



Azienda Socio- Sanitaria Locale n. 8 di Cagliari

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2025

Sommario

Premessa.....	3
1. L'Azienda e analisi del contesto	4
1.1 L'Azienda socio sanitaria locale n. 8 di Cagliari	4
1.2 Assetto Organizzativo e Aziendale.....	4
1.3 Popolazione	7
2. L'assistenza sanitaria della ASL n.8 di Cagliari	9
2.1 Assistenza Sanitaria di Base	9
2.2 Assistenza ambulatoriale territoriale.....	9
2.3 Azioni di prevenzione	11
2.4 La Salute Mentale.....	28
2.5 Assistenza Ospedaliera	35
3. Analisi delle risorse umane	43
3.1 Le risorse umane	43
3.2 Lavoro agile	46
3.3 Formazione	47
4. Performance. Misurazione e valutazione	48
4.1 Performance organizzativa e valore pubblico	48
4.2 Gli altri obiettivi aziendali	53
4.3 La Performance delle singole strutture	57
4.4 La Performance individuale	61
5. Anticorruzione	62

Premessa

La relazione sulla performance in base all'art. 10 c. 1 lett. b) d.lgs. 150/2009-, è un documento che evidenzia i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e alle risorse a disposizione, con rilevazione degli eventuali scostamenti sia rispetto alla programmazione annuale e triennale, sia rispetto agli esercizi precedenti.

In particolare, la relazione sulla performance è uno strumento utile al miglioramento gestionale, grazie al quale l'amministrazione, valutando i risultati raggiunti, può riprogrammare obiettivi e risorse con la finalità di migliorare progressivamente la gestione dell'azienda.

Inoltre è un importante strumento di comunicazione di tali risultati nei confronti degli stakeholders aziendali, interni ed esterni.

Il presente documento rappresenta i risultati raggiunti nell'anno 2025 rispetto a diversi livelli:

- Performance organizzativa dell'Azienda;
- Performance organizzativa delle articolazioni aziendali;
- Performance individuale dei Direttori/Responsabili di struttura e di tutto il personale dipendente.

I risultati rappresentati tengono conto di quanto previsto nel PIAO 2025-2027, approvato con Delibera del Direttore Generale n.46 del 30.01.2025 e successivamente modificato ed integrato con Delibera del Commissario Straordinario n.31 del 28/05/2025, in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione, Lavoro agile, Piano degli investimenti, Risorse economiche.

1. L'Azienda e analisi del contesto

1.1 L'Azienda socio sanitaria locale n. 8 di Cagliari

L'Azienda Socio Sanitaria Locale n.8 di Cagliari è stata istituita il 1^a gennaio 2022 e ai sensi della L.R. n. 24/2020, l'ambito territoriale è coincidente con quello della cessata Azienda Sanitaria Locale n. 8 di Cagliari, precedentemente oggetto di incorporazione ai sensi dell'articolo 1, comma 3, della legge regionale n.17 del 27 luglio 2017 (Istituzione dell'Azienda per la Tutela della Salute ATS).

Con la Delibera di Giunta Regionale n. 51/44 del 30 dicembre 2021 è stato nominato il Direttore Generale dell'Azienda socio sanitaria locale n.8 di Cagliari, rimasto in carica dal 01.01.2022 al 27.04.2025, successivamente con Delibera di Giunta Regionale n. 23/8 del 27.04.2025 è stato nominato il Commissario straordinario dell'Azienda socio-sanitaria n. 8 di Cagliari, rimasto in carica dal 05/05/2025 al 24/12/2025.

Infine, con DGR n. 8/1 del 22/02/2026 è stato nominato il nuovo Direttore Generale, attualmente in carica.

L'azione dell'Azienda Socio Sanitaria n.8 è finalizzata al miglioramento dello stato di salute della popolazione, alla qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati, all'appropriatezza e continuità di cura, ai percorsi assistenziali, alla capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico-finanziario nella gestione del sistema azienda. Si impegna a perseguire questi obiettivi, ispirandosi ai principi di uguaglianza, di imparzialità, di partecipazione, di continuità, di efficienza ed efficacia e di economicità.

1.2 Assetto Organizzativo e Aziendale

L'Azienda, ai sensi dell'art. 37 della L.R. 24/2020 assicura i livelli essenziali di assistenza nel territorio, istituendo ed organizzando i Distretti ed i Dipartimenti territoriali, i quali operano in maniera integrata con la rete ospedaliera, l'Azienda dell'emergenza-urgenza e con il sistema integrato dei servizi alla persona.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 25 del 01/02/2023 avente ad oggetto "Adozione suggerimenti di cui alla Deliberazione RAS n. 1/2 del 03/01/2023" è stato adottato l'Atto aziendale dell'Azienda socio- sanitaria locale n.8 di Cagliari.

L'Atto Aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale e tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica, le competenze dei loro responsabili e inoltre disciplina l'organizzazione delle ASL secondo il modello dipartimentale.



Il Distretto svolge l'importante compito di garantire l'integrazione sanitaria e socio-sanitaria a livello territoriale, fornisce risposte costanti alle esigenze di salute della popolazione garantendo il rispetto dei LEA, con un approccio rivolto al miglioramento dei percorsi di cura e di presa in carico del malato, all'assistenza dei soggetti fragili e delle persone con disabilità. L'obiettivo è quello di offrire un'assistenza più vicina al contesto di vita del paziente, organizzando, coinvolgendo e coordinando le diverse figure professionali presenti sul territorio: MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, infermieri, assistenti sociali, medici di continuità assistenziale e personale dipendente.

5

Vasta (9 comuni), Cagliari Area Ovest (16 comuni), Quartu-Parteolla (8 comuni), Sarrabus-Gerrei (10 comuni), Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta (28 comuni).

La ripartizione in Distretti è la seguente:

1. **Distretto 1 (Cagliari Area Vasta)** comprende il Comune di Cagliari e tutti i comuni che ricadono nell'ex USL 21 (Ambito PLUS Area Urbana di Cagliari e Ambito PLUS 21 – Cagliari, Settimo San Pietro, Selargius, Quartucciu, Monserrato, Sestu, Ussana, Monastir, Nuraminis);
2. **Distretto 2 (Cagliari Area Ovest)** comprende tutti i comuni che ricadono nell'ex USL 20 (Ambito PLUS 20- Area-Ovest - Assemini, Decimomannu, Elmas, Uta, Decimoputzu, Vallermosa, Villasor, Villaspeciosa, San Sperate, Capoterra, Sarroch, Pula, Villa San Pietro, Domus De Maria, Teulada, Siliqua);
3. **Distretto 3 (Quartu-Parteolla)** comprende tutti i comuni che ricadono nell'Ambito PLUS Quartu-Parteolla - Quartu S. Elena, Burcei, Dolianova, Donori, Maracalagonis, Serdiana, Sinnai, Soleminis);
4. **Distretto 4 (Sarrabus-Gerrei)** comprende tutti i comuni che ricadono nell'Ambito PLUS Sarrabus- Gerrei – Muravera, San Vito, Villaputzu, Castiadas, San Nicolò Gerrei, Armungia, Ballao, Silius, Villasalto, Villasimius);
5. **Distretto 5 (Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta)**, comprende i Comuni transitati dalla ASL n. 3 di Nuoro e i Comuni transitati dalla ASL n. 6 di Sanluri con due sedi fisiche: sede di Isili e sede di Senorbì (Ambito PLUS Sarcidano-Barbagia di Seulo e Ambito PLUS Trexenta – Sede di Isili: Isili, Escalaplano, Escolca, Esterzili, Gergei, Nuragus, Nurallao, Serri, Seulo, Villanovatulo, Nurri, Orroli, Sadali - Sede di Senorbì: Senorbì, Suelli, San Basilio, Goni, Mandas, Ortacesus, Barrali, Sant'Andrea Frius, Siurgus Donigala, Gesico, Guamaggiore, Guasila, Selegas, Pimentel, Samatzai).

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, la ASL di Cagliari gestisce e coordina le attività sanitarie di un territorio molto vasto, all'interno del quale sono presenti strutture di ricovero sia pubbliche che private.

Tipologia	N. presidi	Nome presidio	Comune
Presidi ospedalieri pubblici	6	Binaghi	Cagliari
		Marino	Cagliari
		Microcitemico	Cagliari
		San Giuseppe	Isili
		San Marcellino	Muravera
		Santissima Trinità	Cagliari
Case di cura private	7	Policlinico Città di Quartu	Quartu Sant'Elena
		Nuova Casa di Cura	Decimomannu
		San Salvatore	Cagliari
		Sant'Anna	Cagliari
		Sant'Antonio	Cagliari
		Sant'Elena	Quartu Sant'Elena
		Villa Elena	Cagliari

Tabella 1 - Strutture ospedaliere presenti sul territorio della ASL n. 8

Quasi tutte le strutture sono concentrate nel Comune di Cagliari, o nelle immediate vicinanze (due strutture sono situate a Quartu Sant'Elena, una a Decimomannu), mentre due strutture ospedaliere pubbliche si trovano una ad

Isili e una a Muravera, ciò pone evidenti problemi in termini di accessibilità ai servizi per la popolazione residente in centri distanti dal capoluogo.

Nell'assistenza ospedaliera si collocano i Dipartimenti di: area chirurgica, area medica, servizi e attività sanitarie.



**Attivabile solo a seguito di attribuzione all'Azienda nella rete ospedaliera di posti letto di disciplina maxillo facciale*



1.3 Popolazione

Dall'analisi del contesto demografico territoriale degli ultimi anni è emerso che la popolazione residente nell'ASL 8 di Cagliari suddivisa per Distretto è caratterizzata da un calo della popolazione complessiva.

Nella tabella che segue, si rappresenta la composizione della popolazione al 1° gennaio di ogni anno, a partire dal

2022, l'anno in cui è stata istituita l'Azienda Socio Sanitaria 8 di Cagliari a seguito della riforma sanitaria.

Distretto	Popolazione 2025	Popolazione 2024	Popolazione 2023	Popolazione 2022	Delta 2025 vs 2024	Delta 2025 vs 2024 %
Cagliari Area Vasta	245.460	246.240	247.134	246.758	-780	-0,3%
Area Ovest	121.712	122.008	122.153	121.877	-296	-0,2%
Quartu Parteolla	111.886	112.115	112.501	112.232	-229	-0,2%
Sarcidano-Barbagiadi Seulo - Trexenta	38.365	38.649	38.970	38.876	-284	-0,7%
Sarrabus Gerrei	22.051	22.164	22.269	22.249	-113	-0,5%
Totale complessivo	539.474	541.176	543.027	541.992	-1.702	-0,3%

Tabella 2 - Composizioni della popolazione suddivisa per Distretto. Fonte DEMO ISTAT 2025

Si rileva che al 1° gennaio 2025 la popolazione che rappresenta l'intero territorio della ASL Cagliari è di 539.474 abitanti, corrispondenti a 1.702 persone in meno rispetto alla popolazione rilevata al 1° gennaio 2024. Tale diminuzione ha interessato in particolare il Distretto del Sarcidano - Barbagia di Seulo con -0,7 % e il Distretto Sarrabus con -0,5%.

Si rivela utile anche il confronto tra le diverse fasce di età, che conferma la modificazione del profilo demografico della popolazione di riferimento che, anno dopo anno, registra un incremento della popolazione nelle fasce di età adulta e una corrispondente contrazione delle fasce di età più giovani.

La tabella che segue sintetizza per ciascun Distretto la distribuzione degli abitanti per fasce d'età nell'anno 2025.

Distretto	da 0 a 5	da 6 a 14	da 15 a 39	da 40 a 59	da 60 a 79	> 80	Totale complessivo
Cagliari Area Vasta	6.987	15.665	57.588	77.595	66.156	21.469	245.460
Area Ovest	4.036	8.909	29.335	40.176	31.212	8.044	121.712
Quartu Parteolla	3.437	7.947	26.944	36.796	29.500	7.262	111.886
Sarcidano-Barbagia di Seulo Trexenta	1.301	2.433	8.832	11.214	10.847	3.738	38.365
Sarrabus Gerrei	597	1.253	4.938	6.892	6.356	2.015	22.051
Totale complessivo	16.358	36.207	127.637	172.673	144.071	42.528	539.474

Tabella 3 - Distribuzione della popolazione per Distretto e fasce d'età. Fonte dati Demo ISTAT 2025

Il dato che emerge, sia a livello aziendale che a livello distrettuale conferma una popolazione maggiormente concentrata nelle fasce di età adulta 40-59 anni e nella fascia 60-79 anni che incidono per oltre il 58% sul totale della popolazione.

La popolazione ultraottantenne incide sul totale della popolazione per un valore di circa 8%, con oltre 200 tra centenari e ultracentenari.

Il progressivo e tendenziale invecchiamento della popolazione ha importanti ripercussioni sui costi legati all'assistenza sanitaria, essendo ormai consolidato che le fasce di età adulta hanno un peso assistenziale più elevato rispetto alle fasce giovani.

Sulla base di questo aspetto si determinano anche serie criticità nella gestione delle cronicità e comorbidità in pazienti anziani e sempre più soli, che molto spesso si ripercuotono anche nella presa in carico del paziente in fase di dimissione ospedaliera.

2. L'assistenza sanitaria della ASL n.8 di Cagliari

Il presente paragrafo è dedicato alla presentazione delle principali attività assistenziali dell'anno 2025.

2.1 Assistenza Sanitaria di Base

Di seguito si riportano alcuni dati relativi ai medici di medicina generale e di pediatria, che garantiscono ai cittadini i servizi di assistenza sanitaria di base.

Un' analisi del numero di medici e pediatri presenti nell'ASL di Cagliari ed una riclassificazione per anzianità di laurea consente di osservare e comprendere le dinamiche e le necessità organizzative per garantire l'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Medici di medicina generale

Anzianità di laurea	N. medici
Da 0 fino a 6 anni	21
Oltre 6 fino a 13 anni	48
Oltre 13 fino a 20 anni	33
Oltre 20 fino a 27 anni	25
Oltre 27 anni	218
Totale	345

Pediatri di Libera Scelta

Anzianità di specializzazione	N. pediatri
Da 0 fino a 2 anni	0
Oltre 2 fino a 9 anni	2
Oltre 9 fino a 16 anni	1
Oltre 16 fino a 23 anni	2
Oltre 23 anni	35
Totale	40

Tabella 4 - Medicina Generale e PLS – anzianità di laurea per l'anno 2025 (Fonte: NSIS-Mod. FLS.12-q E)

La tabella rappresenta il numero di medici di medicina generale, presenti all'interno della ASL di Cagliari, riclassificati per anzianità di laurea. Si evidenzia una maggiore concentrazione di medici con una anzianità di laurea superiore ai 27 anni. Nel corso degli anni si sta assistendo ad una progressiva riduzione del numero di medici a disposizione e del numero di pediatri di libera scelta.

2.2 Assistenza ambulatoriale territoriale

L'assistenza territoriale comprende l'insieme delle attività e dei servizi sanitari e sociosanitari erogati in modo capillare sul territorio, incluse la specialistica ambulatoriale, la diagnostica per immagini e le prestazioni di laboratorio.

Prima di presentare una sintesi dei dati, è opportuno precisare che, con riferimento alla transcodifica delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, a gennaio 2025 è entrato in vigore l'aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, adottato a livello nazionale con decreto del Ministero della Salute, in accordo con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, del 25 novembre 2024, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 302 del 27 dicembre 2024, in attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) di cui al D.P.C.M. 12 gennaio 2017. Tale aggiornamento ha comportato una revisione sostanziale delle codifiche, delle descrizioni e delle tariffe delle prestazioni rispetto al sistema previgente.

In ambito regionale, la Regione Sardegna ha recepito il nuovo impianto tariffario con Deliberazione della Giunta Regionale n. 54/8 del 30 dicembre 2024, approvando il nuovo Nomenclatore e Catalogo delle prestazioni

specialistiche ambulatoriali del Servizio Sanitario Regionale, successivamente oggetto di integrazioni e aggiornamenti nel corso del 2025.

L'introduzione del nuovo nomenclatore, sia a livello nazionale sia regionale, determina una discontinuità metodologica tra i dati relativi all'anno 2024 e quelli del 2025, in quanto basati su strutture tariffarie e codifiche non omogenee; ne consegue una limitata confrontabilità diretta degli indicatori economici e di attività tra i due esercizi. Per tali motivazioni, si è ritenuto opportuno limitare l'analisi ai soli dati relativi all'anno 2025.

Prestazioni ambulatoriali - strutture pubbliche		
Branca	Num. Prestazioni 2025	Incidenza
01 - Anestesia	34.738	1,65%
02 - Cardiologia	63.332	3,01%
03 - Chirurgia Generale	9.355	0,44%
04 - Chirurgia Plastica	3.577	0,17%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	1.095	0,05%
06 - Dermosifilopatia	15.276	0,72%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	88.543	4,20%
09 - Endocrinologia	23.374	1,11%
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	17.180	0,82%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica-Genetica-Immunoematologia E S. Trasm.	1.412.161	67,01%
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	65.781	3,12%
13 - Nefrologia	36.144	1,72%
14 - Neurochirurgia	12.586	0,60%
15 - Neurologia	1.008	0,05%
16 - Oculistica	30.521	1,45%
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	12.025	0,57%
18 - Oncologia	5.499	0,26%
19 - Ortopedia E Traumatologia	17.910	0,85%
20 - Ostetricia E Ginecologia	27.618	1,31%
21 - Otorinolaringoiatria	22.307	1,06%
22 - Pneumologia	17.476	0,83%
23 - Psichiatria	4.907	0,23%
25 - Urologia	12.231	0,58%
26 - Altre Prestazioni*	172.849	8,20%
Totale	2.107.493	100%

Tabella 5 - Prestazioni specialistica ambulatoriale – strutture pubbliche (2025) - Fonte: Abaco – estrazione del 02.04.2026

Prestazioni ambulatoriali - strutture private accreditate		
Branca	Num. Prestazioni 2025	Incidenza
02 - Cardiologia	91.272	3,39%
03 - Chirurgia Generale	3.601	0,13%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	1.814	0,07%
06 - Dermosifilopatia	3.792	0,14%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	296.854	11,03%
09 - Endocrinologia	922	0,03%

Prestazioni ambulatoriali - strutture private accreditate		
Branca	Num. Prestazioni 2025	Incidenza
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	9.474	0,35%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica-Genetica-Immunoematologia E S. Trsf.	1.772.642	65,84%
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	371.030	13,78%
13 - Nefrologia	45.542	1,69%
15 - Neurologia	6.678	0,25%
16 - Oculistica	34.406	1,28%
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	28.928	1,07%
18 - Oncologia	995	0,04%
19 - Ortopedia E Traumatologia	7.715	0,29%
20 - Ostetricia E Ginecologia	5.829	0,22%
21 - Otorinolaringoiatria	3.451	0,13%
22 - Pneumologia	385	0,01%
25 - Urologia	5.863	0,22%
26 - Altre Prestazioni*	1.010	0,04%
Totale	2.692.203	100%

Tabella 6 - Prestazioni specialistica ambulatoriale – strutture private (2025) - Fonte: Abaco – estrazione del 02.04.2026

Prestazioni ambulatoriali Strutture Pubbliche + Private accreditate		
Branca	Num. Prestazioni 2025	Incidenza
Totale strutture pubbliche	2.107.493	43,91%
Totale strutture private accreditate	2.692.203	56,09%
Totale	4.799.696	100%

Tabella 7 - Prestazioni specialistica ambulatoriale – Totale ASL (2025) - Fonte: Abaco – estrazione del 02.04.2026

Dall'analisi delle prestazioni erogate emerge che, nelle strutture pubbliche (che rappresentano circa il 44% del totale), la branca con il maggior numero di prestazioni è quella di Laboratorio di Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologiche (circa il 67%), seguita dalla branca 26 – Altre prestazioni (circa l'8%), nella quale tendenzialmente sono incluse le prime visite. Le altre branche con il maggior numero di prestazioni sono la Diagnostica per immagini (che incide il 4%), la Medicina fisica e riabilitazione (che incide per circa il 3% sul totale), la Cardiologia (incide per circa il 3%), infine la Nefrologia, l'Oculistica, l'Anestesia e l'Ostetricia e ginecologia.

Anche nelle strutture private accreditate (che rappresentano circa il 56% del totale) la branca di Laboratorio di Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologiche è quella prevalente (circa il 66%), seguita da Medicina Fisica e Riabilitazione, che registra un'incidenza superiore di circa il 14%, dalla Diagnostica per immagini e infine da altre branche quali Cardiologia, Nefrologia e Oculistica.

2.3 Azioni di prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione assicura, attraverso le sue strutture, l'attività di prevenzione collettiva e di tutela della salute della popolazione, attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine umana ed in tutte le realtà in cui la salute pubblica è sottoposta a rischi di origine ambientale ed animale,

secondo la normativa vigente. Si articola in 9 Strutture complesse e 2 strutture semplici dipartimentali. Di seguito si evidenziano le principali attività portate avanti nel corso del 2025.

SPRESAL (Servizio Prevenzione e Salute nei luoghi di Lavoro)

In merito alle attività poste in essere nel 2025, il Servizio ha garantito:

- attività di vigilanza e controllo presso aziende e cantieri del territorio;
- controlli mirati sui principali fattori di rischio professionale;
- indagini in materia di infortuni sul lavoro e malattie professionali;
- supporto tecnico e attività di assistenza a datori di lavoro, lavoratori e loro rappresentanti;
- iniziative di informazione, formazione e promozione della cultura della prevenzione, collaborazione e coordinamento con altri enti quali INAIL, Ispettorato Nazionale del Lavoro e Autorità Giudiziaria;
- gestione dei ricorsi avverso il giudizio del Medico Competente;
- attività di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto, secondo la normativa vigente;
- espressione pareri tecnici e valutazioni preventive su nuovi insediamenti produttivi, impianti e cicli lavorativi;
- partecipazione alle attività del Comitato Regionale di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008;
- controlli in materia di autorizzazioni, notifiche e piani di lavoro (cantieri temporanei e mobili, amianto);
- attività di polizia giudiziaria ai sensi della normativa vigente;
- monitoraggio e valutazione dei rischi emergenti e dei nuovi fattori di rischio lavorativo;
- attività di raccolta, analisi e trasmissione dei dati relativi alla vigilanza, ai LEA e ai flussi informativi;
- interventi di prevenzione mirata nei settori produttivi a maggior rischio.

Con riferimento alle attività di vigilanza e controllo, in attuazione del Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro (DPCM 17 dicembre 2007) e in coerenza con gli indirizzi del Piano Nazionale di Prevenzione 2020–2025, il numero minimo di aziende da sottoporre a controllo per l'anno 2025 è stato determinato in misura pari ad almeno il 5% delle Posizioni Assicurative Territoriali (PAT), corrispondente a n. 1.017 aziende. Tale obiettivo è stato articolato tra i diversi settori produttivi sulla base della struttura produttiva e occupazionale del territorio, nonché dell'analisi degli eventi infortunistici e tecnopatologici più gravi e ricorrenti nella popolazione lavorativa locale, privilegiando i comparti a maggiore rischio.

In particolare, con riferimento ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), è stato garantito lo svolgimento delle attività di vigilanza nei luoghi di lavoro, con specifico riguardo ai settori dell'edilizia e dell'agricoltura, assicurando un numero di controlli pari al 100% dei controlli programmati.

L'azione del Servizio si è caratterizzata per l'appropriatezza degli interventi di vigilanza e prevenzione, per la coerenza con gli indirizzi regionali e nazionali e per la capacità di orientare le attività verso i settori produttivi a maggiore rischio, garantendo il rispetto dei volumi di attività programmati e dei livelli qualitativi attesi.

MEDICINA LEGALE

La tabella rappresenta un confronto delle attività svolte nell'anno 2025.

Tipologia	Prestazione	Totali	Tot Aggregati
Contenzioso responsabilità professionale	Consulenze Tecniche per l'ARES Sardegna	5	8
	Pratiche Comitato Valutazione Sinistri	3	
Legge 210/1992	Pratiche di indennizzo gestite	6	31
	Pratiche oggetto di liquidazione	25	
Ufficio Invalidi Commissioni accertamento minorazioni civili	Percentuale pratiche gestite su sistema telematico	100%	
	Accertamenti minorazioni civili	17.925	
	Preistruzione medico-legale (Delibera G.R. 51-40/2024)	13.613	
	Tempi d'attesa pratiche L.80/2006 (giorni lavorativi)	50	
	Tempi d'attesa pratiche non L.80/2006 (giorni lavorativi)	120	
Collegio Medico Legale e altre valutazioni collegiali	Visite collegiali per la Corte dei Conti	9	142
	Visite collegiali di idoneità/inidoneità	24	
	Pareri per gravi patologie e assimilati	102	
	Relazioni di CTU per la Corte dei Conti	7	
Commissione Medica Locale (supporto organizzativo e gestionale)	Pratiche idoneità guida definite	5.860	
Pareri e consulenze per Autorità Giudiziaria e Pubbliche Amministrazioni	Interventi medico-legali in procedure coattive	13	31
	Visite Tribunale/Ufficio Sorveglianza	18	
	Altri pareri e visite di controllo per studenti o partecipanti a prove di concorso etc.	-	
Certificazioni medico-legali	Patenti A/B	1.072	2.100
	Patenti C/D/E/K	18	
	Patenti nautiche	18	
	Esame tempi di reazione	-	
	Porto d'armi	369	
	Deambulazione ridotta	565	
	Adozione minori	37	
	Altre certificazioni (elettori, cessione quinto, congedi straordinari, tempi aggiuntivi, idoneità lavorative etc.)	21	
Medicina Necroscopica	Accertamenti domiciliari di morte	2.969	4.116
	Ispezioni e sopralluoghi	8	
	Trattamenti conservativi	-	
	Autorizzazione cremazioni	1	
	Pratiche riscontri diagnostici	139	
	Varie	-	

Tabella 8 - Dati di attività Medicina Legale – Fonte: Dipartimento di Prevenzione

Per gli accertamenti delle minorazioni civili l'ASL Cagliari ha prima approvato la proroga al 31.03.2025 del Progetto straordinario abbattimento liste d'attesa (Delibera DG n. 844/2024) e poi, ravvisatane la necessità urgente, un nuovo Progetto straordinario (Delibera CS n. 150 del 17.07.2025) con scadenza 31.05.2026.

