieve incremento in regime ordinario dei 108 DRG a rischio inappropriata: dal 7,66% del 2024 all'8,23% del 2025. Questo dato potrebbe essere influenzato da un aumento dei dimessi con DRG a rischio di inappropriata.

A livello aziendale, il tasso di occupazione dei posti letto in regime ordinario su base biennale rileva un leggero calo per i primi dodici mesi del 2025 (58,87%) rispetto ad un valore del 60,14% dei primi dodici mesi dell'anno 2024.

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 pressoché costante; 8,6 gg. per i dodici mesi del 2025 e circa 8 gg. sia per il 2024 che per il 2023.

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

Nei primi dodici mesi dell'anno 2025 si osserva una lieve diminuzione del volume di attività in day hospital erogata dai presidi ospedalieri aziendali rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

ATTIVITA' IN DAY HOSPITAL ASL GALLURA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2025	2024	2023	DELTA 2025-2024
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	22	26	32	
DAY HOSPITAL	TOTALE CASI	2.743	2.828	2.521	-3,0%
DAY HOSPITAL	NUMERO ACCESSI	8.844	9.041	8.333	-2,2%
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	1.539	1.593	1.536	-3,4%
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	1.202	1.234	985	-2,6%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	2,92%	2,58%	3,25%	13,2%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	13,53%	13,93%	15,67%	-2,9%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	2.144	2.213	1.921	-3,1%
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,78	0,78	0,76	0,0%

L'analisi dell'attività ospedaliera per gli accessi in Day Hospital rileva una diminuzione passando dai 9.041 dei primi dodici mesi del 2024 ai 8.844 del 2025; diminuiscono anche i casi passando da un valore di 2.828 del 2024 a 2.743 del 2025 (-3%). In relazione all'attività di ricovero in regime diurno per il biennio 2025-2024 si osserva un lievissimo calo dei DRG CH del -2,6%, e la stessa tendenza si conferma anche per i DRG MD (-3,4%).

La capacità attrattiva extraregionale in regime diurno non registra particolari scostamenti né su base triennale né biennale: un valore pari al 3,25% nell'anno 2023, un valore del 2,58% nel 2024 ed un valore del 2,92% nel 2025.

I delta ascrivibili alla capacità di attrattività intra-regionale riferiti al 2025/2024 registrano un valore percentuale negativo di circa il 3%, mentre il delta riferito all'extraregionale misura un valore positivo di oltre il 13%. 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).

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 fundamentalmente due aspetti relativi a:

- 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 ed 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 2025 il numero degli accessi ai Pronto Soccorso aziendali, come evidenzia la tabella sottostante, è stato pari a 67.281 con un incremento del 6,35% rispetto all'anno precedente.

PRONTO SOCCORSO									
PRONTO SOCCORSO	CODICE BIANCO	CODICE VERDE	CODICE AZZURRO	CODICE ARANCIONE	CODICE ROSSO	TOTALE ACCESSI ANNO 2025	TOTALE ACCESSI ANNO 2024	DELTA 2025/2024	N°ACCESSI CON RICOVERO/N°TOTALE ACCESSI
ASL Gallura	1.970	30.137	21.097	12.429	1.648	67.281	63.262	6,35%	6,50%
	2,93%	44,79%	31,36%	18,47%	2,45%				
PO OLBIA	1.088	16.547	12.673	9.974	1.359	41.641	40.485	2,86%	8,80%
	2,61%	39,74%	30,43%	23,95%	3,26%				
PO TEMPIO	729	5.367	5.259	2.014	210	13.579	12.045	12,74%	3,59%
	5,37%	39,52%	38,73%	14,83%	1,55%				
PO LA MADDALENA	153	8.223	3.165	441	79	12.061	10.732	12,38%	1,83%
	1,27%	68,18%	26,24%	3,66%	0,66%				

La distribuzione degli accessi per codice triage mostra un leggero aumento degli accessi con livello di gravità medio alto (52%) con quelli di gravità medio basso (48%) con l'esclusione dei traumi o inviati dal medico di famiglia; tale dato fa supporre come una quota della popolazione che raggiunge le strutture di PS Aziendali potrebbe essere decisamente ridotta con la completa implementazione del DM 77/2022, che individua la definizione di modelli per lo sviluppo dell'assistenza territoriale attraverso la presa in carico dei pazienti all'interno delle nuove strutture previste dal PNRR.

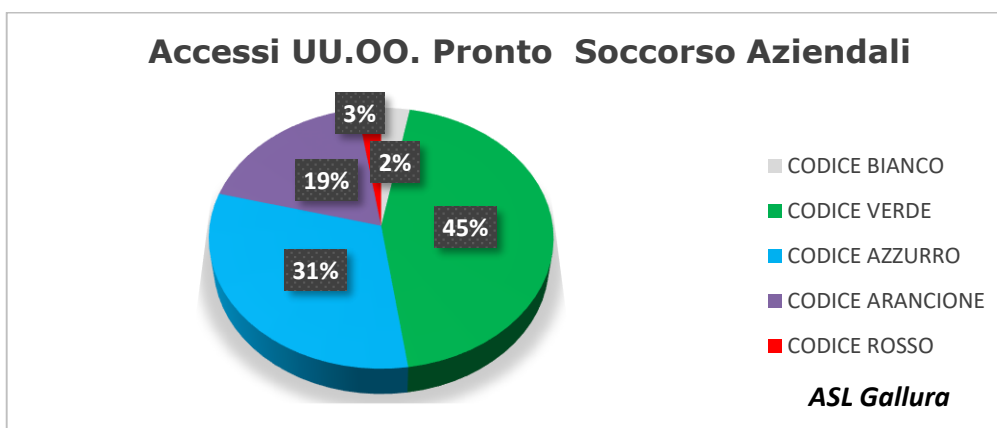
Altro elemento significativo riguarda le differenze tra PS della stessa azienda. Per quanto riguarda il Pronto Soccorso del P.O. Giovanni Paolo II di Olbia, i codici bianchi costituiscono la minoranza con appena il 2,61% del totale. I codici rossi, cioè i degenti in pericolo di vita sono il 3,26% dei casi su 41.641 accessi. I codici arancioni con funzioni vitali a rischio evolutivo sono il 23,95% dei casi. I codici azzurri che indicano un'urgenza differibile che richiede prestazioni

complesse sono il 30,43%. La maggioranza è rappresentata dai codici verdi con il 39,74%, pazienti in condizioni stabili senza rischio evolutivo. In virtù della adozione della DGR 10/23 del 16.03.2023 la codifica 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 P.O. Paolo Dettori di Tempio Pausania registra il 5,37% di codici bianchi sul totale. I codici rossi costituiscono la minoranza con appena l'1,55% dei casi su 13.579 accessi. I codici arancioni con funzioni vitali a rischio evolutivo sono il 14,83% dei casi. I codici azzurri che indicano un'urgenza differibile che richiede prestazioni complesse sono il 38,73% sul totale accessi e i codici verdi con il 39,52% rappresentano la maggioranza.

L'analisi dei dati del Pronto soccorso del P.O. Paolo Merlo di La Maddalena evidenzia che i codici bianchi rappresentano l'1,27% del totale. I codici rossi lo 0,66% dei casi su un totale di 12.061 accessi. I codici arancioni con funzioni vitali a rischio evolutivo sono il 3,66% dei casi. I codici azzurri che indicano un'urgenza differibile che richiede prestazioni complesse sono il 26,24% sul totale accessi. Per il Pronto soccorso del P.O. Paolo Merlo la maggioranza è rappresentata dai codici verdi con il 68,18% su un totale di 12.061 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 alle UU.OO. di Pronto Soccorso dell'azienda evidenzia che il codice Arancione rappresenta il 18,47% degli accessi in Pronto Soccorso e il codice Azzurro registra il 31,36% sul totale. Le due codifiche con quasi il 50% su 67.281 accessi evidenziano una forte domanda verso una presa in carico in un percorso ad alta complessità. I codici verdi, pazienti in condizioni stabili senza rischio evolutivo, con il 45% rappresentano la seconda casistica trattata. I codici Rossi sono il 2,45% degli accessi, mentre i codici bianchi sono il 2,93%. Appare opportuno fare un focus specifico sugli accessi al pronto soccorso attribuibili ai non residenti per evidenziare che nell'azienda si registra una delle più alte percentuali di flusso turistico dell'intera Regione: ad esempio nel corso del 2024 in Gallura si è registrato il passaggio di 8.260.074 passeggeri (4.376.839 a mezzo di nave, 3.883.235 con aeromobile), maggiore del dato complessivo di Cagliari, pari a 5.965.668 (Osservatorio del turismo, artigianato e commercio- Regione Sardegna) ed un **numero di accessi extra Regione e di stranieri** di

12.618 pari al **18,75%** del totale: tali accessi sono concentrati soprattutto nei mesi da aprile a settembre. Sebbene la gran parte della popolazione turistica sia di età inferiore ai 45 anni, data la dimensione di quest'ultima, la pressione negli ospedali e nei Pronto Soccorso cresce a dismisura, soprattutto nell'ambito dell'emergenza e del trauma.

ANALISI DEI PRINCIPALI INDICATORI DI STRUTTURA E DI PROCESSO

I trend descritti riferiti all'attività ospedaliera per il biennio 2025-2024 si ripercuotono su altri indicatori come quelli riportati nella seguente tabella.

OBIETTIVO OPERATIVO		STANDARD	INDICATORE	2025	2024	2023	DELTA 2025-2024
1	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	9,42%	11,42%	13,25%	-17,51%
2	Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	≤17%	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100	14,98%	12,91%	12,56%	16,03%
3	Aumentare la % dei ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatazza (All. B Patto per la salute 2010/2012)	>=87%	N° ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG LEA chirurgici/ N° totale di ricoveri per i DRG LEA chirurgici *100	75,12%	77,50%	68,76%	-3,07%
4	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	≤20%	% DRG a rischio di inappropriatazza in DO	8,23%	7,66%	8,79%	7,44%
5	Garantire la definizione degli standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	>=30%	% di segnalazione di ME (morti encefaliche) su numero di decessi con LCA	59,38%	43,75%	29,00%	23,82%

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 2025-2024 (-17,51%) rispetto allo standard $\leq 23\%$.

