



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE
ASL OGLIASTRA
ANNO 2023

Sommario

PREMESSA.....	3
1. DATI IDENTIFICATICI E ANALISI DEL CONTESTO	4
1.1. Dati identificativi.....	4
1.2. Contesto esterno	5
1.3. Contesto interno.....	7
1.4. Le risorse economiche e finanziarie	24
2. IL SISTEMA DI GESTIONE DL CICLO DELLA PERFORMANCE	27
3. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	29
4. PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	55
5. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE	57
6. PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	60
7. LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DEGLI UTENTI	62
8. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	64

PREMESSA

La presente relazione è redatta ai sensi del Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” che all’art. 10, comma 1 lettera b) prevede l’obbligo per le Pubbliche Amministrazioni di redigere e pubblicare sul sito aziendale entro il 30 giugno di ciascun anno la Relazione annuale sulla Performance che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all’anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato. L’Azienda Socio Sanitaria dell’Ogliastra con Deliberazione del Direttore Generale n. 518 del 13/12/2023 ha aggiornato il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance anno 2023 dell’Azienda.

La presente relazione, che conclude il ciclo di gestione della performance, rappresenta per l’Azienda uno strumento di miglioramento che, tenendo conto dei risultati ottenuti nell’anno 2023, consente di riprogrammare gli obiettivi e le risorse programmate per l’anno in corso e per gli anni successivi. Essa rappresenta inoltre uno strumento di accountability con la quale rendicontare agli stakeholder i risultati ottenuti. La stesura del documento si ispira ai principi di trasparenza, immediata intellegibilità, veridicità dei contenuti, coerenza interna.

Il presente documento deve essere validato dall’Organismo Indipendente di Valutazione ai sensi dell’art. 14 commi 4, lettera c), e 6 del d. lgs. 150/2009 ai fini dell’accesso ai sistemi premiali.

1. DATI IDENTIFICATIVI E ANALISI DEL CONTESTO

1.1. Dati identificativi

L'Azienda socio-sanitaria locale n. 4 dell'Ogliastra è stata costituita dalla Legge Regionale n. 24/2020 con decorrenza dal 1° gennaio 2022, ed è dotata di personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione.

L'Azienda è parte integrante del sistema del Servizio Sanitario della Regione Sardegna e del sistema del SSN.

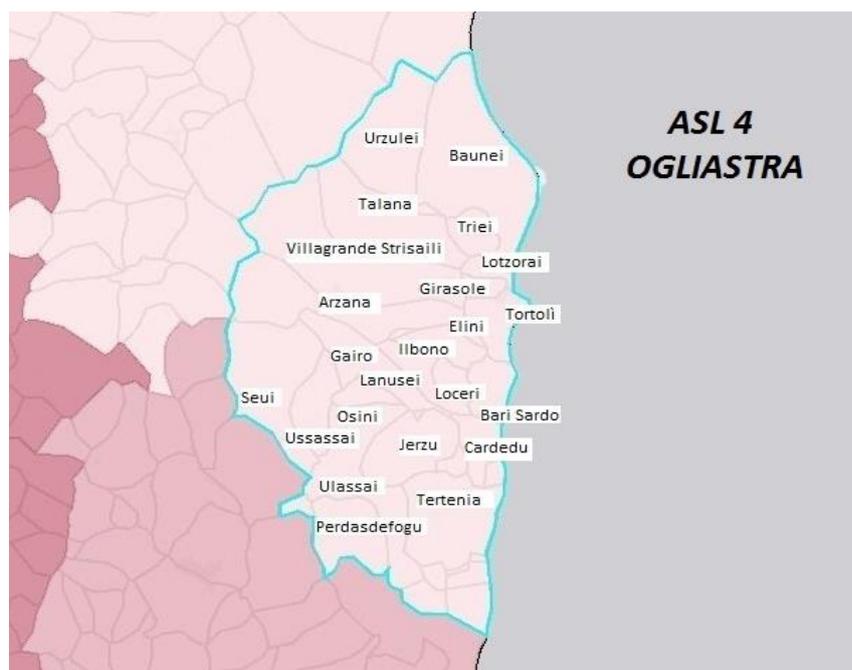
L'Azienda socio-sanitaria locale n. 4 dell'Ogliastra ha la sede legale in Lanusei, via Piscinas 5 e codice fiscale/partita IVA 01620420917.

Il sito web ufficiale dell'Azienda è <https://www.aslogliastro.it>. Ai sensi della normativa vigente l'albo on line sostituisce a tutti gli effetti l'albo pretorio cartaceo ai fini della pubblicità legale.

In conformità agli indirizzi della RAS il logo ufficiale dell'Azienda è individuato apponendo al logo del Servizio Sanitario Regionale, unico per l'intero Servizio, il nome dell'Azienda e risulta il seguente



L'Azienda rappresenta l'ambito territoriale dell'Ogliastra che si estende per circa 1854 chilometri quadrati e comprende 23 comuni: Arzana, Bari Sardo, Baunei, Cardedu, Elini, Gairo, Girasole, Ilbono, Jerzu, Lanusei, Loceri, Lotzorai, Osini, Perdasdefogu, Seui, Talana, Tertenia, Tortoli, Triei, Ulassai, Urzulei, Ussassai, Villagrande Strisaili.



Fonte: rielaborazione mappa Sistema Informativo geografico dell'Istat (Istat)

1.2. Contesto esterno

L'Ogliastra si pone come una delle aree a più bassa antropizzazione dove l'ambiente si è preservato più che in altre parti della Sardegna a causa soprattutto della difficoltà dei collegamenti.

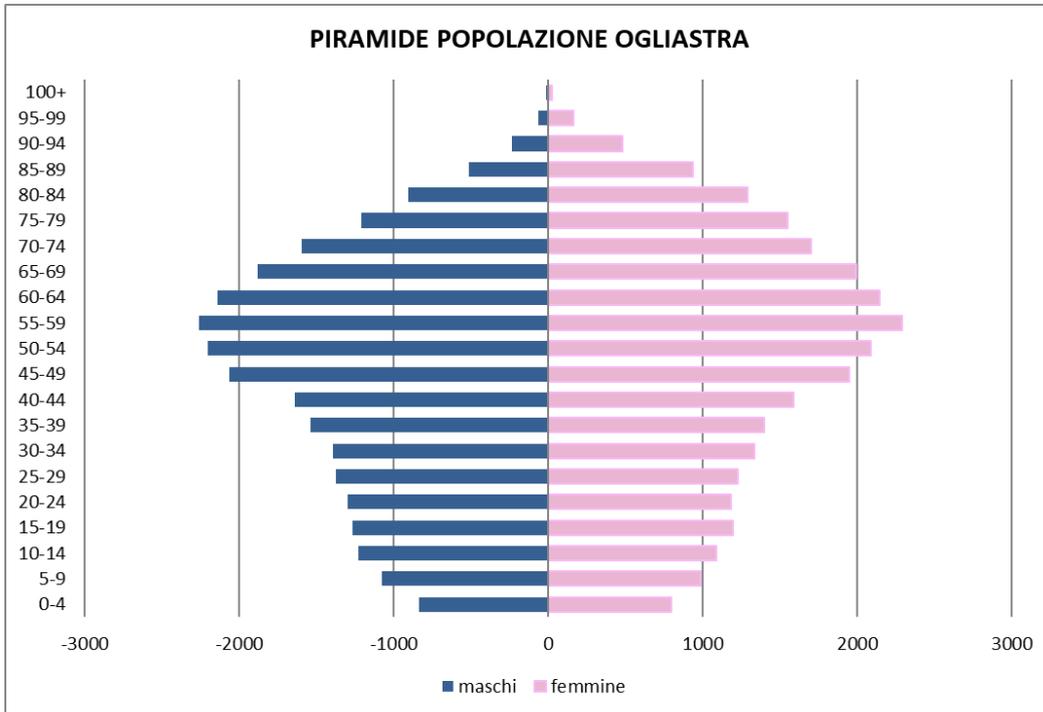
La popolazione del territorio di competenza della Asl 4 Ogliastra al 31.12.2023 ammonta a 54.140 residenti di cui 27.401 femmine e 26.739 maschi (-219 rispetto all'anno precedente). L'area si estende per 1.855 km² con una densità di popolazione pari a 29,20 abitanti per km² e corrisponde al 3,42% del territorio Regionale. Tuttavia all'interno dell'area vi sono forti disomogeneità e se si considerano solo i comuni costieri l'indice di densità demografica sale notevolmente. Infatti nei comuni costieri, a fronte di un territorio pari a circa il 30% dell'Ogliastra, risiede circa il 50% della popolazione.

Tabella Densità

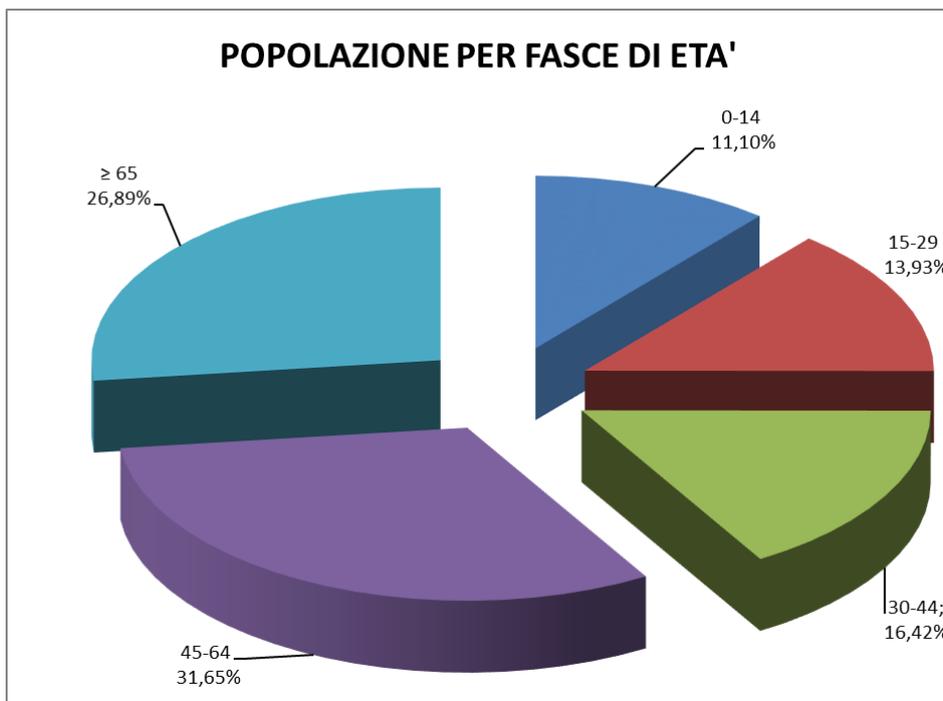
COMUNE	MASCHI	FEMMINE	POPOLAZIONE	KM/2	DENSITÀ 31/12/23
Arzana	1.123	1.097	2220	162,6	13,65
Bari Sardo	1.831	1.967	3798	37,53	101,20
Baunei	1.680	1.721	3401	216,5	15,71
Cardedu	955	1.009	1964	32,33	60,75
Elini	273	277	550	10,9	50,46
Gairo	624	640	1264	78,46	16,11
Girasole	671	688	1359	12,98	104,70
Ilbono	970	997	1967	30,91	63,64
Jerzu	1.461	1.487	2948	102,6	28,73
Lanusei	2.488	2.545	5033	53,38	94,29
Loceri	637	661	1298	19,31	67,22
Lotzorai	1.025	1.098	2123	16,84	126,07
Osini	367	341	708	39,68	17,84
Perdasdefogu	862	854	1716	77,73	22,08
Seui	576	562	1138	148,2	7,68
Talana	457	501	958	117,9	8,13
Tertenia	1.922	1.935	3857	117,8	32,74
Tortoli ¹	5.395	5.581	10976	39,97	274,61
Triei	537	521	1058	28,54	37,07
Ulassai	656	704	1360	122,1	11,14
Urzulei	536	539	1075	129,9	8,28
Ussassai	230	217	447	47,3	9,45
Villagrande Strisaili	1.463	1.459	2922	210,8	13,86
TOTALI	26739	27401	54140	1854,26	29,20

Fonte: elaborazione dati Istat 31/12/2023

L'aspetto piramidale evidenzia una bassa natalità senza significativa differenza tra i sessi. La bassa numerosità delle classi di età più giovani conferma la tendenza allo spopolamento dovuto a diversi fattori socio economici e conferma un forte invecchiamento della popolazione, in particolare di quella femminile. Le classi maggiormente rappresentative sono quelle centrali dai 40 ai 69 anni, in particolare quella dai 50 ai 59 anni.



Fonte: elaborazione dati Istat 31/12/2023



Fonte: elaborazione dati Istat 31/12/2023

Il territorio è caratterizzato da un alto indice di vecchiaia che rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione ed è espresso dal rapporto tra la popolazione ≥ 65 anni e la popolazione di età 0-14 anni moltiplicato per 100, è pari 242,18.

L'indice di dipendenza strutturale, che rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva su quella attiva, presenta un valore pari a 61,28%, aspetto da considerare nella definizione delle politiche sociali. Un indice di dipendenza strutturale superiore al 50% è sinonimo di un numero elevato di ragazzi e anziani di cui la popolazione attiva deve occuparsi complessivamente.

Lo sviluppo turistico ha introdotto una ulteriore variabile nella organizzazione dei servizi sanitari dovuta all'incremento della popolazione durante i mesi estivi e di conseguenza a una maggiore richiesta della domanda di servizi. L'analisi dell'offerta dei servizi evidenzia un netto incremento delle prestazioni durante il periodo maggio-settembre.

1.3. Contesto interno

L'Azienda Socio-sanitaria Locale dell'Ogliastra, istituita con decorrenza dal 01 gennaio 2022, ha definito il proprio modello organizzativo nell'atto aziendale adottato in via definitiva con la deliberazione del Direttore Generale della ASL Ogliastra n. 27 del 06/02/2023.

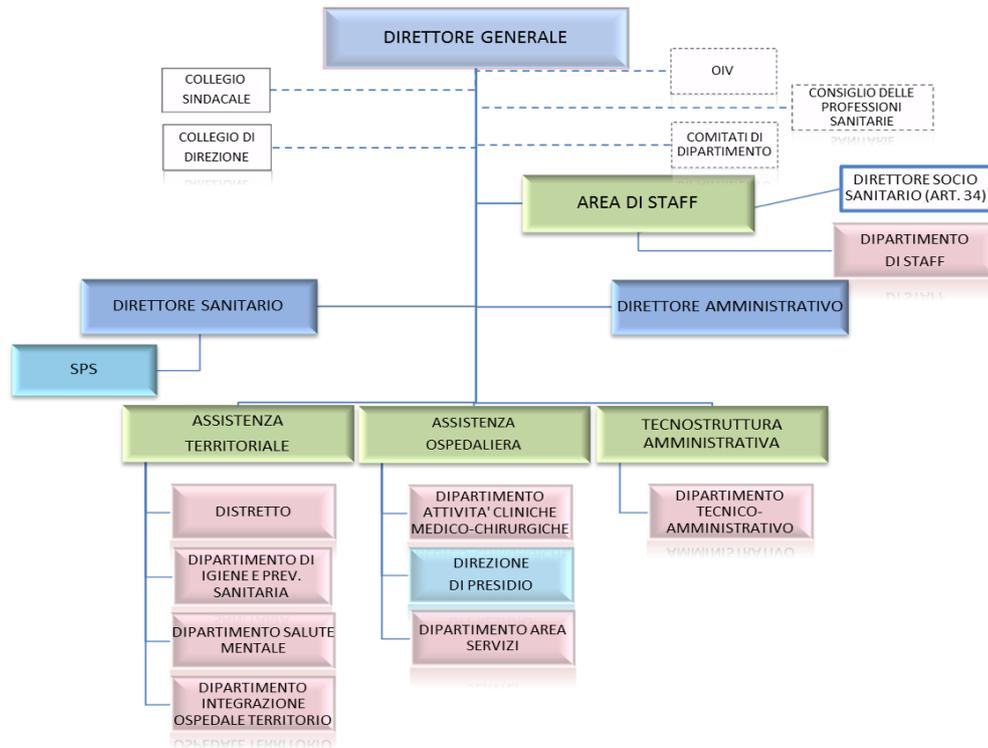
L'atto aziendale definisce il modello organizzativo dell'Azienda e le linee strategiche generali nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia e miglioramento continuo dei servizi offerti. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale e tecnico-professionale, disciplina l'organizzazione dell'ASL secondo il modello dipartimentale.

Il modello organizzativo della ASL Ogliastra prevede la seguente struttura organizzativa e le seguenti macro articolazioni al cui interno si articolano le strutture:

- la Direzione strategica – rappresentata dalla direzione generale (Direttore Generale – Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo);
- l'area di Staff che garantisce il supporto alla Direzione strategica nelle attività e nei processi istituzionali e comprende il direttore dei servizi socio sanitari;
- la tecnostruttura amministrativa che garantisce il supporto alla Direzione strategica, in raccordo con lo staff, nei processi tecnico-amministrativi strumentali alle strutture organizzative dell'Azienda;
- l'organizzazione sanitaria per l'erogazione dell'assistenza che garantisce i livelli di assistenza collettiva, territoriale ed ospedaliera e le relative attività legate all'assistenza sanitaria come

l'assistenza farmaceutica, la sanità penitenziaria, il servizio di prevenzione e protezione, il rischio clinico e la clinical governance.

Si riporta di seguito il modello organizzativo della ASL Ogliastra:



L'Azienda socio-sanitaria locale n. 4 Ogliastra eroga i servizi sanitari nel territorio di propria competenza attraverso le strutture pubbliche dell'assistenza collettiva, territoriale ed ospedaliera e tramite le strutture private convenzionate.

L'assistenza collettiva svolge principalmente le seguenti attività:

- sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- salute animale e igiene urbana veterinaria;
- sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- attività medico legali per finalità pubbliche.

L'assistenza territoriale è garantita dal Distretto di Tortolì e dal Dipartimento di Salute Mentale.

Il Distretto si configura, quale centro di riferimento cui affluiscono le istanze sanitarie e sociosanitarie della comunità e luogo in cui si garantisce la ricomposizione dell'offerta degli interventi secondo principi di equità, efficienza e appropriatezza in relazione alle risorse assegnate dalla Direzione Generale.