CENTRO DONNA

Il Centro Donna nel 2025 ha operato interamente c/o la sede d'origine, il PO Binaghi, dove è stato trasferito a partire da metà marzo 2024 (a seguito di una momentanea allocazione presso il P.O. San Giovanni di Dio nel

periodo Covid).

L'attività dell'ambulatorio di senologia ha subito un arresto dal 24/02/2025 per assenza del personale dedicato. Per quanto concerne invece l'area ginecologica il Centro Donna è rimasto il riferimento aziendale dello screening del cervico carcinoma, sia per quanto riguarda lo screening di primo livello, mediante l'esecuzione dei Pap test, sia per quello di secondo livello con l'erogazione delle colposcopie e di eventuali biopsie, consentendo così il raggiungimento degli obiettivi aziendali previsti.

Inoltre, sempre in ambito ginecologico, sono state eseguite le attività ambulatoriali prenotabili su agende CUP dedicate come: visite ginecologiche, ecografie ginecologiche, Pap test, HPV test, colposcopie, biopsie e tamponi vaginali.

Nella tabella che segue si riassumono le attività svolte nel 2025, a confronto con il 2024, per cui si rileva un incremento delle attività nell'area dello screening, in particolare di II livello, un incremento anche nell'area ginecologica, mentre si rileva un'importante riduzione nell'area della senologia, come rappresentato anche in fase introduttiva.

ATTIVITA'	2025	2024	(Delta%)
Screening I livello	12.180	11.493	+6%
Screening II livello	2.069	1.235	+67%
Pap test WinSap	1.874	2.996	-37%
HPV CUP	285	207	+37%
HPV screening	1.383	1.384	0%
Ecografie CUP	1.747	1.187	+47%
Visite Ginecologiche	702	777	-9%
Colposcopie CUP	275	211	+30%
Biopsie CUP	23	23	-30%
Visite senologiche	1.119	1.119	-77%
Tamponi vaginali	283	0	+100%
Totale Attività	21.066	20.632	-2%

Tabella 9 - Dati di attività Centro Donna– Fonte: Dipartimento di Prevenzione

SANITA' ANIMALE

La Struttura Complessa del Servizio di Sanità Animale (SA) opera con la finalità di garantire la tutela della salute animale, attraverso la profilassi e il controllo delle malattie infettive e delle zoonosi degli animali domestici e selvatici, in attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), in un'ottica "One Health".

Tutte le specie zootecniche, bovini, ovi-caprini, suini, pollame e api, sono oggetto di frequenti controlli periodici, che contemplano l'attuazione di Piani nazionali che garantiscano che gli animali siano immuni da malattie e da utilizzo improprio di farmaci nel pieno rispetto della tracciabilità; assicura inoltre che le produzioni abbiano certezza di igiene e salubrità nell'ambito della sicurezza alimentare.

A fianco alle attività programmate, il Servizio di SA deve inoltre far fronte a tutte le emergenze sanitarie che si manifestano nel corso dell'anno e che naturalmente non sono prevedibili.

L'attività espletata dal Servizio Veterinario di Sanità Animale delle ASL di Cagliari nel 2025 può essere così

sinteticamente riassunta.

- I Piani di controllo per Tubercolosi e Leucosi bovina, Brucellosi ovi-caprina, Peste suina Africana e il Piano di Selezione genetica degli arieti da riproduzione si sono svolti secondo quanto previsto dai programmi regionali e hanno garantito il 100% dei controlli previsti.
- Il Piano dei controlli dell'Anagrafe e Identificazione animale (I&R) è stato espletato effettuando le Check List Ministeriali di Identificazione e Registrazione, anche ai fini della Condizionalità, secondo la programmazione indicata dalla Regione ed ha interessato le specie Bovina, Ovi-Caprina, Suina, Equina, Api e Acquacoltura, assicurando il 100% dei controlli previsti.
- Nell'ambito dei controlli sopra descritti sono state espletate attività di Verifica di Efficacia dei controlli ufficiali, garantendo il 100% dei controlli previsti.
- I Piani di controllo delle Encefalopatie spongiformi trasmissibili si sono svolti effettuando campionamenti del tronco encefalico dei capi bovini e ovi-caprini deceduti. Relativamente ai piccoli ruminanti, si rappresenta che per la specie i controlli si sono svolti raggiungendo un totale di 829 capi, pari a 109% di campionamenti effettuati; per la specie caprina, è stato segnalato un notevole miglioramento rispetto ai valori registrati dal 2024. In particolare, nel 2024 al 32,6% e nel 2025 il valore raggiunto è raddoppiato rispetto al 2023, pari al 52,48%, a riprova che l'educazione sanitaria rivolta agli allevatori caprini sta ampiamente dando i risultati auspicati. Si è infatti intervenuti soprattutto sugli aspetti sociologico-culturali, che necessitano di tempi più lunghi per essere recepiti dagli operatori della spesso arcaica realtà del settore agropastorale caprino.

Inoltre, sono stati effettuati campionamenti volti all'individuazione delle seguenti malattie: Influenza aviare, Salmonellosi, West Nile Disease, Malattia di Aujeszky, Trichinellosi, Anemia Infettiva Equina e Agenti abortigeni nelle diverse specie animali.

La gestione delle malattie infettive nel 2025 ha contemplato l'arrivo nei territori del Centro-Sardegna della Dermatite nodulare bovina (Lumpy Skin Disease). Nella ASL di Cagliari non sono stati registrati focolai di malattia; sono state effettuate 1417 visite cliniche negli Stabilimenti ed è stata ultimata la profilassi vaccinale, arrivando a raggiungere una copertura del 96% dei capi e degli allevamenti, per un totale di oltre 20 mila capi, su 607 allevamenti. Il controllo delle Malattie infettive animali si è concentrato anche sulla gestione dell'epidemia di Blue Tongue, che nell'anno 2025 ha registrato una massiva recrudescenza della patologia, culminata con l'arrivo di un nuovo sierotipo BTV5, assente in tutta Europa. Il Programma di profilassi indiretta per i sierotipi BTV 3-4-8 della Blue Tongue è stato espletato mediante la vaccinazione di tutti i capi presenti negli allevamenti ovini a rischio, pari a quasi 500 mila interventi vaccinali.

SIAPZ (Servizio di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche)

Il Servizio svolge un ruolo centrale nella prevenzione dei rischi sanitari lungo la filiera degli alimenti di origine animale, attraverso una serie articolata di controlli ufficiali finalizzati alla tutela della Salute Pubblica, del Benessere Animale e della Sicurezza Alimentare, attraverso le seguenti attività:

- Igiene degli allevamenti: verifica dello stato igienico-sanitario degli animali, delle strutture di stabulazione (stalle e sale mungitura) e dell'igiene del personale addetto, al fine di garantire condizioni compatibili con la produzione primaria sicura;
- Alimentazione degli animali: controllo sulla produzione, distribuzione e somministrazione dei mangimi, con attenzione alla tracciabilità, alla qualità degli alimenti zootecnici e alla prevenzione di contaminazioni o frodi;
- Uso del farmaco veterinario: vigilanza sull'uso corretto dei medicinali veterinari, con particolare riguardo al rispetto dei tempi di sospensione, alla registrazione dei trattamenti, alla prevenzione dell'antimicrobico-resistenza e alla tutela della salubrità delle produzioni alimentari;
- Controllo delle sostanze vietate: monitoraggio del rispetto del divieto di somministrazione di sostanze illecite (es. anabolizzanti, ormoni, tireostatici), potenzialmente pericolose per la salute degli animali e del consumatore;
- Attività di controllo sui molluschi bivalvi vivi che comprendono classificazione delle zone, monitoraggio microbiologico-chimico-biotossicologico, campionamento delle acque e del fitoplancton. La prevenzione sulla salute pubblica legata ai molluschi bivalvi consiste nell'impedire che alimenti ad alto rischio microbiologico, virale e biotossicologico arrivino al consumatore in condizioni pericolose.
- Vigilanza sulle strutture e sulle attività veterinarie: controllo dei laboratori diagnostici veterinari, delle strutture veterinarie pubbliche e private, dei professionisti del settore, delle farmacie veterinarie e dei depositi di medicinali, al fine di assicurare la conformità ai requisiti normativi e la corretta erogazione delle prestazioni sanitarie veterinarie.
- SOA: verifica della produzione, gestione, trasformazione e smaltimento dei sottoprodotti di origine animale non destinati al consumo umano, assicurando la prevenzione della salute pubblica e la tutela ambientale.
- Trasporti Animali Vivi: Gestisce il benessere animale durante il trasporto secondo il Reg. CE 1/2005 e organizza corsi di formazione/aggiornamento per il personale addetto.
- Igiene Urbana, Anagrafe Canina e Lotta al Randagismo: In un'ottica di One Health, il Servizio contribuisce in modo significativo alla prevenzione e al contrasto del randagismo, fenomeno che coinvolge aspetti sanitari, sociali, ambientali e di benessere animale.

Le attività comprendono:

1. gestione dell'Anagrafe Canina mediante microchippatura e registrazione degli animali, strumenti indispensabili per garantirne la tracciabilità e contrastare l'abbandono;
2. attuazione di programmi di sterilizzazione finalizzati al controllo delle nascite incontrollate e alla riduzione del randagismo;
3. controlli presso canili e strutture di ricovero, volti a verificare il rispetto delle condizioni igienico-sanitarie e del benessere animale;

4. attività di vigilanza, anche in collaborazione con le Forze dell'Ordine, nei casi di maltrattamento, abbandono o detenzione irregolare degli animali.

Attraverso tali interventi, il Servizio promuove non solo la salute pubblica veterinaria, ma anche una cultura della responsabilità e della corretta relazione uomo-animale, rafforzando la tutela degli animali e la sicurezza della collettività.

Nella seguente tabella si rappresenta l'attività di ispezioni e verifiche e di campionamenti e controlli.

ISPEZIONI E VERIFICHE	2025
Benessere animale	407
Farmaci	419
Alimentazione animale	84
Molluschi Bivalvi	20
Ispezioni/Certificazione per export latte/formaggi	23/240
Ispezioni /Certificazioni SOA	53
Anagrafe Canina e Lotta al Randagismo	350
CAMPIONAMENTI E CONTROLLI	2025
Mangimi	64
Molluschi Bivalvi	850
Latte e formaggi	51
Sottoprodotti di Origine Animale (SOA)	19

Tabella 10 – Dati di attività SIAPZ 2025– Fonte: Dipartimento di Prevenzione

SIAOA (Servizio di Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati)

Il Servizio SIAOA svolge i controlli ufficiali e le altre attività ufficiali previste dal Regolamento (UE) 2017/625, finalizzati alla tutela della salute pubblica e alla sicurezza alimentare lungo la filiera di alimenti di origine animale. L'attività del Servizio interessa tutte le fasi della produzione, trasformazione, distribuzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale, comprendendo sia gli stabilimenti industriali e artigianali riconosciuti ai sensi del Reg. (CE) 853/2004, sia le attività registrate ai sensi del Reg. (CE) 852/2004.

Rientrano tra le competenze del SIAOA i controlli ufficiali su: macelli e laboratori di sezionamento; impianti di trasformazione delle carni e dei prodotti della pesca; centri di depurazione e spedizione molluschi bivalvi vivi; mercati ittici e depositi frigoriferi; macellerie, pescherie e attività commerciali; trasporto alimenti di origine animale; ristorazione pubblica e collettiva in collaborazione con il SIAN; attività di esportazione verso Paesi UE ed extra UE; gestione delle allerte alimentari attraverso il sistema RASFF.

Il Servizio garantisce inoltre le attività ispettive ante e post mortem presso gli impianti di macellazione; i campionamenti ufficiali previsti dai Piani regionali e nazionali; la gestione delle emergenze sanitarie e delle segnalazioni; le certificazioni ufficiali tramite piattaforma TRACES; il supporto ad Autorità Giudiziaria e Forze di Polizia; l'attività di formazione e informazione agli Operatori del Settore Alimentare (OSA); la pronta disponibilità veterinaria h24 per emergenze di sicurezza alimentare.

L'attività del Servizio si sviluppa attraverso una programmazione basata sul rischio, in coerenza con il Piano

Regionale dei Controlli Ufficiali e con gli obiettivi previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Nel corso del 2025 risultano presenti nel territorio di competenza del SIAOA i seguenti operatori.

Stabilimenti riconosciuti 2025 – fonte NSIS/SINTESIS - SISAR		
Cod. master list	Tipologia attività	Num.
MS.B00.100	0 Deposito frigorifero autonomo - CS - Carni	16
MS.B00.100	0 Deposito frigorifero autonomo - CS - Ittico	13
MS.B00.100	0 Deposito frigorifero autonomo - CS - misto	7
MS.B00.200	0 Impianto autonomo di ri-confezionamento - RW	5
MS.B10.100	I Carni di ungulati domestici: Macelli - SH	9
MS.B10.200	I Carni di ungulati domestici: Laboratorio di sezionamento - CP	17
MS.B20.100	II Carni di pollame e di lagomorfi: Macello - SH	3
MS.B20.200	II Carni di pollame e di lagomorfi: Laboratorio di sezionamento - CP	6
MS.B30.100	III Carni di selvaggina allevata: Macello - SH	1
MS.B30.200	III Carni di selvaggina allevata: Laboratorio di sezionamento - CP	4
MS.B40.100	III Carni di selvaggina cacciata: Macello - SH	1
MS.B40.200	III Carni di selvaggina cacciata: Laboratorio di sezionamento - CP	1
MS.B50.100	V Carni macinate, prep. di carni ... - Carni macinate – MM	7
MS.B50.100	V Carni macinate, prep. di carni ... - Preparazioni di carni - MP	8
MS.B60.100	VI Prodotti a base di carne: Impianto di lavorazione - PP	9
MS.B70.100	VII Molluschi bivalvi vivi: Centro di depurazione - PC	5
MS.B70.200	VII Molluschi bivalvi vivi: Centro di spedizione - DC	5
MS.B80.100	VIII Prodotti della pesca: Navi officina – FV	3
MS.B80.300	VIII Prodotti della pesca: Impianti prodotti della pesca freschi - FFPP	16
MS.B80.500	VIII Prodotti della pesca: Impianto di trasformazione - PP	13
MS.B80.600	VIII Prodotti della pesca: Mercato ittico - WM	22
MS.BA0.100	X Uova e ovo prodotti: Centro di imballaggio - EPC	5
MS.BC0.200	XII Grassi animali fusi: Stabilimento di trasformazione - PP	1
MS.BD0.100	XIII Stomaci, vesciche e intestini trattati: Stabilimento di trasformazione - PP	4
Totale		181

Stabilimenti registrati 2025 - fonte SISAR		
Cod. master list	Tipologia attività	Num.
MS.000.200	Produzione primaria – Imbarcazioni da pesca *	71
MS.040.200	Macellazione di avicunicoli presso aziende agricole	1
MS.040.300	Macellerie	703
MS.040.400	Pescherie	337
MS.040.500	Raccolta e lavorazione di prodotti dell’apiario inteso come centro di conferimento e non come produzione primaria	47
MS.050.200	Ristorazione pubblica – ristoranti - agriturismo	1.150
MS.060.200	Commercio al dettaglio alimenti e bevande	40
MS.060.200	Commercio al dettaglio alimenti televendita ed altre forme **	0
MS.060.300	Commercio ambulante	43
MS.070.100	Deposito conto terzi di alimenti non soggetto a riconoscimento	17
MS.070.200	Piattaforma di distribuzione alimenti	4
MS.090.100	Trasporto di alimenti e bevande conto terzi *	394
Totale		2.807

*Anagrafica in corso di revisione ** anagrafica da istituire

Tabella 11 - Stabilimenti riconosciuti ai sensi del Reg. (CE) 853/2004 e registrati ai sensi del Reg. (CE) 852/2004 – anno 2025

Inoltre, nel corso del 2025 il SIAOA ha proseguito l’attività di controllo ufficiale su tutta la filiera degli alimenti di origine animale, assicurando la copertura delle attività programmate secondo i criteri previsti dal Piano Regionale

dei Controlli Ufficiali.

L'attività di campionamento rappresenta uno strumento fondamentale di verifica dell'efficacia dei sistemi di autocontrollo adottati dagli OSA e di prevenzione dei rischi per la salute pubblica. Infatti, è stata garantita l'attuazione dei seguenti Piani regionali e nazionali in materia di sicurezza alimentare, tra cui:

1. Piano Regionale Residui;
2. Piano Regionale Additivi;
3. Piano regionale contaminanti e tossine;
4. Piano monitoraggio antimicrobico-resistenza;
5. Piano controllo molluschi bivalvi vivi;
6. Piano monitoraggio UVAC;
7. Piano monitoraggio alimenti irradiati;
8. Piano controlli contaminanti ambientali e industriali.

Il SIAOA assicura la gestione delle notifiche del Sistema Rapido di Allerta per Alimenti e Mangimi (RASFF), garantendo la reperibilità operativa h24 per le attività che comprendono: rintraccio dei prodotti; verifiche documentali; controlli ufficiali presso gli operatori; eventuali sequestri e provvedimenti; coordinamento con le Autorità competenti.

L'approccio integrato alla gestione delle emergenze alimentari consente di assicurare tempestività degli interventi e tutela della salute pubblica.

Tab.Distribuzione attività SIAOA 2023 - 2025				
Ispezioni e Verifiche	2023	2024	2025	delta
CU Stabilimenti e Attività commerciali	737	1.096	1.065	-2,9%
Controllo carni macellate (capi diverse specie)	938.740	901.530	750.841	-20,1%
Campionamenti e Controlli	2023	2024	2025	delta
Controllo malattie al macello	63.407	62.000	77.114	19,6%
Alimenti di origine animale	254	337	319	-5,6%
Certificazioni export	45	68	133	48,9%
Notifiche allerte RASFF	23	23	26	11,5%
Ricerca residui alimenti di origine animale	88	64	86	25,6%

Tabella 12 - Distribuzione SIAOA 2023 - 2025. Fonte: Dipartimento di Prevenzione

Infine, le attività formative e di aggiornamento professionale rappresentano un elemento strategico per garantire uniformità operativa, appropriatezza dei controlli e continuo miglioramento delle competenze professionali.

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

La SC Igiene e Sanità Pubblica concorre alla tutela della salute collettiva attraverso attività di prevenzione, sorveglianza, controllo e promozione della salute rivolte alla popolazione e agli ambienti di vita, è articolata in tre Aree Funzionali:

1. Area dell'Igiene Edilizia, Urbanistica e degli ambienti confinati;
2. Area di Epidemiologia, Registro Tumori e Sistemi di Sorveglianza;
3. Area Vaccino Profilassi.

1. Area dell'Igiene Edilizia, Urbanistica e degli ambienti confinati

La Struttura Semplice svolge funzioni di prevenzione, valutazione, controllo e supporto tecnico in materia di igiene degli ambienti di vita, con riferimento agli aspetti edilizi, urbanistici, ambientali e funzionali che possono incidere sulla salute della popolazione.

L'attività della Struttura è finalizzata alla tutela igienico-sanitaria degli spazi costruiti, degli ambienti confinati e dei luoghi destinati alla permanenza, alla cura, all'istruzione, all'accoglienza, allo sport, alla produzione, al culto, alla sepoltura e all'aggregazione collettiva.

Le tabelle riportano le attività svolte dall'area in esame, con un confronto tra il 2024 e il 2025.

Pareri igienico-sanitari, edilizia e urbanistica			
Tipo di attività / Indicatore	Valore 2024	Valore 2025	Note / Variazione
Pratiche SUAPE/SUAP prese in carico	967	944	-2%
Pareri igienico-sanitari rilasciati extra SUAPE	21	27	+29%
Pratiche di idoneità/inidoneità alloggiativa	20	26	+30%
Partecipazioni a commissioni comunali, provinciali o tecniche	27	45	+67%
Valutazioni del rischio Legionella verificate	25	28	+12%
Referti Legionella esaminati e comunicazioni correlate	25	28	+12%
Indagini ambientali o campionamenti a seguito di notifica/segnalazione sanitaria	5	6	+20%

Tabella 13 - Dati di pareri igienico-sanitari, edilizia e urbanistica – Fonte: Dipartimento di Prevenzione

Vigilanza e ispezione igienico-sanitaria			
Tipo di attività / Indicatore	Valore 2024	Valore 2025	Note / Variazione
Segnalazioni di inconvenienti igienico-sanitari gestite	270	286	+6%
Controlli presso strutture ricettive, socio-assistenziali, scolastiche e servizi per l'infanzia	638	577	-10%
Controlli presso servizi alla persona, tatuaggio, piercing, estetica e attività assimilabili	212	223	+5%
Attività di polizia mortuaria, verifiche cimiteriali e operazioni correlate	220	240	+9%

Tabella 14 - Dati Vigilanza e ispezione igienico-sanitaria – Fonte: Dipartimento di Prevenzione

Monitoraggio ambientale, piscine e prevenzione del rischio Legionella			
Tipo di attività / Indicatore	Valore 2024	Valore 2025	Note / Variazione
Controlli presso piscine e impianti natatori	175	116	-33,7%
Campionamenti acque di piscina e acque di approvvigionamento	260	267	+2,6%
Referti chimico-fisici e microbiologici valutati	470	620	+31,9%
Valutazioni del rischio Legionella verificate	70	80	+14,3%
Controlli, Referti Legionella p. esaminati e comunicazioni in uscita per legionella pneumophila correlate	180 referti esaminati 70 prescrizioni correlate	182 referti esaminati 73 prescrizioni correlate	+ 1,1 % + 4,3 %
Prescrizioni, comunicazioni ad autorità e follow-up	120 prescrizioni e comunicazioni.	73 prescrizioni 148 Note a Comuni/Regioni 181 note a Strutture con piscine.	+ 151,6 %

Tabella 15 - Monitoraggio ambientale, piscine e prevenzione del rischio Legionella – Fonte: Dipartimento di Prevenzione

2. Area di Epidemiologia, Registro Tumori e Sistemi di sorveglianza

L'Area Epidemiologia svolge una funzione trasversale di osservazione, sorveglianza, registrazione, analisi e

restituzione informativa sullo stato di salute della popolazione. La sua attività è finalizzata a produrre conoscenze epidemiologiche utili alla programmazione sanitaria, alla valutazione dei bisogni di salute, al monitoraggio dei fenomeni di interesse collettivo e al supporto delle decisioni aziendali, dipartimentali e regionali.

La funzione principale consiste nella gestione qualificata di registri, sistemi di sorveglianza e flussi informativi, attraverso processi strutturati di raccolta, verifica, codifica, elaborazione e restituzione dei dati.

L'Area Epidemiologia si articola in diversi settori funzionali integrati: il Registro Tumori Locale; il Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM); i sistemi di sorveglianza della popolazione, orientati al monitoraggio di condizioni di salute, fattori di rischio e comportamenti rilevanti; la sorveglianza e il controllo delle malattie infettive; le sorveglianze scolastiche e gli ulteriori flussi informativi di sanità pubblica.

L'attività relativa ai **sistemi di sorveglianza** e all'analisi epidemiologica comprende la raccolta, la validazione, l'elaborazione e la restituzione dei dati provenienti dai principali sistemi informativi di sanità pubblica. In questo ambito rientrano le sorveglianze PASSI, rivolte alla popolazione adulta, e PASSI d'Argento, dedicate alla popolazione anziana, entrambe finalizzate al monitoraggio di stili di vita, fattori di rischio, condizioni di salute percepita e bisogni di prevenzione.

Tipo di attività / Indicatore	Valore 2024	Valore 2025	Note / Variazione
Interviste PASSI effettuate e caricate	384 – 100%	320 – 83,1%	-16,9%
Interviste PASSI d'Argento effettuate e caricate	209 – 100%	209 – 100%	=

Tabella 16 - Dati sorveglianze PASSI 2025 - 2024. Fonte: Dipartimento di Prevenzione

L'attività del **Registro Tumori Locale** comprende l'acquisizione, la presa in carico, la codifica e la validazione dei casi oncologici incidenti nella popolazione di riferimento, attraverso l'integrazione di fonti informative sanitarie, amministrative, anatomopatologiche e cliniche.

Tipo di attività / Indicatore	Valore 2024	Valore 2025	Variazione
N. di casi registrati / analizzati / codificati	9126	5867	-64,3%

Tabella 17- Attività Registro Tumori Locale 2025 - 2024. Fonte: Dipartimento di Prevenzione

L'attività del **Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM)** comprende l'acquisizione, la registrazione, la verifica e la codifica delle schede di morte relative alla popolazione di riferimento, con l'obiettivo di garantire una corretta classificazione delle cause di decesso per le finalità epidemiologiche, statistiche e di sanità pubblica.