Rispetto all'Indicatore relativo alla **Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi** si osserva un lieve incremento dei valori registrati per il triennio oggetto di indagine passando dal 12,56% del 2023 al 14,98% del 2025, ma 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, le cui prestazioni dovrebbero più efficacemente essere collocate in diversi setting assistenziali, più

efficaci e meno dispendiosi, quali, ad esempio, il day-hospital o il livello distrettuale, con una riduzione dell'occupazione impropria dei reparti ordinari.

L'indicatore relativo all'aumento della **percentuale dei ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza (All. B Patto per la salute 2010/2012)** registra un lieve decremento di circa il 3% rispetto al 2024.

L'Indicatore che riguarda 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** evidenzia un lieve incremento rispetto al 2024 con un valore pari a 8,23% ma in linea con il parametro di riferimento che risulta essere minore o uguale al 20%.

Con riferimento alla **% di segnalazione di ME (morti encefaliche) su numero di decessi con LCA** si rileva un incremento del valore che passa dal 29% del 2023 al 59,38% nel 2025.

ANALISI INDICATORI SPECIFICI PRESIDIO OSPEDALIERO – PIANO NAZIONALE ESITI (PNE)

Di seguito si riporta una disamina degli **indicatori più rilevanti del Piano Nazionale Esiti (PNE)** che rappresenta non un semplice sistema di monitoraggio ma uno strumento strategico di governance che permette di analizzare non solo le strutture e le unità operative, ma anche i processi e gli esiti delle cure. Di seguito si analizza il gruppo degli indicatori riferiti ad attività non procrastinabili ossia quelle attività/interventi che secondo le indicazioni nazionali sono prioritari e non differibili.

INDICATORI DI ESITO	2024			2025			Delta 2025-2024		
	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	Indicatore
Interventi chirurgici tumore colon Priorità A - Fonte dati: ABACO									
P.O. Giovanni Paolo II Olbia	12	14	85,71%	20	21	95,24%	8	7	114,29%
Interventi chirurgici tumore retto Priorità A									
P.O. Giovanni Paolo II Olbia	4	4	100,00%	2	2	100,00%	-2	-2	100,00%
Interventi chirurgici tumore mammella Priorità A - Fonte dati: ABACO									
P.O. Giovanni Paolo II Olbia	56	251	22,31%	82	301	27,24%	26	50	52,00%

Fonte dati: ABACO

INDICATORE	SEDE	2025	2024	2023	DELTA 2025-2024
Riduzione della percentuale di parti cesarei primari					
% parti cesarei primari	OLBIA	38,54%	28,81%	31,69%	33,77%
Intervento chirurgico entro 2 giorni per frattura del femore (over 65)"					
Intervento chirurgico entro 2 giorni su persone con fratture del femore di età >= 65 anni	OLBIA	34,43%	50,00%	60,18%	-31,14%
	TEMPIO	0%	0%	0%	0,00%
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni					
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	OLBIA	65,63%	64,42%	67,33%	1,88%
Proporzione di Infarti Miocardici Acuti (IMA) trattati con PTCA (angioplastica) entro 2 giorni					
Proporzione di IMA trattati con PTCA entro 2 giorni	OLBIA	64,11%	68,54%	64,35%	-6,46%

Fonte dati: 3M 360

L'analisi dell'indicatore relativo agli **interventi chirurgici per tumore del colon (Priorità A)** presso il P.O. Giovanni Paolo II di Olbia mostra un'evoluzione positiva tra il 2024 e il 2025 con un valore che passa dall'85,71% al 95,24%.

L'analisi dell'indicatore relativo agli **interventi chirurgici per tumore del retto (Priorità A)** presso il P.O. Giovanni Paolo II di Olbia mostra un quadro di massima efficienza, seppur su volumi ridotti.

L'analisi dell'indicatore relativo agli **interventi per tumore della mammella (Priorità A)** presso il P.O. Giovanni Paolo II di Olbia evidenzia un incremento nel biennio 2024-2025 passando dal 22,31% del 2024 al 27,24% del 2025.

L'analisi dell'indicatore relativo alla **Percentuale di parti cesarei primari (PCP)** presso il Presidio Ospedaliero di Olbia evidenzia un incremento del valore che passa da 28,81% dell'anno 2024 al 38,54% del 2025. La condizione di stress, aumentata negli ultimi anni, porta le donne a percepire il parto naturale come un evento minaccioso e insostenibile e l'impossibilità di usufruire, quasi sempre, del servizio della parto-analgesia ha sicuramente contribuito all'incremento dell'indicatore.

L'analisi dell'indicatore relativo all' **Intervento chirurgico entro 2 giorni per frattura del femore (over 65)"** evidenzia un decremento del valore che passa dal 50% al 34,43%. 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 2025 tale patologia traumatica non è stata trattata.

L'analisi dell'indicatore relativo alla **Colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni** rileva un miglioramento del valore che passa dal 64,42% nel 2024 al 65,63% nel 2025.

L'analisi della tabella relativa alla **proporzione di Infarti Miocardici Acuti (IMA) trattati con PTCA (angioplastica) entro 2 giorni** rileva un lieve decremento del valore che passa dal 68,54% del 2024 al 64,11% del 2025.

ANALISI DEI PRINCIPALI INDICATORI DEL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA (NSG)

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento introdotto con il DM 12 marzo 2019 che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di verificare - secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza - che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Gli indicatori individuati dal DM 12 marzo 2019 sono 88, distribuiti per macro-aree. All'interno del NSG è stato individuato un sottoinsieme di indicatori, cosiddetto "CORE", in sostituzione della "Griglia LEA" (in vigore fino al 2019), da utilizzare per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni.

I 22 indicatori cosiddetti CORE sono suddivisi in tre macro-aree:

- N° 6 per l'area della prevenzione collettiva a sanità pubblica
- N° 9 per l'assistenza distrettuale
- N° 6 per l'assistenza ospedaliera.

Per ciascun indicatore appartenente al sottoinsieme CORE viene calcolato, grazie ad una specifica funzione di valorizzazione, un punteggio su una scala da 0 a 100, con il punteggio 60 corrispondente alla soglia di garanzia minima (ovvero di "sufficienza"). Ulteriori punteggi o penalità sono attribuiti sulla base della variabilità temporale e geografica del valore dell'indicatore. Viene poi calcolato il punteggio finale per ciascuna macro-area di assistenza: al contrario della Griglia LEA, infatti, la nuova metodologia non sintetizza in un unico punteggio la valutazione delle Regioni, ma misura, in maniera indipendente per ogni macro-area, il rispetto globale dei LEA. Affinché l'esito della valutazione globale sia positivo e quindi una Regione risulti "adempiente", il punteggio di tutte e tre le macro-aree dovrà essere non inferiore a 60.

Di seguito si riporta per ciascuna macro-area alcuni indicatori del NSG riferiti all'azienda relativi al triennio 2023-2025.

PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA		2025	2024	2023
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	<i>Indicatore composito per la misura delle attività dei programmi organizzati di screening oncologici e dell'adesione agli stessi da parte della popolazione invitata.</i>	25.120	24.978	15.553
Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	<i>Indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale e vegetale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino.</i>	95,12%	90,28%	82,96%
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	<i>Indicatori per il monitoraggio dei livelli di copertura delle attività di prevenzione delle malattie infettive, con riferimento alle vaccinazioni effettuate nell'età pediatrica.</i>	95%	96%	95%
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	<i>Indicatori per il monitoraggio dei livelli di copertura delle attività di prevenzione delle malattie infettive, con riferimento alle vaccinazioni effettuate nell'età pediatrica.</i>	92,50%	95%	94%

Indicatore composito per gli screening oncologici: il dato evidenzia **una significativa ripresa** delle attività di prevenzione:

- **2023:** 15.553
- **2024:** 24.978
- **2025:** 25.120

Il dato del 2023 suggerisce una situazione complessa, probabilmente legata a liste di attesa o ritardi organizzativi post-pandemici. Il balzo del 2024 indica che l'Azienda ha messo in atto un'efficace strategia di **recupero delle liste** e un potenziamento degli inviti. Il passaggio da un valore dell'indicatore da un valore di circa 15.500 a oltre 25.000 dimostra un ritorno alla piena operatività dei programmi, garantendo una copertura diagnostica molto più ampia rispetto al 2023.

Indicatore composito per la sicurezza alimentare: misura l'efficacia dei controlli su sostanze illecite, residui di farmaci, fitofarmaci e additivi negli alimenti.

- **2023:** 82,96%
- **2024:** 90,28%
- **2025:** 95,12%

Nel triennio 2023-2025 si osserva un trend di crescita costante ed un progressivo rafforzamento della capacità di vigilanza. In soli due anni, la copertura delle attività di controllo è aumentata di oltre 12 punti percentuali: il superamento della soglia del **95% nel 2025** indica una copertura quasi totale dei monitoraggi previsti. Questo riduce il rischio che alimenti (sia di origine animale che vegetale) contengano elementi contaminanti o sostanze illecite. Il trend positivo costante riflette un impegno concreto nella tutela della salute pubblica attraverso la prevenzione dei rischi chimici e biologici nella filiera agroalimentare.

Copertura vaccinale per il ciclo di base (esavalente) nei bambini di 24 mesi:

- **2023:** 95%
- **2024:** 96%
- **2025:** 95%

nel triennio 2023-2025 i dati mostrano una situazione di sostanziale stabilità.

Copertura vaccinale per la 1^a dose di MPR (Morillo, Parotite, Rosolia) nei bambini di 24 mesi:

nel triennio 2023-2025 si rileva un andamento altalenante dell'indicatore con una flessione finale:

- **2023:** 94%
- **2024:** 95%
- **2025:** 92,5%

Dopo aver raggiunto nel 2024 la soglia del **95%**, il dato del 2025 scende al **92,5%**.