L'assistenza distrettuale è l'insieme delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione erogate in regime ambulatoriale, domiciliare, semi-residenziale o residenziale.

Le attività sono erogate nel territorio e comprendono, in via indicativa:

- attività svolta dai Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e dei medici di Continuità Assistenziale;
- emergenza sanitaria territoriale (in raccordo con l'attività di pertinenza dell'AREUS secondo le disposizioni regionali in merito);
- assistenza farmaceutica;
- assistenza integrativa;
- assistenza protesica;
- attività e servizi di assistenza domiciliare;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- attività e servizi del consultorio per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- attività e servizi per le persone disabili adulte e anziane;
- attività e servizi per le patologie da HIV;
- attività e servizi per patologie croniche e assistenza ai pazienti nella fase terminale della vita;
- assistenza psicologica;
- medicina scolastica;
- educazione sanitaria e tutela della salute collettiva in stretto coordinamento con il competente Dipartimento di Prevenzione;
- sanità penitenziaria.

Si riportano alcuni dati dell'attività territoriale della ASL Ogliastra relativamente all'anno 2023 con il confronto rispetto ai dati 2022 della ASSL di Lanusei.

Nella specialistica ambulatoriale delle strutture pubbliche si registra un proseguimento della ripresa dell'attività ambulatoriale, che nell'anno 2020 ha subito una drastica riduzione a causa della pandemia covid. L'incremento complessivo è pari al 6% rispetto all'anno 2022 come evidenziato nella seguente tabella.

Dati attività specialistica ambulatoriale strutture pubbliche ASL Ogliastra 2023/2022

BRANCA	PRESTAZIONI 2023	PRESTAZIONI 2022	DIFF.	DIFF. %
01 - Anestesia	823	1.435	-612	-43%
02 - Cardiologia	11.562	12.590	-1.028	-8%

BRANCA	PRESTAZIONI 2023	PRESTAZIONI 2022	DIFF.	DIFF. %
03 - Chirurgia Generale	2.172	1.616	556	34%
04 - Chirurgia Plastica	562	608	-46	-8%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	250	388	-138	-36%
06 - Dermosifilopatia	861	323	538	167%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	26.774	31.420	-4.646	-15%
09 - Endocrinologia	777	729	48	7%
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	1.635	1.855	-220	-12%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica-Genetica-Immunoematologia E S. Trasn.	513.230	472.750	40.480	9%
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	7.539	12.807	-5.268	-41%
13 - Nefrologia	4.992	4.467	525	12%
15 - Neurologia	705	546	159	29%
16 - Oculistica	4.028	3.855	173	4%
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	2.495	3.153	-658	-21%
18 - Oncologia	2.817	2.994	-177	-6%
19 - Ortopedia E Traumatologia	3.235	3.075	160	5%
20 - Ostetricia E Ginecologia	2.581	2.524	57	2%
21 - Otorinolaringoiatria	1.963	1.542	421	27%
22 - Pneumologia	1.413	1.054	359	34%
23 - Psichiatria	440	322	118	37%
24 - Radioterapia	116	46	70	152%
25 - Urologia	694	680	14	2%
26 - Altre Prestazioni*	54.790	51.460	3.330	6%
TOTALE	646.454	612.239	34.215	6%

Fonte: elaborazione dati flusso file C – SAM - Abaco

Nelle strutture private si registra invece una riduzione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale pari complessivamente al 8%.

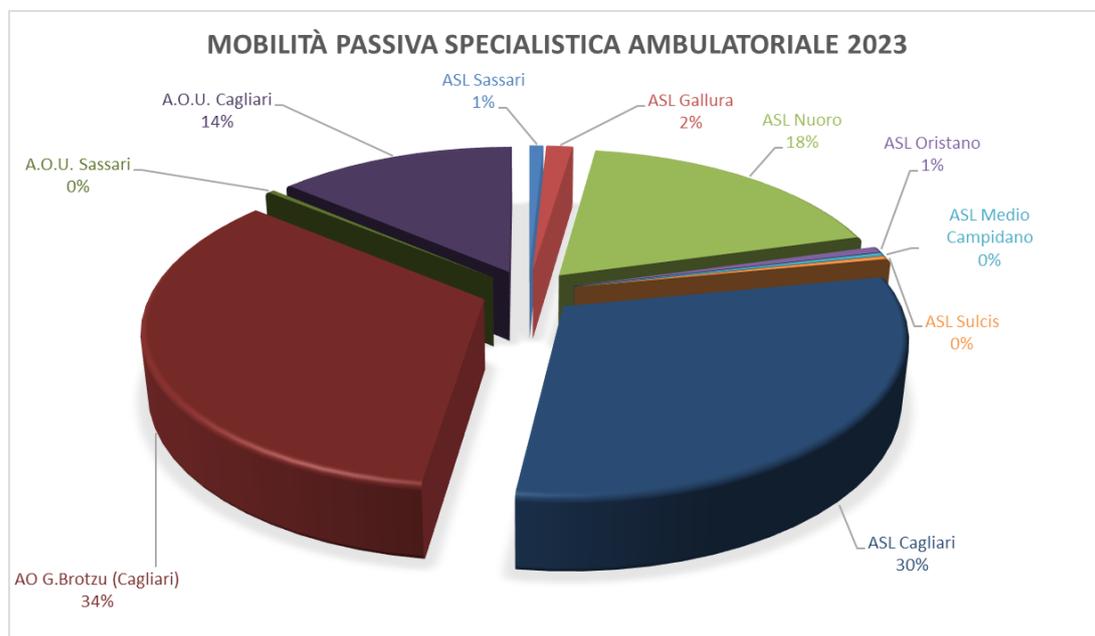
Dati attività specialistica ambulatoriale strutture private ASL Ogliastra 2023/2022

BRANCA	PRESTAZIONI 2023	PRESTAZIONI 2022	DIFF.	DIFF. %
02 - Cardiologia	3.523	2.877	646	22%
03 - Chirurgia Generale	837	651	186	29%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	162	67	95	142%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	4.325	3.837	488	13%
09 - Endocrinologia	174	134	40	30%

BRANCA	PRESTAZIONI 2023	PRESTAZIONI 2022	DIFF.	DIFF. %
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva		1	-1	-100%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica-Genetica-Immunoematologia E S. Trasn.	54.022	62.459	-8.437	-14%
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	32.073	33.580	-1.507	-4%
15 - Neurologia	4.773	5.779	-1.006	-17%
16 - Oculistica	1.725	1.471	254	17%
19 - Ortopedia E Traumatologia	549	494	55	11%
21 - Otorinolaringoiatria	5	4	1	25%
23 - Psichiatria	1.597	1.724	-127	-7%
25 - Urologia	26	19	7	37%
26 - Altre Prestazioni*		1	-1	-100%
TOTALE	103.791	113.098	-9.307	-8%

Fonte: elaborazione dati flusso file C – SAM - Abaco

Mobilità passiva specialistica ambulatoriale - numero prestazioni



Fonte: elaborazione dati flusso file C – SAM - Abaco

Dati attività assistenza riabilitativa

ASSISTENZA RESIDENZIALE		ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE		ASSISTENZA AMBULATORIALE		ASSISTENZA EXTRAMURALE DOMICILIARE	
UTENTI		UTENTI		ACCESSI		UTENTI	
2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022
21	20	24	39	13094	9539	291	229

Fonte RIA11 2022/2023

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD), è la struttura operativa preposta alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale e delle dipendenze ed all'organizzazione degli interventi per la tutela e la promozione della salute mentale delle persone in coerenza con la programmazione strategica regionale sulla salute mentale.

L'assistenza ospedaliera è garantita dal Presidio Nostra Signora della Mercede di Lanusei e dalla Casa di Cura Tommasini di Jerzu. Il presidio di Lanusei offre assistenza in regime di ricovero ordinario, day hospital, day surgery, day service con 117 posti letto complessivi.

Posti letto Presidio Ospedaliero

DISCIPLINA	POSTI LETTO			
	DEGENZE ORDINARIE	DAY HOSPITAL	DAY SURGERY	TOTALE
Cardiologia	5	1		8
Chirurgia generale	24		2	26
Medicina generale	28	3		31
Nefrologia	2			2
Nido	6			6
Ortopedia e traumatologia	10		1	11
Ostetricia e ginecologia	14		2	16
Pediatria	5	2		7
Terapia intensiva	4			4
Unità coronarica	4			4
Terapia semintensiva	2			2
TOTALE	104	6	5	115

Fonte HSP12 anno 2023

La Casa di Cura Tommasini offre assistenza in regime di ricovero ordinario, day hospital, day surgery, day service con 66 posti letto complessivi.

Posti letto struttura privata convenzionata

DISCIPLINA	POSTI LETTO			
	DEGENZE ORDINARIE	DAY HOSPITAL	DAY SURGERY	TOTALE
Day surgery	—	—	8	8
Medicina generale	10	0	0	10
Recupero e riabilitazione funzionale	10	4	0	14
Lungodegenti	20	0	0	20
Geriatrics	10	4	0	14
TOTALE	50	8	8	66

Fonte HSP13 anno 2023

L'attività del Presidio Ospedaliero è condizionata negli ultimi anni da una grave carenza di personale medico che ha portato alla sospensione di vari reparti tra i quali Ortopedia, con successiva riapertura, Cardiologia, Pediatria e punto nascita che non è stato ancora possibile riaprire.

Dati attività Presidio Ospedaliero 2023/2022

REPARTO	REGIME RICOVERO	DIMESSI 2023	DIMESSI 2022	DIFF.	DIFF. %
0801 - Cardiologia	1 - Ricovero Ordinario		1	-1	-100%
0801 - Cardiologia	2 - Day Hospital	129	85	44	52%
0901 - Chirurgia Generale	1 - Ricovero Ordinario	1.076	964	112	12%
0901 - Chirurgia Generale	2 - Day Hospital	69	152	-83	-55%
2601 - Medicina Generale	1 - Ricovero Ordinario	1.359	1.342	17	1%
2601 - Medicina Generale	2 - Day Hospital	120	99	21	21%
2603 - Medicina Generale	1 - Ricovero Ordinario	40	47	-7	-15%
2603 - Medicina Generale	2 - Day Hospital	8	10	-2	-20%
3101 - Nido	1 - Ricovero Ordinario	1	36	-35	-97%
3601 - Ortopedia E Traumatologia	1 - Ricovero Ordinario	716	490	226	46%
3601 - Ortopedia E Traumatologia	2 - Day Hospital	41	59	-18	-31%
3701 - Ostetricia E Ginecologia	1 - Ricovero Ordinario	55	220	-165	-75%
3701 - Ostetricia E Ginecologia	2 - Day Hospital	126	170	-44	-26%
3901 - Pediatria	1 - Ricovero Ordinario	6	26	-20	-77%
3901 - Pediatria	2 - Day Hospital	1		1	
4901 - Terapia Intensiva	1 - Ricovero Ordinario	172	125	47	38%
TOTALE		3.919	3.826	93	2%

Fonte: elaborazione dati flusso file A-SDO – Abaco

Dati attività Struttura privata convenzionata 2023/2022

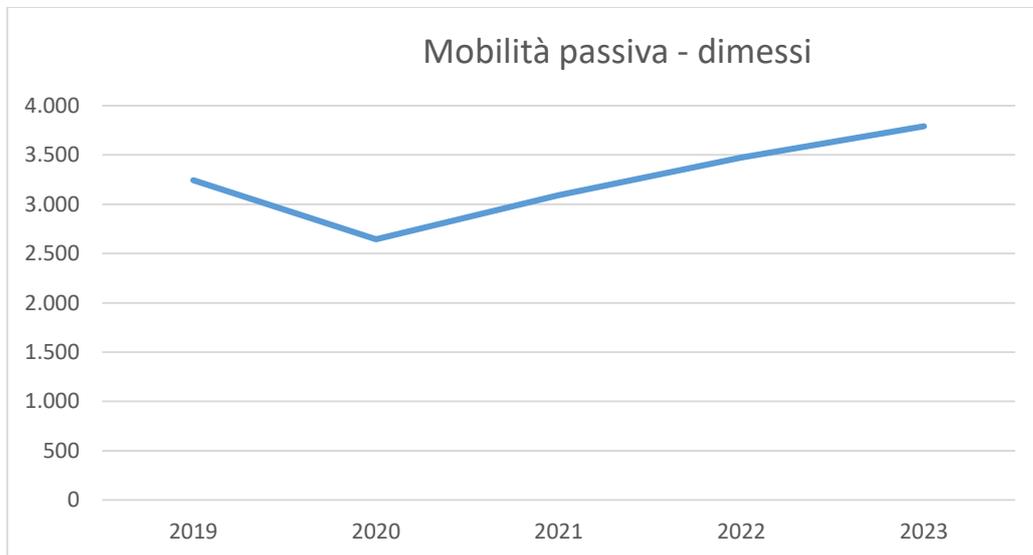
DISCIPLINA	REGIME RICOVERO	DIMESSI 2023	DIMESSI 2022	DIFF.	DIFF. %
2101 - Geriatrics	1 - Ricovero Ordinario	344	325	19	6%
2101 - Geriatrics	2 - Day Hospital	145	110	35	32%

DISCIPLINA	REGIME RICOVERO	DIMESSI 2023	DIMESSI 2022	DIFF.	DIFF. %
2601 - Medicina Generale	1 - Ricovero Ordinario	145	128	17	13%
2601 - Medicina Generale	2 - Day Hospital	245	174	71	41%
5601 - Medicina Fisica E Riabilitazione	1 - Ricovero Ordinario	193	194	-1	-1%
6001 - Lungodegenti	1 - Ricovero Ordinario	41	76	-35	-46%
9801 - Laboratorio Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche	2 - Day Hospital	1.284	1.053	231	22%
TOTALE		2.397	2.060	337	16%

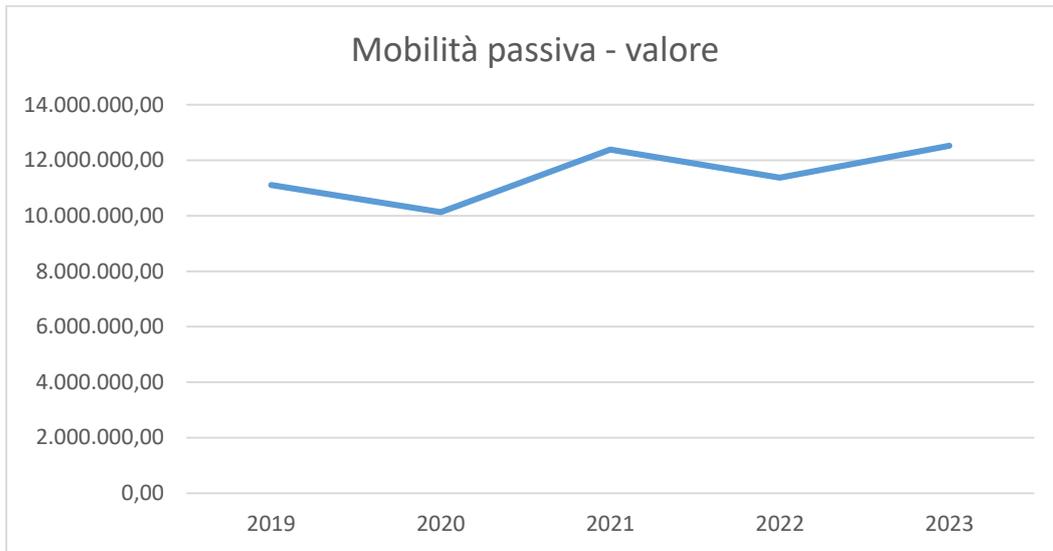
Fonte: elaborazione dati flusso file A-SDO – Abaco

Anche la mobilità passiva dei ricoveri, dopo una riduzione nel 2020 a causa della pandemia covid, è in ripresa dal 2021. Si riporta nei grafici seguenti l'andamento dal 2019 al 2023 del numero dei dimessi e del valore economico.

Grafico mobilità passiva - numero dimessi



Fonte: elaborazione dati Abaco 2019/2023

Grafico mobilità passiva - valore


Fonte: elaborazione dati Abaco 2019/2023

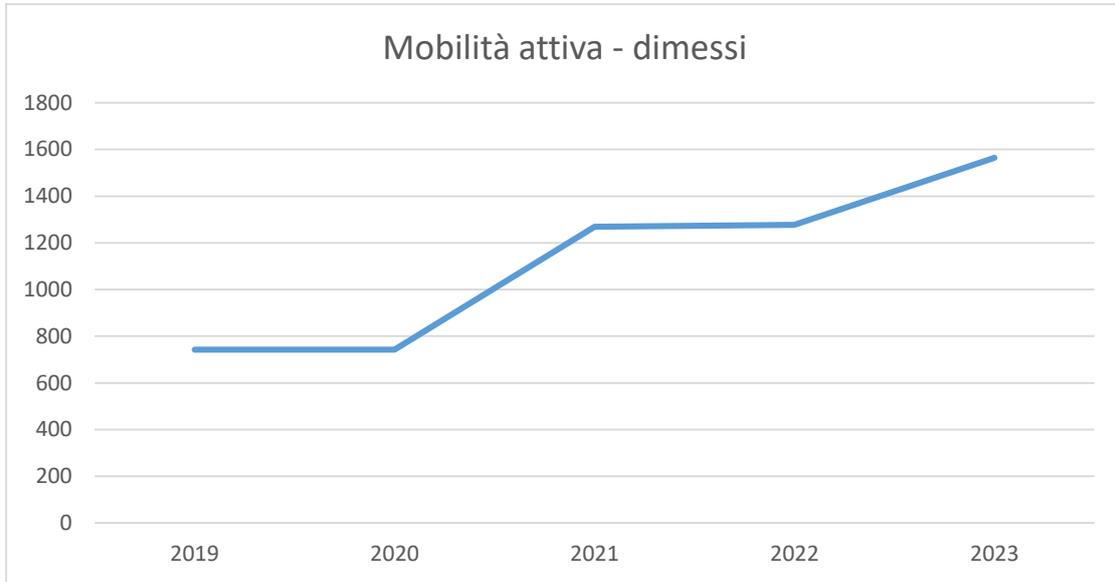
Nella mobilità attiva si registra un significativo incremento negli anni dal 2019 al 2023 come evidenziato nella tabella e nei grafici seguenti relativi all'attività svolta cumulativamente dalle strutture della ASL Ogliastra pubbliche e privata (Presidio Ospedaliero e Casa di Cura privata convenzionata).