Tipo di attività / Indicatore	Valore 2024	Valore 2025	Variazione
Schede di morte ricevute o acquisite			
1 Trimestre	1.744	1.698	-2,6%
2 Trimestre	1.455	1.521	4,5%
3 Trimestre	1.368	1.526	11,5%
4 Trimestre	1.655	1.585	-4,2%
Totale	6.222	6.330	1,7%
Schede codificate nell'anno			
	3.801	1.380	-64%
Attestazioni di causa di morte rilasciate	265	225	-15%

Tabella 18 - Attività del Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM). Fonte: Dipartimento di Prevenzione

3. Attività Vaccinoprofilassi

La funzione centrale della Vaccinoprofilassi svolge un ruolo di indirizzo e coordinamento operativo delle attività vaccinali. Cura la programmazione delle sedute, la gestione delle agende, l'aggiornamento dell'anagrafe vaccinale, il rilascio delle certificazioni, le comunicazioni istituzionali e il raccordo con Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, strutture sanitarie e altri soggetti coinvolti nei percorsi vaccinali. Presidia inoltre l'approvvigionamento, la conservazione, la distribuzione e la tracciabilità dei vaccini, assicurando il rispetto delle procedure e la continuità delle forniture.

Vaccinoprofilassi	Tot Sedute 2025	Tot Pazienti 2025	Tot Vaccini 2025	Tot Sedute 2024	Tot Pazienti 2024	Tot Vaccini 2024
Sisp Cagliari infanzia/adolescenza	5.886	3.503	10.307	7.920	4.158	13.994
Sisp Cagliari adulti/ cat. A rischio/ viaggiatori	12.841	8.542	20.580	10.919	8.046	14.597
Sisp Capoterra	1.601	934	2.734	1.607	873	2.618
Sisp Decimo	7.596	4.431	12.617	8.282	4.620	13.143
Sisp Isili	980	526	1.757	1.294	722	2.123
Sisp Muravera	1.643	988	2.596	1.608	924	2.460
Sisp Pula	883	531	1.465	904	472	1.452
Sisp Quartu	8.909	5.447	14.305	10.655	6.838	15.676
Sisp Selargius	7.078	4.040	11.523	7.470	4.099	11.678
Sisp Senorbi	1.722	1.005	3.007	1.639	993	2.618
Sisp Teulada	306	222	444	174	146	256
Totale	49.445	30.169	81.335	52.472	31.891	80.615

Tabella 19 - Dati di attività VACCINOPROFILASSI Fonte: Dipartimento di Prevenzione

SALUTE E AMBIENTE

Grazie alle risorse per l'area "Salute, ambiente, biodiversità e clima", di cui al Piano Nazionale per gli investimenti Complementari (PNC) finalizzati a integrare con risorse nazionali gli interventi del PNRR, la SC Salute e Ambiente ha acquisito, nell'anno 2025, n. 5 nuove figure professionali (medico igienista, biologo, chimico, ingegnere ambientale, informatico) per rispondere con le necessarie competenze multidisciplinari ai nuovi compiti che i Dipartimenti di Prevenzione devono svolgere nell'ambito del Sistema Nazionale di Prevenzione della Salute e dei rischi ambientali e climatici (SNPS) e dal relativo Sistema Regionale (SRPS), di prossima istituzione.

Le attività principali della Struttura sono di seguito rappresentate:

- Vigilanza Rischio Amianto
- Valutazioni sanitarie nell'ambito di procedimenti autorizzativi in Conferenza di Servizi
- Controlli Ufficiali sulla sicurezza chimica (REACH - CLP – BPRS - CPR)

Tra le attività si effettua anche la valutazione, a seguito di segnalazioni, di situazioni di potenziale rischio per la salute della popolazione, che sono state verificate dal personale della SC.

- ✓ Vigilanza Rischio Amianto (sopralluoghi per la verifica dello stato di conservazione di manufatti contenenti amianto e sopralluoghi eseguiti nell'ambito del censimento dei manufatti contenenti amianto).

VIGILANZA RISCHIO AMIANTO	2024	2025	Delta
N. SEGNALAZIONI PERVENUTE	51	54	+ 6%

RELAZIONE PERFORMANCE 2025 ASL CAGLIARI

VIGILANZA RISCHIO AMIANTO	2024	2025	Delta
N. SOPRALLUOGHI EFFETTUATI	127	79	- 37%

Tabella 20 - Dati di attività Vigilanza rischio amianto. Fonte: Dipartimento di Prevenzione

- ✓ Conferenze di servizi - Rischio Ambientale Sanitario (l'attività si svolge attraverso la partecipazione degli operatori alle Conferenze di Servizi convocate ai fini dell'espressione di un parere in relazione a eventuali impatti diretti o indiretti sulla salute della popolazione derivanti da attività produttive).

Conferenze di servizi (Rischio Ambientale Sanitario)	2024	2025	Delta %
N. Convocazioni	85	110	+ 29%
N. Partecipazioni/Pareri espressi	77	105	+ 36%

Tabella 21 - Dati di attività rischio ambientale sanitario. Fonte: Dipartimento di Prevenzione

- ✓ Controlli Ufficiali sulla sicurezza chimica (REACH - CLP - BPRS) espletati sulla base del Piano nazionale annuale delle attività di controllo sui prodotti chimici, in applicazione dei Regolamenti (CE) REACH, CLP e Biocidi, trasmesso dal Ministero della Salute, e del relativo Piano Regionale annuale. Parallelamente alla attività di controllo, è stata realizzata la attività di formazione.

CONTROLLI UFFICI SULLA SICUREZZA CHIMICA (REACH - CLP - BPRS)	2024	2025	Delta %
N. CONTROLLI EFFETTUATI	18	11	-38%
N. SOPRALLUOGHI EFFETTUATI	9	4	-55%
N. CAMPIONAMENTI	1	1	0%
N. SANZIONI	3	2	-33%

Tabella 22 - Dati di attività controlli sicurezza chimica Fonte: Dipartimento di Prevenzione

- ✓ Attività di formazione.

Nel 2025, in ossequio a quanto previsto dal PRP 2020-2025, sono stati organizzati seguenti corsi di formazione: "La valutazione di impatto ambientale e sanitario", "Buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati per costruzioni/ristrutturazioni di edifici".

Il personale interno ha garantito la partecipazione ai seguenti corsi:

- "Training Regionale 2025 "Salute e sicurezza chimica 2025 – le strategie e le modalità del controllo dei prodotti biocidi e cosmetici sul territorio nazionale" da parte degli ispettori sulla sicurezza chimica;
- n. 14 corsi accreditati, ai quali hanno partecipato tutti gli operatori di nuova assunzione, inerenti tematiche di salute, ambiente, biodiversità e clima, erogati in FAD dall'ISS, per un totale di ore 234.

UFFICIO SANZIONI

La struttura si occupa del controllo delle procedure per l'applicazione delle sanzioni pecuniarie e accessorie riguardanti violazione in materie di igiene e sanità nel rispetto della normativa della L.689/1981.

Descrizione	2024	2025	Delta
Audizioni - art. 18 Legge 689/81	3	3	0%
Ordinanza di Ingiunzione	33	24	-27%
Ordinanze di Archiviazione	9	4	-55%
Ordinanze Dissequestri Merci e Attività	23	30	+25%
Formazione	2	2	0%

RELAZIONE PERFORMANCE 2025 ASL CAGLIARI

Descrizione	2024	2025	Delta
Digitalizzazione pratiche	107	268	+150%
Accesso Atti	1	0	

Tabella 23 - Dati di attività ufficio sanzioni. Fonte: Dipartimento di Prevenzione

Altre attività inerenti al Servizio nel corso del 2025 sono state:

- Aggiornamento del Regolamento per la gestione dell'iter procedimentale sanzionatorio in materia igienico sanitaria della ASL n: 8 di Cagliari per la pubblicazione nell'albo pretorio della ASL di Cagliari;
- Aggiornamento della composizione della Commissione Esame Ricorsi di cui alla legge 689/81, con Determina n.89 del 05.02.2025.

SC PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

La struttura svolge le attività di promozione ed educazione alla salute tramite attività di sensibilizzazione e formazione; medicina delle migrazioni; prevenzione secondaria (screening); medicina dello sport.

Attività		2024	2025	Delta
Sbarchi DIRETTI	N° visite	1.549	2.000	29%
	Diagnosi di scabbia	1	0	-100%
	Invii in PS	13	10	-23%
Sbarchi PROGRAMMATI	N° visite	1.029	1.633	59%
	N° diagnosi di scabbia e segnalazione a SC Igiene Pubblica	20	20	0%
	Invii in PS	5	3	-40%
Ambulatorio STP	N° visite ambulatori STP (totale)	1.720	1.720	0%
	N° visite in Via Romagna	1349	886	-34%
	N° visite in V.le Trieste	326	376	15%
	N° diagnosi di scabbia e segnalazione a SC Igiene Pubblica	17	22	29%
	N° accessi Sportello psicologico	28	Attività temporaneamente sospesa	
	N° Certificazioni idoneità all' inserimento in comunità	217	277	28%
Emergenza Ucraina	N° visite	54	32	-41%
	N° certificazioni di idoneità all' inserimento in comunità	42	22	-48%
Accertamento età MSNA	N° richieste di accertamento di età	1	13	1200%
TOTALE VISITE		4.352	5.385	24%

Tabella 24 - Attività svolte per la medicina delle migrazioni. Fonte: Dipartimento di Prevenzione

ANNO	ATTIVITÀ	SCREENING SERVICE UTERINA*	SCREENING MAMMOGRAFICO**	SCREENING COLONRETTO***
2024	Invital1° livello	55.604	46.825	32.237
	N° Adesioni	19.926	16.300	9.661
	Tasso di Adesione grezza	35.83%	34,81%	29,96%
	Tasso di Adesione reale	39.2%	35,4%	11,2%
2025	Invital1° livello	55.084	47.414	93.200
	N° Adesioni	21.980	16.920	11.477
	Tasso di Adesione grezza	39,9%	35,7%	19,1%
	Tasso di Adesione reale	42,7%	37,1%	12,3%

Tabella 25 - Attività svolte per la prevenzione secondaria. Fonte: Dipartimento di Prevenzione - dati aggiornati al 23.12.2025

È necessario precisare che il numero degli inviti di primo livello dipende dalla disponibilità fornita dai Centri di secondo livello deputati all'esecuzione delle colonscopie, grazie ai quali è possibile garantire il rispetto dei

parametri di accettabilità previsti dalle Linee Guida del GISCOR. Relativamente alle attività di screening del tumore del colon retto, si sono verificate delle criticità in fase di secondo livello che portano la percentuale ad essere al di sotto degli altri screening.

La riduzione delle attività dell'ambulatorio di Medicina Sportiva è riconducibile al periodo di inattività forzata dovuta al trasferimento della struttura dai locali del P.O. San Giovanni di Dio al P.O. Binaghi.

Visite mediche per il rilascio delle certificazioni di idoneità alle attività sportive svolte in forma agonistica		
Annualità 2024	Annualità 2025	Delta
2.095	2.349	12%
Visite mediche specialistiche per programmi terapeutico-riabilitativi per la popolazione in generale ed in particolare delle persone disabili, ivi compresa la prescrizione dell'attività fisica		
Annualità 2024	Annualità 2025	Delta
98	98	0%

Tabella 26 - Dati di attività visite mediche. Fonte: Dipartimento di Prevenzione

SIAN (Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione)

Il SIAN svolge la propria attività nell'ambito della sicurezza alimentare, della sorveglianza nutrizionale e educazione alimentare. Gli obiettivi primari del SIAN sono la tutela della salute mediante adeguati interventi di igiene della nutrizione, il controllo che l'OSA (operatore del settore alimentare) garantisca la qualità microbiologica, chimica, fisica e nutrizionale degli alimenti e la tutela dei diritti fondamentali del consumatore relativamente alla salute, alla sicurezza ed all'informazione.

Il servizio è articolato in due aree funzionali:

- area funzionale Igiene degli Alimenti e delle bevande (I.A.B.)
- area funzionale Igiene della Nutrizione (I.N.)

Di seguito le principali attività svolte nel corso del 2024.

INTERO TERRITORIO AZIENDA	2024	2025
SCIA/DUA per notifica stabilimenti produzione vendita somministrazione trasporto alimenti	2.665	2.748
Sportello informativo, e consulenza agli utenti per le attività di servizio	652	692
Vigilanza nei settori della produzione, commercializzazione, somministrazione alimenti e bevande	2.029	1.495
Rilevazione caratteri organolettici e/o prelievo campioni alimenti per analisi, valutazione esiti analisi.	202	153
Conferenze di servizi	298	312
Valutazione e approvazione tabelle dietetiche mense scolastiche e collettività	185	151
Consulenze telefoniche, richiesta documentazione integrativa per menù standard pervenuti, note, segnalazioni, altre comunicazioni scritte)	82	31
Valutazione diete differenziate per patologie in mense scolastiche (procedure compilazione e corretta applicazione)	111	88
Certificazione di commestibilità funghi spontanei e/o destinati alla vendita e somministrazione	130	241
SCIA/DUA locali deposito e vendita prodotti fitosanitari	0	1
Certificazione di abilitazione alla vendita prodotti fitosanitari	25	9
Corsi ed esami per l'autorizzazione all'acquisto, all'uso e alla vendita di prodotti fitosanitari	5	5
Corsi di formazione per OSA celiachia sale iodato e allergie	2	4
Certificazioni per esportazioni all'estero	6	7
Corsi di formazione del personale	5	6

Tabella 27 - attività svolte per il SIAN anno 2024 Fonte: Dipartimento di Prevenzione

RELAZIONE PERFORMANCE 2025 ASL CAGLIARI

Attività COMPLESSIVA Anno 2025 Settore Nutrizione

	Pratiche pervenute nel 2025, in corso e chiuse	Pratiche prevenute nel 2024, ma chiuse nel 2025	Pratiche pervenute nel 2024, ancora in corso, per cui sono state eseguite azioni nel 2025	TOTALE
Totale documenti pervenuti	175	19	6	200
Consulenze telefoniche	34	2	1	37
Consulenze in presenza*	5	0	0	5
N° Documenti inviati	152	17	6	175
Totale azioni effettuate	366	38	13	417

Tabella 28 - attività svolte per il settore nutrizione anno 2025 Fonte: Dipartimento di Prevenzione

Attività ispettiva e atti conseguenti C.U. - Anno 2025

Numero di stabilimenti	Numero di stabilimenti ispezionati	n° stab. con relazioni d'ispezione	Ordinanze/ prescrizioni	Sanzioni amministrative	sequestri	Notizie di reato
7.557	1.873	1.485	194	80	14	1

Tabella 29 - attività ispettiva e atti conseguenti C.U. anno 2025 – Fonte : Dipartimento di Prevenzione

Attività di campionamento alimenti	ESEGUITI	Di cui NON CONFORMI
Campioni chimici alimenti	45	0
Campioni microbiologici alimenti	108	3

Tabella 30 - attività di campionamento alimenti. Fonte Dipartimento di Prevenzione

ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO

Nel corso dell'anno sono stati effettuati 2.454 campioni, di cui 188 fuori norma.

CAMPIONI ACQUE POTABILI 2025

	CHIMICI	MICROBIOLOGICI
	1.129	1.325
FUORI NORMA ACQUE POTABILI	120	68

Tabella 31 - attività di campionamento acque potabili. Fonte Dipartimento di Prevenzione

ISPETTORATO MICOLOGICO

Nel corso del 2025 i Tecnici della Prevenzione micologi, hanno garantito il controllo dei funghi epigei freschi spontanei destinati alla vendita e/o somministrazione e al consumo diretto presso 5 sedi.

Sono stati effettuati 154 controlli sui funghi freschi spontanei raccolti da privati cittadini con riconoscimento della specie e rilascio del certificato da cui risulta che sono state cernite 456 specie di cui 238 commestibili; 102 alterate; 80 non commestibili; 34 velenosi e 2 velenosi mortali.

Sono stati rilasciati 241 certificati di funghi destinati alla vendita e/o alla somministrazione per un totale di kg. 1.549. Nell'ambito della reperibilità straordinaria, finalizzata alla collaborazione con la Medicina d'Urgenza dei Presidi Ospedalieri operanti nel territorio Aziendale e extra Aziendale, i Tecnici della Prevenzione Micologi hanno effettuato 16 interventi per sospetta intossicazione da funghi con 23 persone coinvolte.

SISTEMA RAPIDO D'ALLERTA

Per notificare in tempo reale i rischi diretti o indiretti per la salute pubblica connessi al consumo di alimenti o mangimi, è stato istituito il "Sistema Rapido di Allerta Comunitario" sotto forma di rete, a cui partecipano la

Commissione Europea e gli Stati membri dell'Unione.

Le allerte possono riguardare alimenti e materiali a contatto con alimenti, che rappresentano un grave rischio per la salute dei consumatori e per i quali è richiesto un intervento immediato; oppure alimenti che, pur presentando non conformità alle norme vigenti non rappresentano un grave rischio per il consumatore e/o non richiedono un intervento immediato

Nel 2025 il SIAN ha gestito un totale di n° 74 allerte con sistema rapido. In conseguenza di queste segnalazioni sono stati effettuati 147 sopralluoghi di controllo da parte dei Tecnici della Prevenzione.

CATEGORIZZAZIONE DEL RISCHIO

Nel corso del 2024 il Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione ha provveduto ad effettuare una serie di controlli mirati all'ottenimento di una classificazione in base al profilo di rischio di alcuni stabilimenti.

IMPRESA PRODUTTIVA CATEGORIZZATA	DATA	LIVELLO DI RISCHIO ASSEGNATO
Piattaforma di distribuzione G.D.O.	Gen-25	MEDIO
Piattaforma di distribuzione G.D.O.	Mar-25	BASSO
Stabilimento molitura cereali	Apr-25	MEDIO
Pastificio artigianale	Apr-25	MEDIO
Produzione e conf. sale alimentare	Mag-25	BASSO
Produzione gelati e granite	Giu-25	MEDIO
Birrificio artigianale	Lug-25	MEDIO
Produzione conserve vegetali	Sett-25	BASSO
Produzione conserve vegetali	Ott-25	BASSO
Produzione Vini (Cantina)	Nov-25	BASSO
Produzione dolci da forno	Nov-25	MEDIO
Ristorazione collettiva (centro cottura)	Dic-25	MEDIO

Tabella 32 - attività di campionamento acque potabili. Fonte Dipartimento di Prevenzione

PROGETTO NUTRI-PREVENZIONE ONCOLOGICA

Relativamente al progetto, si sono avviati tutti e tre gli ambiti di intervento previsti su pazienti oncologici e familiari, operatori Sanitari, popolazione scolastica e docenti scuola secondaria.

Di seguito il riepilogo dell'attività svolta.

1. Numero consulenze erogate: 361 (212 prime visite e 149 follow-up);
2. Modalità erogazione ai pazienti: 308 in sede e 53 in remoto;
3. Le patologie più frequenti sono state: 105 neoplasie mammarie, 24 neoplasie ematologiche, 34 neoplasie del colon e del retto.

Inoltre, sono stati avviati progetti di sensibilizzazione in due ambiti di intervento previsti dal progetto come di seguito dettagliato.

1. Progetto **“Riparto da Me”** di Presa in carico globale e riabilitazione delle persone affette da Neoplasia Mammaria in collaborazione con Servizio di riabilitazione territoriale Ausonia e Servizio Medicina dello Sport ASL Cagliari. Tutte le persone inviate hanno manifestato piena soddisfazione per il percorso effettuato. 83 persone hanno ricevuto informazione del progetto al momento della prima visita (59 già

operate e 24 in attesa di intervento chirurgico), 7 persone inviate al Centro Ausonia per riabilitazione, 10 inviate direttamente a Medicina dello Sport per rieducazione motoria, 2 persone hanno effettuato il percorso completo con presa in carico da parte di entrambi i servizi.

2. Partecipazione a 4 incontri del Tavolo Tecnico "ASSieme per Rete Oncologica Regionale", organizzato e coordinato dalla Direzione dell'Assessorato regionale Sanità e Servizi Sociali RAS, per promuovere la formazione e sensibilizzazione alla Nutriprevenzione Oncologica.
3. Evento "Nutri-Prevenzione Oncologica" 4^a, 5^a e 6^a edizione, 24 gennaio, 24 giugno e 22 dicembre 2025. N. partecipanti: 100 tra pazienti, familiari e volontari di Associazioni Oncologiche accreditate dalla Regione al Tavolo Tecnico Regionale Assieme per la Rete Oncologica.
4. L'ambulatorio Nutriprevenzione SIAN, in collaborazione con ARES Sardegna si è occupato della progettazione, organizzazione, direzione scientifica e docenza di due edizioni di 24 ore ciascuna di un corso teorico-esperienziale di formazione, accreditato con 36.6 crediti ECM.
Nome evento "Comunicazione Efficace, Aiuto Relazionale e Sintesi Personale" - 2-4 Aprile e 27-29 Ottobre 2025. N. partecipanti: 50 operatori del SSN e 10 uditori non ECM

2.4 La Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio della ASL di Cagliari.

Centri di Salute Mentale

All'interno della ASL 8 sono presenti 4 CSM, i cui dati relativi agli utenti in carico e all'attività erogata nell'anno 2025 sono rappresentati nella tabella seguente.

	2024		2025		DELTA	
	N. Utenti	N. Prestazioni	N. Utenti	N. Prestazioni	N. Utenti	N. Prestazioni
CSM1	4.923	52.450	4.635	71.463	-5,9%	36,2%
CSM2	3.387	36.575	3.246	37.297	-4,2%	2,0%
CSM3	2.484	33.432	2.540	35.841	2,3%	7,2%
CSM4	1.728	38.750	1.836	34.201	6,3%	-11,7%
TOTALE	7.599	108.757	7.622	107.339	0,3%	-1,3%

Tabella 33 –Attività erogata dai Centri di Salute Mentale ASL Cagliari 2024/2025 Fonte dati: Dipartimento di salute mentale

Nel dettaglio:

1. il CSM 1 ha concluso l'accorpamento dei due CSM situati nella città di Cagliari in un unico centro;
2. il CSM 2 garantisce l'assistenza nell'area di Quartu S. Elena, oltre all'attività ordinaria di utenti in carico, svolge il proprio servizio anche attraverso ambulatori periferici (situati a Sinnai e Dolianova) con accessi a frequenza settimanale;
3. il CSM 3, svolge l'attività nell'area ovest della Città Metropolitana di Cagliari, associando alle prese in

carico dei singoli utenti anche attività di gruppo quali la psicoterapia per giovani adulti con problemi sociali e la psicoterapia di gruppo psicodramma, oltre che promuovere attività sportive come il calcio e il fitwalking;

4. il CSM 4 svolge la propria attività nel Sarcidano, in particolare nelle sedi di Isili, Senorbì, Muravera e nella colonia penale di Isili. Nel 2025 è stato avviato il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare presso la sede di Senorbì (nel mese di novembre), con il supporto del gruppo di conduttori del CSM Cagliari 2.

Nel corso del 2025 si è rafforzata l'attività di coinvolgimento e supporto ai familiari, attraverso la creazione di programmi condivisi con le altre S.C. Dipartimentali, strutturati e dedicati alle famiglie, attraverso la progettazione e la stesura del Programma Dipartimentale "Progetto di implementazione dei Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare nei Servizi Dipartimentali".

In alcuni CSM si svolgono anche altre attività specifiche, come ad esempio attività di gruppo, sia per i pazienti che per i familiari (es. gruppi psicoeducazionali per disturbo bipolare, gruppo di psicoanalisi multifamiliare...) oppure covisione di casi clinici complessi (obiettivo di performance condiviso tra tutti i servizi della Salute mentale).

Servizio per le Dipendenze - Centro Trattamento Disturbi Psichiatrici Correlati ad Alcol e Gioco d'Azzardo

La struttura assicura i livelli essenziali di assistenza (LEA) attraverso l'erogazione di trattamenti appropriati e ad alta intensità assistenziale, rivolti ai soggetti affetti da Disturbo da Uso di Alcol, da Disturbo da Gioco d'Azzardo e da altre dipendenze comportamentali, in mono-diagnosi o in comorbidità con altri disturbi psichiatrici. La sede si trova alla Cittadella della Salute di Cagliari, in via Romagna, mentre gli ambulatori periferici sono presenti a Senorbì e Muravera.

Il Centro propone un protocollo integrato ad alta intensità di interventi terapeutico-riabilitativi, individuali, familiari e di gruppo, che coinvolgono il paziente e i suoi familiari, che tiene conto della multiformità dei fattori psicopatologici, biologici, psicologici, comportamentali e sociali implicati nella genesi, nel trattamento e nella prognosi dei suddetti disturbi. Inoltre, offre risposte alle esigenze di una nuova popolazione con problematiche complesse di Internet Addiction e altre dipendenze comportamentali.

Nella sede di Cagliari è presente un ambulatorio con valenza di DH territoriale, finalizzato a interventi di disintossicazione rapida, stabilizzazione dei quadri astinenziali non complicati e trattamento di casi di scompenso psichico da lieve a moderato, nell'ottica di una drastica riduzione dei ricoveri impropri per pazienti alcol-dipendenti e complessi in comorbidità.

Il Centro, quale unico polo regionale formalmente istituito ed autonomo dedicato alla prevenzione e la cura del Disturbo da Gioco d'Azzardo, si occupa del coordinamento su tutto il territorio del Piano Regionale Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) Sardegna, approvato in ottemperanza alle disposizioni del Ministero della Salute e finanziato dalla Regione Sardegna con D.G.R. RAS n. 51/22 del 17/11/2017. Nello specifico, il Centro si occupa della programmazione e il coordinamento di interventi omogenei di prevenzione, cura e riabilitazione, attuati dalla equipe dedicate presenti presso tutti i Servizi per le Dipendenze delle ASL regionali.