ASSISTENZA DISTRETTUALE		2025	2024	2023
Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	<i>Indicatore proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della medicina territoriale, preposti al trattamento delle patologie indicate sia in termini di prevenzione che di cura.</i>	397,39	413,33	447,035
Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	<i>Indicatore proxy della ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi della pediatria di libera scelta, preposti al trattamento delle patologie indicate sia in termini di prevenzione che di</i>	155,8	155,1	135,2
Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	<i>L'indicatore monitora la quota di prestazioni erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B (Breve), permettendo di misurare le capacità di governo dei tempi di attesa nel garantire</i>	95,1%	94,5%	93,4%
Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	<i>Indicatore composito per fasce d'età che monitora il consumo di alcuni farmaci considerati sentinella / traccianti dal punto di vista dell'appropriatezza di consumo.</i>	5122	5477,91	2906,73
Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria.	<i>Indicatori proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche</i>	3,17%	2,49%	6,33%

ASSISTENZA DISTRETTUALE		2025	2024	2023
Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	<i>Indicatori che forniscono informazioni sull'offerta di strutture residenziali/semiresidenziali extra ospedaliere in relazione al fabbisogno potenziale.</i>	10,26	9,83	7,43
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	<i>Indicatore per la misura dell'offerta di servizi di cure palliative domiciliari per la presa in carico e l'assistenza dei pazienti oncologici terminali.</i>	54,00%	55,00%	60,00%

Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

e scompenso cardiaco: questo indicatore è fondamentale poiché misura indirettamente la capacità di tenuta dei servizi territoriali.

- **2023:** 447,035
- **2024:** 413,330
- **2025:** 397,390

Il trend evidenzia un miglioramento costante e significativo. Il NSG considera le ospedalizzazioni per queste patologie come "evitabili": un calo dei valori indica che i pazienti sono gestiti meglio a casa o negli ambulatori distrettuali, mitigando le acuzie che richiedono il ricovero. La diminuzione progressiva suggerisce che la medicina di base e i servizi distrettuali aziendali sono diventati più accessibili con minore pressione sui reparti ospedalieri per acuti e un risparmio economico che può essere reinvestito nella prevenzione.

Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite:

- **2023:** 135,2
- **2024:** 155,1
- **2025:** 155,8

Per il NSG, asma e gastroenterite sono considerate patologie a basso rischio di ricovero se gestite correttamente sul territorio. Un aumento del tasso di ospedalizzazione è interpretato come un segnale di sofferenza della pediatria di libera scelta o dei servizi distrettuali, che non riescono a trattare queste condizioni in ambulatorio, portando i pazienti in ospedale.

Il dato aziendale 2025 pari a 155,8 indica una pressione impropria sugli ospedali per patologie che dovrebbero essere risolte a livello ambulatoriale o in una gestione domiciliare dei casi meno gravi.

Percentuale di prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B (Breve), che prevede l'erogazione del servizio entro 10 giorni: questo è un indicatore cruciale del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per monitorare l'accessibilità alle cure.

- **2023:** 93,4%
- **2024:** 94,5%

- **2025:** 95,1%

Nel triennio 2023-2025 si osservano valori in linea con il target previsto dal NSG e dal Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa (PNGLA), che fissano come obiettivo un range tra 80%- 90% delle prestazioni erogate entro i tempi.

Consumo di antibiotici (farmaci sentinella/traccianti) per 1.000 abitanti: questo indicatore è fondamentale per valutare l'appropriatezza prescrittiva e il contrasto all'antibiotico-resistenza.

- **2023:** 2.906,73
- **2024:** 5.477,91
- **2025:** 5.122,00

Nel triennio 2023-2025 i dati mostrano un aumento seguito da una lieve flessione.

L'obiettivo è quello di ridurre il consumo di antibiotici per prevenire l'insorgenza di batteri resistenti. L'incremento del consumo registrato tra il 2023 e il 2024 indica una prescrizione elevata e probabilmente una gestione inefficiente delle infezioni virali trattate erroneamente con antibiotici. La lieve discesa nel 2025 conferma l'utilità dell'avvio delle campagne di sensibilizzazione verso i medici prescrittori (Medici di Medicina Generale e Pediatri), ma il volume di consumo resta ancora elevato.

In ottica NSG, l'indicatore riflette una bassa appropriatezza prescrittiva territoriale, richiedendo interventi di monitoraggio e formazione per ricondurre il consumo di antibiotici a livelli sostenibili e sicuri per la salute collettiva.

Percentuale di re-ricoveri in psichiatria tra 8 e 30 giorni: questo indicatore è un parametro fondamentale per valutare l'efficacia della presa in carico territoriale.

- **2023:** 6,33%
- **2024:** 2,49%
- **2025:** 3,17%

Un tasso elevato di riammissioni ospedaliere a breve termine suggerisce spesso una criticità nella fase di dimissione o una carente continuità assistenziale da parte dei servizi territoriali (CSM). Nel 2024, con un valore pari al 2,49% si registra un miglioramento rispetto al 2023: questo calo indica un potenziamento dei percorsi di post-dimissione e una maggiore efficacia degli interventi territoriali "proxy". Il dato riferito all'anno 2025 pari al 3,17% non è esaustivo in quanto si deve tenere conto della chiusura del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) a partire dal 30 maggio 2025 a causa della difficoltà dell'azienda a reperire figure professionali specialistiche nell'ambito delle cure psichiatriche.

Tasso di copertura dell'assistenza residenziale e semiresidenziale per gli anziani non autosufficienti (spesso identificato come indicatore D14 o similare nei flussi ministeriali).

- **2023:** 7,43%
- **2024:** 9,83%

- **2025:** 10,26%

Dall'analisi dei dati riferiti al triennio 2023-2025 si rileva un tasso del 7,43% nel 2023 che nel 2024 aumenta al 9,83% (+32%): tale incremento indica un forte investimento o un'attivazione di nuovi posti letto/servizi extra ospedalieri. Il valore si stabilizza nel 2025 sopra la soglia del 10% (10,26%). Un aumento di questo valore è considerato positivo nel quadro del NSG in quanto più alto è il rapporto tra anziani trattati in strutture residenziali/semiresidenziali e popolazione residente, migliore è la capacità del distretto di farsi carico della fragilità cronica.

Integrazione Socio-Sanitaria: La crescita dell'indicatore suggerisce una migliore integrazione tra la componente sanitaria e quella sociale, obiettivo cardine della riforma introdotta dal DM 77/2022 per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Impatto sui LEA: In sede di monitoraggio ministeriale, il superamento della soglia del 10% contribuisce positivamente al punteggio complessivo della macro-area "Distrettuale" (che deve raggiungere almeno 60/100 per essere considerata adempiente). L'azienda sembra quindi muoversi verso il pieno soddisfacimento degli standard di garanzia.

Numero di deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul totale dei deceduti per la stessa causa:

- **2023:** 60%
- **2024:** 55%
- **2025:** 54%

nel corso del triennio 2023-2025 si osserva un trend in lieve diminuzione. L'indicatore (codificato come **D30Z** o similare nei flussi ministeriali) è un pilastro dell'appropriatezza clinica nel fine vita. Il valore soglia fissato dal Ministero della Salute per questo indicatore è solitamente pari o superiore al **35%**. L'azienda, pur con il lieve calo registrato, si mantiene ampiamente sopra la soglia di sufficienza (54% vs 35%). Valori superiori al 50% indicano che più di un paziente oncologico su due riceve cure palliative, garantendo dignità nel fine vita e riducendo i ricoveri ospedalieri impropri negli ultimi giorni di vita.

ASSISTENZA OSPEDALIERA		2025	2024	2023
Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente.	<i>Indicatore che esprime la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei cittadini residenti.</i>	117,81*	121,99	118,67
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (all. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.	<i>Indicatore di utilizzo inappropriato del setting ospedaliero, fornisce informazioni sull'organizzazione della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato.</i>	8,23%	7,66%	7,96%
Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	Indicatore che misura la performance della struttura ospedaliera in relazione alla quota di interventi la cui degenza post-operatoria è considerata appropriata.	65,63%	64,42%	67,33%
Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	Indicatore che valuta la capacità di presa in carico da parte della struttura ospedaliera e il tempo di risposta al bisogno di assistenza dei pazienti con frattura del femore, per i quali si	34,43%	50,00%	60,18%

ASSISTENZA OSPEDALIERA		2025	2024	2023
	rende necessario un intervento chirurgico entro le 48 ore.			
Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti.	Indicatori che misurano la frequenza di ricorso al parto cesareo tra le donne che non hanno mai effettuato un taglio cesareo in precedenza, fornendo indicazioni sulla quota di cesarei a rischio di inappropriatazza.	38,54%	28,81%	31,69%

*massima disaggregazione - dato calcolato tenuto conto della mobilità intra-regionale

Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente:

- **2023:** 118,67%
- **2024:** 121,99%
- **2025:** 117,81%

Nel triennio 2023–2025 l'indicatore H01Z presenta un andamento complessivamente stabile, con oscillazioni contenute. Nel 2024 si osserva un incremento dell'indicatore fino a 121,99 (+3,32 punti rispetto al 2023). Tale aumento potrebbe essere correlato:

- al recupero di attività assistenziali precedentemente rinviate;
- a un maggiore ricorso ai ricoveri ospedalieri;
- all'aumento della domanda sanitaria della popolazione fragile e cronica.

Nel 2025 il valore diminuisce nuovamente attestandosi a 117,81, con una riduzione di 4,18 punti rispetto al 2024 e risultando inferiore anche al dato del 2023. Il dato suggerisce:

- una possibile maggiore appropriatezza dei ricoveri;
- un rafforzamento dei percorsi territoriali alternativi all'ospedalizzazione;
- una migliore integrazione tra assistenza ospedaliera e servizi territoriali.

Nel complesso, l'andamento del triennio evidenzia una sostanziale stabilità del ricorso all'assistenza ospedaliera, con lieve riduzione finale nel 2025, coerente con gli obiettivi di contenimento dell'ospedalizzazione evitabile e di sviluppo dell'assistenza territoriale.