Mobilità attiva – dimessi

REPARTO	DIMESSI 2023	DIMESSI 2022	DIMESSI 2021	DIMESSI 2020	DIMESSI 2019
0801 - Cardiologia	7	1	34	23	26
0901 - Chirurgia Generale	320	331	320	124	114
2101 - Geriatria	76	54	66	49	38
2601 - Medicina Generale	190	173	262	139	188
2603 - Medicina Generale	3	8	2	3	6
3101 - Nido			11	12	10
3601 - Ortopedia E Traumatologia	267	194	119	11	32
3701 - Ostetricia E Ginecologia	14	24	42	44	47
3901 - Pediatria	1	2	15	15	31
4901 - Terapia Intensiva	84	49	37	41	15
5001 - Unità Coronarica			4	6	3
5601 - Medicina Fisica E Riabilitazione	79	60	73	57	45
6001 - Lungodegenti	5	18	22	24	24
9801 – Day Surgery	518	363	262	195	164
Totale	1564	1.277	1.269	743	743

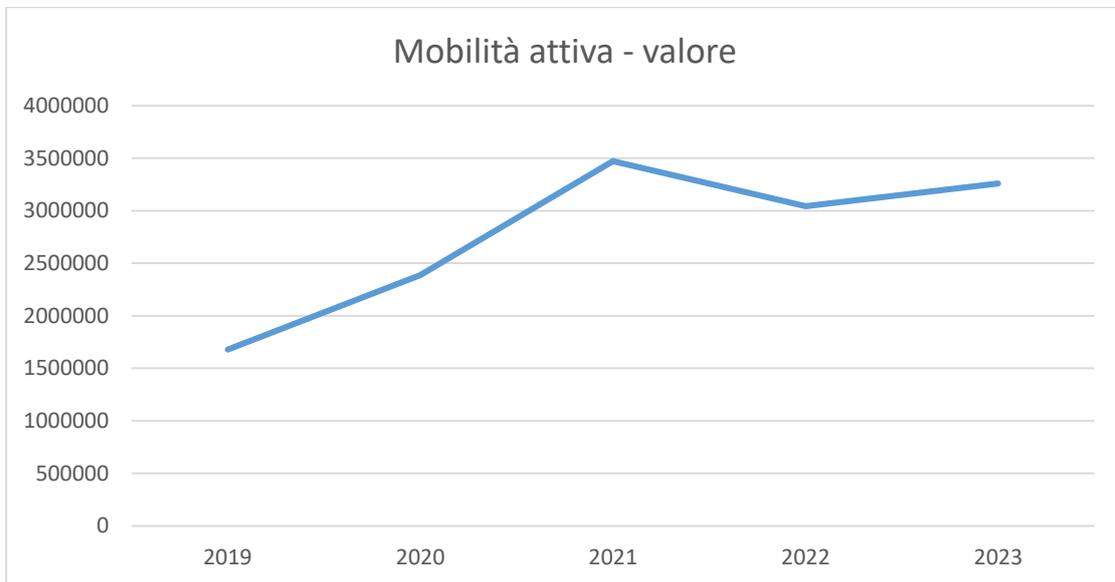
Fonte: elaborazione dati Abaco 2019/2023

Mobilità attiva – dimessi



Fonte: elaborazione dati Abaco 2019/2023

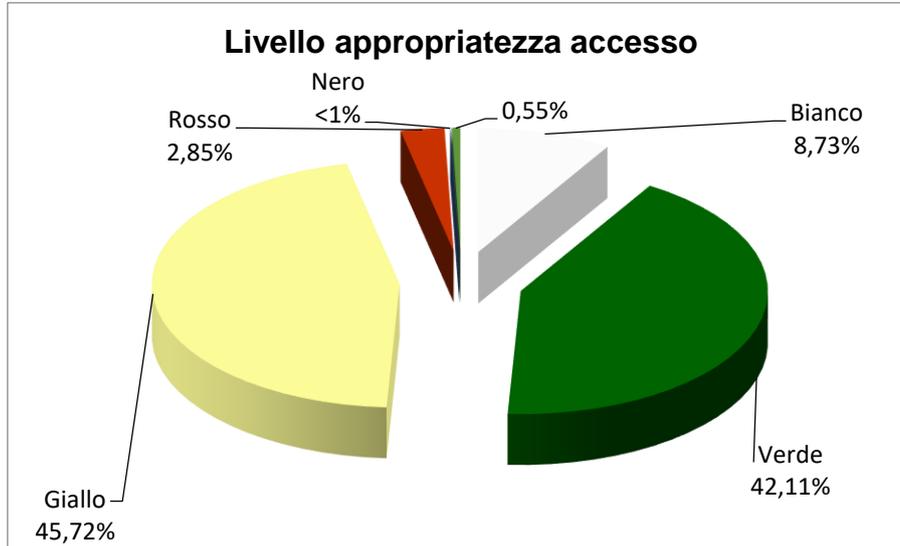
Mobilità attiva – valore



Fonte: elaborazione dati Abaco 2019/2023

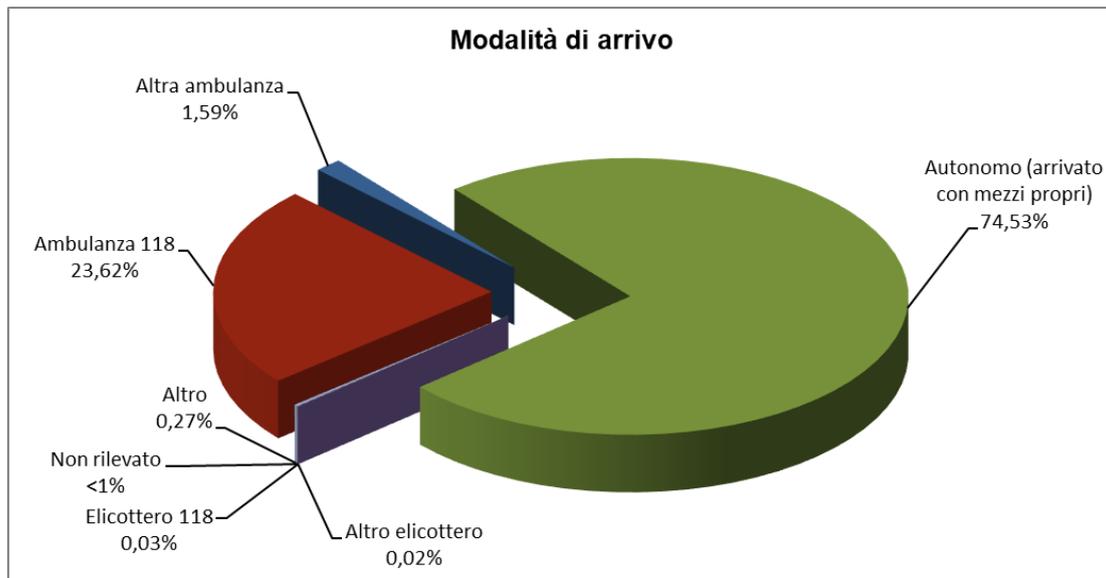
Nei grafici seguenti si rappresentano i dati maggiormente significativi del Pronto Soccorso nell'anno 2023.

Pronto Soccorso – livello appropriatezza accesso anno 2023

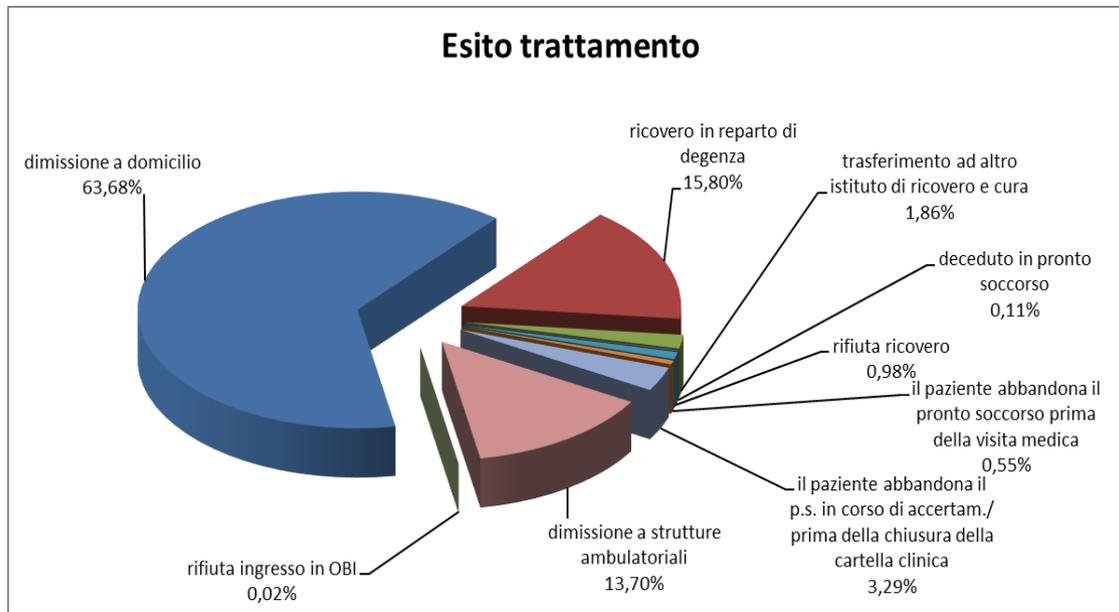


Fonte: elaborazione dati flusso file L anno 2023

Pronto Soccorso – modalità arrivo anno 2023



Fonte: elaborazione dati flusso file L anno 2023

Pronto Soccorso – esito trattamento anno 2023


Fonte: elaborazione dati flusso file L anno 2023

Si riportano nelle tabelle seguenti alcuni dati delle principali attività dei servizi del Dipartimento di Prevenzione della ASL Ogliastra relativamente all'anno 2022 ed all'anno 2023.

Patrimonio zootecnico

COMUNE	BOVINI	OVINI	CAPRINI	SUINI	EQUINI	ASINI	API
	N° ALLEV.	N° ALLEV.	N° ALLEV.	N° TOTALE ALLEV.	N° TOTALE ALLEV.	N° ALLEV.	N° ALLEV.
ARZANA	76	34	30	38	58	8	3
BARISARDO	4	37	9	50	45	21	9
BAUNEI	39	14	63	63	22	10	5
CARDEDU	7	24	23	20	27	9	12
ELINI	0	0	1	4	6	0	3
GAIRO	19	14	15	30	6	1	7
GIRASOLE	3	8	2	37	9	2	7
JERZU	12	16	21	18	5	3	3
ILBONO	7	20	9	18	23	2	11
LANUSEI	8	34	36	46	39	11	10

COMUNE	BOVINI	OVINI	CAPRINI	SUINI	EQUINI	ASINI	API
	N° ALLEV.	N° ALLEV.	N° ALLEV.	N° TOTALE ALLEV.	N° TOTALE ALLEV.	N° ALLEV.	N° ALLEV.
LOCERI	2	15	6	21	8	7	7
LOTZORAI	6	17	5	45	8	2	7
OSINI	7	20	16	12	9	8	2
PERDASDEFOGU	15	15	18	25	21	6	12
SEUI	35	19	32	39	14	2	8
TALANA	81	30	31	48	10	4	7
TERTENIA	21	65	51	24	13	10	6
TORTOLI	3	18	7	41	31	6	25
TRIEI	11	30	24	30	10	6	14
ULASSAI	32	31	25	82	21	17	13
URZULEI	63	30	33	15	23	12	14
USSASSAI	4	9	13	125	3	1	4
VILLAGRANDE	109	83	50	38	73	26	11
TOTALI	564	583	520	869	484	174	200

Fonte: servizio Sanità Animale

ATTIVITA' SANITA' ANIMALE	numero capi controllati Anno 2022	numero capi controllati Anno 2023
Psa suino	5924	3295
Brucellosi ovicaprina	3172	5238
Brucellosi bovina	347	2417
Leucosi	714	681
Salmonellosi	35	79
Gernotipizzazione	1115	2016
West Nile	5	16
Tubercolosi bovina	6537	4231

Fonte: servizio Sanità Animale

COMUNE	BOVINI	OVINI	CAPRINI	SUINI	EQUINI	ASINI	API
	N° CAPI	NUMERO ALVEARI					
ARZANA	5.480	5.064	3.544	583	59	64	5

COMUNE	BOVINI	OVINI	CAPRINI	SUINI	EQUINI	ASINI	API
	N° CAPI	N° CAPI	N° CAPI	N° CAPI	N° CAPI	N° CAPI	NUMERO ALVEARI
BARISARDO	15	6.167	1.001	519	40	47	24
BAUNEI	899	656	4.421	402	11	33	9
CARDEDU	142	2.822	1.024	182	12	67	12
ELINI	0	0	117	45	4	0	4
GAIRO	766	1.000	2.084	435	9	0	12
GIRASOLE	23	1.077	54	319	2	3	7
JERZU	249	2.442	2.145	377	10	6	5
ILBONO	68	3.353	104	217	6	2	19
LANUSEI	71	3.873	1.870	4.190	28	20	15
LOCERI	42	2.235	242	395	9	12	11
LOTZORAI	141	2.573	128	214	4	7	8
OSINI	272	2.033	337	67	2	35	2
PERDASDEFOGU	592	881	1.365	156	25	24	18
SEUI	1.801	3038	3.758	1.032	24	0	8
TALANA	6.079	3.825	5.314	570	3	30	15
TERTENIA	919	12.285	4.514	202	22	302	18
TORTOLI	19	1.130	217	839	30	5	28
TRIEI	71	2.557	1.545	193	5	0	16
ULASSAI	1.735	2.058	1.878	637	22	37	38
URZULEI	2.128	3.191	3.045	128	17	45	18
USSASSAI	67	419	533	2.494	4	12	8
VILLAGRANDE	8.005	13.654	5.686	583	29	49	29
TOTALI	29.584	76.333	44.926	14.779	377	800	329

Fonte: servizio Sanità Animale

ATTIVITA' SERVIZIO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	ANNO 2022	ANNO 2023
Registrazione allevamenti produzione primaria latte	51	36
Registrazione allevamenti produzione primaria OSM	62	64
Riconoscimento stabilimenti trasformazione operatori vari (OSA - OSM -SOA)	0	1
Registrazione stabilimenti trasformazione operatori vari (OSA - OSM -SOA)	2	2

ATTIVITA' SERVIZIO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	ANNO 2022	ANNO 2023
Modifica riconoscimento e registrazione stabilimenti (OSA - OSM -SOA)	3	1
Autorizzazioni diverse da registrazioni e riconoscimenti (trasporto animali vivi, scorta farmaci, strutture veterinarie di cura, stabilimenti riproduzione animale)	30	25
Emissione certificati ai fini dell'export,	4	0
Inserimento stabilimenti in apposita lista ai fini dell'export,	0	0
Mantenimento stabilimenti in apposita lista ai fini dell'export	1	1
Effettuazione di analisi di laboratorio ai fini dell'export	0	0
Controlli ufficiali non programmati su richiesta degli operatori	1	1
Controlli ufficiali di follow up	2	5
Altre attività a richieste degli operatori	1	1

Fonte: servizio igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

ATTIVITA' SERVIZIO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	ANNO 2022	ANNO 2023
Piano Regionale Residui Prelievi matrici varie	31	17
Piano Nazionale Alimentazione Animali prelievi mangimi e acqua abbeverata	29	30
Piano Regionale Controllu Ufficiale Alimenti ispezioni e audit	15	12
Piano Aziendale C.U. Produzione primaria latte ispezioni	6	6
Piano Regionale Benessere Animale ispezioni allevamenti	84	146
Piano Regionale Farmacosorveglianza ispezioni operatori vari	92	145
Piano Controlli Ufficiali Sicurezza Alimentare e TSE ispezioni	13	0
Piano Controlli Ufficiali Sostanze Vietate ispezioni	5	5
Piano monitoraggio zone di produzione molluschi bivalvi vivi campionamenti molluschi	254	280
Piano monitoraggio zone di produzione molluschi bivalvi vivi campionamenti acqua	120	125
Piano eradicazione PSA ispezioni	26	20
Piano regionale controlli radioattività campionamenti matrici varie	36	36

Fonte: servizio igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

SERVIZIO IGIENE PRODUZIONE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	ANNO 2022	ANNO 2023
Visita ispettiva bovino adulto	255	232
Visita ispettiva vitelli	16	3
Visita ispettiva solipedi equini	4	0
Visita ispettiva suini < Kg 25	3456	2116
Visita ispettiva suini > Kg 25	2690	480
Visita ispettiva ovi-caprini < Kg 15	1064	514

SERVIZIO IGIENE PRODUZIONE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	ANNO 2022	ANNO 2023
Visita ispettiva ovi-caprini 15> Kg	414	429
Visita ispettiva volatili-conigli < 2 Kg	636150	648850
Visita ispettiva volatili-conigli 2 - 5 Kg	29918	27937

Fonte: servizio igiene produzione alimenti di origine animale

SERVIZIO IGIENE PRODUZIONE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	ANNO 2022	ANNO 2023
Accessi vigilanza attività registrate	23	112
accessi vigilanza attività riconosciute	24	29
Prelievo emosieri . Psa.psc mattatoio	155	101
campionamento alimenti (PRCUA, PRR, PRCF, etc.	108	104
campionamenti carcasse Reg. 2073/05	40	19
Esame trichinoscopico stabilimenti macellazione	2246	739
Esame trichinoscopico macellazioni uso famiglia	613	220
Scarico capi macellati dalla BDN	7899	3774
Sopraluogo in stabilimenti per nuovi riconoscimenti	3	2
Rendicontazione D.L. 194/08..Diritti Sanitari (ore)	40	40
Attestazione idoneità suini macellati a domicilio	760	390
Controlli benessere animale alla macellazione	6	6
Controlli benessere animale al trasporto	7	5
Controlli anagrafe al macello	6	4
Controlli SOA al macello	6	6