Un ampio ventaglio di iniziative sono state realizzate nell'ambito della prevenzione e promozione della salute e del benessere psicosociale, che hanno riguardato prevalentemente le seguenti aree di intervento:

- Comuni e altri Enti locali, attraverso incontri informativi e attività di sensibilizzazione rivolte agli amministratori, agli operatori sociali e ai Servizi territoriali, finalizzati a promuovere una maggiore conoscenza del fenomeno della dipendenza e a favorire l'invio ai Servizi dedicati;
- Associazioni, Enti del Terzo settore e altre realtà del territorio, attraverso iniziative informative e momenti di confronto finalizzati a promuovere la diffusione di buone pratiche di prevenzione, rafforzare le reti di collaborazione e favorire la costruzione di percorsi condivisi di promozione della salute e contrasto al fenomeno della dipendenza;
- Istituti Scolastici di I e II grado, mediante la realizzazione del progetto "Dipende da te", finalizzato alla prevenzione e promozione del benessere psico-sociale rivolto agli studenti, ai docenti e ai genitori, con l'obiettivo di promuovere la cultura della consapevolezza rispetto ai rischi connessi al gioco d'azzardo e dall'uso delle tecnologie digitali in età evolutiva, oltreché alle dipendenze da sostanze legali e illegali, favorire lo sviluppo delle life skills come fattori protettivi rispetto all'insorgenza di comportamenti a rischio e l'intercettazione precoce degli stessi, attraverso training "life skills based" e "peer education based"; infine, il Centro, nell'ambito della convenzione triennale attivata con il Liceo "Eleonora d'Arborea" di Cagliari, ha realizzato percorsi di formazione scuola-lavoro destinati agli studenti. In totale le attività di prevenzione nelle Scuole svolte nell'anno 2025 dal Centro hanno visto la partecipazione di 57 classi, per un totale di 1.098 studenti e 652 tra genitori e insegnanti coinvolti

Nell'anno 2025 risultavano in carico n. 1.725 utenti di cui 1.143 pazienti affetti da DUA e da DGA e 582 familiari. Le prestazioni erogate nel corso dell'anno ammontano complessivamente a 60.053. L'attività terapeutico riabilitativa intensiva ha consentito di limitare significativamente gli inserimenti residenziali nelle comunità terapeutiche, che nell'anno 2025 sono stati 50.

Anno	PAZIENTI	FAMILIARI	Totali	PRESTAZIONI
2025	1.143	582	1.725	60.053

Tabella 34 - Attività erogata presso SERD/Centro ALCOL-GAP ASL Cagliari. 2025 Fonte dati: Dipartimento di salute mentale

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

La Struttura complessa del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) assicura i livelli essenziali di assistenza (LEA) rispetto agli interventi di ricovero in urgenza, sia in regime volontario (TSV) che di trattamento sanitario obbligatorio (TSO). Le attività del SPDC includono attività di consulenza per le Unità Operative Ospedaliere e per il Pronto Soccorso e l'elaborazione condivisa del progetto terapeutico con i Servizi di Salute Mentale territoriali ai fini della continuità terapeutica al momento della dimissione.

Dall'analisi dei dati di ricovero (riportati nelle tabelle dedicate all'assistenza ospedaliera) si evidenzia nell'ultimo anno una riduzione complessiva dei ricoveri in psichiatria (da 814 a 720 ricoveri), con una conseguente riduzione sia dei TSO (- 12%) sia dei trattamenti sanitari in regime volontario (-11%). Tuttavia la percentuale dei TSO e TSV

erogati e rapportati al numero di dimissioni è rispettivamente del 15% e del 84%, invariate rispetto all'anno precedente.

Nel quadro delle prestazioni erogate, possiamo evidenziare un aumento delle consulenze pari al 9%.

Dati	2024	2025	DELTA %
TSO - Trattamento Sanitario Obbligatorio	125	110	- 12%
TSV - Trattamento Sanitario Volontario	689	610	- 11%
Consulenze	2.215	2.417	+ 9%

Tabella 35 - Distribuzione attività SPDC ASL Cagliari. Trend 2024 VS 2025 - Fonte: SISAR ADT SPDC Cagliari

Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza

Le attività riguardanti la diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi neurologici, psichiatrici, psicologici e neuropsicologici dell'età evolutiva (0-17 anni) sono gestite dalle due strutture SC Neuropsichiatria infantile e dell'Adolescenza territoriale e dalla Clinica di Neuropsichiatria infantile e dell'Adolescenza del P.O. Microcitemico (che dal 1° gennaio 2026, insieme all'intero Presidio Microcitemico, è transitata nell'Azienda ARNAS Brotzu).

Il Servizio NPIA territoriale garantisce la tutela della salute mentale dei minori, promuovendo interventi diagnostici e terapeutici tempestivi, appropriati, multidisciplinari e integrati. Essa affronta patologie neurologiche, neuropsicologiche, disturbi del neurosviluppo e disturbi psichiatrici, spesso in co-occorrenza. La struttura svolge la propria attività in più sedi dislocate nei Distretti della ASL di Cagliari.

L'organizzazione è decentrata su 9 punti operativi, distribuiti nei cinque Distretti sanitari dell'azienda, garantendo la prossimità delle cure anche nei territori periferici. Il bacino di utenza complessivo ammonta a circa 71.021 minori. L'attività clinica è principalmente ambulatoriale e comprende accoglienza, valutazione e orientamento della domanda, presa in carico globale tramite il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTI), attività diagnostica e clinica, interventi farmacologici, psicologici e riabilitativi.

Nel corso del 2025, la SCNPIA aziendale ha preso in carico 6.006 minori, con un incremento del 36% rispetto al 2024. I nuovi ingressi sono stati 1.589, rispetto ai 758 dell'anno precedente (+109%). Le prestazioni complessivamente erogate sono state 93.080, tali da attestare un incremento pari al 19%. Questi dati riflettono la crescita esponenziale del bisogno di cura per quadri clinici complessi, particolarmente per psicopatologia in età adolescenziale richiedenti alta intensità assistenziale: in area metropolitana, i dati confermano il persistente incremento di richieste di intervento tempestivo e ad alta intensità rispetto al periodo pre-pandemico. L'aumento più drammatico si registra nei Disturbi dell'Umore e d'Ansia, triplicati dall'inizio della pandemia, nei Disturbi della Condotta Alimentare, nelle comorbidità multiple e nei Disturbi dello Spettro Autistico, spesso associati a difficoltà cognitive e scolastiche.

La tipologia dei disturbi trattati è stata così distribuita:

- Disturbi dell'apprendimento 11%
- Disturbi della condotta e ADHD 11%
- Disturbi del linguaggio 9%
- Disturbi dello spettro autistico 8,8%

- Disabilità intellettiva 9%
- Altri disturbi 25,8%

2025		2024		Delta Assoluto		Delta %	
Utenti presi in carico		Utenti presi in carico		Utenti presi in carico		Utenti presi in carico	
N. Utenti	N. Prestazioni	N. Utenti	N. Prestazioni	N. Utenti	N. Prestazioni	N. Utenti	N. Prestazioni
6.006	93.080	4.405	77.954	1.601	15.126	+36,3%	+19,4%

Tabella 36 - Attività erogata presso NPIA territoriale ASL Cagliari. 2024-2025. Fonte dati: Point NPI

La Clinica di Neuropsichiatria infantile e dell'Adolescenza svolge la propria attività nel P.O. Microcitemico e garantisce l'assistenza ospedaliera h 24 in regime ordinario, day hospital, oltre che nell'erogazione di visite specialistiche. I dati di ricovero sono evidenziati nelle tabelle dedicate, nel paragrafo relativo all'assistenza ospedaliera.

Disturbi alimentari e della nutrizione

La Struttura Complessa Disturbi Alimentari si occupa della prevenzione, valutazione diagnostica, presa in carico e trattamento dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) dall'età di transizione fino all'età adulta, attraverso un approccio multidisciplinare e integrato. L'équipe garantisce attività di consulenza specialistica, valutazione clinica e percorsi terapeutici personalizzati, comprendenti interventi psichiatrici, psicoterapie individuali e di gruppo (CBT-E, DBT, interventi psicodinamici) e programmi di riabilitazione psico-nutrizionale. Particolare attenzione viene dedicata anche al coinvolgimento delle famiglie, attraverso interventi psicoeducazionali di gruppo ispirati al Maudsley Model e alla CBT-E, oltre a percorsi specifici rivolti ai singoli nuclei familiari quando necessario. Accanto ai trattamenti clinici tradizionali, il Servizio promuove percorsi artistico-espressivi e laboratoriali ("Atelier"), finalizzati a favorire l'espressione emotiva, la rielaborazione dell'immagine corporea e il recupero delle risorse personali e relazionali. In tale ambito sono stati realizzati anche workshop multifamiliari, che consentono ai partecipanti di sperimentare modalità relazionali più autentiche e condivise. Per quanto riguarda l'età evolutiva, la Struttura collabora con le Neuropsichiatrie Infantili ospedaliere e territoriali, garantendo continuità nella presa in carico internistico-nutrizionale e specialistica. Considerata la frequente presenza di comorbidità psichiatriche, il Servizio opera inoltre in stretta integrazione con le altre strutture dipartimentali, in particolare con l'SPDC per la gestione delle emergenze psichiatriche. La S.C. assicura anche attività di consulenza e trattamento rivolte ai pazienti inviati dai percorsi dedicati all'obesità, sia dal Centro Obesità della ASL 8 (con cui ha stabilito dei protocolli specifici in un PDTA interno) sia dalla Chirurgia Bariatrica del PO San Michele, con particolare attenzione ai disturbi da alimentazione incontrollata (Binge Eating Disorder), attraverso percorsi terapeutici.

Negli anni e anche nel 2025, il Servizio ha promosso numerose iniziative formative e informative rivolte al personale scolastico, ai dirigenti, ai docenti, alle famiglie e alla popolazione generale, oltre a interventi di sensibilizzazione nelle scuole secondarie del territorio della ASL. Parallelamente, si è consolidata la collaborazione con i diversi professionisti sanitari delle altre aziende ospedaliere, coinvolti, a vario titolo, nella cura e nella presa in carico dei pazienti. La SC Disturbi Alimentari ha un ruolo di primo piano nella rete regionale

pubblica specifica per i disturbi alimentari, essendo la ASL di Cagliari capofila; nel 2025 ha organizzato, in collaborazione con le società scientifiche specifiche più accreditate, il Congresso Nazionale SISDCA che si è tenuto a Cagliari dal 23 al 25 ottobre, che ha visto 300 partecipanti da tutta Italia.

Prestazione	Anno 2025
Pazienti in carico	603
Nuove prese in carico nell'anno	166
Visite psichiatriche	815
Psicoterapie individuali e di gruppo	1.321
Visite internistiche e nutrizionali	730
Interventi di gruppo	414
Interventi per le famiglie	129

Tabella 37 - Attività erogata presso SC Disturbi alimentari ASL Cagliari – 2025. Fonte dati: Point SC Disturbi alimentari

Servizio Riabilitazione Residenze e Semiresidenze

Il Servizio di Riabilitazione Psichiatrica svolge attività articolate nell'ambito della semiresidenzialità, della residenzialità, della promozione delle autonomie, dell'inserimento lavorativo e delle iniziative di integrazione territoriale, operando secondo un approccio evidence-based, in coerenza con le indicazioni ministeriali e con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

1. Attività di semiresidenzialità dei Centri Diurni Dipartimentali di Via Manin e Marina Piccola

La riabilitazione psichiatrica semiresidenziale svolta nei Centri Diurni Dipartimentali si fonda sulla progettazione di percorsi individualizzati evidence-based, secondo un approccio decisionale che integra le migliori evidenze scientifiche disponibili con l'esperienza clinica e professionale degli operatori. Tale impostazione privilegia pratiche validate e misurabili, superando il fraintendimento secondo cui l'ambito riabilitativo possa basarsi esclusivamente su interventi guidati dal solo "buon senso", in assenza di una cornice metodologica strutturata. I percorsi riabilitativi semiresidenziali, attivati sulla base di una valutazione multidimensionale strutturata e di una selezione appropriata dei pazienti eleggibili, rappresentano un intervento prioritario per il miglioramento del funzionamento globale della persona, in coerenza con i principi di recovery, continuità assistenziale e integrazione dei servizi. L'appropriatezza dell'invio, fondata su criteri clinici, funzionali, evolutivi e di fase del disturbo, costituisce un presupposto essenziale affinché tali percorsi risultino pienamente coerenti con il Progetto Terapeutico Abilitativo Individualizzato (PTAI) e rispondano agli obiettivi di efficacia, proporzionalità dell'intervento e sostenibilità organizzativa previsti dagli indirizzi programmatori in ambito di Salute Mentale.

PAZIENTI IN CARICO DAL 01/01/2025 AL 31/12/2025		
CENTRO DURNO	N° PAZIENTI	NUOVI INGRESSI
Marina Piccola (20 posti semiresidenziali)	26	4
Selargius (20 posti semiresidenziali)	59	6
Tot.	85	10

Tabella 38 - Attività erogata presso Centri diurni 2025. Fonte dati: SSD Riabilitazione residenziale e semiresidenziale

2. Attività sulla residenzialità del Servizio Riabilitazione

Nel corso dell'anno 2025, il Servizio Riabilitazione (S.R.) ha avviato e condotto riunioni dipartimentali finalizzate al riaggiornamento del Progetto PTAI, documento ufficiale per la progettazione degli inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali private contrattualizzate. Tale attività è stata svolta in conformità alle disposizioni ministeriali vigenti e con adeguamento alle normative in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione.

NUMERO VERIFICHE PTAI PER INSERIMENTI E PROROGHE IN RESIDENZIALITÀ E SEMIRESIDENZIALITÀ PRIVATA CONTRATTUALIZZATA DAL 01/01/2025 AL 31/12/2025	
Inserimenti	72
Proroghe	149
Tot.	221

Tabella 39 N. inserimenti 2025. Fonte dati: SSD Riabilitazione residenziale e semiresidenziale

3. Interventi di supporto alla persona e promozione delle autonomie (Sppa)

Il percorso di Sostegno e Promozione delle Autonomie Abitative, progettato e gestito direttamente dall'équipe del Servizio di Riabilitazione Psichiatrica R/S del DSMD, è finalizzato alla realizzazione di interventi personalizzati di supporto all'autonomia in ambito abitativo, orientati al raggiungimento dei più elevati livelli di autonomia possibile per ciascun utente.

Anche nel corso dell'anno 2025 è proseguita l'attività del Servizio di Riabilitazione, che ha previsto:

- riunioni con le équipe inviante per la discussione dei casi e la verifica dell'appropriatezza degli interventi;
- incontri quindicinali con la coordinatrice della cooperativa appaltante, finalizzati al monitoraggio delle attività e alla gestione dell'utilizzo delle ore disponibili.

RESOCONTO MENSILE ORE OPERATORI A DOMICILIO Anno 2025				
	Coordinatore Psicologo	E.P. /TeRP	OSS	Totale
	974	1374,5	843	3191,5

Tabella 40 - Ore operatori 2025. Fonte dati: SSD Riabilitazione residenziale e semiresidenziale

Altre attività svolte riguardano:

- Percorsi riabilitativi in contesto lavorativo;
- Percorsi riabilitativi in contesto carcerario;
- Collaborazioni con Enti e associazioni;
- Eventi e Open Day organizzati nel territorio ASL Cagliari.

Psichiatria forense

Il Servizio di Psichiatria Forense (SPF) è una Struttura Semplice Dipartimentale della ASL di Cagliari e svolge la sua attività operativa per la tutela della salute mentale e dei diritti dei cittadini affetti da disturbo psicotologico autori o vittime di reato. In tal senso esso si pone tra esigenze giudiziarie (del Tribunale e del paziente) e tutela della salute mentale mediando col Magistrato il diritto-dovere alla cura da parte dell'autore di reato. Lo psichiatra forense, valutata l'entità della malattia anche nei suoi aspetti medico legali, deve prospettarsi pienamente come

medico, proponendo un idoneo programma terapeutico e cercando di ottenere un consenso alle cure. Il risultato è che oggi, la gestione unitaria delle problematiche psichiatriche, che gravano sulla popolazione di riferimento della ASL di Cagliari, consente di utilizzare nel migliore dei modi le risorse aziendali, che vengono così più facilmente ripartite ed erogate, perseguendo una sempre maggiore efficienza, efficacia ed appropriatezza degli interventi. Nel 2025 sono state eseguite 4500 prestazioni inerenti attività peritali (incarichi, dibattimenti, colloquio clinici con il paziente, esami psicodiagnostici, visite fuori sede, acquisizione e studio Atti Giudiziari, acquisizione documentazione clinica presso i diversi servizi del DSMD ASL Cagliari e di altri DSMD, elaborazione scritta relazione peritale) e 1500 extraperitali, colloquio con i familiari, colloqui con i Magistrati –Giudici, colloqui con avvocati, colloqui con amministratori di sostegno, colloqui con il Servizio Tutela Soggetti Fragili, colloqui con personale sanitario). Non è stato proposto nessun inserimento REMS.

REMS

La REMS è la Struttura ove, per disposizione dell’Autorità Giudiziaria, vengono ricoverati i pazienti affetti da patologie psichiatriche autori di reato. La REMS costituisce una Struttura Residenziale Psichiatrica per adulti a carattere intensivo (SPRAI) e assicura l’elaborazione di progetti riabilitativi atti al recupero delle persone ricoverate e al loro reinserimento nel contesto di provenienza.

Rispetto ai dati relativi alle dimissioni specifica che l’andamento differisce rispetto alla media generale relativa agli anni precedenti, ossia dal 2015 al 2020, in cui essa si attestava intorno a 7,5 pazienti all’anno. Il dato relativo all’ultimo triennio è indicativo della sempre maggiore resistenza da parte dei Servizi Territoriali di tutta la Regione a elaborare progetti terapeutico-riabilitativi finalizzati alla dimissione dei pazienti ad essa idonei, stanti le gravi attuali difficoltà di funzionamento verosimilmente determinate dalla carenza di risorse umane ed economiche.

Dati REMS	2024	2025	Delta %
Pazienti in carico	16	16	0
Nuovi accesso nell’anno	7	4	-57%
Dimissioni nell’anno	7	4	-57%
Eventi sentinella	6	8	+33%
Interventi psico-educativi personali o di gruppo	1.340	1.380	+3%

Tabella 41 - Distribuzione utenti in carico presso REMS 2025 VS 2024. Fonte: SMOP – Sistema informativo per il Monitoraggio del superamento degli OPG e Registri interni alla REMS

2.5 Assistenza Ospedaliera

All’interno della ASL di Cagliari sono presenti 11 strutture di ricovero, di cui 6 pubbliche e 5 private. Di seguito si rappresenta l’organizzazione dei posti letto nell’anno 2025. Restano ancora presenti un totale di 23 posti letto dedicati ad eventuali emergenze covid, tutti nel P.O. SS. Trinità (4 nella SC Chirurgia generale, 4 nella SC Ortopedia e traumatologia, 5 nella SC Urologia, 4 nella SC Anestesia e rianimazione – Terapia intensiva, 6 nella SC Pneumologia).

RELAZIONE PERFORMANCE 2025 ASL CAGLIARI

Denominazione struttura	Codice disciplina	Descrizione disciplina	PL Degenza ordinaria	PL Day hospital	PL Day surgery	Totale
P.O. San Giuseppe Isili	09	Chirurgia generale	6	0	2	8
	26	Medicina generale	20	3	0	23
P.O. San Giuseppe Isili Totale			26	3	2	31
P.O. R. Binaghi	32	Neurologia	4	5	0	9
P.O. R. Binaghi Totale			4	5	0	9
P.O. Marino	02	Day Hospital	0	2	0	2
	28	Unità spinale	14	1	0	15
P.O. Marino Totale			14	3	0	17
P.O. SS Trinità	09	Chirurgia generale	28	0	1	29
	10	Chirurgia maxillo facciale	4	0	1	5
	21	Geriatria	24	2	0	26
	24	Malattie infettive	20	8	0	28
	26	Medicina generale	31	4	0	35
	31	Nido	12	0	0	12
	36	Ortopedia e Traumatologia	28	0	2	30
	37	Ostetricia e Ginecologia	24	0	2	26
	38	Otorinolaringoiatria	16	0	1	17
	40	Psichiatria	27	1	0	28
	43	Urologia	20	0	1	21
	49	Terapia intensiva	10	0	0	10
	50	Unità coronarica	17	1	0	18
	52	Dermatologia	2	1	0	3
	58	Gastroenterologia	10	0	0	10
	62	Neonatologia	4	0	0	4
	68	Pneumologia	30	2	0	32
	75	Neuro-riabilitazione	0	4	0	4
P.O. SS Trinità Totale			307	23	8	338
P.O. San Marcellino Muravera	09	Chirurgia generale	15	0	1	16
	26	Medicina generale	18	1	0	19
	36	Ortopedia e Traumatologia	3	0	1	4
	64	Oncologia	0	4	0	4
P.O. San Marcellino Muravera Totale			36	5	2	43
P.O. Microcitemico	02	Day Hospital	0	20	0	20
	19	Endocrinologia	0	1	0	1
	33	Neuropsichiatria infantile	6	4	0	10
	37	Ostetricia e Ginecologia	0	1	1	2
	39	Pediatria	20	4	0	24
P.O. Microcitemico Totale			26	30	1	57
Totale complessivo			413	69	13	495

Tabella 42 - Dati Posti Letto strutture pubbliche 2025 - fonte dati NSIS -HSP 12

La distribuzione dei posti letto nelle case di cura private, è così rappresentata.

Denominazione struttura	Codice disciplina	Descrizione disciplina	PL Degenza ordinaria	PL Day hospital	PL Day surgery	Totale
Casa di cura Sant'Anna	09	Chirurgia generale	3	0	0	3
	10	Chirurgia maxillo - facciale	1	0	0	1
	21	Geriatria	34	0	0	34
	26	Medicina Generale	9	0	0	9
	34	Oculistica	1	0	0	1
	36	Ortopedia e Traumatologia	1	0	0	1
	37	Ostetricia e Ginecologia	3	0	0	3
	56	Recupero e riabilitazione funzionale	8	0	0	8

RELAZIONE PERFORMANCE 2025 ASL CAGLIARI

Denominazione struttura	Codice disciplina	Descrizione disciplina	PL Degenza ordinaria	PL Day hospital	PL Day surgery	Totale
	60	Lungodegenti	8	0	0	8
	98	Day surgery	0	0	5	5
Totale			68	0	5	73
Casa di cura Sant'Antonio	02	Day hospital	0	3	0	3
	08	Cardiologia	5	0	0	5
	09	Chirurgia generale	6	0	0	6
	21	Geriatria	10	0	0	10
	26	Medicina Generale	11	0	0	11
	34	Oculistica	2	0	0	2
	36	Ortopedia e Traumatologia	12	0	0	12
	38	Ortorinolaringoiatria	3	0	0	3
	43	Urologia	10	0	0	10
	56	Recupero e riabilitazione funzionale	19	0	0	19
	58	Gastroenterologia	2	0	0	2
	60	Lungodegenti	16	0	0	16
	98	Day surgery	0	0	4	4
Totale			96	3	4	103
Casa di Cura Villa Elena	09	Chirurgia generale	9	0	1	10
	10	Chirurgia maxillo - facciale	1	0	0	1
	34	Oculistica	2	0	2	4
	36	Ortopedia e Traumatologia	18	0	1	19
	37	Ostetricia e Ginecologia	10	1	1	12
	38	Ortorinolaringoiatria	1	0	0	1
	43	Urologia	8	0	1	9
	56	Recupero e riabilitazione funzionale	13	0	0	13
Totale			62	1	6	69
Nuova casa di cura - Decimomannu	02	Day hospital	0	9	0	9
	09	Chirurgia generale	18	0	0	18
	26	Medicina Generale	8	0	0	8
	29	Nefrologia	4	0	0	4
	34	Oculistica	2	0	0	2
	36	Ortopedia e Traumatologia	9	0	0	9
	37	Ostetricia e Ginecologia	4	2	4	10
	38	Ortorinolaringoiatria	2	0	0	2
	43	Urologia	18	0	0	18
	56	Recupero e riabilitazione funzionale	10	0	0	10
	98	Day surgery	0	0	6	6
Totale			75	11	10	96
Kinetika - Casa di cura polispecialistica S. Elena	02	Day hospital	0	1	0	1
	09	Chirurgia generale	7	0	0	7
	10	Chirurgia maxillo - facciale	1	0	0	1
	26	Medicina Generale	8	0	0	8
	34	Oculistica	1	0	0	1
	36	Ortopedia e Traumatologia	23	0	0	23
	37	Ostetricia e Ginecologia	3	0	0	3
	38	Ortorinolaringoiatria	2	0	0	2
	43	Urologia	5	0	0	5
	56	Recupero e riabilitazione funzionale	30	0	0	30
	60	Lungodegenti	10	0	0	10
	98	Day surgery	0	0	8	8
Totale			90	1	8	99
Kinetika - Policlinico di Quartu	09	Chirurgia generale	4	0	0	4

RELAZIONE PERFORMANCE 2025 ASL CAGLIARI

Denominazione struttura	Codice disciplina	Descrizione disciplina	PL Degenza ordinaria	PL Day hospital	PL Day surgery	Totale
	10	Chirurgia maxillo - facciale	2	0	0	2
	34	Oculistica	0	0	2	2
	36	Ortopedia e Traumatologia	20	0	0	20
	38	Ortorinolaringoiatria	4	0	0	4
	98	Day surgery	0	0	8	8
Totale			30	0	10	40
Kinetika - Casa di cura San Salvatore	56	Recupero e riabilitazione funzionale	40	0	0	40
	60	Lungodegenti	44	0	0	44
Totale			84	0	0	84
Totale complessivo			505	16	43	564

Tabella 43- Dati Posti Letto strutture private 2025. Fonte NSIS – HSP13

Dimessi 2025 vs 2024 – strutture pubbliche

La situazione dei ricoveri nelle strutture ospedaliere e nelle strutture di ricovero private, confrontate per gli anni 2025 e 2024, si configura come mostrato nella tabella seguente.