Per la disamina degli altri indicatori NSG relativi all'area ospedaliera si rimanda ai paragrafi precedenti nei quali gli stessi sono stati già trattati.

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 dell'azienda ed 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 2025. 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.

Nelle Case di Comunità dell'azienda continuano i servizi dedicati al benessere psicologico avviati nell'anno 2024. 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. Complessivamente, dal mese di aprile 2024 al mese di ottobre 2025 sono stati presi in carico circa 2.500 pazienti che hanno avuto accesso al servizio secondo diverse modalità: direttamente tramite email, su richiesta di Medici e Pediatri, su indicazione di specialisti oppure attraverso la mediazione di Comuni e servizi socio-sanitari.

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.

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 in azienda 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.

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.

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 progetto è proseguito nell'anno 2025 con l'erogazione di prestazioni di endoscopia/colonscopia, cardiologia, radiologia ed urologia per un numero complessivo di ore pari a 347 e con una spesa liquidata pari ad euro 74.512,27 come da rendicontazione del Distretto di Olbia.

Con riferimento all'attuazione del PNGLA nell'anno 2025, analizzando i dati di cui alla seguente tabella:

RISULTATI RAGGIUNTI AL 31/12/2025		DISTRETTO OLBIA	DISTRETTO TEMPIO P.	DISTRETTO LA MADDALENA
Garantire il Governo delle Liste d'Attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio al fine di assicurare l'erogazione delle prime visite specialistiche e strumentali in agende pubbliche nel CUP, la tempestiva esecuzione della prestazione, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche.	Numero di prestazioni (PNGLA) erogate attraverso il CUP in agende pubbliche/Totale delle prestazioni erogate nel medesimo periodo *100	18,33%	71,01%	87,64%
	% di prestazioni oggetto di monitoraggio garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità U B D P	47,83%	42,73%	53,37%

si rileva una 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 18,33% 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 71,01% e dell'87,64%. Tale

eterogeneità del dato è 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'47,83%: tale valore tiene 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. registra una percentuale del 42,73% ed il distretto socio-sanitario di La Maddalena, interessato dal fenomeno dell'invecchiamento della struttura della popolazione, un valore percentuale pari al 53,37%.

Di seguito si riporta una tabella riepilogativa con le percentuali di erogazione delle prime visite ed esami diagnostici suddivisi per classe di priorità dalla quale si evince che il valore più basso, pari al 39,90%, si riferisce alla classe di priorità D-Prime visite differite (entro 30 gg.).

Percentuale di Prenotazioni di Prime Visite e di Esami Diagnostici garantite entro i tempi	
ASL GALLURA	
TEMPI	PERCENTUALI
U - Urgente (3 giorni)	97,90%
B - Breve (10 giorni)	95,00%
D - Differite Prime Visite (30 giorni)	39,90%
P - Programmata (120 giorni)	69,20%

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 2025 si registrano 527 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.

DISTRETTI		OLBIA	TEMPIO P.	LA MADDALENA
Garantire la promozione e la tutela della salute della donna, della famiglia e dell'età evolutiva	% di gravidanze fisiologiche e a basso rischio prese in carico	100%		
	N° visite area ginecologica	9.142		
	Numero di consulenze psicologiche /numero totale di consulenze psicologiche richieste*100	100%		
	N° colloqui problemi adolescenziali	527		
Garantire l'appropriatezza dell'assistenza in gravidanza attraverso il servizio di ecografia ostetrica	N° di ecografie eseguite	1.133		

Per quanto riguarda l'obiettivo di sviluppare le cure domiciliari integrate nel corso del 2025 si osserva un incremento rispetto all'anno 2024 raggiungendo una percentuale del 10,94% 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. La riorganizzazione dell'assistenza territoriale, attraverso il potenziamento delle Cure Domiciliari, favorisce 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	2025	2024	2023	DELTA 2025-2024
AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO E FRUIBILITA' DEI SERVIZI E DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	1	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 $\geq 65 * 100$	10,94%	1,29%	1,29%	748%
	2	Garantire il miglioramento delle cure oncologiche attraverso la costituzione di gruppi specialistici interdisciplinari	N° di consulenze effettuate/N° totale di consulenze richieste *100	100%	100%	100%	0%

RENDICONTAZIONE E ANALISI DEL PROGETTO ASCOT

Anche nel corso del 2025 gli ambulatori ASCOT (Ambulatori Straordinari di Continuità Territoriale) 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 essere dotate in modo definitivo dei MMG e PLS previsti dalle vigenti normative. La gestione è stata affidata prioritariamente a medici convenzionati di assistenza primaria e medici di continuità assistenziale in servizio presso l'azienda o altre Aziende regionali e liberi professionisti 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 - SMAC 2025

Con deliberazione n. 176 del 15/07/2025 con oggetto "*adozione Progetto SMAC (Summer Medical Assistance Continuity) Continuità Assistenziale Medica Estiva 2025*" sono stati attivati gli Ambulatori Straordinari di continuità assistenziale a bassa intensità, rivolti ai cittadini non residenti durante la stagione estiva 2025. Le attività svolte dai medici aderenti a tale progettualità hanno garantito l'assistenza medica nelle sedi con maggior flusso turistico (con apertura diurna di circa 7 ore al giorno, per 7 giorni alla settimana) consentendo, contestualmente, la riduzione degli accessi al Pronto Soccorso aziendale.

Il progetto, già adottato nel corso degli anni 2023 e 2024, 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 DO.MINO

Nell'anno 2025, il progetto DO.MINO (DONNE e MINORI) ha garantito come negli anni precedenti 2023-2024 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

La Gallura è il territorio che in Sardegna subisce il maggior impatto turistico. In continuità con gli anni precedenti anche nell'anno 2025, la Direzione Aziendale, ha approvato il progetto Dialisi Vacanza rivolto ai turisti che scelgono la Gallura per trascorrere il periodo estivo. Con deliberazione del Commissario Straordinario n. 79 del 17/06/2025 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

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

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.

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		2025
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	26,79%
	N° di persone che hanno aderito allo screening cervice uterina / popolazione di riferimento (25-41 anni) *100	38,93%
	N° di persone che hanno aderito allo screening colon retto /popolazione di riferimento (50-69 anni) *100	26,68%
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: 200/220= 91% - PASSI D'ARGENTO: 60/66= 91%

DIPARTIMENTO ONE HEALTH DELLA PREVENZIONE		
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA MEDICA		2025
Migliorare la completezza dell'archivio delle schede di morte (RENCAM) per almeno tre annualità consecutive	N° schede codificate / N° annuale deceduti residenti *100	anno 2023 1447/1513 = 95,64% - anno 2024 1390/1543= 90,08%
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	112%
	Numero di interventi ispettivi in aziende agricole/Numero degli interventi programmati*100	100%
	Numero di interventi ispettivi in aziende di altri comparti/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, della formazione dell'informazione/comunicazione	Numero di PMP attivati dalla sede SpreSAL di ASL/NUMERO complessivo di PMP da attivare in ogni sede SpreSAL di ASL	100%

In relazione agli obiettivi di screening, per l'annualità 2025, si è ritenuto di dover evidenziare che l'attività è stata svolta 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.

Nel 2025, nonostante il raddoppio degli inviti per lo screening mammografico (da 5.105 a 10.498), l'adesione si attesta al 26,79%, con un decremento rispetto all'anno precedente che ha risentito particolarmente sia della forte carenza di personale, sia di criticità legate all'organizzazione dell'attività. I dati riferiti allo screening del Colon Retto mostrano un miglioramento sia nel volume di attività che nell'efficacia: gli inviti aumentano del 36% e il tasso di adesione sale dal 22,40% al 26,68%. L'incremento riflette le recenti campagne di sensibilizzazione aziendali mirate a incentivare il ritiro dei kit diagnostici in farmacia. L'attività di Screening della Cervice Uterina presenta un andamento più regolare, pur con una lieve flessione nel 2025 (38,93% contro il 41,22% dell'anno precedente): resta lo screening con la partecipazione più bilanciata rispetto al volume di popolazione invitata.

Risultano 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.

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.

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		2025
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	94%
Garantire l'attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) di farmaci, sostanze illecite e contaminati nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale	Numero di campioni ufficiali effettuati nel 2024/ Numero di campioni ufficiali programmati nel 2024*100	100%
Garantire l'attuazione del Piano Straordinario di sorveglianza del rischio di introduzione della peste suina africana	Numero di controlli ufficiali effettuati /Numero di controlli ufficiali programmati*100	100%
Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare e delle strutture che producono alimenti di origine animale	Numero di controlli ufficiali effettuati /Numero di controlli ufficiali programmati*100	100%
Garantire il campionamento di alimenti al fine di ridurre i rischi alimentari batteriologici e/o chimici	Numero di campioni effettuati/Numero totale dei campioni programmati *100	94%
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	89%

In relazione agli obiettivi strategici si osserva che gli stessi risultano raggiunti come si rileva dagli indicatori sopra riportati.

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.

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.

Il SerD si occupa di prevenzione, terapia e riabilitazione per persone con disturbi legati all’assunzione di sostanze psicoattive (legali e illegali) e per coloro che manifestano comportamenti di dipendenza non da sostanze, come gioco d’azzardo e disturbi del comportamento alimentare. L’offerta assistenziale si articola su quattro livelli: servizi di I livello, servizi ambulatoriali, strutture residenziali e semi-residenziali che includono i servizi specialistici. Gli utenti di primo livello presi in carico nel corso del 2025, come mostrato in tabella, sono in aumento per tutti i vari disturbi legati all’uso di sostanze e anche per coloro che manifestano comportamenti di dipendenza non da sostanze.

UTENTI PRESI IN CARICO					
ANNO	TOSSICODIPENDENZE	ALCOOLISMO	GIOCO D'AZZARDO	ALTRO (DCA)	TOTALE UTENTI
2024	976	142	30	12	1.160
2025	1.040	179	53	13	1.285
Δ%	7%	26%	77%	8%	11%

La tabella mostra le differenze tra le annualità 2024/2025 nell’uso primario delle sostanze da cui emerge un aumento per i Cannabinoidi, nel consumo di cocaina e nell’uso dell’alcool.