Fonte: servizio igiene produzione alimenti di origine animale

TIPOLOGIA	ANNO 2022	ANNO 2023
N. aziende controllate Agricoltura	20	20
N. aziende edili ispezionate edilizia+amianto	87	78
N. aziende comparto portuale, marittimo e della pesca	2	2
n. aziende ispezionate in altri comparti altri comparti	36	41

Fonte: Spresal

Provvedimenti sanzionatori anno 2022

Motivo intervento	N. CNR	N. verbali prescrizione	Violazioni
Piano sicurezza in edilizia	11	11	11
Piano controllo altre attività	2	2	3
Attività rimozione amianto	1	1	1

Fonte: Spresal

Provvedimenti sanzionatori anno 2023

Motivo intervento	N. CNR	N. verbali prescrizione	Violazioni
Piano sicurezza in edilizia	9	9	9
Indagini infortunio	3	3	3
Piano controllo altre attività	3	3	4
Attività rimozione amianto	2	2	2

Fonte: Spresal

VACCINAZIONI			
TIPOLOGIA	ANNO 2022	ANNO 2023	
Vaccinazioni pediatriche e adulti	7375	8903	
Vaccinazioni antinfluenzali effettuati presso i SISP	927	1720	
Vaccinazioni covid effettuati	30182	1787	
Effettuazione test mantoux	160	205	

Fonte: Servizio Igiene Pubblica

ATTIVITA' PER PANDEMIA SARS COV2			
TIPOLOGIA	ANNO 2022	ANNO 2023	
indagini epidemiologiche per covid 19	19199	851	
invii certificati isolamento	19199	851	
invii certificati guarigione	19199	851	
invio tabelle riepilogative quotidiane	365	243	

Fonte: Igiene Pubblica

SORVEGLIANZA PASSI			
TIPOLOGIA	ANNO 2022	ANNO 2023	
Interviste passi	61	156	
Interviste passi d'argento	8	20	
Invii lettere passi	180	270	
Invii lettere passi d'argento	16	44	

Fonte: Servizio Igiene Pubblica

ATTIVITA' PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE		ANNO 2023
Okkio alla Salute: accessi nelle scuole campionate per la rilevazione		18
Screening oncologico mammella - numero inviti		4824
Screening oncologico colon retto - numero inviti		10892
Screening oncologico cervice uterina - numero inviti		6453

Fonte: Servizio Prevenzione e Promozione della Salute

ATTIVITA' IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	ANNO 2022	ANNO 2023
controlli ufficiali	88	47
verifiche successive (follow up)	38	26
Controlli mense – ristorazione collettiva		7

campionamento acque destinate al consumo umano	200	172
campionamento alimenti per radioattività	17	0
campionamento acqua per radioattività	0	0
campionamento alimenti	100	43
provvedimenti amministrativi	17	37

Fonte: SIAN

1.4. Le risorse economiche e finanziarie

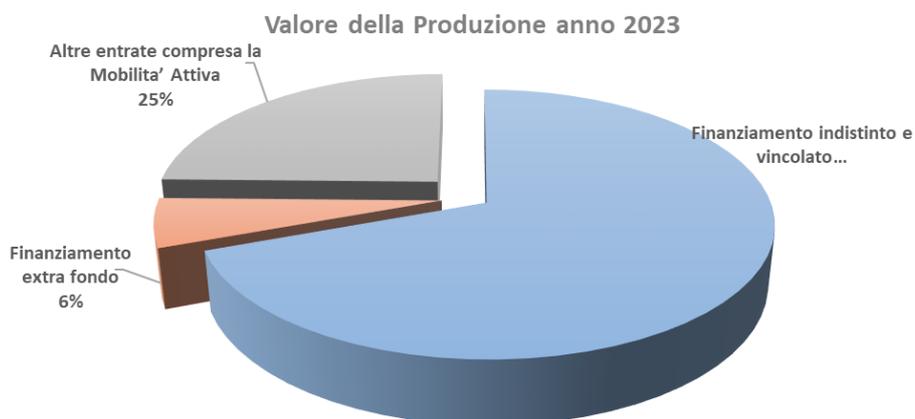
L'azienda socio sanitaria n. 4 dell'Ogliastra è stata istituita dal 01/01/2022 ai sensi dell'art 9 della L.R. 24/2020 pertanto i dati economici sotto riportati si riferiscono al secondo anno di attività della azienda.

L'analisi dei dati relativi al Valore della produzione mette in evidenza la ripartizione dei finanziamenti regionali, suddivisi per macro voci.

Valore della produzione

ANNO	FINANZIAMENTO INDISTINTO E VINCOLATO	FINANZIAMENTO EXTRA FONDO	ALTRE ENTRATE COMPRESA LA MOBILITA' ATTIVA	VALORE PRODUZIONE
CE consuntivo 2023	121.371.110,02	10.362.672,10	43.186.789,39	174.920.571,51

Fonte CE preconsuntivo 2023 inserito su NSIS il 30.05.2024



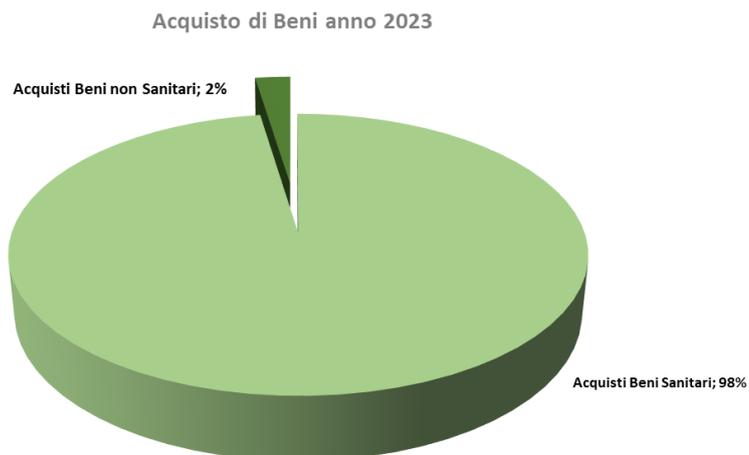
Fonte CE preconsuntivo 2023 inserito su NSIS il 30.05.2024

Costo della produzione

I dati di costo sono le risultanze delle registrazioni contabili che solo in minima parte sono state gestite direttamente dalla ASL 4 Ogliastra in quanto la maggior parte delle voci di costo sono le risultanze dei ribaltamenti dei costi gestiti da ARES Sardegna per le diverse ASL.

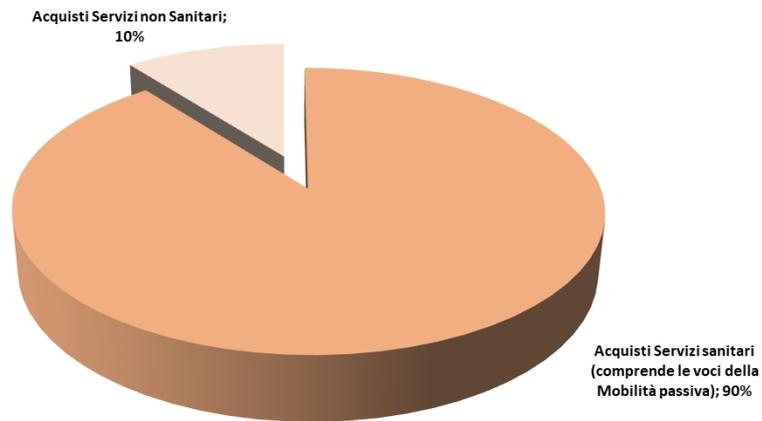
VOCI DI COSTO	CE 2023
Acquisto beni	13.349.874,95
Acquisti Beni Sanitari	13.030.498,21
Acquisti Beni non Sanitari	319.376,74
Acquisti di Servizi	100.542.299,83
Acquisti Servizi sanitari (comprende le voci della Mobilità passiva)	89.986.438,92
Acquisti Servizi non Sanitari	10.555.860,91
Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	2.649.686,35
Godimento di beni di terzi	1.050.822,34
Totale Costo del personale	33.807.013,15
Personale Ruolo Sanitario	28.234.295,01
Personale Ruolo Professionale	0,00
Personale Ruolo Tecnico	3.784.650,59
Personale Ruolo Amministrativo	1.788.067,55
Oneri diversi di gestione	449.245,68
Totale Ammortamenti	2.073.153,27
Variazione delle rimanenze	406.310,60
Accantonamenti dell'esercizio	12.536.329,91
Totale costi della produzione	166.864.736,08

Fonte CE preconsuntivo 2023 inserito su NSIS il 30.05.2024



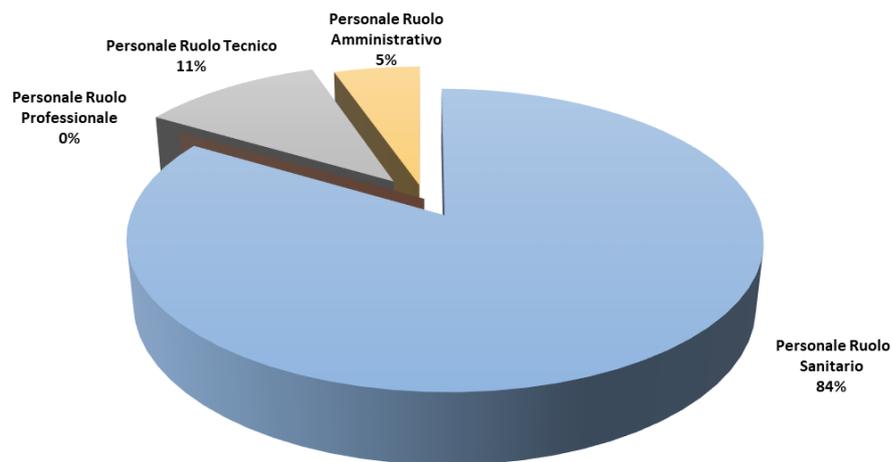
Fonte CE preconsuntivo 2023 inserito su NSIS il 30.05.2024

Acquisto di Servizi anno 2023



Fonte CE preconsuntivo 2023 inserito su NSIS il 30.05.2024

Costo del Personale anno 2023

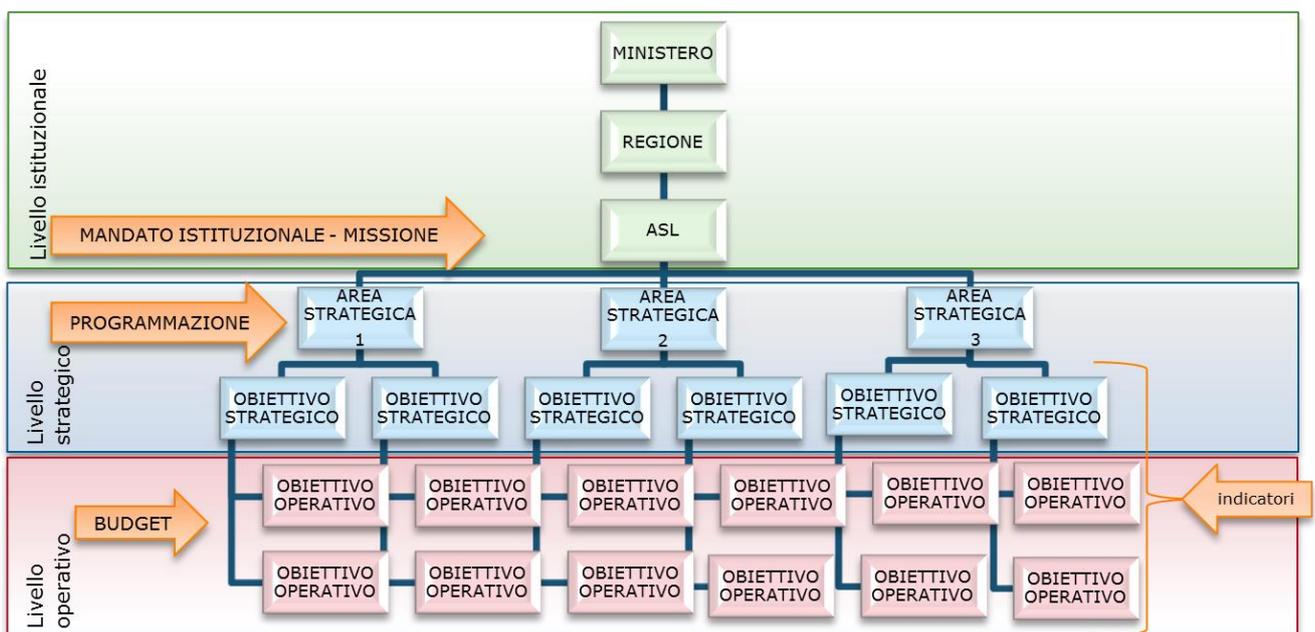


Fonte CE preconsuntivo 2023 inserito su NSIS il 30.05.2024

2. IL SISTEMA DI GESTIONE DL CICLO DELLA PERFORMANCE

La performance, come definita dalla deliberazione della CIVIT (oggi ANAC) n. 89/2010, è “il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo di individui, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l’organizzazione è costituita”.

L’albero della performance è una mappa logica che rappresenta in modo sintetico e completo la performance dell’amministrazione illustrando i legami tra mandato istituzionale, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi come rappresentato nel grafico seguente.



Il mandato istituzionale e la missione sono articolati in aree strategiche. Le aree strategiche sono articolare secondo il criterio dell’outcome per cui solitamente sono trasversali a più unità organizzative.

Per ciascuna area strategica sono definiti gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi a cui sono associati uno o più indicatori.

Questa Azienda ha individuato gli obiettivi strategici sulla base del Piano Sanitario Nazionale e Regionale, dalle indicazioni operative del Dipartimento della Funzione Pubblica in materia di PIAO, del Piano Regionale della Prevenzione 2020/2025, delle Direttive di programmazione e rendicontazione per le Aziende Sanitarie approvate dalla Giunta Regionale, degli obiettivi dei Direttori Generali per le Aziende sanitarie della RAS E degli indirizzi regionali in materia, del Piano Sanitario triennale 2023/2025 adottato in data 15/11/2022 e dell’Atto Aziendale.

A seguito dell’assegnazione degli obiettivi da parte della Regione al Direttore Generale della ASL Ogliastra, tenuto conto del piano sanitario triennale e annuale 2023/2025 e del PIAO 2023/2025, è stato avviato il ciclo

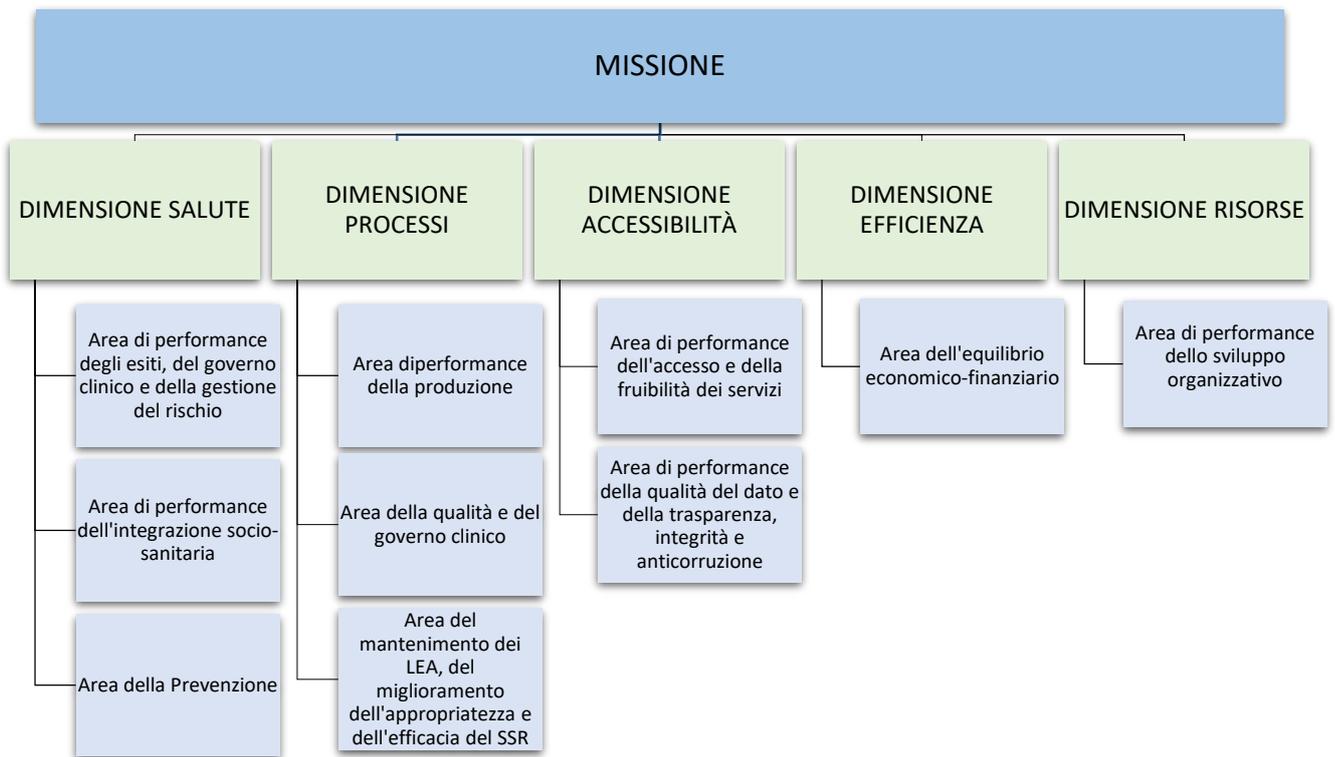
della performance per l'anno 2023 con l'assegnazione nel mese di marzo degli obiettivi 2023 ai Direttori di struttura. L'assegnazione è stata completata nel mese di luglio ai nuovi Responsabili, a seguito del completamento dell'assegnazione degli incarichi di struttura e di sostituzione delle strutture sanitarie.