Struttura (P.O.)	Dimessi 2024	Dimessi 2025	Differenza assoluta	Differenza %	Valore 2024	Valore 2025	Differenza assoluta	Differenza %
P.O. S. Giuseppe - (Isili)	1.225	1.219	-6	-0,49%	2.706.461,43	2.690.424,31	-16.037,12	-0,59%
1 - Ricovero Ordinario	539	582	43	7,98%	1.426.809,99	1.488.059,79	61.249,80	4,29%
2 - Day Hospital	686	637	-49	-7,14%	1.279.651,44	1.202.364,52	-77.286,92	-6,04%
P.O. R. Binaghi - (Cagliari)	3.459	3.609	150	4,34%	1.096.154,58	1.097.237,68	1.083,10	0,10%
2 - Day Hospital	3.459	3.609	150	4,34%	1.096.154,58	1.097.237,68	1.083,10	0,10%
P.O. Marino - (Cagliari)	118	90	-28	-23,73%	1.903.769,00	2.348.897,84	445.128,84	23,38%
1 - Ricovero Ordinario	82	53	-29	-35,37%	1.856.907,96	2.290.728,76	433.820,80	23,36%
2 - Day Hospital	36	37	1	2,78%	46.861,04	58.169,08	11.308,04	24,13%
P.O. Ss. Trinità' - (Cagliari)	17.236	15.788	-1.448	-8,40%	47.993.822,20	46.381.073,86	-1.612.748,34	-3,36%
1 - Ricovero Ordinario	13.293	12.491	-802	-6,03%	42.467.138,50	42.386.433,69	-80.704,81	-0,19%
2 - Day Hospital	3.943	3.297	-646	-16,38%	5.526.683,70	3.994.640,17	-1.532.043,53	-27,72%
P.O. San Marcellino - (Muravera)	1.126	1.177	51	4,53%	3.059.895,06	3.222.390,19	162.495,13	5,31%
1 - Ricovero Ordinario	548	519	-29	-5,29%	1.704.965,90	1.731.033,18	26.067,28	1,53%
2 - Day Hospital	578	658	80	13,84%	1.354.929,16	1.491.357,01	136.427,85	10,07%
P.O. Microcitemico A. Cao - (Cagliari)	2.951	2.257	-694	-23,52%	6.719.273,63	5.506.408,44	-1.212.865,19	-18,05%
1 - Ricovero Ordinario	956	898	-58	-6,07%	2.143.243,96	1.766.215,25	-377.028,71	-17,59%
2 - Day Hospital	1.995	1.359	-636	-31,88%	4.576.029,67	3.740.193,19	-835.836,48	-18,27%
Totale complessivo	26.115	24.140	-1.975	-7,56%	63.479.375,90	61.246.432,32	-2.232.943,58	-3,52%

Tabella 44 - Dati Ricovero strutture pubbliche 2025-2024 - Fonte: Abaco - estrazione del 03.04.2026

Dalla tabella si evince un decremento del numero dei ricoveri nel periodo di riferimento pari a circa il 7,56% ed una contestuale riduzione del valore pari a circa il 3,52%.

Il confronto tra i due anni risulta più o meno stabile nei due presidi periferici di Isili e Muravera.

In particolare, al Sa Giuseppe di Isili, nel mese di settembre 2025 è stata istituita la nuova struttura di Geriatrie e Lungodegenza.

Nel P.O. Santissima Trinità invece, si rileva un decremento di circa 1.400 ricoveri (-8%), da attribuire ai reparti individuati nell'analisi successiva, principalmente Ostetricia, Ortopedia, Medicina generale e Psichiatria.

Si evidenzia che diverse Unità Operative del Presidio Ospedaliero SS. Trinità sono state chiamate a fronteggiare una significativa pressione assistenziale. Tale criticità è derivata dalla sospensione di attività in altre Aziende Sanitarie Locali (ASL) della regione, che ha determinato un afflusso straordinario di pazienti impossibilitati a ricevere cure presso le strutture di competenza territoriale. Di conseguenza questo ha influito sull'attività svolta, insieme alla problematica legata ai pazienti cosiddetti "Bed blockers", in particolare anziani, soggetti in attesa di trasferimento in RSA o di attivazione delle cure domiciliari che inevitabilmente rallentano il turn over dei ricoveri causando degenze più lunghe e difficoltà a liberare i posti letto.

Nel P.O. Microcitemico si rileva una riduzione di circa 600 ricoveri, quasi tutti ricollocabili nel regime del Day hospital, nel dettaglio nel reparto di Fisiopatologia della riproduzione umana e trova giustificazione non in un reale decremento di attività ma nel passaggio dal regime di day hospital al regime ambulatoriale per alcune prestazioni. Nella tabella che segue, invece, si rappresentano i ricoveri sia ordinari che diurni, raggruppati per branca.

Si rileva che la maggiore incidenza nell'incremento dei ricoveri tra il 2024 e il 2025 è attribuibile alle seguenti branche:

- Neurologia (+150 ricoveri), un incremento di circa il 4% attribuibile interamente al reparto di Neurologia situato presso il P.O. Binaghi, sede del Centro regionale per la sclerosi multipla;
- Unità coronarica (+98 ricoveri), incremento del 7,8%, il reparto è situato presso il P.O. SS. Trinità;
- Gastroenterologia (+48 ricoveri, corrispondenti ad un incremento del 8,5%) il reparto è situato presso il P.O. SS. Trinità;
- Otorinolaringoiatria (+71 ricoveri, incremento del 7%) il reparto è situato presso il P.O. SS. Trinità.

I decrementi che incidono maggiormente si rilevano nelle seguenti discipline: Ortopedia e traumatologia (-421 ricoveri, riduzione del 26%), Ostetricia e ginecologia (-722 ricoveri, riduzione del 22%), Medicina generale (-207 ricoveri, riduzione del 8%), Psichiatria (-102 ricoveri, riduzione del 12% circa).

La riduzione rilevata nella branca Ostetricia è quasi completamente attribuibile al reparto di Fisiopatologia della riproduzione umana del PO Microcitemico. Fino al 31 dicembre 2024, le procedure di I e II livello di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) sono state eseguite in regime di DS (FIVET) e DH (IUI). A seguito dell'entrata in vigore dei nuovi LEA (2025), si è reso necessario l'adeguamento della modalità di erogazione dei suddetti trattamenti ai nuovi criteri di appropriatezza del nuovo regime assistenziale per uniformarsi agli standard regionali e nazionali. Di conseguenza, la riduzione di circa 470 ricoveri in day hospital della branca in esame, derivano dalla transizione dai regimi Day Surgery e Day hospital al regime ambulatoriale delle prestazioni PMA.

Inoltre, in linea con ciò che si rileva anche a livello regionale e nazionale, si registra anche una progressiva riduzione del numero di parti (circa 200 in meno rispetto all'anno precedente).

La riduzione dei ricoveri nelle branche Oncoematologia e Ematologia nel 2024 sono il risultato della fase transitoria della cessione delle due strutture dalla ASL di Cagliari all'azienda ARNAS Brotzu.

Erogatore	Dimessi 2024	Dimessi 2025	Differenza assoluta	Differenza %	Valore 2024	Valore 2025	Differenza assoluta	Differenza %
Chirurgia Generale	2.147	2.202	55	2,56%	5.591.904,82	5.828.177,82	236.273,00	4,23%

RELAZIONE PERFORMANCE 2025 ASL CAGLIARI

Erogatore	Dimessi 2024	Dimessi 2025	Differenza assoluta	Differenza %	Valore 2024	Valore 2025	Differenza assoluta	Differenza %
Chirurgia Maxillo-Facciale	312	326	14	4,49%	645.544,05	810.901,32	165.357,27	25,62%
Day Hospital (Multispecialistico)	574	577	3	0,52%	3.128.563,11	3.216.490,52	87.927,41	2,81%
Dermosifilopatia	41	21	-20	-48,78%	24.532,39	13.828,88	-10.703,51	-43,63%
Ematologia	1		-1	-100,00%	47.514,00		-47.514,00	-100,00%
Endocrinologia	142	137	-5	-3,52%	65.252,19	59.105,20	-6.146,99	-9,42%
Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia	559	607	48	8,59%	1.699.185,92	1.937.966,08	238.780,16	14,05%
Geriatria	860	772	-88	-10,23%	2.961.048,62	2.766.426,84	-194.621,78	-6,57%
Malattie Infettive E Tropicali	1.870	1.886	16	0,86%	3.668.126,75	3.337.603,81	-330.522,94	-9,01%
Medicina Generale	2.512	2.305	-207	-8,24%	8.090.288,61	7.586.433,79	-503.854,82	-6,23%
Neonatologia	64	38	-26	-40,63%	121.136,29	75.830,70	-45.305,59	-37,40%
Neurologia	3.459	3.609	150	4,34%	1.096.154,58	1.097.237,68	1.083,10	0,10%
Neuropsichiatria Infantile	785	690	-95	-12,10%	736.141,96	677.232,01	-58.909,95	-8,00%
Neuroriabilitazione	136	167	31	22,79%	116.827,48	152.361,44	35.533,96	30,42%
Nido	1.410	1.159	-251	-17,80%	1.027.808,37	845.504,84	-182.303,53	-17,74%
Oncoematologia	169		-169	-100,00%	633.984,95		-633.984,95	-100,00%
Ortopedia E Traumatologia	1.574	1.153	-421	-26,75%	6.564.498,61	5.764.283,26	-800.215,35	-12,19%
Ostetricia E Ginecologia	3.215	2.493	-722	-22,46%	5.255.070,20	4.255.927,54	-999.142,66	-19,01%
Otorinolaringoiatria	978	1.049	71	7,26%	2.931.755,89	3.423.529,74	491.773,85	16,77%
Pediatria	829	880	51	6,15%	1.450.907,70	1.578.213,22	127.305,52	8,77%
Pneumologia	828	760	-68	-8,21%	3.299.695,04	3.052.930,22	-246.764,82	-7,48%
Psichiatria	853	751	-102	-11,96%	1.947.263,59	1.733.525,50	-213.738,09	-10,98%
Terapia Intensiva	133	140	7	5,26%	1.522.130,79	1.652.475,98	130.345,19	8,56%
Unità Coronarica	1.243	1.341	98	7,88%	5.194.889,27	5.914.976,19	720.086,92	13,86%
Unità Spinale	91	58	-33	-36,26%	1.878.437,40	2.319.434,68	440.997,28	23,48%
Urologia	1.330	1.019	-311	-23,38%	3.780.713,32	3.146.035,06	-634.678,26	-16,79%
Totale complessivo	26.115	24.140	-1.975	-7,56%	63.479.375,90	61.246.432,32	-2.232.943,58	-3,52%

Tabella 45 - Dati Ricovero strutture pubbliche con dettaglio Erogatore 2025-2024 - Fonte: Abaco - estrazione del 03.04.2026

Le tabelle che seguono rappresentano i dati relativi ai primi 20 DRG (Diagnosis Related Group) prodotti nelle strutture Pubbliche della Asl di Cagliari, distinti per tipologia di ricovero, con integrazione del valore della degenza media grezza (calcolata per i soli ricoveri in regime ordinario). Il dato è raffrontato con l'anno precedente.

Codice e descrizione DRG	Dimessi 2025	Degenza media 2025	Dimessi 2024	Degenza media 2024	Delta % Dimessi	Delta % Degenza media
373 [M] - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	713	3,73	850	3,81	-16,12%	-2,03%
087 [M] - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	651	10,75	681	10,09	-4,41%	6,51%
576 [M] - Setticemia senza ventilazione meccanica 96 ore, età > 17 anni	494	14,19	596	13,37	-17,11%	6,16%
430 [M] - Psicosi	434	15,25	492	14,02	-11,79%	8,81%
127 [M] - Insufficienza cardiaca e shock	311	10,55	358	9,80	-13,13%	7,60%
371 [C] - Parto cesareo senza CC	297	3,74	375	3,84	-20,80%	-2,52%
298 [M] - Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	288	4,00	322	3,50	-10,56%	14,28%
210 [C] - Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	274	11,34	244	10,57	12,30%	7,28%
423 [M] - Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	239	13,13	190	12,58	25,79%	4,30%

RELAZIONE PERFORMANCE 2025 ASL CAGLIARI

Codice e descrizione DRG	Dimessi 2025	Degenza media 2025	Dimessi 2024	Degenza media 2024	Delta % Dimessi	Delta % Degenza media
310 [C] - Interventi per via transuretrale con CC	227	4,95	268	4,83	-15,30%	2,47%
219 [C] - Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	222	9,84	199	10,01	11,56%	-1,68%
316 [M] - Insufficienza renale	216	10,93	229	9,28	-5,68%	17,74%
359 [C] - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	197	2,22	201	2,38	-1,99%	-6,72%
518 [C] - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	185	2,66	145	2,70	27,59%	-1,38%
428 [M] - Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	183	11,68	211	10,16	-13,27%	14,98%
544 [C] - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	177	10,63	167	9,75	5,99%	9,00%
089 [M] - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	174	11,28	198	9,89	-12,12%	14,08%
055 [C] - Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	170	2,53	155	2,90	9,68%	-12,88%
108 [C] - Altri interventi cardiotoracici	170	2,90	61	3,44	178,69%	-15,76%
390 [M] - Neonati con altre affezioni significative	164	4,23	213	4,41	-23,00%	-4,15%

Tabella 46 - Elenco dei primi 20 DRG 2025 VS 2024 - ricovero ordinario, ordinati per numerosità decrescente - Fonte: Abaco - estrazione del 03.04.2026

Dall'analisi dei primi 20 DRG emerge il forte impatto delle prestazioni legate all'area materno-infantile sui volumi complessivi, sostenuto dall'aumento delle puerpere che scelgono di partorire presso il P.O. SS. Trinità.

Si registra tuttavia una riduzione dei ricoveri con questo DRG rispetto all'anno precedente, riconducibile al minor numero di parti dovuto al calo demografico.

Si evidenzia inoltre un incremento nei seguenti DRG:

- Altri interventi cardiotoracici (circa +79%)
- Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA (circa +28%)
- Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie (circa +26%)

Dimessi 2025 vs 2024 – Strutture Private

Si registra un lieve incremento nell'attività di ricovero delle case di cura private, principalmente attribuibile alla Casa di Cura S. Anna e Nuova Casa di Cura di Decimomannu.

Struttura	Dimessi 2024	Dimessi 2025	Differenza assoluta	Differenza %	Valore 2024	Valore 2025	Differenza assoluta	Differenza %
Casa Di Cura S. Anna S.R.L. - (Cagliari)	2.867	3.159	292	10,18%	5.532.194,29	6.224.621,67	692.427,38	11,12%
1 - Ricovero Ordinario	904	1.165	261	28,87%	2.498.721,41	3.075.757,69	577.036,28	18,76%
2 - Day Hospital	1.963	1.994	31	1,58%	3.033.472,88	3.148.863,98	115.391,10	3,66%
Casa Di Cura S. Antonio S.P.A. - (Cagliari)	3.822	4.002	180	4,71%	8.067.935,05	8.537.456,66	469.521,61	5,50%
1 - Ricovero Ordinario	1.816	1.753	-63	-3,47%	4.925.862,88	4.975.753,07	49.890,19	1,00%
2 - Day Hospital	2.006	2.249	243	12,11%	3.142.072,17	3.561.703,59	419.631,42	11,78%
Casa Di Cura Villa Elena - (Cagliari)	2.480	2.575	95	3,83%	7.103.556,80	7.068.462,73	-35.094,07	-0,50%
1 - Ricovero Ordinario	1.845	1.746	-99	-5,37%	6.216.837,24	5.881.438,90	-335.398,34	-5,70%
2 - Day Hospital	635	829	194	30,55%	886.719,56	1.187.023,83	300.304,27	25,30%

RELAZIONE PERFORMANCE 2025 ASL CAGLIARI

Struttura	Dimessi 2024	Dimessi 2025	Differenza assoluta	Differenza %	Valore 2024	Valore 2025	Differenza assoluta	Differenza %
Nuova Casa Di Cura S.R.L. - (Decimomannu)	7.125	7.601	476	6,68%	12.217.955,17	12.935.894,12	717.938,95	5,55%
1 - Ricovero Ordinario	3.103	3.378	275	8,86%	8.481.955,53	9.345.224,68	863.269,15	9,24%
2 - Day Hospital	4.022	4.223	201	5,00%	3.735.999,64	3.590.669,44	-145.330,20	-4,05%
Kinetika Sardegna S.R.L. - (Quartu Sant'Elena)	5.266	5.406	140	2,66%	18.401.788,23	19.299.684,90	897.896,67	4,65%
1 - Ricovero Ordinario	3.912	3.948	36	0,92%	16.240.509,12	16.916.479,66	675.970,54	4,00%
2 - Day Hospital	1.354	1.458	104	7,68%	2.161.279,11	2.383.205,24	221.926,13	9,31%
Kinetika Sardegna S.R.L. - (Quartu Sant'Elena)	3.195	3.419	224	7,01%	10.657.605,37	11.055.585,25	397.979,88	3,60%
1 - Ricovero Ordinario	1.682	1.835	153	9,10%	8.234.026,84	8.552.352,46	318.325,62	3,72%
2 - Day Hospital	1.513	1.584	71	4,69%	2.423.578,53	2.503.232,79	79.654,26	3,18%
Kinetika Sardegna S.R.L. - (Cagliari)	910	873	-37	-4,07%	6.049.986,59	6.003.965,81	-46.020,78	-0,77%
1 - Ricovero Ordinario	910	873	-37	-4,07%	6.049.986,59	6.003.965,81	-46.020,78	-0,77%
Totale complessivo	25.665	27.035	1.370	5,34%	68.031.021,50	71.125.671,14	3.094.649,64	4,55%

Tabella 47 - Dati Ricovero strutture private 2025-2024 - Fonte: Abaco - estrazione del 20.04.2026

Per quanto concerne le l'attività di ricovero delle case di cura private, si rappresenta il numero dei ricoveri raggruppato per erogatore e si rileva che i reparti che maggiormente incidono sono Cardiologia, Urologia e Geriatria. Quasi in tutte le discipline si rileva un incremento nell'attività di ricovero, ad eccezione della Gastroenterologia.

Erogatore	Dimessi 2024	Dimessi 2025	Differenza assoluta	Differenza %	Valore 2024	Valore 2025	Differenza assoluta	Differenza %
Cardiologia	137	152	15	10,95%	407.906,86	504.990,70	97.083,84	19,22%
Chirurgia Generale	5.344	5.675	331	6,19%	9.900.193,28	10.643.747,81	743.554,53	6,99%
Chirurgia Maxillo-Facciale	359	386	27	7,52%	671.308,23	710.206,09	38.897,86	5,48%
Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia	62	53	-9	-14,52%	128.879,72	129.887,71	1.007,99	0,78%
Geriatria	739	789	50	6,77%	2.192.408,15	2.389.793,12	197.384,97	8,26%
Lungodegenti	636	637	1	0,16%	2.833.170,62	2.777.462,74	-55.707,88	-2,01%
Medicina Fisica E Riabilitazione	2.244	2.352	108	4,81%	9.008.047,24	9.269.460,07	261.412,83	2,82%
Medicina Generale	2.935	3.199	264	8,99%	2.232.207,78	2.328.455,47	96.247,69	4,13%
Oculistica	78	82	4	5,13%	104.591,10	100.336,18	-4.254,92	-4,24%
Ortopedia E Traumatologia	8.011	8.097	86	1,07%	30.947.549,98	31.437.526,88	489.976,90	1,56%
Ostetricia E Ginecologia	1.698	1.712	14	0,82%	3.056.866,80	3.163.215,82	106.349,02	3,36%
Otorinolaringoiatria	770	832	62	8,05%	1.244.784,36	1.341.562,58	96.778,22	7,21%
Urologia	2.652	3.069	417	15,72%	5.303.107,38	6.329.025,97	1.025.918,59	16,21%
Totale complessivo	25.665	27.035	1.370	5,34%	68.031.021,50	71.125.671,14	3.094.649,64	4,35%

Tabella 48 -Dati Ricovero strutture private 2025-2024 con dettaglio erogatore - Fonte: Abaco - estrazione del 20.04.2026

Infine, di seguito si rappresentano i dati di accesso presso le tre strutture nelle quali è presente il **Pronto soccorso**: P.O San Giuseppe di Isili, P.O. SS. Trinità di Cagliari e P.O. San Marcellino di Muravera, col dettaglio delle priorità. Dalla tabella seguente si evince che il maggior numero di accessi si registra nel P.O. SS. Trinità (circa il 73%) e che per lo più si tratta di pazienti che accedono in urgenza minore o differibile.

Inoltre, il numero di accessi è aumentato rispetto all'anno scorso di 1.969 unità (circa il 4,5%). Questo incremento è attribuibile principalmente al presidio SS. Trinità (+1.305, con un incremento del 4%), dove si registra un importante incremento delle Urgenze ed una riduzione dei casi di Urgenza differibile e Urgenza minore e al PO

San Marcellino, con un incremento di circa l'8%, concentrati soprattutto nell'Urgenza.

<i>Struttura</i>	<i>Accessi 2024</i>	<i>Accessi 2025</i>	<i>Differenza assoluta</i>	<i>Differenza %</i>	<i>Incidenza 2025</i>
20002200 - P.O. S. Giuseppe - (Isili)	4.202	4.243	41	0,98%	9,29%
1 - Emergenza	23	25	2	8,70%	0,59%
2 - Urgenza	204	422	218	106,86%	9,95%
3 - Urgenza differibile	1.424	1.558	134	9,41%	36,72%
4 - Urgenza minore	2.434	2.146	-288	-11,83%	50,58%
5 - Non urgenza	116	92	-24	-20,69%	2,17%
N - Deceduto	1		-1	-100,00%	0,00%
20003100 - P.O. Ss. Trinità - (Cagliari)	31.839	33.144	1.305	4,10%	72,59%
1 - Emergenza	1.107	1.193	86	7,77%	3,60%
2 - Urgenza	4.519	9.592	5.073	112,26%	28,94%
3 - Urgenza differibile	13.293	11.371	-1.922	-14,46%	34,31%
4 - Urgenza minore	11.954	9.863	-2.091	-17,49%	29,76%
5 - Non urgenza	965	1.123	158	16,37%	3,39%
N - Deceduto	1	1	0	0,00%	0,00%
X - Non eseguito		1	1	-	0,00%
20003500 - P.O. San Marcellino - (Muravera)	7.652	8.275	623	8,14%	18,12%
1 - Emergenza	78	75	-3	-3,85%	0,91%
2 - Urgenza	726	1.395	669	92,15%	16,86%
3 - Urgenza differibile	2.682	2.977	295	11,00%	35,98%
4 - Urgenza minore	3.754	3.454	-300	-7,99%	41,74%
5 - Non urgenza	408	373	-35	-8,58%	4,51%
N - Deceduto	4	1	-3	-75,00%	0,01%
Totale complessivo	43.693	45.662	1.969	4,51%	100,00%

Tabella 49 - Dati accessi al PS 2025-2024 - Fonte: Abaco - estrazione del 20.04.2026

3. Analisi delle risorse umane

3.1 Le risorse umane

L'anno 2025 è stato un anno fortemente influenzato dagli effetti della riforma regionale prevista dalla Legge Regionale n. 8 dell'11 marzo 2025 con cui si è riorganizzato l'assetto del sistema sanitario regionale (SSR) al fine di migliorare l'assistenza e ridefinire il rapporto tra ospedali e territorio.

Dal punto di vista delle risorse umane il focus della riforma è rappresentato dallo stanziamento di consistenti risorse finanziarie per la dirigenza medica e il comparto, con l'intento di ridurre le Liste d'Attesa.

E' stato inoltre previsto il superamento dei contratti precari e l'attivazione di una serie di procedure concorsuali, incluse quelle per l'emergenza-urgenza, ad oggi ancora in corso che presumibilmente produrranno effetti concreti nell'arco dell'anno 2026 e dei successivi.

A tal proposito si evidenziano i principali eventi che hanno caratterizzato l'anno 2025.

4. Avvio delle procedure di stabilizzazione e assunzione per assistenti amministrativi

- la Procedura di stabilizzazione 18 mesi per il personale precario del Comparto Sanità per 42 persone con il profilo ASSISTENTE AMMINISTRATIVO (art. 1, comma 68 lettera b, ex Legge 234/2021) definita con

Determinazione Dirigenziale ARES Sardegna n. 3542 del 18/12/2025;

- l'assunzione a tempo indeterminato di ulteriori 49 unità di cui 30 Assistenti amministrativi tramite scorrimento di graduatoria (Delibera Commissario Straordinario n. 577 del 12/12/2025) e 19 Assistenti Amministrativi quali vincitori di concorso, come da Determinazione dirigenziale ARES n. 2558 del 01/10/2025 (Delibera del Commissario straordinario n. 551 del 28/11/2025).