Sostanze psicotrope	2024	2025	Δ%
	Uso Primario	Uso Primario	
Amfetamine	50	50	0%
Ecstasy e analoghi	79	79	0%
Benzodiazepine	70	70	0%
Cannabinoidi	176	224	27%
Cocaina	165	205	24%
Eroina	224	224	0%
Metadone	92	92	0%
Morfina	2	2	0%
Alcool	142	179	26%
Altro*	160	160	0%
Totale	1.160	1.285	11%

Di seguito si riporta una tabella con il numero degli inserimenti in strutture residenziali degli utenti per le dipendenze patologiche dalla quale si evince un incremento rispetto al 2024 del numero degli utenti inseriti per tossicodipendenze nelle strutture residenziali (+7) mentre è costante il numero degli utenti inseriti per alcool-dipendenze.

INSERIMENTI IN STRUTTURE RESIDENZIALI		
ANNO	2024	2025
N. UTENTI INSERITI PER TOSSICODIPENDENZE	37	44
N. UTENTI INSERITI PER ALCOOLDIPENDENZE	8	8
TOTALE	45	52

DETTAGLIO	2024	2025
N. GIORNI DI RICOVERO PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI	4.808	9.360
SEDUTA PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	3.280	1.440
SEDUTE PSICOTERAPIA FAMILIARE	1.320	720
PRESTAZIONI DI PSICOTERAPIA DI GRUPPO	1.188	767
COLLOQUI PSICOLOGICO-CLINICI AMBULATORIALI	980	1.898
COLLOQUI PSICOLOGICO-CLINICI IN REGIME OSPEDALIERO	63	72
PRESTAZIONI DI SERVIZIO SOCIALE	4.793	3.803
PRIME VISITE AMBULATORIALI	498	489
PRIME VISITE IN REGIME OSPEDALIERO	36	28
SECONDE VISITE AMBULATORIALI	4.324	6.140
SECONDE VISITE IN REGIME OSPEDALIERO	148	154
SOMMINISTRAZIONI TERAPIA	13.609	13.860
TERAPIE IN REGIME DI AFFIDO	11.288	11.859
PRELIEVI URINARI	10.167	10.658
ALCOLEMIE	984	940
RELAZIONI MEDICO LEGALI	940	941
TOT PRESTAZIONI	53.618	53.769

I servizi ambulatoriali attuano programmi terapeutico-riabilitativi e trattamenti farmacologici per le persone con dipendenze, oltre a offrire percorsi di sostegno dedicati ai familiari, garantendo consulenza e assistenza specialistica sia medico-sanitaria sia psicologica. La Tabella mostra in dettaglio i dati di attività dalle visite specialistiche, agli esami tossicologici, ai trattamenti con farmaci sostitutivi e/o antagonisti, colloqui di sostegno, psicoterapie individuali, inserimento in gruppi di sostegno per gli anni 2024 e 2025

I Centri di Salute Mentale (CSM) sono strutture territoriali del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) che offrono attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione per disturbi psichiatrici. Intervengono con visite psichiatriche, psicoterapia, trattamenti farmacologici, attività diurne e supporto per il reinserimento sociale e lavorativo.

La tabella sottostante riporta il numero di pazienti in carico dai centri di salute mentale aziendali. L'annualità 2025 evidenzia una maggiore presa in carico dell'utenza pari al 180%: tale incremento è attribuibile anche alla chiusura dell'attività ospedaliera svolta dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC).

CENTRI DI SALUTE MENTALE			Δ%
ANNO	2024	2025	
N. PAZIENTI PRESI IN CARICO	293	821	180%

Le strutture residenziali sono differenziate in base all'intensità di assistenza sanitaria. Sono collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili per prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e per favorire lo scambio sociale. Queste strutture hanno lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative. La tabella seguente sintetizza il numero degli utenti inseriti in strutture residenziali e i corrispondenti giorni di ricovero. Per il biennio 2024-2025 i dati mostrano un lieve aumento per tale modalità di presa in carico.

INSERIMENTO IN STRUTTURE RESIDENZIALI PER SOFFERENZE MENTALI		
ANNO	2024	2025
N. UTENTI INSERITI IN STRUTTURE RESIDENZIALI	37	48
N. GIORNI DI RICOVERO PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI	6.347	6.897

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è un reparto ospedaliero che gestisce, in regime di ricovero (volontario o obbligatorio - TSO), la fase acuta dei disturbi mentali. Svolge attività diagnostico-terapeutiche, consulenze in pronto soccorso e riabilitazione, con l'obiettivo di stabilizzare il paziente e favorire il rientro nel territorio.

L'Azienda nell'ultimo biennio ha subito una grave carenza di personale per quanto riguarda il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura: per tale motivo le attività di reparto del SPDC di Olbia sono state sospese il 30 maggio 2025 continuando comunque a garantire le consulenze ospedaliere ed i ricoveri extra ASL. Non potendo sguarnire i servizi territoriali altrettanto fondamentali per questa tipologia di utenza, è stata studiata una soluzione che ha consentito di tutelare pazienti, familiari e personale: gli operatori del Centro di Salute Mentale hanno coperto l'emergenza-urgenza psichiatrica con turni di pronta disponibilità.

Di seguito si riportano i dati relativi all'attività di ricovero dell'SDPC: i dati sono la conseguenza della necessaria premessa e pertanto occorre considerare che la differenza di attività è di segno negativo in quanto per l'anno 2025 si riferisce a soli 5 mesi.

Attività di ricovero SPDC	Anno 2024	Anno 2025	Δ%
Ricoveri	201	112	-44%
Riammissione tra 8 e 30 giorni dalla dimissione	5	2	-60%
TSO totali	36	7	-81%
TSO durante ricovero	19	5	-74%
Contenzioni	37	11	-70%
Giornate di degenza totale	2.306	829	-64%
Consulenze	719	602	-16%

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

Con riferimento ai principali obiettivi strategici relativi all'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 2025
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 = 8,39
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. 441 del 13.11.2025
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	50 iscritti (+12 rispetto al 2024)
AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	"Promuovere le attività formative per la valorizzazione delle competenze di leadership e le soft skill, necessarie per guidare e accompagnare le persone nei processi di cambiamento associati alle diverse transizioni in atto, le competenze per l'attuazione delle transizioni amministrativa, digitale e ecologica e di quelle che caratterizzano tutti i processi di innovazione dell'azienda." Numero ore di formazione sui temi della leadership e delle soft skills/anno	Numero ore di formazione sui temi della leadership e delle soft skills/anno	>=20 ore
AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	"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	Numero di corsi realizzati/ numero totale dei corsi programmati	60%

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.

Nell'anno 2025 sono proseguite le attività formative del progetto biennale adottato con delibera del Direttore Generale n. 971 del 14/11/2024 finalizzato ad 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 complicanza 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'azienda, 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 2025 sono proseguite le attività in materia di 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.

Al 31/12/2025 il numero di operatori sanitari che ha completato il percorso formativo composto dai Moduli A, B e C è pari a 618.

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 2025
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	41 gg.
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 2025 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 2025
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 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'azienda 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 2025 del set di indicatori di impatto individuati per la valutazione delle prospettive di salute e benessere.

INDICATORI DI IMPATTO								
DIMENSIONE	INDICATORE	FORMULA	PESO	BASELINE	TARGET DI VALORE PUBBLICO ATTESO 2025-2027	2025	% di Ragg. 2025 target	% peso perf.
SOCIO- OCCUPAZIONALE	% di under 35 occupati	Numero di under 35 assunti/ numero totale di assunzioni	5	32,47%	36%	43%	100%	5
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	15	42	<=60	41	100%	13,3
	Efficientamento dei fattori produttivi impiegati	Report trimestrali di monitoraggio del target dei costi di produzione definiti nel BEP		4	4	4	100%	
	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		5	8	6	67%	
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	30	0	60%	100%	100%	22,5
		Numero di sistemi di regolazione di tensione, power quality, protezione sovratensioni e rifasatori installati nelle strutture aziendali/Numero totale di strutture aziendali *100		0	60% UU.OO PRESIDI	100%	100%	
		Numero di corsi di sensibilizzazione sui temi del risparmio energetico realizzati/ numero totale dei corsi sui temi del risparmio energetico programmati		0	100%	0	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	100%	100%	100%	
SANITARIA	Tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	N° di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annuo*100	50		T. cervice=38%; T. colon retto=25%;T mammella =35%	Screening Cervice: 38,93%. - Screening Colon retto: 26,68% - Screening Mammografico: 26,79%	86%	27,13

INDICATORI DI IMPATTO								
DIMENSIONE	INDICATORE	FORMULA	PESO	BASELINE	TARGET DI VALORE PUBBLICO ATTESO 2025-2027	2025	% di Ragg. 2025 target	% peso perf.
	% di ultra 65enni in CDI	% di ultra 65enni in CDI/totale popolazione residente anziana età >=65*100			> 4%	10,94%	100%	
	Aumento della percentuale di interventi per frattura di femore operata entro 2 gg	% interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2 gg / N° interventi per frattura del femore *100		57,46%	>=70%	34,43%	0%	
	Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza di cui all'allegato B del Patto per la Salute	% DRG a rischio di inappropriatelyzza in DO		7,98%	<=20%	8,23%	2%	
	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		49,54%	60%	64,11%	100%	
	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		75,96%	>=80% entro 3gg	65,63%	0%	
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	Numero parti cesarei primari/numero totale di parti cesarei*100		28%	15-20%	38,54%	0%	
	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		100%	100%	100%	100%	
	Promuovere le attività formative per la valorizzazione delle competenze di leadership e le soft skill, necessarie per guidare e accompagnare le persone nei processi di cambiamento associati alle diverse transizioni in atto, le competenze per l'attuazione delle transizioni amministrativa, digitale e ecologica e di quelle che caratterizzano tutti i processi di	Numero ore di formazione sui temi della leadership e delle soft skills/anno		n.d.	>=40 ore entro l'anno 2028	>20 ore	100%	

INDICATORI DI IMPATTO								
DIMENSIONE	INDICATORE	FORMULA	PESO	BASELINE	TARGET DI VALORE PUBBLICO ATTESO 2025-2027	2025	% di Ragg. 2025 target	% peso perf.
	innovazione dell'azienda.							
			100					67,97

L'analisi dei principali indicatori di valore pubblico, misurati attraverso un set di parametri riferiti alle dimensioni socio-occupazionale, economica, ambientale e sanitaria, evidenzia un risultato complessivo più che sufficiente pari al 67,97% con risultati differenziati rispetto ai target programmati per ciascuna dimensione. In particolare, la dimensione socio-occupazionale registra il pieno raggiungimento degli obiettivi prefissati, con un valore pari al 100%, a testimonianza dell'efficacia delle azioni poste in essere in termini di inclusione, valorizzazione delle risorse umane e impatto sociale delle politiche aziendali.