In relazione alle strutture amministrative, nelle more della piena attuazione dell'atto aziendale, che disciplina l'organizzazione ed il funzionamento della Asl Ogliastra, e dei relativi regolamenti attuativi, la pregressa organizzazione, composta da un unico servizio di Staff di area, al cui interno era compreso il servizio S.S. di Programmazione e Controllo, ha continuato la sua attività fino all'adozione della delibera 265 del 30.06.2023 avente ad oggetto "Organizzazione aziendale tecnico amministrativo a seguito della adozione definitiva dell'atto aziendale dell'ASL Ogliastra". Con tale delibera è stata disattivata la SC Staff di Area e attivate con decorrenza 01.07.2023 le strutture amministrative previste da atto aziendale, con relativa assegnazione del personale alle nuove strutture.

Sono state individuate diverse aree strategiche raggruppate in 5 dimensioni di performance come riportate nel grafico seguente:



All'interno delle dimensioni è possibile individuare le seguenti aree strategiche:



3. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

La misurazione della performance organizzativa è volta a quantificare i risultati raggiunti dall'amministrazione nel suo complesso e i contributi delle diverse articolazioni organizzative rispetto ai target prefissati in riferimento a determinati obiettivi tenuto conto anche del contesto di riferimento ossia dei fattori interni ed esterni che possono incidere positivamente o negativamente sul grado di raggiungimento degli obiettivi anche al fine di adottare misure correttive nell'anno in corso, durante le misurazioni intermedie, o nei cicli successivi, nelle fasi di misurazione finale. Particolare attenzione, inoltre, deve essere dedicata al monitoraggio dello stato di avanzamento degli impatti attesi associati agli obiettivi specifici nella prospettiva della creazione di valore pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere degli utenti e stakeholder.

La misurazione della performance organizzativa per l'anno 2023 della ASL Ogliastra è stata effettuata mediante una analisi degli scostamenti tra i risultati raggiunti al 31.12.2023 e gli obiettivi programmati in fase di programmazione sanitaria annuale e triennale e nel PIAO, integrati successivamente sulla base degli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale e infine degli obiettivi di budget assegnati dal Direttore Generale ai Direttori delle varie strutture nella fase di negoziazione degli obiettivi di budget.

Si è proceduto ad una attenta analisi delle cause che, in riferimento a determinati obiettivi, hanno portato ad uno scostamento del target programmato anche con un confronto con i Direttori delle Strutture interessate. Da tale analisi è emerso che alcuni obiettivi non sono stati raggiunti principalmente per la grave e persistente carenza di personale medico che, in alcuni reparti, ha portato alla drastica decisione di chiusura temporanea, non essendo possibile coprire i turni h24 neanche con il ricorso alle prestazioni aggiuntive ed alle convenzioni con altre aziende della regione. Essendo tale criticità già nota in fase di negoziazione alcuni obiettivi erano stati condizionati alla assegnazione degli standard di personale. In particolare è stata disposta la sospensione a partire dal 31/12/2021 dell'attività di ricovero programmata del UOC di Cardiologia-UTIC garantendo comunque le prestazioni di specialistica ambulatoriale e le consulenze con le unità operative del Presidio. In relazione al reparto di Pediatria si evidenzia che a causa della grave carenza di Dirigenti Medici che non consente la copertura dei turni h24 è stata disposta la chiusura temporanea, dapprima con nota per un breve periodo a decorrere dal 17/02/2022 e successivamente a decorrere dal 11/04/2022. La disposizione di chiusura è stata limitata alle degenze garantendo le prestazioni di specialistica ambulatoriale e l'attività di consulenza al Pronto Soccorso tutti i giorni dalle ore 8.00 alle ore 20.00. Il reparto di Ortopedia pur essendo stato riaperto a seguito di varie chiusure negli anni precedenti è ancora in forte sofferenza. A causa della grave carenza di dirigenti medici dell'UO di Pediatria e neonatologia è stata disposta a decorrere dal 17 febbraio 2022 la sospensione dell'attività del punto nascita con disposizione che le gravide a termine facciano riferimento ad altre strutture della Regione e che sia garantita da parte dell'UO di Ostetricia e Ginecologia l'assistenza alle emergenze e l'attività ginecologica, di prevenzione e ambulatoriale.

Durante l'anno 2023 sono stati effettuati un monitoraggio intermedio al 30 settembre e ad inizio anno 2024 è stata avviata la verifica finale sul grado di raggiungimento degli obiettivi. Il livello di performance organizzativa è stato determinato attribuendo ad ogni indicatore il 100% di Performance se a consuntivo è stato raggiunto il valore atteso, lo 0% di Performance se è stato raggiunto il valore minimo ed una percentuale in caso di raggiungimento di un valore tra l'atteso e il minimo. Si è proceduto inoltre alla sterilizzazione di alcuni obiettivi il cui mancato raggiungimento era determinato da particolari criticità non imputabili ai responsabili delle strutture interessate come evidenziato precedentemente. Le risultanze del monitoraggio intermedio e della valutazione finale sono state esaminate dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) della ASL Ogliastra per gli adempimenti di competenza.

Si riportano di seguito i valori raggiunti dei principali obiettivi individuati nei documenti di programmazione e nel PIAO in riferimento all'anno 2023 e di ulteriori obiettivi rilevanti adottati successivamente all'assegnazione degli obiettivi dalla Regione al Direttore Generale e alla successiva fase di negoziazione con i Direttori delle strutture.

VALORE PUBBLICO

Per Valore Pubblico si intende il livello complessivo di benessere economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders creato da un'amministrazione pubblica rispetto ad un livello di partenza.

La Asl Ogliastra, in linea con la missione aziendale e con i fondamenti che caratterizzano la propria visione, ha inteso migliorare progressivamente il *Valore pubblico* promuovendo, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, strategie positive integrate finalizzate a migliorare la performance complessiva e produrre effetti principalmente nella dimensione afferente al benessere socio-sanitario degli utenti e congiuntamente sullo stato di salute interno. L'Azienda riconosce la centralità del cittadino in quanto titolare del diritto alla salute, e ne incentiva la partecipazione alla definizione delle politiche di offerta, all'organizzazione dei servizi e allo sviluppo di un sistema di analisi del livello di soddisfazione. La centralità delle persone e dei loro bisogni costituiscono il riferimento per articolare le funzioni gestionali in stretta relazione ai processi assistenziali. La valorizzazione delle professionalità di tutti gli operatori, non solo intesa in senso tecnico, ma anche come capacità di interagire con i pazienti e i colleghi è determinante ai fini della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni. Le risorse umane, a tutti i livelli, costituiscono l'essenza dell'organizzazione ed il loro pieno coinvolgimento permette di porre le loro capacità al servizio dell'organizzazione stessa.

Nell'area della prevenzione l'Azienda ha posto in essere gli strumenti organizzativi necessari per assicurare un'analisi dei bisogni e della domanda di salute, anche inespressa, della popolazione, la sorveglianza epidemiologica al fine di adottare interventi finalizzati a modificare i comportamenti soggettivi, ad esempio promuovendo l'adozione di corretti stili di vita e, a livello della collettività, migliorando i contesti e le condizioni di vita rilevanti. Sono state migliorate le adesioni ai programmi Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO, ai programmi Okkio alla salute, sono state completate le registrazioni delle schede RENCAM come da standard previsti, strumenti utili per porre in essere adeguate misure di programmazione e prevenzione.

La Sanità Pubblica Veterinaria è stata particolarmente impegnata nel contrasto alle malattie infettive, specie alle zoonosi, e a quelle che determinano allarme sociale e impatto negativo sul comparto agro-zootecnico dell'Isola. Tra queste assumono particolare importanza la Blue Tongue, la Peste Suina Africana e la Tuberculosis Bovina. Nell'anno 2023 è stata mantenuta la qualifica di territorio ufficialmente indenne da tubercolosi.

Nell'assistenza territoriale si registra un proseguimento dell'assistenza negli anziani con un potenziamento dell'assistenza domiciliare, un mantenimento dell'assistenza in carcere e nelle patologie legate alla salute mentale ed alle dipendenze.

Nell'area ospedaliera, relativamente al treemap del Piano Nazionale Esiti, si conferma anche nell'anno 2023 un livello "molto alto" nell'area chirurgica in continuità con i valori rilevati negli ultimi anni mentre Nell'area osteomuscolare del treemap invece si rilevano dei livelli molto bassi a causa principalmente della forte carenza di personale medico dell'area di ortopedia, cardiologia e anestesia. Si evidenzia al riguardo che il reparto di ortopedia è stato negli anni passati chiuso per mancanza di personale e sta gradualmente riprendendo l'attività a seguito della riapertura mentre nel reparto di Cardiologia, a causa della carenza di personale, a partire dal 31/12/2021 è stata sospesa l'attività di ricovero programmata. Nell'area della gravidanza e parto si evidenzia la chiusura del punto nascita e del reparto di Pediatria che dopo diverse sospensioni temporanee nell'anno 2022, è stato chiuso dal 11/04/2022 limitatamente alle degenze.

Relativamente al tasso di ospedalizzazione, non si registra una riduzione del tasso grezzo di ospedalizzazione nell'anno 2023 rispetto all'anno precedente con dei tassi di ospedalizzazione pari a 157 per i ricoveri totali (rispetto al 158 nel 2022), 109 per i ricoveri ordinari (rispetto a 112 nel 2022) e 47 sui DH (rispetto a 46 nel 2022). Al riguardo bisogna evidenziare che nell'anno 2023 è stata ripresa quasi tutta l'attività a seguito della pandemia mentre nel 2022 era in corso di ripresa. Effettuando il confronto rispetto all'anno 2019, precedente alla pandemia, si registra una notevole riduzione dei tassi in quanto nell'anno 2019 si registrava un tasso grezzo di ospedalizzazione totale pari a 195 nei ricoveri totali, 143 per i ricoveri ordinari, 51 sui DH.

Si riportano i principali obiettivi di valore pubblico perseguiti dall'Azienda e assegnati.

VALORE PUBBLICO				
AREA PERFORMANCE	OBBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2023	VALORE RAGGIUNTO
Area della Sanità pubblica e della promozione della Salute Umana	Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO	(N. interviste caricate in piattaforma / N. interviste target definito dall'ISS) *100	80% delle interviste previste per il raggiungimento del target stabilito dall'ISS per ciascuna sorveglianza	95%
Area della Sanità pubblica e della promozione della Salute Umana	Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (ReNCaM) fino al 2021	(N. schede codificate/N. schede inserite)*100	90%	99%
Area della Sanità pubblica e della promozione della Salute Umana	Adesione al Sistema di Sorveglianza Okkio 2023	(N di scuole coinvolte nella sorveglianza/N. di scuole campionate dall'ISS)*100	90%	100%
Area della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare Area di performance dell'integrazione socio-sanitaria	Ottenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da Tubercolosi	Ottenimento/Conservazione qualifica al 31.12.2023	a) almeno il 99,8% degli stabilimenti, pari ad almeno il 99,9% della popolazione bovina, è indenne da infezione da MTBC; b) il tasso di incidenza dello stabilimento per cui è stata confermata l'infezione nel corso dell'anno non supera lo 0,1%	100%

DIMENSIONE DELLA SALUTE

In quest'ambito la Asl Ogliastra ha portato avanti i programmi previsti dal PRP 2020/2025, ed in particolare degli 8 Piani Mirati di Prevenzione (PMP), al fine di prevenire e contrastare i rischi sulla salute delle persone, degli animali e sugli ecosistemi e ha migliorato l'adesione alle campagne di screening per la prevenzione dei tumori, che rappresentano in Ogliastra la seconda causa di morte dopo le malattie del sistema circolatorio. Sono stati raggiunti ottimi risultati sugli screening oncologici e in particolare sullo screening mammografico (adesione del 43% su un target del 20%) e sul colonrettale (adesione del 36% rispetto al target del 20%) mentre sullo screening cervicale è stato quasi raggiunto il target (adesione del 34% rispetto al target del 35%). È stata inoltre garantita la sorveglianza sanitaria attiva in relazione dell'evoluzione della diffusione della positività al SARS-CV-2 e la gestione della fase di post emergenza.

È stata potenziata l'integrazione Ospedale-Territorio per assicurare la continuità delle cure ai pazienti post-acuti, con rischi elevati di riospedalizzazione, ed ai i pazienti cronici, con elevati bisogni assistenziali a rischio di ricovero inappropriato, attuando percorsi che favoriscano la continuità dei processi di cura come espressione della presa in carico globale della persona con modalità che assicurino equità dell'accesso ai servizi, appropriatezza e tempestività degli interventi così da assicurare al cittadino risposte idonee in tempi

rapidi. Una valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle condizioni di bisogno sociosanitario complesso e la conseguente formulazione del Piano di Assistenza Individuale, prima della dimissione dall'ospedale, viene garantita a tutti i pazienti "fragili" così da assicurare le cure più appropriate a soddisfare i bisogni assistenziali, nel setting assistenziale più appropriato (domicilio, il potenziamento delle Cure Domiciliari Integrate, sia presso strutture di riabilitazione a ciclo continuo o a ciclo diurno o RSA, nonché le strutture socio assistenziali per la non autosufficienza come le Comunità Integrate per Anziani). Si registra al riguardo una elevata percentuale di dimissioni protette con un raggiungimento del valore del 15% rispetto al valore atteso previsto del 10%. Il potenziamento dell'integrazione ospedale-territorio consente inoltre di ridurre un eccessivo e improprio ricorso al Pronto soccorso ed una riduzione dei ricoveri inappropriati.

Relativamente all'area di performance degli esiti del PNE dell'assistenza ospedaliera si conferma anche nell'anno 2023 un elevato livello nell'area chirurgica con "una percentuale di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg" pari a 95% in continuità con i valori rilevati negli ultimi anni dai treemap del PNE che individua un livello "molto alto" di aderenza a standard di qualità in tale area. Nell'area osteomuscolare invece si rilevano dei livelli molto bassi con un indicatore "% intervento per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento $\leq 2\text{gg}/N^\circ$ interventi per frattura del femore*100" che non raggiunge i target previsti a causa principalmente della forte carenza di personale medico dell'area ortopedica, cardiologia e anestesista. Si evidenzia al riguardo che il reparto di ortopedia è stato negli anni passati chiuso per mancanza di personale e sta gradualmente riprendendo l'attività a seguito della riapertura mentre nel reparto di Cardiologia, a causa della carenza di personale, a partire dal 31/12/2021 è stata sospesa l'attività di ricovero programmata. Persiste inoltre una difficoltà di reclutare personale medico per la ASL Ogliastra con forte sofferenza di tutti i reparti. Pertanto tale obiettivo è stato sterilizzato. Relativamente all'area della gravidanza e parto si evidenzia la chiusura del punto nascita del reparto di Pediatria che dopo diverse sospensioni temporanee nell'anno 2022, è stato chiuso dal 11/04/2022 limitatamente alle degenze. Pertanto anche gli obiettivi del PNE legati al punto nascita sono stati sterilizzati.

Si riportano di seguito i principali obiettivi e indicatori nella dimensione salute.

DIMENSIONE DELLA SALUTE				
AREA PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2023	VALORE RAGGIUNTO
			screening cervicale: tasso di adesione reale \geq 35% in tutte le asl	screening-cervicale: 34% -
	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	(n. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	screening colonrettale: tasso di adesione reale \geq 20% in tutte le asl	screening colonretto: 36% -
			screening mammografico \geq 20% in tutte le asl	screening mammografico: 43%
Area della Prevenzione	Realizzare gli 8 Piani Mirati di Prevenzione (PMP) con l'attuazione, per ciascuno di essi, della formazione per le figure aziendali della prevenzione delle imprese (datori di lavoro, RLS, RLST, RSPP, ASPP, Medici Competenti, etc.), dell'assistenza alle imprese, dell'esame delle schede di autovalutazione compilate dalle imprese, dell'informazione/comunicazione, come stabilito per il 2023 nel PRP 2020-2025	Numeratore: numero di PMP realizzati da parte di ogni SPreSAL di ciascuna ASL con l'attuazione delle attività stabilite per il 2023 nel PRP x 100 Denominatore: numero complessivo di PMP (n. 8) da realizzare da parte di ogni SPreSAL di ciascuna ASL	100% (= 8/8 x 100)	100%
Area della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare Area di performance dell'integrazione socio-sanitaria	Ottenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da Tubercolosi	Ottenimento/Conservazione qualifica al 31.12.2023	a) almeno il 99,8% degli stabilimenti, pari ad almeno il 99,9% della popolazione bovina, è indenne da infezione da MTBC; b) il tasso di incidenza dello stabilimento per cui è stata confermata l'infezione nel corso dell'anno non supera lo 0,1%	100%
	Ottenere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie compresa nel piano di monitoraggio per la Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST ovicaprine. Campionamenti	Percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie compresa almeno tra l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati	Attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL	100%

DIMENSIONE DELLA SALUTE				
AREA PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2023	VALORE RAGGIUNTO
Area di performance dell'integrazione socio-sanitaria	Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio per assicurare la continuità delle cure, superando il confine tra ospedale e territorio per tutti i pazienti post-acuti con rischi elevati di riospedalizzazione se non assistiti adeguatamente per tutti i pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali a rischio di ricovero inappropriato	% di dimissioni protette	10%	15%
	Garantire la qualità, l'efficacia e l'efficienza dell'attività ospedaliera in coerenza con il PNE	% intervento per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2gg/N° interventi per frattura del femore*100	70%	34%
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Numero parti cesarei primari/numero parti con nessuna pregresso cesareo*100	miglioramento dell'indicatore rispetto all'anno precedente	0%	sterilizzato - punto nascita chiuso
	n. ricoveri per scompenso cardiaco	tasso x 1000 < 3,8%	3%	100%
	Monitoraggio infezioni respiratorie	riduzioni in percentuale infezioni correlate a polmoniti nosocomiali	< 10*1000	5,4*1000
	Garantire l'efficacia assistenziale per le patologie croniche	Tasso di ricovero per diabete globale per 100.000 residenti 20-74 anni	N° di ricoveri per diabete <=40	44%
	Garantire l'efficacia assistenziale verso i pazienti	Riduzione ricoveri in SPDC	riduzione ricoveri SPDC	Ricoveri in SPDC 2023- Ordinari 37 rispetto ai 40 del 2022, TSO 9 rispetto ai 11 del 2022. Obiettivo raggiunto.