Inoltre, nel corso dell'anno è stata conclusa anche la procedura di stabilizzazione per gli Operatori Socio Sanitari (OSS) precari, in particolare quelli impiegati durante l'emergenza Covid-19.

5. Scorporo dell'Ospedale Microcitemico dalla ASL Cagliari

L'anno 2025 è stato caratterizzato dall'avvio alle procedure di scorporo dell'ospedale Microcitemico, concluse il 31 dicembre 2025 con conseguente annessione del medesimo P.O all'ARNAS "Giuseppe Brotzu" a partire dal 1 Gennaio 2026.

Da un'analisi più approfondita della composizione del personale in servizio al 31/12/2025 si ricavano alcuni dati significativi.

L'analisi di genere evidenzia in azienda una percentuale di presenza femminile pari circa al 70%, la cui presenza è garantita anche a livello dirigenziale, infatti le stesse rappresentano il 68.3% del totale dei Dirigenti aziendali, la restante quota del personale dirigente maschile è del 31.7%.

L'analisi di genere risulta pressoché invariata rispetto all'anno precedente. Rispetto al 31/12/2024 risulta invece lievemente incrementata la percentuale di donne nel ruolo dirigenziale, pari al 68.34% del totale dei dirigenti.

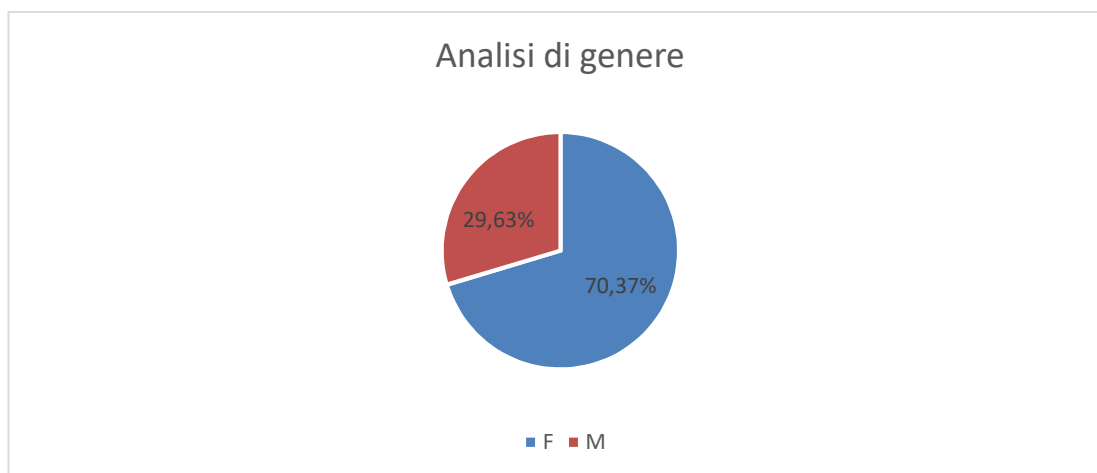


Figura 1 - Analisi di genere del personale

Il grafico e la tabella che seguono rappresentano la distribuzione del personale presente nella Asl di Cagliari al 31/12/2025, con distinzione per tipologia contrattuale e per ruolo, per un totale di 3.996 dipendenti, di cui 3.824 a tempo indeterminato (circa il 96%) e 169 a tempo determinato (circa il 4%).

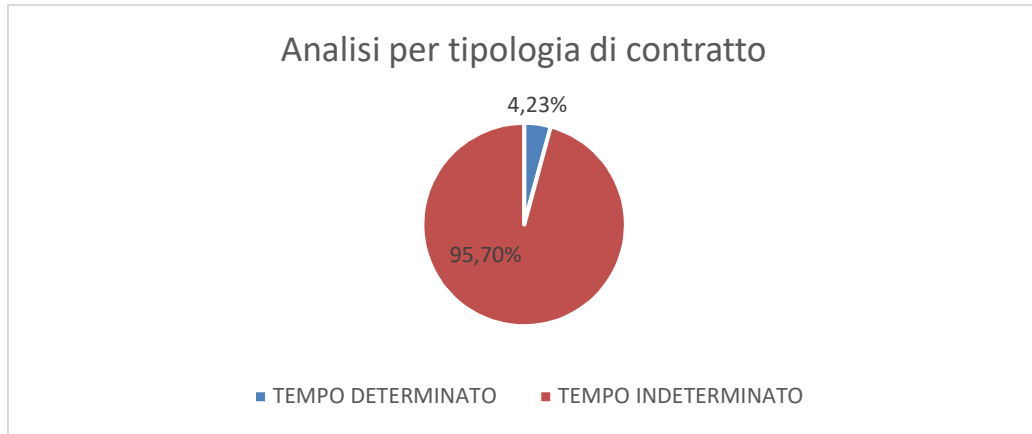


Figura 2 – Analisi del personale per tipologia di contratto

Si rileva un incremento del totale del personale che passa da 3.934 unità al 31/12/2024 a 3.996 unità al 31/12/2025, trend confermato anche per quanto riguarda il personale a tempo determinato in servizio al 31/12/2024 che passa da 152 unità al 31/12/2024 a 169 unità al 31/12/2025.

RUOLI	Tempo determinato	Tempo indeterminato	Totale	Incidenza
RUOLO AMMINISTRATIVO	12	287	299	7,49%
RUOLO PROFESSIONALE	0	12	12	0,30%
RUOLO SANITARIO	92	2813	2905	72,75%
RUOLO SOCIO SANITARIO	64	221	285	7,14%
RUOLO TECNICO	1	491	492	12,32%
Totale complessivo	169	3824	3993	100,00%

Tabella 50 – Classificazione del personale per ruolo e tipologia contrattuale al 31/12/2025

Dalla classificazione del personale per ruolo si rileva che al 31/12/2025 circa il 73 % dei dipendenti è inquadrato in ambito sanitario, circa il 12% nel ruolo tecnico, circa il 7 % nel ruolo amministrativo, un altro 7% circa nel ruolo socio sanitario e solo lo 0,3 % nel ruolo professionale.

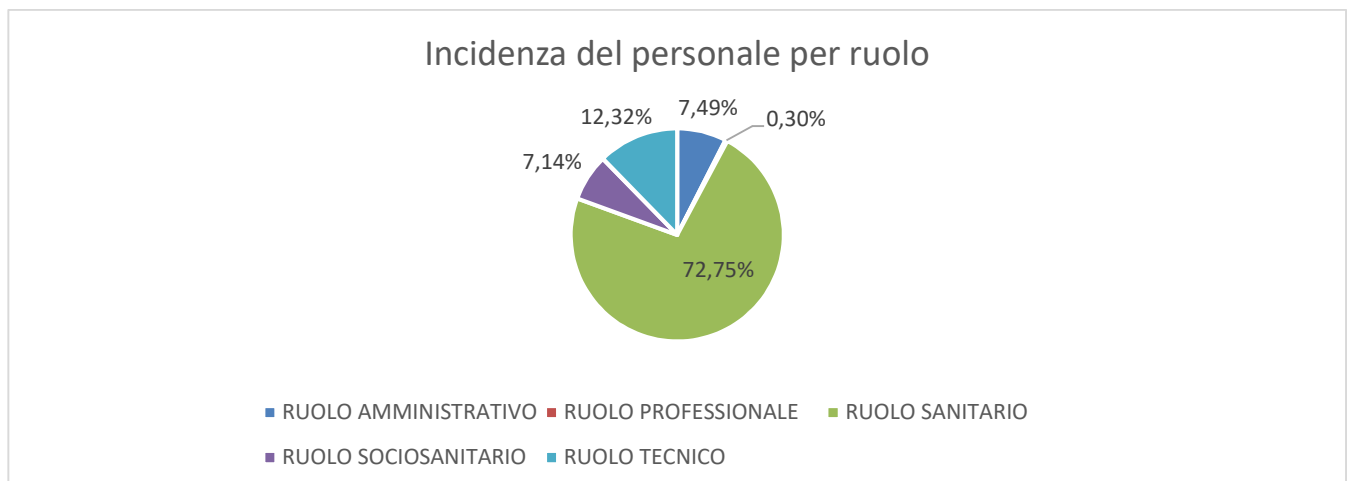


Figura 3 – Analisi del personale per ruolo al 31/12/2025.

Da un confronto con l'anno precedente, emerge, rispetto al 2024 nel un incremento dei contratti a tempo indeterminato nel ruolo amministrativo ruolo amministrativo (da 223 a 287) ed una contestuale riduzione dei contratti a tempo determinato (da 46 a 12).

L'età media del personale è di circa 51,43 anni, che corrisponde anche all'età media delle donne, considerato che queste ultime corrispondono al 70% del personale totale.

Il restante 30% del personale maschile ha un'età media di 52 anni.

3.2 Lavoro agile

La Legge n. 124 del 7 agosto 2015 ha dato il via all'adozione e allo sviluppo di nuove forme di lavoro dirette a promuovere una migliore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti pubblici. L'art. 14 della suddetta legge prevedeva espressamente che le amministrazioni pubbliche adottassero misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e per la sperimentazione di nuove modalità di svolgimento della prestazione lavorativa.

In una fase successiva, con la Legge n. 81 del 22 maggio 2017, il Legislatore ha disciplinato i contenuti del lavoro agile definendolo come una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, caratterizzata dall'assenza di vincoli di orario e/o di luogo di lavoro e con la possibilità di utilizzare strumenti tecnologici. La prestazione lavorativa risulta caratterizzata dal suo svolgimento in parte all'interno e in parte all'esterno dei locali aziendali, senza una postazione fissa, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale previsti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

In attuazione delle predette disposizioni la presidenza del Consiglio dei Ministri ha emanato la direttiva 3/2017 recante le linee guida sul lavoro agile e dirette a fornire indicazioni inerenti l'organizzazione del lavoro, la gestione del personale per promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, il benessere organizzativo e l'esercizio dei diritti dei lavoratori.

Il POLA rappresenta lo strumento di programmazione finalizzato all'attuazione del lavoro agile, che assicura lo svolgimento dell'attività lavorativa da remoto ad almeno il 15% del personale. La medesima percentuale dovrà essere garantita anche in caso di mancata adozione del Piano.

Tale documento definisce le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti. Inoltre, nell'ambito degli obiettivi dell'amministrazione individuati nel PIAO, l'organizzazione del lavoro agile diventa un obiettivo specifico della performance organizzativa complessiva.

Al fine di supportare le Amministrazioni, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha introdotto in data 9 dicembre 2020 specifiche linee guida che forniscono le indicazioni metodologiche per l'elaborazione del POLA.

Il Ministro per la Pubblica Amministrazione con Direttiva del 29 Dicembre 2023 ha demandato alla dirigenza delle singole PA la previsione, negli accordi individuali, di criteri finalizzati a far proseguire la fruizione di questa modalità di svolgimento della prestazione lavorativa ai lavoratori che documentano gravi, urgenti, e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza.

In osservanza di quanto stabilito nella Direttiva sopracitata, questa Amministrazione nell'ambito del Piano Organizzativo del Lavoro Agile 2024 – 2026 ha previsto l'accesso al lavoro agile a tutti i dipendenti con rapporto di

lavoro a tempo determinato e indeterminato, tempo pieno o parziale, assicurando priorità alle istanze presentate dai lavoratori in possesso di determinati requisiti. Ai fini della presente relazione e sulla base degli accordi individuali di lavoro agile stipulati nel corso dell'anno 2025 si nota che le attività oggetto di smart working sono ovviamente di carattere non sanitario, pertanto dal 01/01/2025 e fino al 31/12/2025 si è accertato che sulla totalità dei dipendenti in forza a questa Azienda **79** di essi, hanno usufruito di questa modalità di svolgimento della prestazione lavorativa. In conclusione, nel corso del 2025, si evidenzia, rispetto all'anno precedente, un sensibile aumento dei dipendenti che hanno presentato domanda per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile.

3.3 Formazione

Nel corso del 2025, la politica formativa della ASL Cagliari è stata improntata al principio del miglioramento continuo dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e all'efficientamento dei processi gestionali. La formazione non è stata intesa come mero adempimento normativo, ma come asset strategico per supportare la transizione digitale e la sicurezza delle cure, in coerenza con gli obiettivi fissati nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

I dati estratti dai flussi ufficiali di Ares (Provider Unico Regionale per la Formazione) per l'anno 2025 certificano un impegno formativo di rilevante entità, caratterizzato da una partecipazione trasversale a tutte le aree contrattuali:

Volume Orario Complessivo: Sono state erogate 34.120 ore di formazione totali.

Partecipazioni registrate: Il sistema ha gestito 2.238 partecipazioni, così ripartite:

- Area Comparto: 1.737 partecipazioni per complessive 24.525 ore (72% del volume totale).
- Area Dirigenza: 501 partecipazioni per complessive 9.595 ore (28% del volume totale).

La media pro-capite e la distribuzione dei carichi formativi evidenziano un forte investimento sulle figure operative del Comparto, pur mantenendo un elevato standard di aggiornamento specialistico per la Dirigenza.

La strategia aziendale ha privilegiato forme di apprendimento strutturato in grado di incidere direttamente sulla pratica quotidiana:

1. Corsi (Interni/Esterni). Costituiscono il fulcro dell'attività con 33.376 ore. Questa scelta riflette la volontà di puntare su percorsi didattici a lungo termine e ad alto contenuto tecnico.
2. Convegni e Seminari. Hanno contribuito con 1.587 ore, garantendo l'integrazione della ASL nel dibattito scientifico e il necessario aggiornamento su tematiche emergenti.

L'output formativo del 2025 ha generato ricadute misurabili su tre direttrici fondamentali:

- Sicurezza (D.Lgs 81/08 e Risk Management): La regolarità degli interventi ha garantito la conformità normativa e la riduzione dei rischi professionali.
- Innovazione Digitale: La formazione ha accompagnato l'introduzione di nuovi flussi informatici, riducendo i tempi di adattamento del personale.
- Qualità Clinica (ECM): Il raggiungimento dei target formativi ha assicurato l'aggiornamento costante dei protocolli diagnostico-terapeutici.

Il bilancio dell'attività formativa 2025 della ASL Cagliari si chiude con indicatori estremamente positivi. La capacità

di generare oltre 34.000 ore di formazione, con un coinvolgimento così ampio del personale del Comparto e della Dirigenza, dimostra l'efficacia della macchina organizzativa e la forte motivazione del capitale umano aziendale verso l'aggiornamento professionale. Tali risultati costituiscono la base necessaria per il sostenimento delle sfide assistenziali previste per il prossimo ciclo di performance.

4. Performance. Misurazione e valutazione

4.1 Performance organizzativa e valore pubblico

La performance organizzativa esprime i risultati definiti e conseguiti da parte dell'azienda sulla base degli obiettivi prefissati in sede di programmazione.

In particolare, la ASL di Cagliari ha avviato il Ciclo delle performance 2025 attraverso la negoziazione degli obiettivi con i Dipartimenti e a cascata con le Strutture complesse e con i singoli Distretti, assegnando gli indirizzi impartiti dall'Assessorato all'Igiene e Sanità Pubblica, oppure definendone altri sulla base delle esigenze aziendali.

Inoltre, nell'espletamento del ciclo delle performance si inserisce il concetto di Valore Pubblico, inteso come l'esito della sua azione sul livello di salute della popolazione presa in carico, ossia il contributo assicurato dall'azienda al miglioramento dello stato di salute della popolazione di riferimento e della qualità di vita.

L'azione dell'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 8 di Cagliari è mirata al miglioramento dello stato di salute della popolazione, alla qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati, all'appropriatezza e continuità di cura, ai percorsi assistenziali, alla capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico-finanziario nella gestione del sistema azienda.

In particolare, gli obiettivi sono definiti nel rispetto di quanto definito dall'art. 36 della legge regionale n. 24/2020, che stabilisce che la Giunta regionale su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità:

- a) definisce, in via preventiva, gli obiettivi generali dell'attività dei direttori generali, in coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale;
- b) assegna, sulla base della programmazione regionale e aziendale, a ciascun direttore generale, all'atto della nomina e successivamente con cadenza annuale, gli specifici obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse;
- c) stabilisce i criteri e i parametri per le valutazioni e le verifiche relative al raggiungimento degli obiettivi di cui alle lettere a) e b), e il raccordo tra queste e il trattamento economico aggiuntivo dei direttori generali, a norma del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502

Gli obiettivi dei Direttori generali delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2025 sono stati definiti dalla Regione Autonoma della Sardegna con deliberazione della Giunta Regionale n. 19/21 del 09.04.2025.

Nelle tabelle seguenti si riportano gli obiettivi per i quali si è individuato il valore pubblico nella programmazione definita nel PIAO 2025-2027 ed i relativi risultati.

Gli obiettivi di valore pubblico definiti nel PIAO 2025-2027

	Obiettivo	Descrizione	Indicatore	TARGET
1	Formazione degli operatori per l'acquisizione di competenze e abilità digitali	Rispetto di quanto previsto dalla componente 2 della Missione 6 rispetto ai corsi di formazione al fine di fronteggiare le sfide attuali e future in una prospettiva innovativa e orientata al risultato	N. di professionisti del settore formati	Rispetto dei target previsti entro il 2026
2	Potenziamento dell'assistenza territoriale	1. Avvio dei percorsi e rispetto degli indicatori di performance definiti nel PDTA dei Tumori testa collo e degli indicatori di esito definiti nel PDTA Colon retto	1. Colon retto: a. % sopravvivenza a 5 anni b. % recidiva entro 5 anni c. Mortalità a 30 gg post intervento per K colon retto d. Degenza post operatoria (K colon) e. % adesione follow up 2. Testa Collo: a. %recidive post chirurgia radicale b. % pazienti che interrompono/sospendono il trattamento RT c. Overall survival a 5 anni	1. Colon retto: a. >=66%(donne) e >=65% (uomini) b. <=40% c. <=4,14 d. <=7 gg e. >=90% 2. Testa Collo: a) <20% b) <10% c) 57%
		2. Potenziamento delle cure destinate ai pazienti diabetici nel distretto Sarrabus Gerrei	Attivazione della telemedicina mediante la costituzione di un progetto sperimentale di Rete Aziendale e presa in carico del paziente affetto da diabete	Attivazione del progetto
		3. La creazione del Polo Unico territoriale presso la Cittadella della Salute di Via Romagna	Trasferimento di tutte le strutture previste entro il 2025	Rispetto dei tempi
		4. Potenziamento dell'assistenza farmaceutica	Avvio delle iniziative previste entro il triennio	Rispetto dei tempi
3	Studio delle variabilità degli esiti, dei processi e delle performance assistenziali attraverso il monitoraggio degli indicatori definiti nel PNE	Gli indicatori di performance rappresentano uno strumento di analisi utile nel miglioramento dei processi e dell'offerta assistenziale, garantendo una migliore efficacia ed efficienza delle prestazioni erogate	Indicatori del Piano Nazionale Esiti	Rispetto dei valori minimi previsti dal Piano Nazionale esiti
4	Rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	Rispetto dei target previsti dal monitoraggio regionale per gli anni 2025 -2026 -2027

RELAZIONE PERFORMANCE 2025 ASL CAGLIARI

	Obiettivo	Descrizione	Indicatore	TARGET
5	<i>Abbattimento delle liste d'attesa</i>	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%
		Garantire l'ulteriore incremento di prestazioni di specialistica ambulatoriale nel rispetto delle caratteristiche organizzative e gestionali delle diverse strutture dislocati nei cinque distretti della ASL n.8 di Cagliari.	Incremento % del n. di prestazioni	+2% nel triennio
6	<i>Prevenzione: miglioramento dei programmi di screening oncologico</i>	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	1. (N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	screening cervicale: ≥ 35% screening coloretale ≥ 12% screening mammografico ≥ 30%
			2. Introduzione di percorsi di screening personalizzati per categorie di rischio specifico e creazione di percorsi di sorveglianza per pazienti con predisposizione genetica; 3. Introduzione di nuove tecnologie e implementazioni diagnostiche e potenziamento della rete formale e dell'utilizzo di sistemi informativi, come il gestionale unico Dedalus, che consente di interconnettere tutti gli attori del percorso di screening.	Avvio delle iniziative nel triennio

Obiettivo 1 Formazione degli operatori per l'acquisizione di competenze e abilità digitali

Nel corso del 2025 sono stati espletati i corsi rivolti a tutti gli operatori del Sistema Sanitario sulla base dei calendari organizzati da ARES Sardegna sul tema “PNRR FSE 2.0 Incremento competenze digitali”, che comprende misure volte al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari.

Obiettivo 2 Potenziamento dell'assistenza territoriale

Lo scenario in cui operano i sistemi di welfare dei Paesi ad alto tasso di sviluppo è interessato da profondi cambiamenti strutturali, tecnologici ed organizzativi con cui bisogna necessariamente misurarsi.

A questo si somma la costante crescita qualitativa delle aspettative della popolazione (si vive più a lungo e si vuole vivere meglio), la “scarsità relativa delle risorse” e la transizione demografica ed epidemiologica degli ultimi vent'anni.

In tale scenario l'Azienda ha provveduto a mettere in campo i PDTA definiti nel corso dell'anno precedente, in merito ai tumori del colon retto e del distretto testa collo, che consentono una presa in carico multidisciplinare integrata, in ragione delle caratteristiche biologiche del tumore, al fine di perseguire un miglioramento qualitativo dell'offerta ai pazienti e ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

Inoltre, ai fini di facilitare l'accesso ai cittadini al polo sanitario, al centro della città di Cagliari, facilmente raggiungibile anche con i mezzi pubblici da tutti centri dell'area metropolitana e dotato di numerosi parcheggi gratuiti, si è provveduto a riunire in un'unica sede le attività sanitarie distrettuali, tra cui la specialistica ambulatoriale, la distribuzione dei farmaci, i servizi di salute mentale e dei disturbi alimentari, il centro per le demenze, le attività di prevenzione presso la Cittadella della Salute in via Romagna.

Tra le iniziative previste nell'ambito dell'assistenza farmaceutica, è stata potenziata l'attività di “home delivering” incrementando le consegne/die e attivando un percorso di fast track dedicato ai nuovi arruolamenti in cure domiciliari (ADI). Sono inoltre state definite delle nuove procedure interne, volte a standardizzare e uniformare l'operatività dell'area farmaceutica.

Infine, per quanto riguarda l'avvio dei progetti di telemedicina, l'obiettivo rientra tra quelli assegnati anche con D.G.R. 19/21 del 09/04/2025, risultano in fase di programmazione soprattutto per quanto riguarda la diabetologia.

Obiettivo 3 “Studio delle variabilità degli esiti, dei processi e delle performance assistenziali attraverso il monitoraggio degli indicatori definiti nel PNE”

Il miglioramento della qualità clinico assistenziale del cittadino è garantita anche attraverso l'utilizzo degli indicatori presenti nel PNE (Piano Nazionale Esiti), i quali permettono di valutare l'efficacia, l'appropriatezza e

l'equità di accesso ai servizi, oltre che la sicurezza delle cure garantite.

Il valore pubblico del piano nazionale per gli esiti sanitari consiste nell'assicurare che il sistema sanitario sia in grado di fornire risultati efficaci, sicuri ed equi per i pazienti, attraverso l'utilizzo di indicatori di esito e la valutazione dei risultati della cura.

Nell'anno 2025 si evidenzia il raggiungimento dei seguenti risultati:

- Numero di parti cesarei primari/ Numero parti con nessun pregresso parto cesareo = 23% (con un valore atteso richiesto dal PNE < al 25%);
- % di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg 84% (con un valore minimo previsto dal PNE pari al 70%);
- N. interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 gg / N° interventi per frattura del femore $\times 100$, risultato del 79,6% (con un valore minimo richiesto dal PNE pari al 60%);

Tali risultati premiano lo sforzo delle Strutture Complesse coinvolte, nel dettaglio la SC Ostetricia e Ginecologia del P.O. SS. Trinità, la SC Chirurgia Generale del P.O. SS. Trinità, la SC Ortopedia e Traumatologia del P.O. SS. Trinità, in collaborazione con il reparto di Anestesia e rianimazione del Presidio.

Obiettivo 4 "Rispetto delle milestone del PNRR"

Al 31.12.2025 risultano rispettate integralmente (100%) tutte le milestones e pertanto ne deriva il pieno raggiungimento dell'obiettivo prefissato.

Obiettivo 5 - Abbattimento delle liste d'attesa

L'obiettivo in questione prevedeva due indicatori:

- uno mirato al rispetto della percentuale di prestazioni PNGLA prenotate in agenda pubblica (min. 85% secondo la DGR 19/21 del 09/04/2025), garantendo ai cittadini equità di accesso alle cure.

Tutte le strutture coinvolte hanno raggiunto e ampiamente superato il valore atteso, l'Azienda nel complesso ha registrato una percentuale di prestazioni PNGLA prenotate in Agenda Pubblica nel periodo settembre-dicembre pari al 89% (90% nelle strutture pubbliche e 82% nelle strutture private accreditate).

- Il secondo mirato ad incrementare l'offerta delle prestazioni eseguite di circa il 2% nel triennio.

Come già illustrato nel paragrafo 2.2, con riferimento alla transcodifica delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, a gennaio 2025 è entrato in vigore l'aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, che ha comportato una revisione sostanziale delle codifiche, delle descrizioni e delle tariffe delle prestazioni rispetto al sistema previgente. Ciò determina una discontinuità metodologica tra i dati relativi all'anno 2024 e quelli del 2025, in quanto basati su strutture tariffarie e codifiche non omogenee; ne consegue una limitata confrontabilità diretta degli indicatori economici e di attività tra i due esercizi. Per tali motivazioni, risulta difficile definire l'andamento delle attività del 2025 rispetto all'anno precedente.