La dimensione economica si attesta ad una media pari all'89%, evidenziando un risultato complessivamente positivo e in linea con gli obiettivi di sostenibilità economico-finanziaria, pur permanendo alcuni margini di miglioramento legati al consolidamento dell'efficienza gestionale e all'ottimizzazione dell'impiego delle risorse disponibili.

Più contenuti risultano invece i risultati della dimensione ambientale, pari ad un valore medio del 75%, che mostrano un livello di raggiungimento comunque significativo ma che richiede un ulteriore rafforzamento delle azioni orientate alla sostenibilità ambientale, alla riduzione degli impatti e alla promozione di modelli organizzativi maggiormente sostenibili.

La dimensione sanitaria registra infine un valore medio del 54%, evidenziando il permanere di criticità e la necessità di implementare ulteriori interventi di miglioramento, sia sul piano organizzativo sia in termini di appropriatezza, accessibilità e qualità dei servizi erogati. Tale risultato suggerisce l'opportunità di orientare prioritariamente le future azioni strategiche verso il rafforzamento degli indicatori sanitari, al fine di garantire livelli di performance maggiormente coerenti con gli obiettivi programmati e con le esigenze dell'utenza.

RISULTATI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA MACRO-STRUTTURE E STRUTTURE AZIENDALI

La misurazione e valutazione della performance organizzativa è relativa alle seguenti unità di analisi:

- 1. l'azienda sanitaria nel suo complesso;**
- 2. le articolazioni organizzative: Dipartimenti, strutture complesse e semplici dipartimentali;**

L'elemento comune alle unità di analisi della performance organizzativa è l'attività svolta all'interno delle unità organizzative dell'azienda sanitaria e in cui peraltro si identifica la responsabilizzazione dei dirigenti relativamente agli obiettivi da raggiungere e alla gestione delle risorse assegnate. L'attività svolta è un elemento utile per definire le modalità di misurazione e valutazione della performance organizzativa. Di seguito si riporta la tabella con i risultati di raggiungimento degli obiettivi assegnati al Direttore Generale dalla DGR n.19/21 del 09/04/2025.

OBIETTIVI DIRETTORI GENERALI 2025 ASL GALLURA				
Allegato alla Delib.G.R. n. 19/21 del 9.4.2025				
Livello	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	2025
Livello della sostenibilità economica e finanziaria	Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L.145/2018	Numero medio di giornate di ritardo	Numero 0 giornate di ritardo	-28,13
	Rispetto delle milestone e dei target del PNRR	% di completamento del cronoprogramma	100%	100%
Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità	Garantire una percentuale di prime visite specialistiche erogate (con prenotazione in agende pubbliche nel CUP) e una percentuale di prestazioni strumentali erogate (gestite interamente attraverso il CUP), limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto fra il numero di prime visite erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" e la totalità di quelle erogate nel medesimo periodo (indipendentemente dal canale di gestione nel CUP) * 100	85%	28,57%
		Rapporto percentuale fra volumi di prestazioni strumentali erogate, tracciate dalla fonte CUP WEB, e volumi rendicontati nel file C, nel medesimo periodo *100	95%	n.d.
	Quota della popolazione over 65 residente presa in carico dal servizio di cure domiciliari	Numero di pazienti over 65 assistiti in ADI rilevati dal flusso SIAD nell'anno 2025 / Numero di pazienti over 65 residenti sul territorio aziendale al 1 gennaio 2025 rilevati da DemoISTAT)*100	10%	10,94%
	Abbattimento dei tempi di attesa	% di partecipazione alle riunioni organizzate dal RUAS	100%	100%
	Ottimizzazione della gestione dei posti letto	% di partecipazione agli incontri per l'efficientamento della gestione dei posti letto organizzati dal Bed Manager Regionale	100%	100%
	Attuazione dell'art. 72 dell'ACN "Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale" del 04.04.2024	Attribuzione degli incarichi ai medici di assistenza penitenziaria	Entro il 31/12/2025	100% (incarichi a tempo det.)
	Riduzione dei tempi di attesa per le commissioni invalidi civili	N° rendicontazione prodotte	4 Rapporti	1° report (nota PG 13131 del 16.04.25) - 2° report (nota PG 30192 del 18.09.25) - 3° report (nota PG 33827 del 17.10.25) - 4° report (nota PG 2014 del 21.01.26)
		Tempo medio di attesa per le commissioni invalidi civili	Riduzione del 25%	n.d.

OBIETTIVI DIRETTORI GENERALI 2025 ASL GALLURA				
Allegato alla Delib.G.R. n. 19/21 del 9.4.2025				
Livello	Obiettivo	Indicatore	Standard (Valore/range di risultato)	2025
	Miglioramento quali-quantitativo delle PIC over 65 rilevate nel flusso SIAD	% di PIC over 65 valide	95%	100%
	Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	≥30%	59,38%
	Migliorare la presa in carico del paziente attraverso i PASS	(N° di dimissioni protette / N° di dimissioni totali) * 100	% >20%	2,21%
	Supporto all'avvio del progetto Hub del farmaco	Predisposizione dei documenti per l'avvio e la messa a regime dei magazzini	Trasmissione dei documenti entro 60 giorni dalla richiesta formale di ARES	trasmissione effettuata
	Incremento del numero di persone assistite attraverso strumenti di telemedicina	N° di persone assistite	≥ 9.398 pazienti cronici trattati in telemedicina al 30.09.2025*	100%
	Implementazione Delib.G.R. n. 2/15 del 20.1.2022 con riferimento all'Azione 3 Monitoraggio e Implementazione Sicurezza nel Percorso Nascita	1 - Individuazione dei nominativi della equipe 2 - % di professionisti formati	1 - Entro il 30/09/2025 2 - Almeno il 90% entro il 31/12/2025	1)Trasmissione nominativi equipe al Centro Regionale Risk Management avvenuta entro i termini; 2)90% dei professionisti formati
	Attivazione del numero unico europeo 116/117 per ASL Nuoro, ASL Oristano e ASL Gallura	N° di servizi attivati	3	100%
	PNRR M6C2 1.3.1 (b) incremento dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte degli operatori sanitari	Si applicano gli indicatori di alimentazione ed utilizzo del FSE previsti dal DM 08/08/2022 "Assegnazione di risorse territorializzabili riconducibili alla linea di attività M6C2 1.3.1(b)": a) percentuale di documenti sanitari indicizzati sul FSE; b) percentuale dei documenti sanitari in formato digitale firmati digitalmente.	a) 65% dei documenti sanitari indicizzati FSE rispetto alle prestazioni erogate b) 90% dei documenti sanitari digitali firmati digitalmente (il valore target deve essere raggiunto entro 30/06/2025)	a) 84,81% b) 32,21%

Di seguito si riporta la tabella con i risultati di Performance organizzativa delle strutture dell'azienda riferite all'anno 2025. 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.

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	89,84
SC AREA ECONOMICO FINANZIARIA	94,00
SC AFFARI GENERALI E CAPITALE UMANO	69,68
SC TECNOLOGIE E TRANSIZIONE DIGITALE	100,00
SC AREA TECNICA	99,50
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE -DSMD	100,00
SC SERD	100,00
SC CSM	100,00
SSD UNOPIA	22,22
SSD SPDC	77,78
SC PSICOLOGIA DELLE CURE PRIMARIE	77,78
DIPARTIMENTO DONNE E MINORI -DDM	89,60
SC GINECOLOGIA E OSTETRICIA	93,53
SC PEDIATRIA	100,00
SSD CONSULTORIO	93,75
DIPARTIMENTO PREVENZIONE AREA MEDICA	97,95
SC IGIENE E SANITA' PUBBLICA	88,03
SSD SIAN	100,00
SSD SPRESAL	100,00
DIPARTIMENTO PREVENZIONE AREA VETERINARIA	100,00
SC RANDAGISMO E ANAGRAFE CANINA	80,00
SC SANITA' ANIMALE	97,50
SSD SIAPZ	100,00
SSD SIAOA	100,00
DIPARTIMENTO OSPEDALE TERRITORIO -DDHT	92,18
SC DMP OLBIA	88,78
SSD DMP TEMPIO	90,54
SSD DMP LA MADDALENA	82,12
SC DISTRETTO OLBIA	91,75
SC DISTRETTO TEMPIO	95,51
SC DISTRETTO LA MADDALENA	96,93
SC SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE	100,00
SSD FARMACIA OSPEDALIERA	85,19
SC FARMACIA TERRITORIALE	88,89
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E URGENZA -DE	80,22
SC ORTOPEDIA	75,16
SC UTIC-CARDIOLOGIA	94,33
SC PRONTO SOCCORSO OLBIA	91,42
SSD PRONTO SOCCORSO TEMPIO	82,98
SSD PRONTO SOCCORSO LA MADDALENA	100,00
SSD SUB INTENSIVA TEMPIO	81,84
SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE	95,94
SC MEDICINA URGENZA	99,65
DIPARTIMENTO MEDIA INTENSITA' ASSISTENZIALE - DMIA	86,49
SC CHIRURGIA OLBIA	78,45
SC MEDICINA OLBIA	100,00
SC ONCOLOGIA OLBIA	87,50