DIMENSIONE DEI PROCESSI

Al fine di dare attuazione alla riorganizzazione prevista nell'atto aziendale sono state messe in atto nell'anno 2023 diverse azioni. Sono stati adottati i regolamenti per il conferimento e la graduazione degli incarichi dirigenziali e del comparto. Sulla base dei suddetti regolamenti sono stati banditi gli avvisi interni e successivamente assegnati gli incarichi alla dirigenza delle nuove strutture previste dall'atto aziendale: incarichi dirigenziali SSD personale sanitario; incarichi SC, SSD e incarichi professionali dirigenziali per le strutture amministrative. Per la Dirigenza Sanitaria sono avviate le procedure per le selezioni per gli incarichi di Direzione di SC e in attesa del completamento di tale iter sono stati assegnati gli incarichi di sostituzione. Sono stati banditi gli avvisi per il conferimento degli incarichi professionali per la dirigenza. Tali incarichi sono stati conferiti con decorrenza 01.12.2023.

La piena attuazione alla riforma sanitaria risente della principale criticità più volte evidenziata e che consiste nel fronteggiare la grave carenza di personale che interessa ormai tutte le aree di assistenza: assistenza collettiva, assistenza territoriale e assistenza ospedaliera. Tale criticità è stata la principale motivazione di sterilizzazione di diversi obiettivi che non sono stati raggiunti perché non è stato possibile reclutare il personale medico necessario.

Nonostante tale criticità in tutti i livelli di assistenza sono state messe in atto tutte le azioni possibili per garantire i processi essenziali ed adottate alcune procedure per il miglioramento dei processi.

Nell'area della prevenzione, oltre agli screening ed ai sistemi di sorveglianza precedentemente analizzati, sono stati raggiunti gli obiettivi strategici relativi alle attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro, di controllo sull'igiene alimenti, e della sanità animale. Al fine di migliorare i processi è stato adottato il nuovo regolamento sulle Commissioni Mediche per l'accertamento delle invalidità civili che prevede anche misure di rotazione del personale.

Nell'area territoriale è stato predisposto il progetto di rete delle Case di Comunità della Asl Ogliastra. Sono stati rispettati i traguardi del PNRR relativi all'avanzamento procedurale e fisico degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionale relativamente alle linee di intervento per la ASL Ogliastra:

1. Case della comunità e presa in carico della persona

L'investimento consiste nella creazione e nell'avvio di Case della Comunità, attraverso l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di assistenza di base e la realizzazione di centri di assistenza (efficienti sotto il profilo energetico) per una risposta integrata alle esigenze di assistenza. Nel caso della Asl Ogliastra il fabbisogno riguarda la ristrutturazione.

Per quanto riguarda l'obiettivo assegnato all'Azienda socio sanitaria locale n. 4 dell'Ogliastra "rispetto delle milestone del PNRR" per l'anno 2022 sono stati adottati i seguenti atti:

Nomina del RUP

Delibera del Direttore Generale Asl Ogliastra n. 59 del 31.03.2022

Adesione Gara Invitalia

Deliberazione del Direttore Generale Asl Ogliastra n. 116 del 04/07/2022

Approvazione DIP

Deliberazione del Direttore Generale Asl Ogliastra n. 267 del 29/11/2022

Nell'anno 2023 l'obiettivo è stato raggiunto con i seguenti provvedimenti:

Approvazione (ODA) Servizi Tecnici

Deliberazione del Direttore Generale Asl Ogliastra n. 93 del 30/03/2023

Approvazione (ODA) Servizio di Verifica e Progettazione

Deliberazione del Direttore Generale Asl Ogliastra n. 360 del 25/09/2023

Adozione Progetto di fattibilità tecnica ed economica (PFTE)

Deliberazione del Direttore Generale Asl Ogliastra n. 367 del 28/09/2023

Approvazione (ODA) lavori in Appalto integrato

Deliberazione del Direttore Generale Asl Ogliastra n. 369 del 28/09/2023

Approvazione cronoprogramma aggiornato Fondi FOI

Deliberazione del Direttore Generale Asl Ogliastra n. 498 del 01/12/2023

2. Implementazione di un nuovo modello organizzativo – Centrali Operative Territoriali (COT)

L'investimento riguarda l'attivazione di Centrali operative territoriali con la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza.

Per quanto riguarda l'obiettivo assegnato all'Azienda socio sanitaria locale n. 4 dell'Ogliastra

"rispetto delle milestone Del PNRR" per l'anno 2022 sono stati adottati i seguenti atti:

Nomina del RUP

Delibera del Direttore Generale Asl Ogliastra n. 59 del 31.03.2022

Approvazione cronoprogramma

Deliberazione del Direttore Generale Asl Ogliastra n. 194 del 28/09/2022

Approvazione DIP e affidamento Servizi Tecnici

Deliberazione del Direttore Generale Asl Ogliastra n. 212 del 0/10/2022

Approvazione Progetti:

progetto di fattibilità tecnica ed economica (PFTE)

Deliberazione del Direttore Generale Asl Ogliastra n. 285 del 07/12/2022

progetto definitivo

Deliberazione del Direttore Generale Asl Ogliastra n. 300 del 21/12/2022

progetto esecutivo

Deliberazione del Direttore Generale Asl Ogliastra n. 314 del 29/12/2022

Affidamento lavori

Deliberazione del Direttore Generale Asl Ogliastra n. 51 del 01/03/2023

Approvazione perizia di variante lavori

Deliberazione del Direttore Generale Asl Ogliastra n. 442 del 14/11/2023

Nell'area della Salute mentale è stato implementato il processo di revisione del sistema regionale dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e bassa intensità di cura, anche attraverso la riqualificazione della produzione diretta di servizi pubblici. Sono stati realizzati 2 protocolli di diagnosi precoce e interventi riabilitativi, cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i Disturbi Neuro Cognitivi, al fine di implementare le attività previste nel Piano triennale di attività per l'Alzheimer e le demenze

Nell'area dell'assistenza ospedaliera sono stati predisposti alcuni progetti per il miglioramento dei processi: progetto per visite cardiologiche pre-intervento chirurgico in collaborazione con le diverse UO interessate; progetto per la raccolta di sangue nel periodo estivo da parte del Centro Trasfusionale.

Sono stati rispettati i traguardi del PNRR relativi all'avanzamento procedurale e fisico degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionale relativamente alle linee di intervento per la ASL Ogliastra:

1. Verso un ospedale sicuro e sostenibile

Questo investimento consiste nell'allineare le strutture ospedaliere alle normative antisismiche, si riferisce in particolare agli interventi di adeguamento sismico o di miglioramento delle strutture ospedaliere individuate nell'indagine delle esigenze espresse dalle Regioni.

Per quanto riguarda l'obiettivo assegnato all'Azienda socio sanitaria locale n. 4 dell'Ogliastra

"rispetto delle milestone del PNRR" per l'anno 2022 sono stati adottati i seguenti atti:

Nomina del RUP

Delibera del Direttore Generale Asl Ogliastra n. 59 del 31.03.2022

Adesione Gara Invitalia

Deliberazione del Direttore Generale Asl Ogliastra n. 116 del 04/07/2022

Approvazione DIP

Deliberazione del Direttore Generale Asl Ogliastra n. 266 del 29/11/2022

Approvazione (ODA) Servizi tecnici

Nell'anno 2023 l'obiettivo è stato raggiunto con i seguenti atti:

Approvazione (ODA) Servizi tecnici

Deliberazione del Direttore Generale Asl Ogliastra n. 94 del 30/03/2023

Affidamento indagini prove statiche

Deliberazione del Direttore Generale Asl Ogliastra n. 321 del 23/08/2023

Approvazione Cronoprogramma aggiornato Fondi FOI

Deliberazione del Direttore Generale Asl Ogliastra n. 499 del 01/12/2023

È stato implementato il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) e il relativo obiettivo è stato raggiunto relativamente agli indicatori sul numero di segnalazioni e sul numero di audit da realizzare mentre l'indicatore sulla redazione delle FMEA è stato raggiunto parzialmente a causa della grave carenza di personale in alcune aree interessate.

Per quanto riguarda la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza tramite osservanza delle funzioni igienico sanitarie solo l'UO di Pediatria ha raggiunto l'obiettivo mentre le restanti UO ospedaliere nelle quali sono state effettuate le osservazioni non hanno raggiunto l'obiettivo. Nelle aree territoriali nelle quali gli osservatori non sono potuti intervenire ad effettuare il monitoraggio l'obiettivo è stato sterilizzato per assenza del dato.

L'obiettivo Miglioramento servizio con l'attivazione dell'OBI è stato sterilizzato in quanto non sono stati eseguiti i lavori tecnici necessari per la predisposizione dei locali;

Si riportano di seguito i principali obiettivi e indicatori della dimensione dei processi

DIMENSIONE PROCESSI				
AREA PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2023	VALORE RAGGIUNTO
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	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 (ASL 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	% di segnalazioni ME su numero di decessi con LCA	OGLIASTRA ≥ 20%	4 decessi con LCA, 2 segnalazioni 50%
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Conseguimento del risparmio di sangue ed emoderivati con la riduzione del consumo tramite implementazione di PDTA aziendali secondo i programmi di Patient Blood Management (PBM): 1) Appropriatezza della fase pre-operatoria del PBM 2) Congruità nella fase diagnostica secondo algoritmo preoperatorio PBM	1) N° pazienti inviati a consulenza PBM/N° interventi chirurgici in elezione candidati al percorso di PBM 2) N° consulenze PBM efficaci/N° consulenze effettuate. (Delta Hb dopo supporto non trasfusionale >1g)	1) >50% 2) >70%	1)n.a. 2)100%

DIMENSIONE PROCESSI				
AREA PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2023	VALORE RAGGIUNTO
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Implementare il processo di revisione del sistema regionale dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e bassa intensità di cura, anche attraverso la riqualificazione della produzione diretta di servizi pubblici	Attuazione del "Piano aziendale di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti" ai sensi della DGR 13/12 DEL 09/04/2021. Attuazione del piano aziendale degli acquisti di servizi residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti da erogatori privati accreditati che valorizzando la riduzione del fabbisogno nel livello di cura SRP1 ed aumento del fabbisogno e nel livello di cura livello SRP2 e SRP3	Attuazione piani approvati con la Deliberazione del DG n. 309 del 28/12/2022	100%
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Implementare le attività previste nel Piano triennale di attività per l'Alzheimer e le demenze per il triennio 2021/2023	Sperimentazione e implementazione dei protocolli di diagnosi precoce e interventi riabilitativi, cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i Disturbi Neuro Cognitivi in collegamento con AOU Cagliari, AOU Sassari e Arnas Brotzu	invio proposta di n. 2 protocolli di diagnosi precoce e interventi riabilitativi, cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i Disturbi Neuro Cognitivi entro il 31/08/2023	DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE ASL OGLIASTRA N° 374
Area della qualità e del governo clinico	garantire percorsi assistenziali psicoeducazionali attraverso le Social Skill training per i pazienti della Neuropsichiatria Infantile con diagnosi inquadabili nello spettro dell'autismo	Formazione e attivazione gruppi	costituzione di almeno un gruppo entro il 31/12/2023	Documento predisposto
Area della qualità e del governo clinico	Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) e revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	Numero di segnalazioni nel SIRMES da parte delle unità operative sanitarie ospedaliere Numero di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES Redazione di FMEA per area	>=50 segnalazioni per azienda sanitaria >=5 audit per Azienda Sanitaria >=una per area	57 segnalazioni valide 5 audit completati 1 FMEA per area medica completata 1 FMEA per area chirurgica (UO Ortopedia) in bozza, da completare a causa della grave carenza di personale 1 FMEA per area Emergenza(PS): in fase di predisposizione su argomento "Boarding

DIMENSIONE PROCESSI				
AREA PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2023	VALORE RAGGIUNTO
				in Pronto Soccorso" non completata per carenza di personale
Area di performance della produzione	Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura	Numero di interventi ispettivi in aziende edili, agricoltura e altri comparti/ Numero totale di interventi ispettivi programmati secondo piano locale /regionale	100%	100%
Area di performance della produzione	Gestione anagrafe canina	Gestione banca dati anagrafe canina	si	è stata attivata e implementata la Banca Dati Regionale degli animali da affezione in tutte le sue funzioni
Area di performance della produzione	Garantire la salute degli animali allevati dall'uomo attraverso l'attività di eradicazione della peste suina	Numero aziende suine controllate/Numero aziende suine controllabili da Piano Prevenzione*100	80%	100%
Area di performance della produzione	Anagrafe animale - controllo della popolazione animale per la prevenzione della salute animale ed umana: % aziende controllate per anagrafe zootecnica	Numero check list compilate e registrate e in BND in relazione ai controlli per gli allevamenti OVI-CAPRINI /numero check list programmate al livello regionale	100%	100%
	Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare e delle strutture che producono alimenti di origine animale. Considerare il sistema di audit negli stabilimenti del settore lattiero-caseario	Numero di controlli ufficiali effettuati nel 2023/ Numero di controlli ufficiali programmati dai piani di attività PRCUA nel 2023*100	100%	100%
Area di performance della produzione	Gestione anagrafe canina	n. animali censiti / richieste animali da censire	100%	100%
Area di performance della produzione	Gestione anagrafe canina	n. controlli canili-rifugi / n. canili - rifugi presenti nel territorio	n. 1 controlli per ciascun canile-rifugio	100%
Area di performance della produzione	Garantire le verifiche di appropriatezza e di efficacia sull'attività di controllo ufficiale delle diverse specialità del Dipartimento	Numero di verifiche di appropriatezza ed efficacia sui controlli ufficiali effettuati nel 2023 / numero di verifiche di appropriatezza ed efficacia sui controlli ufficiali programmati dai piani di attività dei servizi nel 2023	100%	100%

DIMENSIONE PROCESSI				
AREA PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2023	VALORE RAGGIUNTO
Area della Sanità pubblica e della promozione della Salute Umana	Realizzare gli 8 Piani Mirati di Prevenzione (PMP) con l'attuazione, per ciascuno di essi, della formazione per le figure aziendali della prevenzione delle imprese (datori di lavoro, RLS, RLST, RSPP, ASPP, Medici Competenti, etc.), dell'assistenza alle imprese, dell'esame delle schede di autovalutazione compilate dalle imprese, dell'informazione/comunicazione, come stabilito per il 2023 nel PRP 2020-2025	Numeratore: numero di PMP realizzati da parte di ogni SPreSAL di ciascuna ASL con l'attuazione delle attività stabilite per il 2023 nel PRP x 100 Denominatore: numero complessivo di PMP (n. 8) da realizzare da parte di ogni SPreSAL di ciascuna ASL	100% (= 8/8 x 100)	100%
Area della riqualificazione e del potenziamento del patrimonio immobiliare	Rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2023	100%
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Implementare il processo di revisione del sistema regionale dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e bassa intensità di cura, anche attraverso la riqualificazione della produzione diretta di servizi pubblici	Trasmissione ad ARIS del "Piano aziendale di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti" approvato con relativa valorizzazione dei risparmi derivanti dalla implementazione e contestuale richiesta di aumento dei tetti di spesa per pari importo	Trasmissione alla Direzione Generale del Piano approvato con relativa valorizzazione dei risparmi derivanti dalla implementazione e contestuale richiesta di aumento dei tetti di spesa per pari importo per successivo invio ad ARIS	fabbisogno triennale privati accreditati, per il 2023 ha previsto per la ASL Ogliastra: 1.420033,00 spese per il 2023 effettuate al 31 dicembre 2023 € 287731,42 per CSM e neuropsichiatria, più i costi dell'appalto casa famiglia "Gennauara" di € 556000,00 annuale.
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Implementazione degli inserimenti lavorativi	numero di inserimenti lavorativi	incremento rispetto all'anno precedente	con L.R. 20/97 sono stati inseriti: 2022 17 pazienti; 2023 17 pazienti; in collaborazione con il Plus Ogliastra attraverso il progetto "inclusis" sono stati inseriti anno 2022 0 pazienti; 2023 23 pazienti; in collaborazione con il Plus Ogliastra attraverso il progetto "Vita indipendente" sono stati inseriti anno 2022 11 pazienti; 2023 5 pazienti

DIMENSIONE PROCESSI				
AREA PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2023	VALORE RAGGIUNTO
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Garantire l'applicazione degli strumenti di governo del rischio clinico nell'area chirurgica	N° di interventi programmati tracciati tramite scheda paziente/N° totale interventi*100	100%	100%
Area della qualità e del governo clinico	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza tramite osservanza delle funzioni igienico sanitarie	N° monitoraggio infezioni correlate all'assistenza (ICA)/anno per ciascun presidio ospedaliero	2 monitoraggi	100%
Area della qualità e del governo clinico	Relazione sulle azioni messe in campo per implementare le attività di integrazione con le strutture territoriali (Distretto e altri dipartimenti territoriali)	invio relazione alla Direzione Generale	entro 30/09/2023	Relazione Protocollo NP/2024/352 del 31/01/2024 (ALLEGATO)
Area della qualità e del governo clinico	Miglioramento servizio con l'attivazione dell'OBI	Attivazione OBI	entro il 30/06/2023	Sterilizzato per mancata realizzazione degli spazi fisici
Area della qualità e del governo clinico	Produzione e invio di una relazione sulle strutture sanitarie, socio sanitarie e ospedaliere pubbliche e private accreditate	Supporto alla Delibera aziendale di approvazione	supporto Deliberazione entro il 30/06/2023	100%
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	Coordinamento delle attività per il proseguimento delle attività di vaccinazione COVID	Numero vaccini eseguiti/numero richieste	100%	100%
Obiettivo specifico ASSL - area Ospedaliera	Mantenimento screening neo nati per la prevenzione dei disturbi neurosensoriali congeniti (audiologico e oftalmologico)	% neonati sottoposti a screening	100%	non raggiunto
Area della razionalizzazione e contenimento della spesa	Adottare misure di efficientamento energetico	Approvazione di un piano d'azione per la riduzione della spesa energetica	si	Piano d'azione approvato
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Utilizzo cartella clinica Margherita	mantenimento % dei pazienti in ricovero ordinario gestiti informaticamente dalla cartella clinica Margherita	100%	100%
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Gestione del dolore (paziente degente e in ambulatorio)	attuazione procedura aziendale sul dolore	si	SI
Area di performance della produzione	Supporto alla Direzione Generale per la definizione dei fabbisogni in termini di prestazioni da Strutture Private Accreditate e/o Convenzioni sanitarie da altre Aziende del SSR	Relazione su analisi fabbisogno di prestazioni da Strutture Private Accreditate e Convenzioni sanitarie da altre aziende del SSR	Si	SI trasmessa
Area di performance della produzione	Predisposizione progetto per visite cardiologiche pre-intervento chirurgico	Predisposizione progetto	entro il 30/04/2023	Progetto inviato il 29/03/2023 Delibera 132 del 21/04/2023