Obiettivo 6 - Prevenzione: miglioramento dei programmi di screening oncologico

Le evidenze cliniche e gli studi scientifici dimostrano l'importanza della diagnosi precoce dei tumori in relazione al miglioramento sensibile dell'aspettativa di vita che determina un rilevante effetto sulla creazione di valore pubblico. In particolare, i programmi di screening si sono dimostrati efficaci nel cambiare la storia naturale dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto. In alcuni casi, lo screening riesce a evitare l'insorgenza del tumore, in altri può salvare la vita. Quando questo non è possibile, la diagnosi precoce consente comunque di effettuare interventi poco invasivi e non distruttivi.

Grazie a questa possibilità i cittadini hanno la possibilità di individuare precocemente l'eventuale insorgere della malattia, incrementando notevolmente la probabilità di guarigione e sopravvivenza. Si stanno avviando anche campagne di sensibilizzazione tese ad aumentare la consapevolezza sull'importanza degli screening e percorsi formativi/di aggiornamento rivolti a Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), ginecologi e altri operatori sanitari coinvolti, incluso lo sviluppo di percorsi dedicati ai soggetti ad alto rischio eredo-familiare.

Il tasso di adesione registrato nell'anno 2025 è stato del 35% per lo screening della cervice uterina; del 13,5% per lo screening del colon retto e del 37% per lo screening mammografico.

4.2 Gli altri obiettivi aziendali

Con Delibera di Giunta Regionale n. 19/21 del 09.04.2025 sono stati assegnati alla Direzione Generale della ASL di Cagliari gli obiettivi per l'anno 2025.

Come più volte esposto nel presente documento, si rammenta che il 2025 ha rappresentato un anno di transizione non solo per l'Azienda n. 8 di Cagliari ma per l'intera sanità regionale.

Difatti, con L.R. n.8 del 11.03.2025 è stata riformata l'organizzazione della sanità sarda, a seguito della quale sono stati nominati i Commissari straordinari delle aziende sanitarie ed ospedaliere, rimasti in carica fino al 23 dicembre.

Successivamente, a seguito di un periodo di vacanza della Direzione Generale, è stato poi nominato il Direttore Generale, con DGR n.8/1 del 22.02.2026.

Si evidenziano di seguito i risultati ottenuti in merito agli altri obiettivi assegnati all'Azienda.

Livello della sostenibilità economica e finanziaria			
Obiettivo	Indicatore	Standard	Misurazione al 31 dicembre
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	Tempo medio di tempestività dei pagamenti: -20,62 gg (come da report trimestrale pubblicato in Amministrazione trasparente) 0 gg di ritardo
Obiettivo	Indicatore	Standard	Misurazione al 31 dicembre
Rispetto delle milestone e dei target del PNRR	% di completamento del cronoprogramma	100%	Target rispettati

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità			
Obiettivo	Indicatore	Standard	Misurazione al 31 dicembre
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%	PUBBLICO 90% PRIVATO 82% TOT. AZIENDA 89%
	Rapporto percentuale fra volumi di prestazioni strumentali erogate, tracciate dalla fonte CUP WEB, e volumi rendicontati nel file C, nel medesimo periodo *100	95%	100% nelle strutture pubbliche
Obiettivo	Indicatore	Standard	Misurazione al 31 dicembre
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%	11,9%
Obiettivo	Indicatore	Standard	Misurazione al 31 dicembre
Abbattimento dei tempi di attesa	% di partecipazione alle riunioni organizzate dal RUAS	100%	100% degli incontri
Obiettivo	Indicatore	Standard	Misurazione al 31 dicembre
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% degli incontri
Obiettivo	Indicatore	Standard	Misurazione al 31 dicembre
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	Delibera del Commissario straordinario n. 69 del 13.06.2025 Det. Dirigenziale ARES 2153 - 07/08/2025 (Quartucciu) Det. Dirigenziale ARES 2154 - 07/08/2025 (Isili) Det. Dirigenziale ARES 2151 - 07/08/2025 (Uta)
Obiettivo	Indicatore	Standard	Misurazione al 31 dicembre
Riduzione dei tempi di attesa per le commissioni invalidi civili	N° rendicontazione prodotte	4 Rapporti	4
	Tempo medio di attesa per le commissioni invalidi civili	Riduzione del 25%	La riduzione dei tempi medi di attesa è avvenuta nell'ultimo trimestre dell'anno
Obiettivo	Indicatore	Standard	Misurazione al 31 dicembre
Miglioramento quali-quantitativo delle PIC over 65 rilevate nel flusso SIAD	% di PIC over 65 valide	95%	99%

RELAZIONE PERFORMANCE 2025 ASL CAGLIARI

Obiettivo	Indicatore	Standard	Misurazione al 31 dicembre
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%	25%

Obiettivo	Indicatore	Standard	Misurazione al 31 dicembre
Migliorare la presa in carico del paziente attraverso i PASS	(N° di dimissioni protette / N° di dimissioni totali) * 100	% > 20%	826/2216=36,8%

Obiettivo	Indicatore	Standard	Misurazione al 31 dicembre
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	PREDISPOSIZIONE DEI DOCUMENTI RICHIESTI ENTRO I TEMPI

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità			
Obiettivo	Indicatore	Standard	Misurazione al 31 dicembre
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	Progetto in fase di avvio

Obiettivo	Indicatore	Standard	Misurazione al 31 dicembre
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 31/12/202	Rispettati entrambi gli indicatori

Obiettivo	Indicatore	Standard	Misurazione al 31 dicembre
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)": - percentuale di documenti sanitari indicizzati sul FSE; - percentuale dei documenti sanitari in formato digitale firmati digitalmente.	a) 65% dei documenti sanitari indicizzati FSE rispetto alle prestazioni erogate	88% al 31.12.2025
		b) 90% dei documenti sanitari digitali firmati digitalmente (il valore target deve essere raggiunto entro 30/06/2025)	58% al 31.12.2025

In merito alle tabelle precedenti si evidenzia quanto segue:

- l'obiettivo relativo ai tempi di pagamento è stato assegnato a tutti gli uffici liquidatori della ASL con la richiesta di rispettare una tempistica media di 20 giorni per la liquidazione, assegnando al Bilancio invece il rispetto dei tempi di pagamento;
- risultano rispettati i target del PNRR affidati all'Ufficio tecnico;
- l'obiettivo "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)”, è stato diviso in due indicatori, come da DGR 19/21 del 09.04.2025:

1. *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*
2. *Rapporto percentuale fra volumi di prestazioni strumentali erogate, tracciate dalla fonte CUP WEB, e volumi rendicontati nel file C, nel medesimo periodo *100.*

Questi sono stati assegnati a tutte le strutture aziendali che erogano prestazioni ambulatoriali PNGLA. Il primo indicatore è stato rispettato dall’Azienda (oltre l’85% delle prime visite PNGLA viene prenotata tramite CUP web). Anche il secondo indicatore è stato pienamente rispettato da parte delle strutture aziendali (quasi il 100% delle prestazioni), ma risulta difficile il raggiungimento con il coinvolgimento delle strutture private accreditate in quanto le stesse utilizzano sistemi interni integrati col Cup web e, pur erogando le prestazioni pianificate, non provvedono al cambio stato da “pianificato” a “eseguito” all’interno della piattaforma Cup web, il che rende difficile determinare quante delle prenotazioni siano state effettivamente prodotte rispetto a quelle pianificate;

- l’obiettivo sulla quota della popolazione over 65 residente presa in carico dal servizio di cure domiciliari è stato assegnato ai 5 Distretti afferenti alla ASL di Cagliari, ed è stato pienamente raggiunto, così come è stata rispettata la percentuale di PIC valide rilevata sul flusso SIAD;
- è stata garantita la partecipazione agli incontri regionali organizzati dal RUAS, da parte del RUGLA aziendale, così come è stata garantita la partecipazione ai tavoli regionali sull’efficientamento dei posti letto, da parte dei Bed Manager aziendali;
- sono stati attribuiti gli incarichi ai medici di assistenza penitenziaria;
- l’obiettivo “Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica” è stato affidato alla SC Anestesia e rianimazione del P.O. SS. Trinità, che ha registrato 4 solo pazienti deceduti con lesione encefalica, di cui solo 1 con segni clinici di morte encefalica, per cui è stata inviata 1 segnalazione CAM;
- l’obiettivo sul miglioramento della presa in carico dei PASS è stato assegnato alle Direzioni mediche di presidio ed è stato pienamente raggiunto (37% di dimissioni protette);
- per quanto riguarda la presa in carico dei pazienti attraverso la telemedicina, l’Azienda ha individuato le branche e predisposto i progetti, che risultano in fase di programmazione soprattutto per quanto riguarda la diabetologia;
- Gli obiettivi di Monitoraggio e Implementazione della Sicurezza nel Percorso Nascita, prevedevano l’individuazione delle equipe entro il 30 settembre e la formazione di almeno il 90% dei dipendenti inseriti nel gruppo. Entrambi gli indicatori sono stati rispettati;
- gli obiettivi inerenti l’incremento dell’utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), prevedevano almeno il 65% di documenti caricati sul fascicolo sanitario, ed almeno il 90% di essi firmati digitalmente. E’ stato

pienamente raggiunto al 31.12 l'obiettivo di caricamento, mentre si è registrato un netto miglioramento nella percentuale di documenti firmati digitalmente rispetto all'anno precedente, pur non riuscendo ad ottenere la percentuale del 90%. A seguito delle azioni messe in campo dalla Direzione Generale e grazie ad un confronto continuo con le singole strutture, la percentuale di firma digitale dei documenti è in continuo miglioramento anche nel corso del 2026 (circa 86% tra gennaio e maggio), con lo scopo di perseguire il target finale al 30 giugno 2026 del 90%.

4.3 La Performance delle singole strutture

Con riferimento alla valutazione della Performance delle singole Strutture, la Direzione Aziendale, con il supporto della SC Controllo di gestione, ha misurato il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti nell'ambito del Ciclo delle Performance 2025, confrontando il livello di performance attesa (target dell'indicatore associato all'obiettivo) e il livello di performance effettivamente conseguita (valore dell'indicatore misurato a consuntivo). Il grado di raggiungimento degli obiettivi di Budget al 31/12/2025 è stato misurato anche in corso d'anno, così da poter valutare l'andamento delle performance, mentre la valutazione definitiva si è svolta nel corso dei mesi di marzo-maggio 2026, una volta acquisite le relazioni definitive da parte dei singoli direttori in merito agli obiettivi negoziati.

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 un valore inferiore a quello minimo e calcolando una scala di valori intermedi nel caso di un raggiungimento degli obiettivi parziale. Pertanto, la percentuale di realizzazione dell'obiettivo viene calcolato considerando la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo stesso rispetto al valore atteso e al valore minimo.

Con verbale n. 95 del 26/06/2026, l'Organismo Indipendente di Valutazione ha validato il processo della performance 2025, le metodologie utilizzate e la misurazione finale dei risultati ottenuti, valutando eventuali scostamenti e/o criticità manifestate dalle strutture aziendali

Di seguito si riportano i risultati di Performance ottenuti dalle singole strutture, nell'anno 2025, con indicazione del punteggio ottenuto rispetto al totale del valore della scheda (100 punti).

MACRO ARTICOLAZIONE	STRUTTURA	Totale
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	SC ACQUISTI DI BENI E SERVIZI	100
	SC AFFARI GENERALI	100
	SC BILANCIO	100
	SC CONTROLLO DI GESTIONE	100
	SC UFFICIO TECNICO E PATRIMONIO	100
	SC VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE	100
DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA	DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA	93
	SC ANATOMIA PATOLOGICA	100

RELAZIONE PERFORMANCE 2025 ASL CAGLIARI

MACRO ARTICOLAZIONE	STRUTTURA	Totale
	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE MARINO - S. GIUSEPPE - S. MARCELLINO - BINAGHI	100
	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE SS. TRINITA' E MICROCITEMICO	95
	SC CHIRURGIA GENERALE ISILI	100
	SC CHIRURGIA GENERALE MURAVERA	98
	SC CHIRURGIA GENERALE SANTISSIMA TRINITA'	100
	SC FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA	100
	SC MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA	90
	SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	100
	SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	98
	SC OTORINOLARINGOIATRIA	95
	SC UROLOGIA	92
	SSD CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	97
	SSD MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA ISILI	93
	SSD MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA MURAVERA	100
DIPARTIMENTO AREA MEDICA	CENTRO SCLEROSI MULTIPLA	100
	DIPARTIMENTO AREA MEDICA	93
	SC CARDIOLOGIA	94
	SC CLINICA PEDIATRICA E MALATTIE RARE	93
	SC EMODIALISI	100
	SC GASTROENTEROLOGIA	99
	SC GENETICA MEDICA	100
	SC GERIATRIA E LUNGO DEGENZA ISILI	100
	SC GERIATRIA SS. TRINITA'	100
	SC MALATTIE INFETTIVE	90
	SC MEDICINA INTERNA ISILI	95
	SC MEDICINA INTERNA MURAVERA	100
	SC MEDICINA INTERNA SANTISSIMA TRINITA'	97
	SC MICROCITEMIE E ANEMIE RARE	100
	SC NEUROLOGIA	100
	SC PNEUMOLOGIA	100
	SSD DIABETOLOGIA PEDIATRICA	88
	SSD ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	93
	SSD RECUPERO E RIABILITAZIONE SS. TRINITA'	100
	SC UNITA' SPINALE	100
DIPARTIMENTO ATTIVITA' SANITARIE	CENTRO REGIONALE TRAPIANTI	100
	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO P.O. SS. TRINITA	100
	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO P.O. BINAGHI	100
	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO P.O. MARINO	100
	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO P.O. SAN GIUSEPPE	100
	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO P.O. SAN MARCELLINO	100
	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO P.O. MICROCITEMICO	100
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	100

RELAZIONE PERFORMANCE 2025 ASL CAGLIARI

MACRO ARTICOLAZIONE	STRUTTURA	Totale
	SC FARMACEUTICO OSPEDALIERO	100
	SC FARMACEUTICO TERRITORIALE	98
	SC LABORATORIO ANALISI	100
	SC LABORATORIO DI GENETICA E GENOMICA	100
	SC RADIOLOGIA OSPEDALIERA	100
	SC RADIOLOGIA TERRITORIALE	100
	SSD RADIOLOGIA OSPEDALIERA MURAVERA	100
	SSD RADIOLOGIA PEDIATRICA	80
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	95
	SC CENTRO DONNA	100
	SC IGIENE E SANITA' PUBBLICA	100
	SC PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	100
	SC Salute e Ambiente	100
	SC SANITA' ANIMALE	100
	SSD MEDICINA LEGALE	93
	SSD Ufficio Sanzioni	100
	SC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE (SIAOA)	100
	SC IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECHNICHE (SIAPZ)	100
	SC SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE (SIAN)	100
	SC SERVIZIO E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO (SPRESAL)	100
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	100
	SC CLINICA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA (MICROCITEMICO)	96
	SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE TERRITORIALE	100
	SC REMS	100
	SC SPDC	100
	SSD NEUROLOGIA ED EPILETTOLOGIA PEDIATRICA	98
	SSD Psichiatria Forense	100
	SC Trattamento disturbi psichiatrici correlati alcool e GAP	100
	SC CSM 1	100
	SC CSM 2	100
	SC CSM 3	100
	SC CSM 4	100
	SC DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E ALIMENTAZIONE (DNA)	100
	SC SERD (Servizio Dipendenze)	100
	SSD RIABILITAZIONE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	100
DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO	DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO	100
	DISTRETTO AREA OVEST	90
	DISTRETTO AREA VASTA	96
	DISTRETTO QUARTU PARTEOLLA	93
	DISTRETTO SARCIDANO - BARBAGIA DI SEULO - TREXENTA	95

MACRO ARTICOLAZIONE	STRUTTURA	Totale
	DISTRETTO SARRABUS GERREI	100
	SC DIABETOLOGIA TERRITORIALE	100
	SC ENDOCRINOLOGIA TERRITORIALE	100
	SC RIABILITAZIONE	100
	SSD Terapia del dolore	100
	MEDICINA PENITENZIARIA UTA	87
STAFF	SC COORDINAMENTO E FUNZIONI DI STAFF	100
	SC PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE	96
	SERVIZIO ISPETTIVO	100

Tabella 51 –Risultati obiettivi 2025 per singola struttura

Nell'anno 2025 l'Azienda ha subito diversi momenti di transizione, a seguito dell'approvazione della Legge di riforma e dei successivi commissariamenti, che hanno determinato ritardi anche nell'avvio del ciclo delle performance.

Da tenere in considerazione è anche lo sforzo delle strutture coinvolte, che spesso si scontrano con delle problematiche quotidiane, che derivano da criticità ormai note nel panorama sanitario isolano. Tra queste si evidenziano:

1. le casistiche, ormai sempre più frequenti e principalmente legate ai ricoveri di soggetti anziani, per cui la struttura ospedaliera ha difficoltà a dimettere i pazienti. Si parla di "dimissioni difficili", ovvero quei casi per cui l'assistenza ospedaliera non è più necessaria, ma il paziente necessita di assistenza continuativa attraverso l'intervento di servizi sociali e/o sanitari, l'inserimento presso RSA o dimissione presso il proprio domicilio, in attesa dell'attivazione dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata). Ciò comporta inevitabilmente una degenza media più alta, occupazione di posti letto, che di conseguenza non sono disponibili per i pazienti del Pronto Soccorso, determinando lunghe attese e maggiori costi a carico del sistema sanitario non solo in termini economici ma anche in termini organizzativi. Tuttavia nel 2025 si è consolidata una collaborazione tra i reparti ospedalieri ed i Bed Manager aziendali tramite la condivisione di obiettivi finalizzati proprio a riportare la degenza media ai valori medi nazionali ed all'incremento delle dimissioni mattutine nel caso dei pazienti in fase di dimissione;
2. negli ultimi anni la sanità isolana ha subito diverse chiusure nei reparti ospedalieri dei presidi dislocati nelle aree periferiche e/o interne della Regione. Ciò costringe i pazienti a spostarsi nelle aree metropolitane dove sono concentrati i presidi ospedalieri più grandi per poter accedere alle cure, di conseguenza si assiste ad un notevole incremento dei pazienti assistiti, con un carico maggiore di attività a parità di posti letto e personale;
3. la difficoltà nel reperire personale disponibile a recarsi nelle zone periferiche, per garantire l'assistenza anche nei distretti lontani dall'area metropolitana;
4. la difficoltà ad integrare nei sistemi già esistenti le nuove tecnologie, in particolare i nuovi obiettivi focalizzati all'incremento dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario elettronico, che vanno a sommarsi alle attività quotidiane del personale sanitario.

Nel tentativo di premiare voler riconoscere lo sforzo delle singole strutture aziendali, la valutazione finale ha tenuto conto delle criticità espresse nel raggiungimento dei valori attesi qualora le riflessioni avanzate in fase di rendicontazione finale abbiano rappresentato difficoltà oggettive, non prevedibili in fase di discussione del budget e non dipendenti dalla volontà della struttura stessa.

4.4 La Performance individuale

La performance individuale è finalizzata principalmente ad evidenziare il risultato individuale conseguito dal personale valutato rispetto all'area delle competenze organizzative, professionali e dei comportamenti adottati. Con deliberazione del Direttore Generale di ATS n°221 del 07/04/2020, è stato adottato il Sistema di Misurazione della performance, recepito dalla ASL di Cagliari con Delibera n.454 del 21.06.2024, attualmente in fase di revisione.

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 ed 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 connessa:

- 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 connessa:

- 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.

Valutazione media per Profilo

Il processo complessivo della valutazione della Performance individuale nell'anno 2025 ha coinvolto 4.067 dipendenti Asl Cagliari conseguendo una valutazione media di 97,62

Di seguito si riportano le valutazioni individuali medie distinte per profilo:

Profilo	Valutazione media	Unità
Direttori dipartimento	100,0	5
Direttori SC e SSD	99,86	75
Responsabili SS	98,72	22
Dirigenti C o D	98,63	960

RELAZIONE PERFORMANCE 2025 ASL CAGLIARI

Profilo	Valutazione media	Unità
Posizioni Organizzative e Coordinatori	98,78	73
Comparto D e C	97,88	2.139
Comparto A e B	95,28	791
Totale complessivo	97,62	4.067

Tabella 52–Media valutazioni individuali 2025

Dalla tabella sopra riportata si evince che la più alta valutazione, al di fuori dei direttori e responsabili, si registra nelle Posizioni Organizzative del Comparto, con una media di 98,78, la media dell'intero comparto è invece pari a 97,22 su circa 3.300 unità totali (inclusi D - C e A - B)

L'esito dell'intero processo di valutazione per l'anno 2025 evidenzia una valutazione mediamente superiore rispetto all'anno 2024 (97,0), un incremento che coinvolge tutti i profili ad eccezione dei Responsabili di SS (2024 valutazione media 99,65, anno 2025 valutazione media 98,72).

5. Anticorruzione

Stante il contesto generale e le misure contemplate nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO 2025_2027, si evidenziano alcune considerazioni generali.

Nel corso dell'anno 2025, le attività anticorruzione e trasparenza previste nel PTPCT/PIAO così come le funzioni del RPCT aziendale, si sono svolte in un contesto aziendale caratterizzato da instabilità e incertezze, dovute al commissariamento della Asl n. 8 di Cagliari e alla nomina del Commissario Straordinario a partire dal mese di maggio 2025 fino al mese di dicembre 2025.

Tuttavia, anche nel corso del triennio 2025-2027, la conoscenza e la diffusione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione- Sezione Anticorruzione e Trasparenza, è stata assicurata sia tramite la pubblicazione obbligatoria del medesimo nell'apposita sezione del sito istituzionale dell'Ente, sia mediante monitoraggio periodico circa il rispetto degli obblighi di pubblicazione da parte di tutti i servizi instaurando contatti diretti con i Direttori dei vari servizi e referenti per la trasparenza, nonché mediante invito ai corsi di formazione specifica.

Con specifico riferimento agli obblighi di pubblicazione si evidenzia la proficua collaborazione tra l'RPCT con le strutture aziendali e con l'OIV che ha garantito il rispetto delle indicazioni previste dall'Anac con deliberazione n. 192 del 07/05/2025 e ha attestato un ottimo livello di adempimento da parte della Asl in materia di trasparenza.

Nel corso del 2025 vari provvedimenti hanno, inoltre, contribuito a rendere sempre più efficaci le misure in materia di anticorruzione e trasparenza, ovvero: la circolare in materia di Divieto di Pantouflage, che la SC Affari Generali ha indirizzato alla SC Valorizzazione Risorse Umane, alla SC Acquisti di beni e servizi e alla SC Ufficio Tecnico e Patrimonio con i relativi moduli di informativa allegati; l'integrazione del Codice di Comportamento Aziendale (con Deliberazione n.110 del 27/06/2025) alla luce della vigente normativa in materia di Pantouflage;

l'adozione del Patto di integrità della Asl di Cagliari per l'Affidamento di Lavori, Servizi e Forniture con Deliberazione n. 203 del 26/03/2026 (in applicazione del D.G.R. n. 2/16 del 15/01/2025); la Determinazione n. 278 del 04/04/2025 di approvazione delle Linee Guida per la verifica a campione delle dichiarazioni sostitutive negli affidamenti di importo inferiore a € 40.000 e l'adozione del Regolamento sulle Donazioni e sugli Incarichi Extraistituzionali; l'istituzione dell'Ufficio procedimenti disciplinari con deliberazione n. 131 del 05/03/2025 fino al 31/12/2025.

D'altra parte evidenziare alcuni aspetti critici, su cui l'Azienda sta valutando delle azioni finalizzate alla riorganizzazione interna:

- assenza di un gruppo di lavoro strutturato per lo svolgimento delle attività di attuazione in supporto all'RPCT;
- perdurante carenza di personale, nonostante le recenti assunzioni; a tal proposito si evidenzia che nel mese di ottobre 2025 è stato inserito un nuovo collaboratore nell'ufficio dell'RPCT;
- assenza di automatismi per lo scambio di informazioni da parte delle strutture aziendali finalizzate a facilitare il monitoraggio periodico;
- perdurante difficoltà nell'acquisizione di contenuti oggetto di pubblicazione obbligatoria da parte di alcuni servizi;
- impossibilità di attuazione del principio di rotazione del personale, dovuto alla carenza di personale;

Alla luce di quanto sopra esposto, dall'analisi delle relazioni pervenute al RPCT e dai monitoraggi periodici, si può concludere che lo stato di applicazione delle misure anticorruzione e trasparenza, sia generali che specifiche, contenute nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, può considerarsi di buon livello.

Di seguito si rappresenta la scheda sintetica in merito alle misure anticorruzione previste dal PIAO ed adottate nell'anno 2025.