STRUTTURA	RISULTATO PERFORMANCE ORGANIZZATIVA
SC EMODIALISI	87,36
SC RADIOLOGIA OLBIA	78,15
SC LABORATORIO ANALISI OLBIA	100,00
SC ANATOMIA PATOLOGICA	100,00
SSD MEDICINA TRASFUSIONALE	88,24
DIPARTIMENTO BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE E CRONICITA'-DBIA	80,32
SC ORTOPEDIA TEMPIO	86,55
SC CHIRURGIA POLISPECIALISTICA	76,46
SSD NEUROLOGIA	83,00
SSD MOBI	81,52
SC MEDICINA TEMPIO	87,84
SSD RIABILITAZIONE OSPEDALE TERRITORIO TEMPIO	100,00
SSD RIABILITAZIONE OSPEDALE TERRITORIO OLBIA -LA MADD.	100,00
SC DIABETOLOGIA	86,67
SC RADIOLOGIA TEMPIO	80,93
SSD LABORATORIO ANALISI TEMPIO	100,00
SSD DIAGNOSTICA BI LA MADDALENA	77,15
SSD SENOLOGIA	100,00

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:

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

Per il restante personale la valutazione è legata:

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

Così come già sperimentato nelle valutazioni degli anni precedenti, anche per il 2025, 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'azienda per l'anno 2025 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 2025 ha coinvolto 1.634 dipendenti e alla data della stesura della presente relazione risultano completate il 100% delle valutazioni di tutti i dipendenti, conseguendo una valutazione media di 93,54 come riportato nella figura 1.



Figura 1 Media della valutazione complessiva ASL GALLURA

La figura 2 "Media di valutazione per scheda di valutazione" evidenzia che l'area Incarico Posizione-Funzione, l'area degli Assistenti e l'Area E.Q. e dei Prof. Funzionari hanno riportato una media di valutazione superiore alla media complessiva aziendale con un punteggio rispettivamente pari a 95,62 - 94,36 - 94,34.

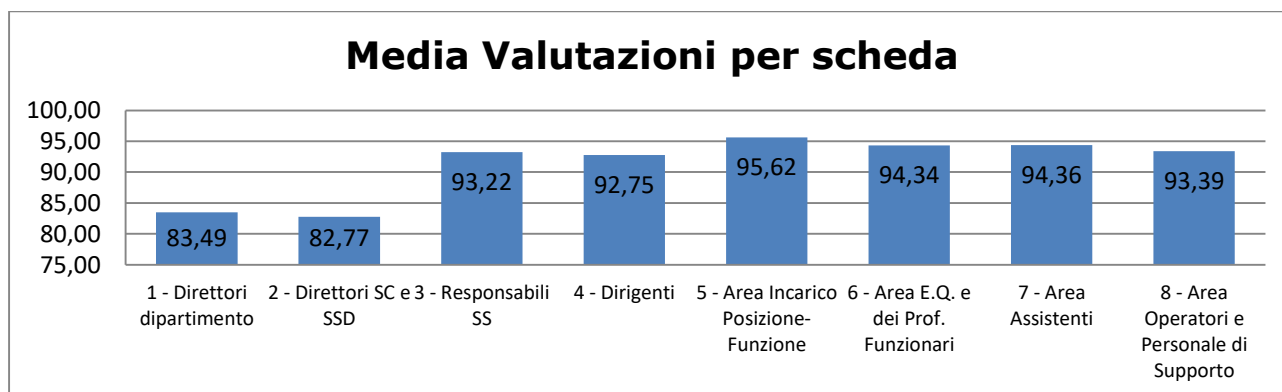


Figura 2 Media di valutazione per scheda di valutazione

L'analisi dei risultati del sistema di valutazione della performance evidenzia livelli medi complessivamente elevati in tutte le aree professionali dell'Azienda, a conferma dell'impegno diffuso del personale nel perseguimento degli obiettivi assegnati e nel mantenimento degli standard qualitativi dei servizi erogati.

In particolare, la valutazione complessiva riferita a n. 1.634 dipendenti registra una media pari a 93,54, dato che testimonia un generale raggiungimento degli obiettivi individuali e organizzativi, nonché un significativo livello di partecipazione ai processi di miglioramento aziendale.

Il personale titolare di incarico di funzione ha riportato una media ancora più elevata, pari a 95,62, elemento che evidenzia il rilevante contributo assicurato dalle figure di coordinamento e di elevata responsabilità organizzativa, chiamate a svolgere un ruolo strategico nel governo dei processi operativi e nel supporto al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Un'analisi maggiormente approfondita dei dati mette inoltre in evidenza valori superiori alla media aziendale per il personale afferente all'area dei professionisti della salute e all'area degli assistenti. Tale risultato appare riconducibile all'elevato livello di coinvolgimento operativo, alla continuità assistenziale garantita e alla crescente complessità delle attività svolte nei rispettivi ambiti professionali, caratterizzati da una forte integrazione multidisciplinare e da un costante orientamento alla presa in carico dei bisogni dell'utenza.

I risultati emersi confermano pertanto la sostanziale efficacia del sistema di misurazione e valutazione della performance individuale quale strumento di valorizzazione del personale, di promozione della responsabilizzazione organizzativa e di miglioramento continuo della qualità dei servizi.

2. Valutazione per range di punteggio

Nelle tabelle sottostanti è riportato il numero complessivo di valutazioni effettuate, diviso per classi di punteggio conseguito e la relativa percentuale di distribuzione del range dei valori.

ASL GALLURA	Range di Valori						Totale Valutazioni
	96-100	91-95	86-90	81-85	76-80	<=75	
Numero persone	885	366	197	92	69	55	1634

Si rileva che il 52,33% dei dipendenti (n° 885) ha conseguito una valutazione compresa tra i valori 96-100, il 22,40% (n° 366) tra il 91-95, il 12,06% (n° 197) tra l'86-90. Solamente il 5,63% (n° 92) ha conseguito una valutazione compresa nell'intervallo 81-85, il 4,22% (n° 69) nell'intervallo 76-80 ed il 3,37% (n° 55) 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	52,33%	22,40%	12,06%	5,63%	4,22%	3,37%	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.

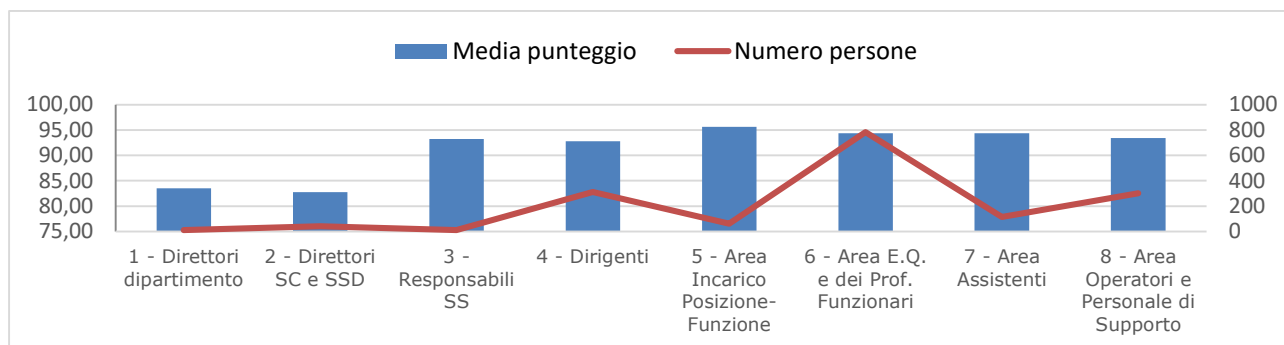


Figura 3 Visualizzazione grafica dei punteggi conseguiti, suddivisi per Scheda di Valutazione associata

La media registra sempre valori superiori al 93,89, ad eccezione delle schede dei Direttori di Dipartimento e dei Direttori SC e SSD.

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. L'azienda, 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'azienda 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 2025 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.

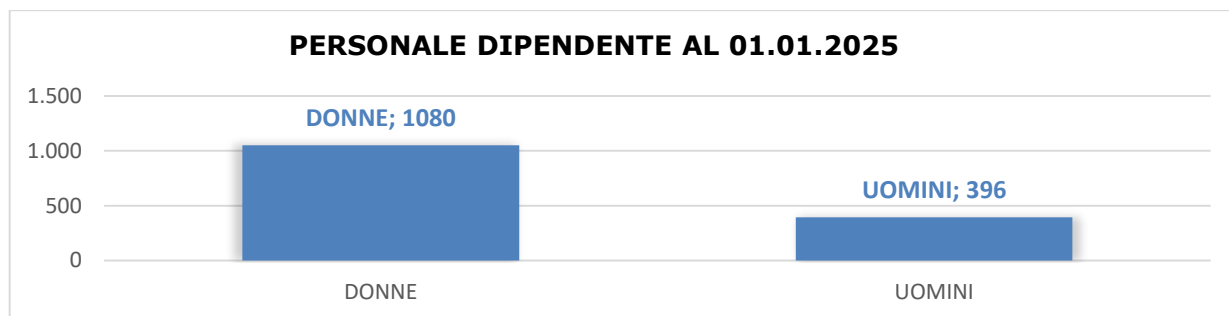
Di seguito si riporta una tabella con i principali risultati conseguiti in relazione ai seguenti obiettivi:

AZIONE	OBIETTIVO	INDICATORE	ANNO 2025
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