DIMENSIONE PROCESSI				
AREA PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2023	VALORE RAGGIUNTO
Area di performance della produzione	Mobilità attiva	Percentuale di pazienti extra ASL ricoverati nell'UO/totale pazienti ricoverati	10%	28%
Area di performance della produzione	Migliorare l'assistenza ai dializzati	Percentuali di dializzati in domiciliare	9%	100%
Area di performance della produzione	Migliorare l'assistenza ai dializzati	Trattamento piede diabetico	n. 1 pazienti	100%
Area di performance della produzione	Monitoraggio attività per interni	Report trimestrale prestazioni per interni	n. 4 report trimestrali	n. 4 report trasmessi
Area di performance della produzione	Potenziamento dell'azione di filtro da parte del Pronto Soccorso e miglioramento dei tempi medi di attesa	N° accessi con ricovero / N° totale accessi x 100	≤ 22 %	16%
Area di performance della produzione	Potenziamento dell'azione di filtro da parte del Pronto Soccorso e miglioramento dei tempi medi di attesa	% di pazienti con codice giallo visitati entro 30 m.	90%	88%
Area di performance della produzione	Potenziamento dell'azione di filtro da parte del Pronto Soccorso e miglioramento dei tempi medi di attesa	% di pazienti con codice verde visitati tra 90 e 100 minuti.	80%	95%
Area di performance della produzione	Attuazione protocollo trasporti pazienti interaziendali	Attuazione protocollo trasporti	si	si
Area di performance della produzione	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	% di prestazioni di ambulatorio eseguite per utenti inviati dal centro screening	100%	100%
Area di performance della produzione	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	% di prestazioni del centro screening refertate entro i termini stabiliti dalla linee guida	100%	100%
Area di performance della produzione	Incremento prestazioni di laboratorio relative ai test eseguiti in biologia molecolare	Numero di test eseguiti al di fuori dell'emergenza-urgenza	SI	SI
Area di performance della produzione	Garantire l'autosufficienza per la produzione di sacche di sangue	Produzione autonoma emocomponenti / Richiesta di emocomponenti x 100	100%	100%
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	Includere nei percorsi di screening oncologico organizzato i centri di secondo livello ubicati presso le Aziende Ospedaliere	Evidenza di accordi stipulati o rinnovati in base agli indirizzi regionali di cui alla DGR n. 5/32 del 29.1.2019	almeno un accordo stipulato e/o rinnovato per la ASL n. 1 di Sassari; evidenza di almeno due accordi stipulati o rinnovati per la Asl n. 8 di Cagliari	1 Accordo ASL di Cagliari per Screening cervicale 2° livello (colonscopia) - 1 accordo con ASL Nuoro per Screening cervicale 1° livello (citologico) pap-test
Area di performance della produzione	Predisposizione Progetto di rete delle Case di Comunità della Asl Ogliastra	Predisposizione Progetto	entro il 30/09/2023	30/09/20203

DIMENSIONE PROCESSI				
AREA PERFORMANCE	OBBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2023	VALORE RAGGIUNTO
Area di performance della produzione	Verifica e adempimenti conseguenti posizioni contributive dipendenti	Verifica e adempimenti conseguenti posizioni contributive dipendenti	entro settembre	Obiettivo raggiunto vedi nota PG 07/2023/0006873
Area di performance della produzione	Implementazione Atto Aziendale	Procedure concorsuali: SSD e Art. 22	entro giugno	Obiettivo raggiunto vedi schede
Area di performance della produzione	Chiusura ciclo performance ASSL anno 2022	trasmissione valutazioni 2022	entro il 15 giugno	le valutazioni sono state trasmesse entro il 15 giugno
Area di performance della produzione	Chiusura ciclo performance ASSL anno 2022	Adozione relazione sulla performance	entro 30 giugno	la relazione è stata adottata con deliberazione n°252 del 29.06.2023
Area di performance della produzione	Avvio ciclo performance 2023	assegnazione obiettivi budget 2023	assegnazione obiettivi budget 2023 entro luglio 2023	Gli obiettivi sono stati assegnati nel mese di marzo
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali	Valore assestato Sub Autorizzazioni con legame codice progetto/Totale Valore Assestato Sub Autorizzazioni Macro 4 - Progetti e Macro 2 - Piano Investimenti	monitoraggio semestrale	n° 2 monitoraggi trasmessi
Area della qualità e del governo clinico	Produzione e invio di una relazione sulle strutture sanitarie ,socio sanitarie e ospedaliere pubbliche e private accreditate	Supporto alla Delibera aziendale di approvazione	supporto Deliberazione entro il 30/06/2023	Relazione trasmessa entro i termini
Area qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Proposta alla Direzione Aziendale di un regolamento sulle commissioni invalidi	Proposta regolamento	entro il 30/06/2023	Proposta inviata il 29.06.2023
Area qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Proposta manifestazione d'interesse rotazione personale commissioni invalidi	manifestazione d'interesse	entro il 30/09/2023	Manifestazione predisposta
Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Migliorare la qualità dei dati della sorveglianza delle interruzioni volontarie di gravidanza(IVG) e degli aborti spontanei (SPO)	Numeri modelli D11 e D12 trasmessi entro i termini/Numeri modelli totali anno*100	> o=70%	100%
Area di performance della produzione	Attivare l'Ufficio sanzioni in materia igienico sanitaria	Individuare il personale per la gestione delle attività indicate nell'atto aziendale	Attivazione entro il 30/04/2023	Attivato entro il 05.04.2023
Area di performance della appropriatezza	Presentazione di un progetto sulla attività di formazione nelle scuole relativamente alle zoonosi	presentazione progetto	entro 30/09/2023	presentato a Dipartimento Prevenzione in data 14/08/2023
Area di performance della appropriatezza	Adempimenti previsti dalla Deliberazione GR in merito alle procedure di autorizzazione e di accreditamento	Partecipazione riunioni gruppo OTA (Organismo Tecnicamente Accreditante) presso l'Assessorato	si	100%

DIMENSIONE PROCESSI				
AREA PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2023	VALORE RAGGIUNTO
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Promozione dell' incremento della quantità e qualità delle prestazioni ambulatoriali	% gravidanze gestite negli ambulatori a termine, ambulatorio gravidanza patologica/tot. gravidanze per anno	> 80%	100%
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Miglioramento dell'offerta	mantenimento n° ore settimanali ambulatoriali anno 2023	si	si
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Dialisi vacanza	numero domande accettate/ numero domande presentate	100%	100%
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Garantire il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni Diagnostiche strumentale e di laboratorio	% di prestazioni di laboratorio refertate entro 72 ore dalla richiesta per pazienti esterni	100%	97%
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Apertura del laboratorio il sabato	Apertura del laboratorio il sabato	Si	SI
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Garantire il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni Diagnostiche strumentale e di laboratorio	% di altre prestazioni di diagnostiche strumentale refertate entro 72 ore dalla richiesta per pazienti esterni	100%	100%
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Promozione dell' incremento della quantità e qualità delle prestazioni ambulatoriali anche con particolare riferimento all'ambulatorio di ematologia	N° di donatori di cellule staminali e cordonali reclutati/totale presentati	100%	sterilizzato in quanto reparto chiuso
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Promozione dell' incremento della quantità e qualità delle prestazioni ambulatoriali anche con particolare riferimento all'ambulatorio di ematologia	produzione di plasma ad uso clinico - autosufficienza della produzione	si	sterilizzato in quanto abbattitore di temperatura non acquistato
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Promozione dell' incremento della quantità e qualità delle prestazioni ambulatoriali anche con particolare riferimento all'ambulatorio di ematologia	incremento numero di pazienti seguiti di ematologia		100%
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Promozione dell' incremento della quantità e qualità delle prestazioni ambulatoriali anche con particolare riferimento all'ambulatorio di ematologia	Incremento della produzione di piastrine - autosufficienza della produzione	si	si
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Attivazione progetto raccolta sangue periodo estivo	Attivazione progetto	entro il 30/05/2023	si
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Garantire il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni Diagnostiche strumentale e di laboratorio	Indice di produttività TSRM	1,01 PUNTI MINUTI	80%

DIMENSIONE PROCESSI				
AREA PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2023	VALORE RAGGIUNTO
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Garantire il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni Diagnostiche strumentale e di laboratorio	Indice di produttività Medico Radiologo	9,5 PUNTI ORA	100%
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Operatività Commissioni per riconoscimento dei benefici in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità	Rispetto dei tempi di attesa previsti dalle linee guida regionali visite oncologiche	entro 15 giorni	100%
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Certificazioni monocratiche	rispetto dei termini	entro 30 giorni	100%
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Collegi medico legali	rispetto dei termini	entro 30 giorni	Sterilizzato per grave carenza di personale medico
Area di performance dell'integrazione socio-sanitaria	Garantire l'Integrazione Ospedale - Territorio al fine di colmare il gap fra l'ospedalizzazione per la gestione dell'evento acuto e il domicilio del paziente per assicurare la continuità delle cure, superando il confine tra Ospedale e territorio per tutti pazienti post-acuti con rischi elevati di riospedalizzazione se non assistiti adeguatamente, e per tutti i pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali e a rischio di ricovero inappropriato.	Prescrizione visita oculistica biennale a pazienti diabetici assistiti	100%	100%
Area di performance dell'integrazione socio-sanitaria	Garantire l'Integrazione Ospedale - Territorio al fine di colmare il gap fra l'ospedalizzazione per la gestione dell'evento acuto e il domicilio del paziente per assicurare la continuità delle cure, superando il confine tra Ospedale e territorio per tutti pazienti post-acuti con rischi elevati di riospedalizzazione se non assistiti adeguatamente, e per tutti i pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali e a rischio di ricovero inappropriato.	% di pazienti con microinfusore/sensore che effettua scarico dati attivo in diabetologia	100%	100%

DIMENSIONE PROCESSI				
AREA PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2023	VALORE RAGGIUNTO
Area di performance dell'integrazione socio-sanitaria	Garantire l'Integrazione Ospedale - Territorio al fine di colmare il gap fra l'ospedalizzazione per la gestione dell'evento acuto e il domicilio del paziente per assicurare la continuità delle cure, superando il confine tra Ospedale e territorio per tutti pazienti post-acuti con rischi elevati di riospedalizzazione se non assistiti adeguatamente, e per tutti i pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali e a rischio di ricovero inappropriato.	N° di pazienti con DCA presi in carico	100%	100%
Area di performance dell'integrazione socio-sanitaria	Garantire l'Integrazione Ospedale - Territorio al fine di colmare il gap fra l'ospedalizzazione per la gestione dell'evento acuto e il domicilio del paziente per assicurare la continuità delle cure, superando il confine tra Ospedale e territorio per tutti pazienti post-acuti con rischi elevati di riospedalizzazione se non assistiti adeguatamente, e per tutti i pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali e a rischio di ricovero inappropriato.	% di pazienti con pregresso diabete gestazionale che effettuano controllo OGTT post parto	100%	100%
Area della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	Ottenere i risultati attesi dalla road map stilata da Bruxelles	Numero di animali morti controllati/numero animali morti segnalati	100%	100%
Area della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	Ottenere almeno un valore pari all'85% dei bovini morti testati per BSE di età superiore ai 48 mesi rispetto al numero di bovini morti di età superiore ai 48 mesi registrati in BDN a norma di quanto previsto dal reg. CE 999/2001	Percentuale di bovini testati rispetto ai bovini registrati morti in BDN compresi tra 94,9% e il 75% del valore atteso	Attività volta al garantire che i bovini testati rispetto ai bovini registrati morti in BDN di valore siano di valore superiore almeno al 50% del valore registrato in bdn valore atteso de 74,99%	100%
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali	Numero di ordini su CdRIL DA99999999/numero totale ordini	3%	0%
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali	Numero di scritture di PN con dettaglio di chiave contabile completo/Numero totale di scritture di PN	97%	100%

DIMENSIONE PROCESSI				
AREA PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2023	VALORE RAGGIUNTO
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Razionalizzazione della spesa per prestazioni aggiuntive	Riduzione spesa per prestazioni aggiuntive	riduzione 3% rispetto anno precedente	riduzione rispetto all'anno precedente
Area di performance della produzione	Gestione flussi informativi ASSL: (Conto Annuale e Relazione al Conto Annuale)	Predisposizione e invio Conto Annuale e relazione	entro i termini richiesti dal Ministero	Obiettivo raggiunto-inviato in data 22.07.2023
Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	1. N. record trasmessi entro i termini /N. totale record *100	1. $\geq 95\%$	1. 100%
		2. N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	2. $\leq 5\%$	2. < 5%

DIMENSIONE DELL'EFFICIENZA

L'azienda è orientata ad impostare la propria attività secondo i criteri di efficacia, efficienza ed economicità ed al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi. L'azienda inoltre si pone come obiettivo il rispetto dei tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018, limitatamente alle fasi di propria competenza. È stato raggiunto a livello aziendale l'obiettivo di riduzione della spesa farmaceutica per acquisti diretti mentre non è stato raggiunto l'obiettivo di risparmio sulla farmaceutica convenzionata.

Al fine di migliorare la razionalizzazione ed il contenimento della spesa è stato adottato un piano d'azione per la riduzione della spesa energetica contenente misure di efficientamento energetico. La ASL Ogliastra, fra gli obiettivi ritenuti prioritari e caratterizzanti della Direzione Aziendale, in coerenza con quanto esplicitato nell'atto aziendale, ha ritenuto essenziale provvedere alla stesura e approvazione delle linee guida, volte all'efficientamento energetico dell'azienda ed al conseguente risparmio economico. Tale piano d'azione sottolinea la concreta volontà di agire sia attraverso le azioni strutturali messe in campo dalla Direzione Aziendale sia con il coinvolgimento degli operatori della sanità in un processo di formazione, informazione e assunzione di comportamenti virtuosi per il raggiungimento ed il mantenimento degli obiettivi di sostenibilità ambientale.

Si riportano di seguito i principali obiettivi e indicatori della dimensione dell'efficienza:

DIMENSIONE DELL'EFFICIENZA				
AREA PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2023	VALORE RAGGIUNTO
Area della razionalizzazione e contenimento della spesa	Razionalizzazione spesa farmaceutica per acquisti diretti	Monitoraggio spesa farmaceutica per acquisti diretti rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1, comma 281, della L. 30/12/2021, n. 234	4	4 report inviati

DIMENSIONE DELL'EFFICIENZA				
AREA PERFORMARCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2023	VALORE RAGGIUNTO
Area della razionalizzazione e contenimento della spesa	Razionalizzazione spesa farmaceutica convenzionata	Riduzione spesa farmaceutica convenzionata rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1 comma 281 della L 30/12/2021, n. 234	Riduzione € 152.000,00	non raggiunto (nessuna riduzione)
Area dell'equilibrio economico-finanziario	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	N. 0 giornate di ritardo	N. 0 giornate di ritardo
Area della gestione amministrativo-contabile	Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.	Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2023	Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2023	Documenti approvati con Delibera n° 453 del 15/11/2023
Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Gestione flussi informativi ASSL	flussi informativi inviati /flussi ricevuti	100%	tutti i flussi ricevuti sono stati trasmessi nei termini
Area della razionalizzazione e contenimento della spesa	Razionalizzazione della spesa farmaceutica per acquisti diretti	Riduzione spesa farmaceutica per acquisti diretti rispetto al tetto di spesa di cui all'art.1 comma 281 della L 30/12/2021, n. 234	riduzione 3% rispetto anno precedente	riduzione >3% a livello aziendale
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Garantire il controllo dei profili prescrittivi dei MMG, PLS e specialisti	Report bimestrale di monitoraggio del profilo prescrittivo dei MMG, PLS e specialisti con Z-score >1,5 per il controllo della spesa farmaceutica convenzionata	N° 3 report di controllo della spesa farmaceutica convenzionata e convocazione degli specialisti con Z-score>1,5	1 di 3 vedi motivazione farmacia
Area della razionalizzazione e contenimento della spesa	Garantire il contenimento della spesa per l'acquisto dei dispositivi medici	Monitoraggio sulla riduzione della spesa e dei consumi dei DM	report trimestrali andamento della spesa	1
Area della razionalizzazione e contenimento della spesa	Adottare misure di efficientamento energetico	Approvazione di un piano d'azione per la riduzione della spesa energetica	si	Piano d'azione approvato

DIMENSIONE DELL'ACCESSIBILITÀ

L'azienda, in linea con la missione e con i principi su cui si fonda, intende implementare l'accessibilità sia fisica che digitale del cittadino, riconoscendone la centralità in quanto titolare del diritto alla salute, e ne incentiva la partecipazione alla definizione delle politiche di offerta, all'organizzazione dei servizi e allo sviluppo di un sistema di analisi del livello di soddisfazione.

L'Azienda garantisce, nel rispetto della normativa vigente, l'accessibilità alle informazioni concernenti l'organizzazione e la propria attività, allo scopo di favorire le forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e utilizzo delle risorse pubbliche, anche attraverso l'aggiornamento continuo del proprio sito istituzionale e la pubblicazione della carta dei Servizi Sanitari. La trasparenza rappresenta inoltre un importante strumento di prevenzione e contrasto alla corruzione.