ID	Domanda	Risposta	Ulteriori Informazioni
2	GESTIONE DEL RISCHIO		
2.A	Indicare se è stato effettuato il monitoraggio delle misure programmate nella Sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO, nel PTPCT o nel MOG 231 (<i>domanda facoltativa</i>)		Il monitoraggio è garantito durante l'intero corso dell'anno dalle ripetute prescrizioni da parte del RPCT ai vari Direttori di Servizio in ordine alla necessità del puntuale rispetto delle misure anticorruzione programmate e allegate nell'apposita sezione del PIAO. Non sempre, tuttavia, è stato garantito dai Vari Servizi il riscontro in ordine alla corretta attuazione delle misure anticorruzione e trasparenza, attraverso le sollecitate relazioni intermedie sullo stato dell'attuazione delle stesse.
2.A.4	Se non è stato effettuato il monitoraggio, indicare le motivazioni del mancato svolgimento		

RELAZIONE PERFORMANCE 2025 ASL CAGLIARI

ID	Domanda	Risposta	Ulteriori Informazioni
2.B	Indicare in quali delle seguenti aree si sono verificati eventi corruttivi, specificando quali integrano fattispecie penali (e il loro numero), anche con procedimenti pendenti, e quali integrano eventi corruttivi e condotte di natura corruttiva come definiti nel PNA 2019(Parte I, § 2), nella delibera n. 215 del 26 marzo 2019 (§ 3.3.) (più risposte sono possibili.		
2.B.0	Aree a rischio considerate prioritarie dall'amministrazione		
2.B.00	Gestione fondi PNRR e fondi strutturali	no	
2.B.1	Acquisizione e gestione del personale	no	
2.B.2	Contratti pubblici	no	
2.B.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario - autorizzazioni/concessioni	no	
2.B.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario /concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi	no	
2.B.5	Affari legali e contenzioso	no	
2.B.6	Incarichi e Nomine	no	
2.B.7	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	no	
2.B.8	Aree di rischio ulteriori	no	
2.B.9	Non si sono verificati eventi corruttivi	si	Non sono stati segnalati né si è avuta notizia di eventi corruttivi
2.C	Se si sono verificati eventi corruttivi, indicare se nella Sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO, nel PTPCT 2025 o nel MOG 231 erano state previste misure per il loro contrasto		
2.E	Indicare se sono stati mappati i processi dell'Ente (cfr. PNA 2022, <i>Programmazione e Monitoraggio PIAO e PTPCT</i> , § 3.1.2) -		Tale attività di mappatura è stata svolta, a suo tempo, in rapporto al nuovo assetto organizzativo dell'Azienda che è sorta a seguito di scorporo dall'ATS Sardegna solo in data 01/01/2022. All'indomani dell'attivazione di varie strutture aziendali, nel corso del 2025, è stata ampliata e migliorata ulteriormente l'attività di mappatura aziendale. Anche nell'anno 2025 si è avuto un ampliamento delle aree mappate, in particolare a seguito della circolare in materia di pantouflage. Ulteriori aree, quali, ad esempio, la gestione dell'UPD, le donazioni, le Commissioni di invalidità civile, saranno processate nell'apposita Tabella delle misure anticorruzione nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO 2026-2028
2.F	Se sono stati mappati i processi indicare se afferiscono alle seguenti aree prioritarie come individuate nel PNA 2022 (cfr. PNA 2022, <i>Programmazione e Monitoraggio PIAO e PTPCT</i> , § 3.1.2) (sono possibili più risposte)		
2.F.0	Gestione fondi PNRR e fondi strutturali		E' stata mappata specificamente la fase di affidamento delle procedure PNRR a carico della Struttura SC Ufficio Tecnico e Patrimonio
2.F.00	Processi collegati a obiettivi di performance	no	
2.F.000	Processi con esposizione a rischi corruttivi significativi	si	
2.F.0000	Procedure relative ad aree a rischio specifico del singolo ente	si	

ID	Domanda	Risposta	Ulteriori Informazioni
2.F.1	Contratti pubblici	si	Anche il 2025 è stato caratterizzato dal problema della carenza d'organico(ulteriormente aggravato da mobilità in uscita, solo parzialmente contrastata dall'acquisizione nell'ultimo mese di qualche risorsa proveniente dalle graduatorie concorsuali appena approvate) e di personale non adeguatamente formato per fronteggiare le più svariate richieste di approvvigionamento di beni e servizi provenienti dalle strutture interne nonché di gestione dei contratti e in particolare della fase esecutiva degli stessi. Nonostante una situazione di maggiore sofferenza rispetto allo scorso anno e nonostante questo RPCT non abbia avuto riscontro puntuale sull'applicazione delle misure attraverso le più volte sollecitate relazioni anche a causa del fatto che il Direttore della Struttura Acquisti di beni e servizi è cessato dal proprio incarico, da ciò che è emerso sul campo, si è riusciti a garantire comunque l'applicazione delle principali misure di prevenzione anticorruzione consistite in particolar modo nella segregazione delle funzioni, nella condivisione delle fasi procedurali tra gli operatori, nell'affiancamento di personale più esperto a dipendenti con minore esperienza, nella rotazione ordinaria, laddove è stato possibile, nell'utilizzo costante delle piattaforme informatiche come MEPA o CAT, nella rotazione dei fornitori relativamente agli affidamenti diretti, nell'informatizzazione delle attività di cassa economale con controlli periodici, nell'applicazione del codice di comportamento. Con riferimento ai contratti pubblici di competenza al Servizio Tecnico e Patrimonio, si segnala un puntuale adempimento rispetto alle misure pianificate.
2.F.2	Incarichi e nomine	si	Il processo di conferimento di incarichi di collaborazione esterna e professionale, nel corso del 2025 è stato gestito dalla Asl n. 8 di Cagliari. La mappatura di tale specifica linea di attività è stata ampliata con l'aggiornamento della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025-2027.
2.F.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario - autorizzazioni/concessioni	si	
2.F.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario /concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi	si	
2.F.5	Acquisizione e gestione del personale	si	Anche nel 2025 le procedure di reclutamento del personale, dalla predisposizione del bando alla completa istruttoria, si sono svolte in capo all'Azienda Regionale della Salute per conto delle Asl. Sono state gestite dalla Asl Cagliari, invece, singole procedure di mobilità, comandi ed incarichi libero-professionali.

RELAZIONE PERFORMANCE 2025 ASL CAGLIARI

ID	Domanda	Risposta	Ulteriori Informazioni
2.G	Indicare se la Sottosezione " <i>Rischi corruttivi e trasparenza</i> " del PIAO o il PTPCT è stato elaborato in collaborazione con altre amministrazioni/enti (<i>domanda facoltativa</i>)	no	
2.H	Indicare se la Sottosezione " <i>Rischi corruttivi e trasparenza</i> " del PIAO è stata elaborata in collaborazione o in coordinamento con i responsabili delle altre sezioni del PIAO (<i>domanda solo per gli Enti che redigono PIAO</i>)		Sì. La sezione di competenza del RPCT è stata redatta da quest'ultimo, col supporto, tuttavia, in particolare, della SC Valorizzazione delle Risorse Umane e della SC Controllo di Gestione per un'elaborazione organica e complessiva del PIAO.
3	MISURE SPECIFICHE		
3.A	Indicare se sono state attuate misure specifiche oltre a quelle generali	Sì,	
3.B.	Indicare quali sono le tre principali misure specifiche attuate		1. Rispetto del divieto di Pantouflage (come sollecitato da apposita circolare aziendale a cura dell'RPCT, a carico delle strutture aziendali quali: SC Acquisti di Beni e Servizi, SC Ufficio Tecnico e Patrimonio, SC Valorizzazione Risorse Umane. 2. Adozione Patto di integrità aziendale (ex D.G.R. n. 2/16 del 15.01.2025). 3. Adozione Linee Guida per la verifica a campione delle dichiarazioni sostitutive negli affidamenti di importo inferiore a Euro 40.000 (a cura della SC Ufficio Tecnico e Patrimonio)
4	TRASPARENZA		
4.A	Indicare se è stato informatizzato il flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente" o "Società trasparente"	No, la misura non era prevista dal PTPCT/Sezione PIAO/MOG 231 con riferimento all'anno 2025	La misura non era prevista nella sottosezione del PIAO 2025-2027 e tale obiettivo presupporrebbe inevitabilmente una fattiva collaborazione da parte dell'ITC di Ares Sardegna.
4.B	Indicare se il sito istituzionale, relativamente alla sezione "Amministrazione Trasparente" o "Società Trasparente", ha l'indicatore delle visite	No (indicare se non è presente il contatore delle visite)	Alla stato attuale è in corso il processo di rinnovamento del sito istituzionale nell'ambito del quale potrà essere attivata tale funzionalità.
4.C	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "semplice" (art. 5, co. 1 dlgs 33/2013)	No	
4.D	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "generalizzato" (art. 5, co. 1 dlgs 33/2013)	Sì (riportare il numero complessivo di richieste pervenute e, se disponibili, i settori interessati dalle richieste di accesso generalizzato)	Il numero complessivo di richieste pervenute all'Ufficio protocollo aziendale è 12. Settori interessati in via generale: Distretti, Dipartimento di Prevenzione (sc ambiente e Salute, SC Sanità Animale), Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (SERD), ALPI, Medicina Penitenziaria (Casa Circondariale di UTA).

RELAZIONE PERFORMANCE 2025 ASL CAGLIARI

ID	Domanda	Risposta	Ulteriori Informazioni
4.E	Indicare se è stato istituito il registro degli accessi	Sì (se disponibili, indicare i settori delle richieste)	E' stato istituito un registro per ogni tipologia di accesso. Inoltre si segnala che l'Azienda ha provveduto all'adozione di un proprio Regolamento per l'esercizio del diritto di Accesso agli atti Documentale, Civico Semplice e Civico Generalizzato (approvato con Deliberazione del Direttore Generale n.305 del 30/04/2024).
4.F	E' rispettata l'indicazione che prevede di riportare nel registro l'esito delle istanze (domanda facoltativa)	Sì	
4.G	Indicare se sono stati svolti monitoraggi sulla pubblicazione dei dati	Sì (indicare la periodicità dei monitoraggi e specificare se essi hanno riguardato la totalità oppure un campione di obblighi per amministrazioni/enti con meno di 50 dipendenti)	I monitoraggi sono effettuati con cadenza semestrale e hanno avuto ad oggetto un campione di obblighi. Nello specifico, sono state regolarmente assolate da parte del RPCT tutte le attività relative agli obblighi di pubblicazione e trasparenza anche grazie ad una proficua collaborazione con l'OIV e le diverse strutture aziendali. In modo particolare, in ossequio alla delibera Anac n. 192 del 07/05/2025 "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione riferiti all'annualità 2024", l'OIV ha potuto verificare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione rilasciando un'attestazione del tutto positiva sull'operato dell'Azienda in materia di trasparenza. Le attestazioni rilasciate dall'OIV sono regolarmente pubblicate nella sezione amministrazione trasparente del sito internet istituzionale dell'Ente. L'RPCT, inoltre, si è occupato di vigilare e sollecitare la pubblicazione dei dati da parte delle diverse strutture aziendali. Si segnala, tuttavia, che non tutti i Servizi hanno garantito un flusso costante di dati oggetto di pubblicazione.
4.G.1	Indicare se è stata garantita trasparenza anche degli atti, dati e informazioni relativi al PNRR, da pubblicare secondo le indicazioni della RGS, mediante l'inserimento, nella corrispondente sottosezione di A.T., di un link che rinvia alla predetta sezione dedicata all'attuazione delle misure del PNRR (cfr. PNA 2022, § 3 parte trasparenza)	Sì	https://www.asl8cagliari.it/azienda/misure-pnrr/
4.H	Formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento		Gli adempimenti in materia di trasparenza sono stati in gran parte adempiuti. Qualche, lacuna, tuttavia è da segnalare e da ricollagare verosimilmente alla mancata informatizzazione dei flussi che impongono la singola pubblicazione con operatori (personale amministrativo afferente alle diverse strutture interessate) che, tuttavia, non sempre risultano adeguatamente formati per l'attività di pubblicazione in "Amministrazione Trasparente". Inoltre, non tutte le Strutture aziendali hanno individuato dei referenti per la trasparenza, anche a causa della cronica carenza di personale e ciò comporta un surplus di lavoro per l'ufficio del RPCT che deve spesso provvedere, oltre che al monitoraggio costante, anche alla pubblicazione di dati in capo ai vari Servizi.

RELAZIONE PERFORMANCE 2025 ASL CAGLIARI

ID	Domanda	Risposta	Ulteriori Informazioni
5	FORMAZIONE DEL PERSONALE		
5.A	Indicare se è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione tenendo anche conto dell'obbligo di formazione sui temi dell'etica (art. 15, co. 5-bis, del d.P.R. 62/2013).	Sì	A seguito di specifica convenzione con la Società So.sor e grazie all'adesione della Asl n. 8 di Cagliari ad un bando Formez, partiranno entro il mese di dicembre 2025 corsi specifici in modalità online e, successivamente, in presenza, in materia di prevenzione della corruzione. In data 16 ottobre 2025 si è svolto un corso online tenuto da Isweb e rivolto agli RPCT aziendali e al loro ufficio avente ad oggetto: "Adeguamento entro il 13 Novembre 2025 alla Delibera Anac n. 495/2024". Nel corso del 2025 l'erogazione della specifica formazione ha subito dei rallentamenti dovuti essenzialmente alla mancata attivazione di un apposito ufficio Formazione in capo all'Azienda. A tale situazione si sta ovviando con il completamento di un lungo iter burocratico che ha consentito la collaborazione con una Società esterna specializzata in formazione del personale.
5.B	Se non è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare le ragioni della mancata erogazione		
5.E	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione indicare se ha riguardato, in particolare (domanda facoltativa)		
5.E.0	La gestione delle situazioni di conflitto di interessi		
5.E.1	Etica ed integrità		
5.E.2	I contenuti dei codici di comportamento		
5.E.3	I contenuti del PTPCT/Sezione anticorruzione e trasparenza PIAO/MOG 231		
5.E.4	Processo di gestione del rischio		
5.C	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali soggetti tra i seguenti hanno svolto le docenze:		
5.C.1	SNA		
5.C.2	Università		
5.C.3	Altro soggetto pubblico (specificare quali)		
5.C.4	Soggetto privato (specificare quali)		
5.C.5	Formazione in house		
5.C.6	Altro (specificare quali)	Sì	
5.D	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, formulare un giudizio sulla formazione erogata con particolare riferimento all'appropriatezza di destinatari e contenuti, sulla base di eventuali questionari somministrati ai partecipanti		Il corso in modalità da remoto si svolgerà nei prossimi giorni e approfondirà gli aspetti di maggiore interesse anche alla luce dell'evoluzione normativa in materia. I corsi finora svolti sono stati pubblicati nella sottosezione di Amministrazione Trasparente "dati ulteriori". Si evidenzia, inoltre, la partecipazione in data 15/12/2025 da parte dell'Ufficio del RPCT e propri collaboratori all'evento formativo dal titolo "Primo convegno sulla legalità e Trasparenza 2025: compliance integrata in sanità" organizzato da Arnas Brotzu in

RELAZIONE PERFORMANCE 2025 ASL CAGLIARI

ID	Domanda	Risposta	Ulteriori Informazioni
			collaborazione con la Fondazione Vittorio Occorsio e UNICA.
6	ROTAZIONE DEL PERSONALE		
6.A	Indicare il numero di unità di personale dipendente di cui è composta l'amministrazione:		3971
6.A.1	Numero dirigenti o equiparati	1010	
6.A.2	Numero non dirigenti o equiparati	2961	
6.B	Indicare se nell'anno 2025 è stata effettuata la rotazione dei dirigenti come misura di prevenzione del rischio	No, sono state adottate misure diverse dalla rotazione che producono effetti analoghi (cfr. Allegato 2 PNA 2019)	Anche nel corso del 2025 l'Azienda ha patito in modo rilevante la carenza di personale cui solo in parte, a partire dal mese di ottobre 2025 quando si sono potute utilizzare le graduatorie concorsuali per figure amministrative di Ares Sardegna, si sta mettendo riparo. Le figure dirigenziali, soprattutto di tipo amministrativo, sono numericamente molto limitate, pertanto, il criterio della rotazione ha avuto difficile applicazione. Tuttavia, ciò non ha impedito, laddove è stato possibile, come emerso dalle relazioni pervenute, che unitamente agli altri rimedi sia stata effettuata anche la rotazione del personale.
6.C	Indicare il numero di unità di personale dipendente di livello non dirigenziale ruotato all'interno dell'amministrazione nell'anno di riferimento	0	La misura non è stata garantita a causa della carenza di personale
7.A	Indicare se sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità	Sì (indicare il numero di verifiche e il numero di eventuali violazioni accertate)	Per quanto di competenza dell'Asl n. 8 (fuori, cioè dall'area di competenza di Ares Sardegna), le procedure di controllo delle dichiarazioni rese sono state svolte ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000.
7.B	Indicare, con riferimento all'anno 2025, se è stata accertata l'inconferibilità degli incarichi dirigenziali per sussistenza di condanna penale, ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013	No	
8	INCOMPATIBILITÀ PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI - D.LGS. 39/2013		
8.A	Indicare se sono state adottate misure per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità	Sì (indicare quali e il numero di violazioni accertate)	Per quanto attiene alla parte di competenza della Asl n. 8 non sono stati riscontrati casi di inconferibilità/incompatibilità.
9	CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI AI DIPENDENTI		
9.A	Indicare se è stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi	Sì	Con Deliberazione n. 541 del 24/11/2025 è stato adottato il nuovo Regolamento dell'Asl di Cagliari sul conferimento degli incarichi extraistituzionali.
9.C	Indicare se sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati	No	
10	TUTELA DI CHI SEGNALE ILLECITI (WHISTLEBLOWING)		

RELAZIONE PERFORMANCE 2025 ASL CAGLIARI

ID	Domanda	Risposta	Ulteriori Informazioni
10.A	Indicare se è stato attivato un canale interno per la presentazione e la gestione di segnalazione di condotte illecite (d.lgs. 24/2023; LLGG di cui alla delibera n. 478 del 26 novembre 2025)	Sì	E' stata attivata la piattaforma Whistleblowing Solution PA, aggiornata ai sensi del D.Lgs n. 24/2023, che gestisce le segnalazioni per la Asl n. 8 di Cagliari e ne dà comunicazione mediante segnalazione mail alla casella dedicata del RPCT (rpct@aslcagliari.it) E' stato, inoltre, approvato il Regolamento sulla gestione delle segnalazioni con deliberazione n. 815 del 29/12/2023.
10.C	Se non è stata attivata la piattaforma informatica, ai sensi dell'art. 4, co. 1 del d.lgs. 24/2023 e come indicato nelle LLGG ANAC di cui alla delibera n. 311 del 12 luglio 2023, indicare attraverso quali altri mezzi il segnalante può inoltrare la segnalazione		
10.D	Se è stato attivato il canale interno per la segnalazione indicare se sono pervenute segnalazioni di whistleblowing	Sì, (indicare il numero delle segnalazioni)	Relativamente all'anno 2025 sono pervenute 11 segnalazioni.
11	CODICE DI COMPORTAMENTO		
11.A	Indicare se il codice di comportamento che integra e specifica il codice adottato dal Governo (D.P.R. n. 62/2013) è stato aggiornato con le indicazioni fornite nelle Linee Guida ANAC n. 177/2020	Sì	La Asl n. 8 di Cagliari ha adottato un proprio Codice di Comportamento Aziendale approvato con Deliberazione n. 108 del 09/02/2024 e integrato con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 110 del 27/06/2025. In applicazione della circolare aziendale sul rispetto del divieto di pantouflage nonché delle Linee Guida Anac sul punto, è stato integrato e aggiornato il Codice di Comportamento.
11.B	Indicare se gli obblighi di condotta previsti nel codice sono stati estesi a tutti i soggetti di cui all'art. 2, co. 3, d.P.R. 62/2013 (collaboratori e consulenti, titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, collaboratori di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore delle amministrazioni)	Sì	
11.C	Indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione del D.P.R. n. 62/2013 e le eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione	Sì (indicare il numero delle segnalazioni pervenute e il numero di violazioni accertate)	Le segnalazioni ritenute rilevanti ai fini disciplinari (nello specifico 3) hanno comportato l'apertura di appositi procedimenti disciplinari
11.D	Indicare se il codice di comportamento dell'amministrazione è stato adeguato alle modifiche intercorse nel 2023 al d.P.R. n. 62/2013	Sì	
12	PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI		
12.B	Indicare se nel corso del 2025 sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti	No	
12.D	Se nel corso del 2025 sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi, indicare quanti sono riconducibili a fatti penalmente rilevanti (il numero di procedimenti per ciascuna tipologia; lo stesso procedimento può essere riconducibile a più reati):		
12.D.1	Peculato – art. 314 c.p.	0	
12.D.2	Concussione - art. 317 c.p.	0	
12.D.3	Corruzione per l'esercizio della funzione - art. 318 c.p.	0	
12.D.4	Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio –art. 319 c.p.	0	
12.D.5	Corruzione in atti giudiziari –art. 319ter c.p.	0	

RELAZIONE PERFORMANCE 2025 ASL CAGLIARI

ID	Domanda	Risposta	Ulteriori Informazioni
12.D.6	Induzione indebita a dare o promettere utilità – art. 319quater c.p.	0	
12.D.7	Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio –art. 320 c.p.	0	
12.D.8	Istigazione alla corruzione –art. 322 c.p.	0	
12.D.9	Traffico di influenze illecite -art. 346-bis c.p.	0	
12.D.10	Turbata libertà degli incanti -art. 353 c.p.	0	
12.D.11	Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente - art. 353 bis c.p.	0	
12.D.11-bis	Indebita destinazione di denaro o cose mobili (art. 314-bis c.p.)	0	
12.D.12	Altro (specificare quali)	0	
12.E	Indicare a quali aree di rischio sono riconducibili i procedimenti disciplinari per eventi corruttivi, penalmente rilevanti e non (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna delle sottostanti aree):		
12.E.0	Aree a rischio considerate prioritarie dall'amministrazione	0	
12.E.00	Gestione fondi PNRR e fondi strutturali	0	
12.E.1	Contratti pubblici	0	
12.E.2	Incarichi e nomine	0	
12.E.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario - autorizzazioni/concessioni	0	
12.E.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario /concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi	0	
12.E.5	Acquisizione e gestione del personale	0	
12.F	Indicare se nel corso del 2025 sono stati avviati a carico dei dipendenti procedimenti disciplinari per violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali	Sì	3
13	ALTRE MISURE		
13.A	Indicare se si sono verificate violazioni dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 per i soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II, Libro II, c.p.	No	
13.B	Indicare se ci sono stati casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati (cfr. Delibera n. 309 del 27 giugno 2023 - Bando tipo n. 1 - 2023 come aggiornato nel 2025)	No	
14	ROTAZIONE STRAORDINARIA		
14.A	Indicare se si è reso necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale di cui all'art. 16, co. 1, lett. I-quater, d.lgs.165/2001, a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per le condotte di natura corruttiva (cfr. Delibera n. 215 del 26 marzo 2019)	No	
15	PANTOUFLAGE		
15.A	Indicare se sono stati individuati casi di pantouflage di dirigenti	No	

RELAZIONE PERFORMANCE 2025 ASL CAGLIARI

ID	Domanda	Risposta	Ulteriori Informazioni
15.B	Indicare se sono state attuate le misure per prevenire il pantouflage (cfr. PNA 2022 e LLGG ANAC in materia di pantouflage n. 493/2024)	Sì, secondo il modello operativo di cui al PNA 2022	Con l'aggiornamento del PIAO 2025-2027 è stata mappata specificamente la procedura per il rispetto del divieto di pantouflage e monitorata la puntuale attuazione delle misure di prevenzione. Si segnala che non tutti i Servizi destinatari delle misure hanno dato riscontro in ordine alla corretta applicazione del divieto di pantouflage.
16	CONFLITTO DI INTERESSI		
16.A	Indicare se sono state disciplinate procedure per l'acquisizione e la verifica delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi (e i relativi aggiornamenti al verificarsi di situazioni che determinano un mutamento di quanto precedentemente dichiarato) rese dal personale e dai consulenti e collaboratori		
16.B	Indicare se nel corso del 2025 sono state rilevate ipotesi di conflitto di interessi	Sì (indicare la situazione/rapporto che ha determinato il conflitto)	L'RPCT ha verificato un'ipotesi di conflitto di interessi nell'ambito delle Commissioni per l'invalidità civile
17	RASA		
17.A	Indicare se è prevista la verifica periodica dei dati inseriti in AUSA	No	
18	MONITORAGGIO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI		
18,A	Indicare se sono stati monitorati i tempi effettivi di conclusione dei procedimenti amministrativi rispetto ai termini previsti	No	I risultati del monitoraggio sul rispetto dei termini procedurali non sono più soggetti a pubblicazione obbligatoria per intervenuta abrogazione dell'art.24 del D.lgs. 14 marzo 2013 n.33, ai sensi del D.lgs. 25 maggio 2016 n. 97. L'art. 12, comma 1, lettera a), della legge n. 120 del 2020 ha introdotto nell'art. 2 della Legge 7 agosto 1990, n. 241 il comma art. 4-bis, secondo il quale: "Le pubbliche amministrazioni misurano e pubblicano nel proprio sito internet istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", i tempi effettivi di conclusione dei procedimenti amministrativi di maggiore impatto per i cittadini e per le imprese, comparandoli con i termini previsti dalla normativa vigente. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione, previa intesa in Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti modalità e criteri di misurazione dei tempi effettivi di conclusione dei procedimenti, nonché le ulteriori modalità di pubblicazione di cui al primo periodo". Occorre, pertanto, attendere l'emanazione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri per la effettiva reintroduzione di tale obbligo di pubblicazione.
18.B	Indicare se sono stati individuati casi di mancato rispetto dei tempi procedurali	No	