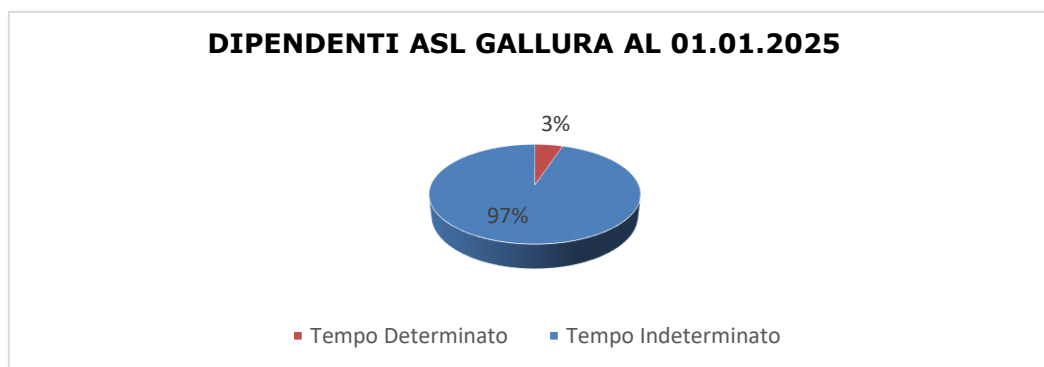
Al fine di salvaguardare il benessere psicologico dei dipendenti dell'azienda impegnati ogni giorno nelle attività di assistenza ai cittadini, nei tre presidi ospedalieri di Olbia, Tempio Pausania e La Maddalena e nelle Case di Comunità della Gallura, dove operano le psicologhe di comunità, è stato attivato il **progetto Psico-smart**. Il servizio ha l'obiettivo di supportare i lavoratori nel superare situazioni che possono minare seriamente la stabilità emotiva di chi è addetto alle cure: essere attenti ai bisogni emotivi dei lavoratori contribuisce a creare un clima interno di fiducia e collaborazione, con benefici per i singoli, per l'intera azienda e di conseguenza per i pazienti assistiti nelle strutture sanitarie. Durante l'anno 2025 attraverso il progetto Psycosmart sono stati presi in carico 38 casi.

4.2 Analisi di genere del personale dipendente

Dall'analisi del personale dipendente in servizio al 01.01.2025 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 97% del totale.



4.3 Organizzazione del lavoro agile

L'azienda ha sviluppato 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.

Più specificatamente, nel corso dell'anno 2025, l'azienda 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'azienda 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'azienda, per l'anno 2025, ha scelto di implementare, in via sperimentale e nel limite delle postazioni disponibili, il lavoro da remoto nella forma del telelavoro domiciliare.

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. Nel 2025 l'azienda ha promosso diverse attività formative rivolte al personale sanitario, sociosanitario e tecnico focalizzandosi su emergenza-urgenza, prevenzione, sicurezza e nuove competenze cliniche. Oltre alle attività di formazione obbligatoria relative a salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, prevenzione della corruzione, etica, trasparenza, integrità, ecc., sono stati svolti anche programmi formativi per l'attuazione dei principi e degli obiettivi del PNRR, prioritariamente sui temi della leadership e delle soft skills, prevedendo, a partire dal 2025, come obiettivo un numero di 40 ore/anno.

Parte dell'attività formativa è stata realizzata online e parte in house con la collaborazione anche di strutture esterne avanzate nel campo della simulazione e delle non technical skills, con 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 2025 il PIAO è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 44 del 31/01/2025 e il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza dell'azienda ha predisposto la sezione Rischi corruttivi e trasparenza ai sensi della legge n. 190 del 2012 e formulato gli obiettivi strategici in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore pubblico come da indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) - Aggiornamento 2024 PNA 2022. Nel corso del 2025 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 2025
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 PERIODICO
	Trattamento dei rischi specifici di corruzione di elevata priorità	Definire/aggiornare/attuare le misure di trattamento dei rischi specifici	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 TRIMESTRALE

6. La partecipazione dei cittadini e degli utenti

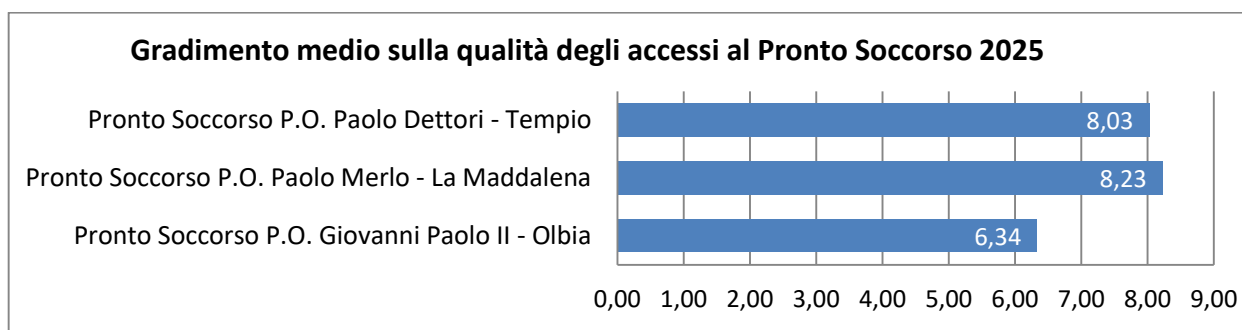
L’azienda, sulla base degli indirizzi emanati dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP), per l’anno 2025 ha rilevato la soddisfazione dell’utente proponendo un modello di valutazione partecipativa. La partecipazione dei cittadini utenti alla valutazione delle performance organizzative viene promossa 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 2025 ha riguardato i seguenti eventi clinici:

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

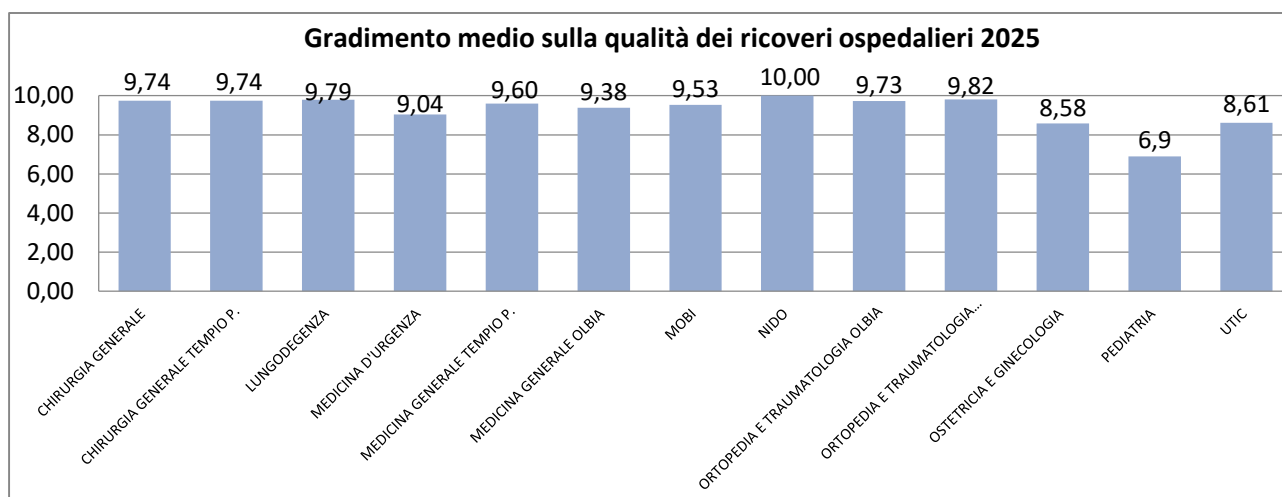
Il software adottato per la rilevazione del grado di soddisfazione dell’utente per le prestazioni sanitarie ricevute dal paziente è perfettamente integrato con i sistemi SISAR (PSWEB, ADTWEB, e AMBWEB) che gestiscono tali processi.

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 rileva da parte dei cittadini un livello di soddisfazione stabile rispetto al 2024. Le valutazioni degli utenti mostrano un sostanziale equilibrio in linea con l'anno precedente. Si registra tuttavia 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 complessivamente positivi, e si rilevano minime variazioni rispetto all'anno 2024.

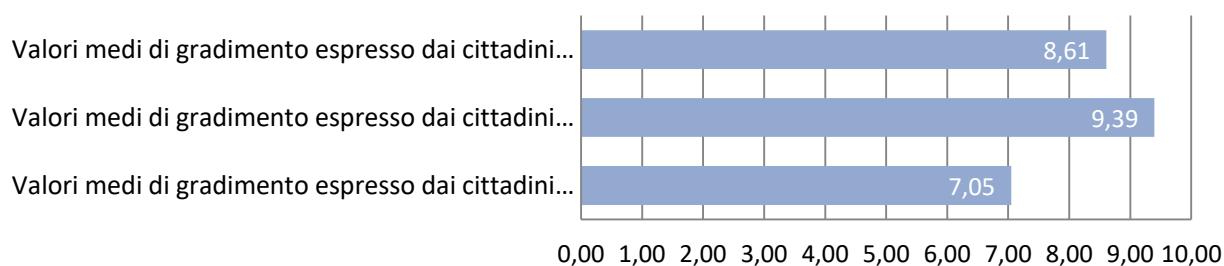


Come osservato per l'area dell'emergenza urgenza, anche in ambito ospedaliero si registra una bassa adesione alla compilazione dei questionari.

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.

Valori medi di gradimento dei cittadini per diverse aree assistenziali 2025



Come precedentemente espresso la misurazione è inficiata da una bassa adesione dell'utenza, pertanto sarebbe opportuno ripensare una nuova campagna di sensibilizzazione rivolta 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	157
Ricoveri Ospedalieri	156
Visite Ambulatoriali	76

7.II processo di redazione della Relazione sulla performance

7.1 Fasi, soggetti e responsabilità

La Misurazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi strategici attribuiti alle unità operative aziendali nel 2025 è avvenuta nei mesi di marzo ed aprile 2025 a cura della SC Area Data Management - Programmazione e controllo. La struttura ha provveduto inoltre alla redazione del presente documento al fine di consentirne 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	MARZO-APRILE 2026
Misurazione della performance individuale	SC Area Data Management	MARZO-APRILE 2026
Redazione della Relazione sulla Performance 2025	SC Area Data Management	MAGGIO-GIUGNO 2026
Validazione e adozione della Relazione sulla Performance 2025	Direzione strategica	GIUGNO 2026

7.2 Punti di forza e di debolezza del Ciclo delle Performance

Nel corso del 2025 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 2025

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.

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.