Si riportano di seguito i principali obiettivi e indicatori della dimensione dell'accessibilità

DIMENSIONE DELL'ACCESSIBILITA'				
AREA PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2023	VALORE RAGGIUNTO
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo * 100	75%	sterilizzato per le problematiche rilevate da CUP
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo * 100	75%	52%
Area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Mappatura di processi ad alto rischio corruttivo	Mappatura processi	almeno due processi	pervenuta la mappatura di n 2 processi per area
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Garantire il Governo delle Liste d'Attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio al fine di garantire la tempestiva esecuzione della prestazione, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche.	% delle 64 prestazioni per l'accesso con codici U, B e D erogate entro il tempo standard	≥ 60%	sterilizzato alle UUOO che hanno grave carenza di personale medico
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	Indice di gradimento medio	Indice di gradimento medio ≥ 7	9,3

DIMENSIONE DELLE RISORSE

Le risorse umane costituiscono l'elemento fondamentale e distintivo dell'azienda. Rappresenta quindi un obiettivo strategico dell'Azienda riconoscere e valorizzare adeguatamente le competenze e le professionalità dei propri collaboratori curandone l'aggiornamento e la formazione quali fattori fondamentali della crescita

professionale e leva per accogliere e accompagnare processi di innovazione tecnologica e cambiamento. La ASL Ogliastra nell'anno 2023 ha avviato dei percorsi formativi, oltre che per accrescere le competenze tecniche anche per migliorare la comunicazione tra personale sanitario e paziente ed in generale tra personale e utente. Tali eventi hanno fornito strumenti avanzati per rendere più efficace la comunicazione e per garantire l'apprendimento di conoscenze, abilità e strumenti per condurre la relazione in modo professionale e competente, non solo per quanto riguarda l'aspetto operativo, ma soprattutto per quanto riguarda il processo relazionale al fine del suo miglioramento sia con i pazienti/utenti con cui si entra in contatto, sia con i colleghi di struttura. Migliorare l'atteggiamento facilita il rapporto di fiducia facendo scaturire una reciprocità ed una conseguente alleanza che si trasmette positivamente anche sulla struttura di appartenenza. La cattiva comunicazione infatti ha in molti casi un peso superiore all'insoddisfazione per le competenze tecniche ed emerge nel non saper ascoltare. Saper ascoltare significa considerare il paziente come noi stessi: come vorremmo essere trattati ed ascoltati noi.

L'Azienda si è impegnata a garantire la tutela della sicurezza, della salute e del benessere organizzativo in ambito lavorativo, interpretando in modo attivo gli obblighi e i principi della normativa vigente.

Al contempo l'Azienda si auspica loro un contributo leale, pieno e responsabile nel perseguimento della missione aziendale, un impegno costante per migliorare i livelli di professionalità e la qualità dei contributi offerti.

DIMENSIONE DELLE RISORSE				
AREA PERFORMARCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET 2023	VALORE RAGGIUNTO
Area di performance dello sviluppo organizzativo	Organizzazione integrata delle unità operative afferenti con l'assegnazione di obiettivi specifici, utilizzo efficiente delle risorse, in particolare di quelle professionali promuovendo l'aggiornamento continuo tecnico scientifico – Dipartimento attività cliniche e medico - chirurgiche	Corsi formazione realizzati/corsi formazione programmati	100%	100%
Area di performance dello sviluppo organizzativo	Adottare misure di efficientamento energetico	Corsi di formazione effettuati/corsi programmati e sensibilizzazione del personale sull'uso intelligente e razionale dell'energia	100%	100%

Si riportano nella tabella seguente i risultati di performance delle strutture della ASL Ogliastra per l'anno 2023. La performance organizzativa esprime il risultato che l'intera azienda, nelle sue articolazioni, consegue ai fini del raggiungimento di determinati obiettivi ed è determinante per il supporto al raggiungimento degli obiettivi del Direttore Generale. Si evidenzia che tali risultati rappresentano il grado di raggiungimento degli obiettivi negoziati con la Direzione Generale per l'anno 2023 e non ricomprendono le competenze

professionali dei responsabili e degli operatori coinvolti né rappresentano in modo esaustivo la qualità complessiva del servizio erogato.

Nel complesso il valore raggiunto dalle diverse articolazioni della Asl Ogliastra è pari in media a 94%.

Descrizione CdR	Totale punteggio
CENTRO COMUNE STAFF DI AREA ASSL LANUSEI (AFFARI GENERALI)	100
CENTRO COMUNE STAFF DI AREA ASSL LANUSEI (FUNZIONI RISORSE UMANE)	100
CENTRO COMUNE STAFF DI AREA ASSL LANUSEI (FUNZIONI TECNICO)	100
CENTRO COMUNE STAFF DI AREA ASSL LANUSEI (FUNZIONI BILANCIO)	100
CENTRO COMUNE STAFF DI AREA ASSL LANUSEI (SERVIZIO PROGRAMMAZIONE CONTROLLO)	100
DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSL LANUSEI	96,11
DIPARTIMENTO ATTIVITA' CLINICHE - P.O. NS MERCEDE LANUSEI	79,54
SC CHIRURGIA GENERALE	75,3
SC ORTOPEDIA	87,75
SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE LANUSEI	96,33
SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	96,92
SC MEDICINA GENERALE	80
SC CARDIOLOGIA	93,89
SC EMODIALISI	92,88
SSD PEDIATRIA	75
SSD RECUPERO RIABILITAZIONE	86,77
MCAU - P.O. NS MERCEDE LANUSEI	98,12
SSD LABORATORIO ANALISI AREA LANUSEI	92
CENTRO TRASFUSIONALE LANUSEI	95,88
SSD SERVIZIO FARMACEUTICO OSPEDALIERO LANUSEI	100
DIABETOLOGIA LANUSEI	92,93
CURE PALLIATIVE DOM. - LANUSEI	100
SC SERVIZIO RADIOLOGIA TERRITORIALE LANUSEI	75,01
SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO (SPRESAL) - LANUSEI	100
DIPARTIMENTO PREVENZIONE ASSL LANUSEI	100
SANITÀ ANIMALE (SA) - LANUSEI	100
SIAOA	100
SIAPZ	100
SIAN	100
MEDICINA LEGALE	88,24
IGIENE PUBBLICA	100
CENTRO COMUNE DISTRETTO TORTOLI'	74,38
SSD SERVIZIO AMMINISTRATIVO TERRITORIO	100
SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE	100
PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE - SERVIZIO SCREENING - LANUSEI	100
CENTRO SALUTE MENTALE LANUSEI	100
SC CURE TERRITORIALI CSM LANUSEI	100

Descrizione CdR	Totale punteggio
SSD AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE LANUSEI	100
RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE	100

4. PERFORMANCE INDIVIDUALE

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 legata:

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

Per il restante personale la valutazione è legata:

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

La valutazione della performance individuale per l'anno 2023 ha interessato 711 Dipendenti della ASL Ogliastra con una valutazione media pari a 93. Il dato medio può considerarsi definitivo in quanto sono state concluse tutte le fasi di valutazione previste e risultano calcolati gli item relativi al rispetto delle tempistiche del ciclo performance e alla differenziazione dei punteggi, che, sulla base del Sistema di Misurazione e Valutazione vigente, può essere calcolato solo al termine di tutte le valutazioni.

Si riporta nella tabella seguente la media delle valutazioni per tipologia di scheda.

Scheda	media valutazioni
2 - Direttori SC e SSD	91,7
3 - Responsabili SS	
4 - Dirigenti	92,33
5 - Area Incarico Posizione-Funzione	94,16
6 - Area E.Q. e dei Prof. Funzionari	92,43
7 - Area Assistenti	94,9
8 - Area Operatori e Personale di Supporto	92,6

Fonte: elaborazione dati GURU



Fonte: elaborazione dati GURU

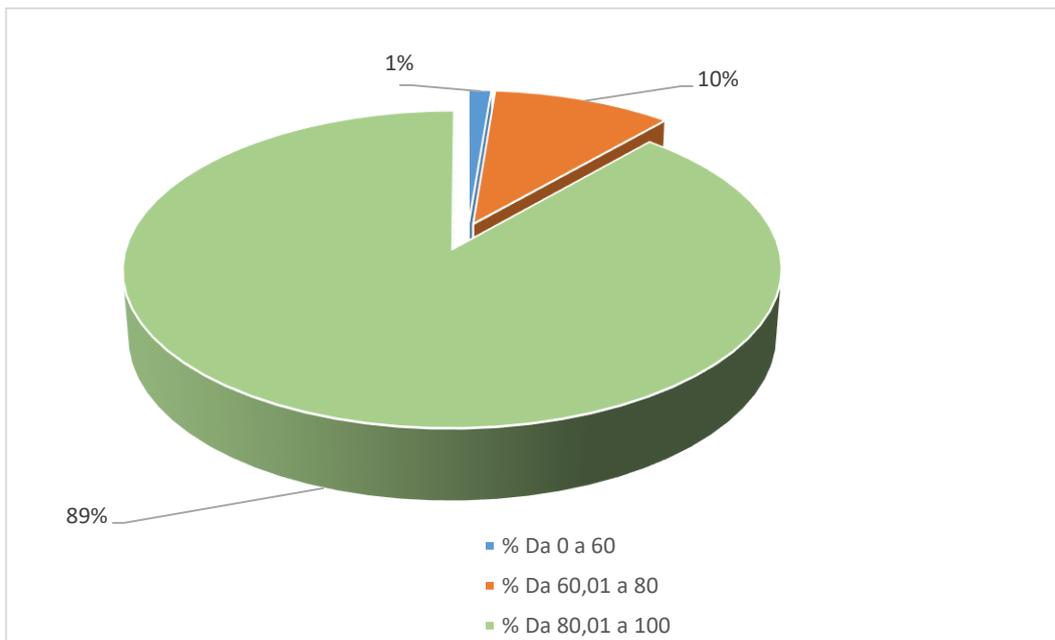
Si riportano di seguito Fonte: elaborazione dati GURU

Area	Da 0 a 60	Da 60,01 a 80	Da 80,01 a 100	Totale Valutazioni
ASL Ogliastra	3	78	630	711

Fonte: elaborazione dati GURU

Area	% Da 0 a 60	% Da 60,01 a 80	% Da 80,01 a 100
ASL Ogliastra	1,27	10,13	88,61

Fonte: elaborazione dati GURU



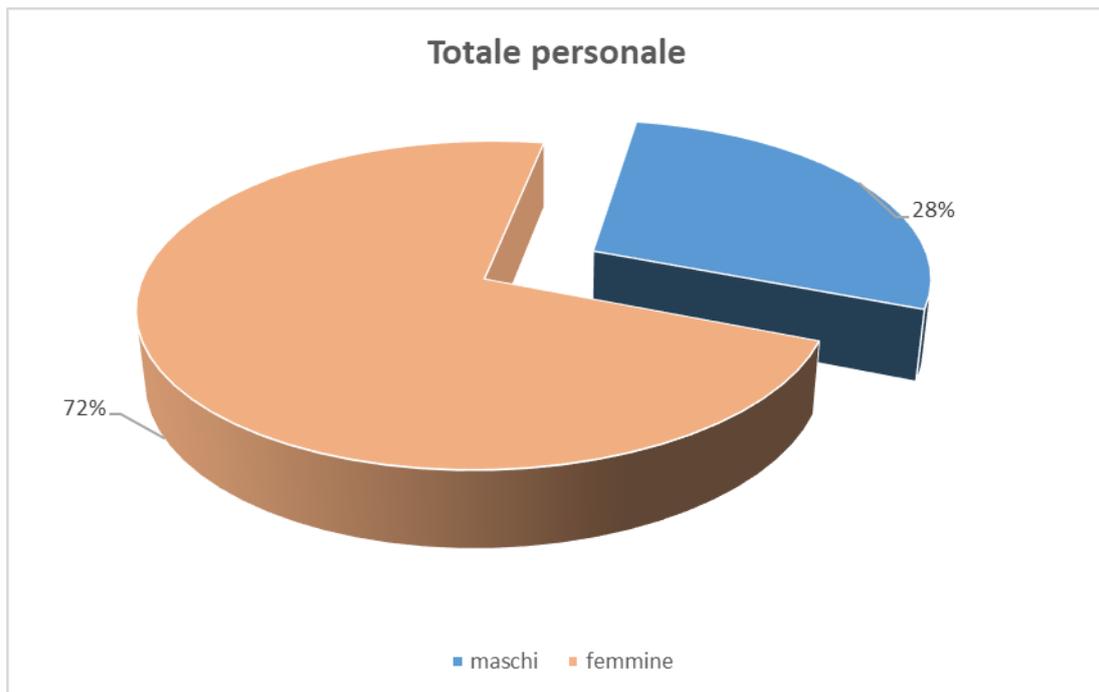
Fonte: elaborazione dati GURU

5. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE

Il tema delle pari opportunità ha come obiettivo quello di realizzare la migliore utilizzazione delle risorse umane, assicurando la formazione e lo sviluppo professionale dei dipendenti, garantendo pari opportunità alle lavoratrici ed ai lavoratori nonché l'assenza di qualunque forma di discriminazione relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro.

Il benessere organizzativo è un elemento della valutazione dell'impatto delle azioni organizzative sui processi ed è una delle dimensioni della misurazione dello stato di salute dell'organizzazione della nostra Azienda. Per assicurare un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e all'assenza di qualsiasi forma di discriminazione, in coerenza con le Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità e contro le discriminazioni di cui alla DPCM del 04/03/2011, revisionata con la DPCM n. 2/2019, la ASL Ogliastra, nell'anno 2023, ha avviato le procedure per la costituzione del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità.

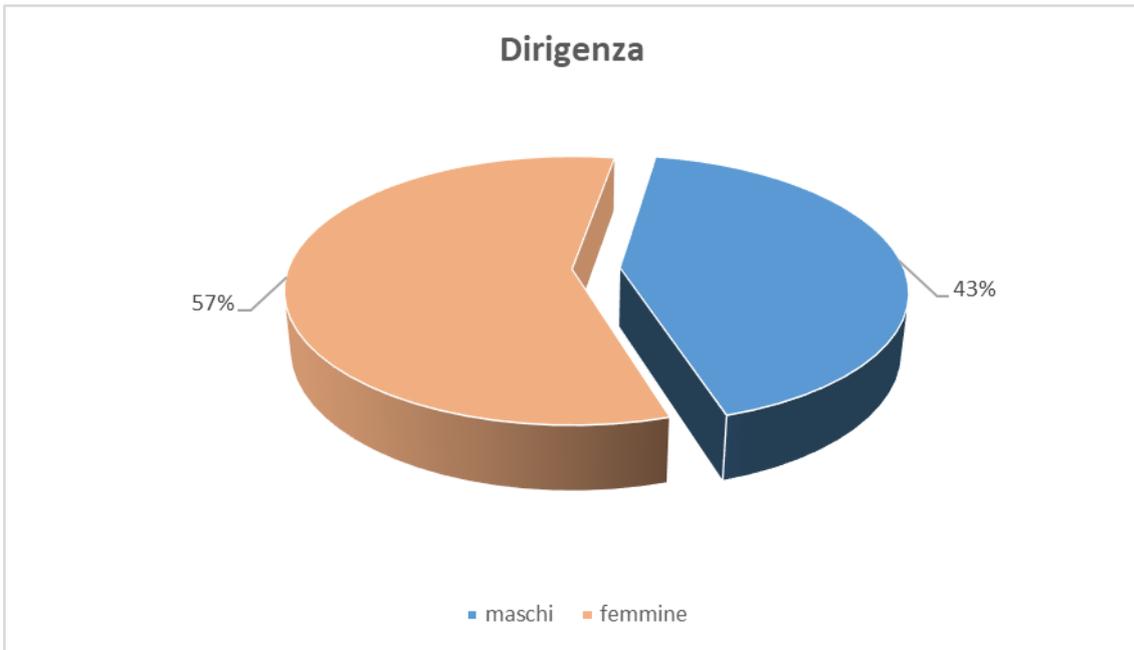
Dall'analisi del personale dipendente in servizio al 31/12/2023 si evidenzia una presenza femminile pari al 72% del personale totale.



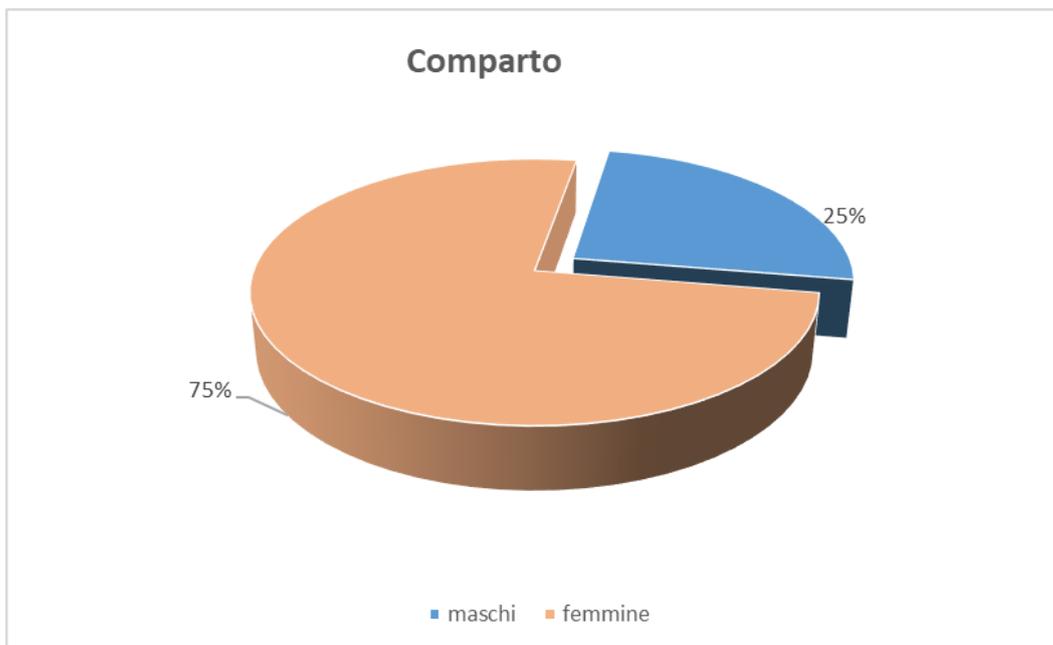
Fonte: elaborazione dati Asl Ogliastra al 31.12.2023

Differenziando il personale per ruolo si evidenzia la prevalenza del genere femminile su quello maschile nel ruolo sanitario, tecnico e amministrativo con le stesse percentuali del 72% di personale femminile e del 28% del personale maschile. Non si registrano significative variazioni percentuali se si analizza separatamente il personale a tempo indeterminato e quello a tempo determinato.

Analizzando il personale distintamente per Dirigenza e Comparto si rilevano invece significative differenze con una maggiore presenza di personale femminile nel comparto pari al 75% mentre nella dirigenza si attesta al 57% come rappresentato nei grafici seguenti.

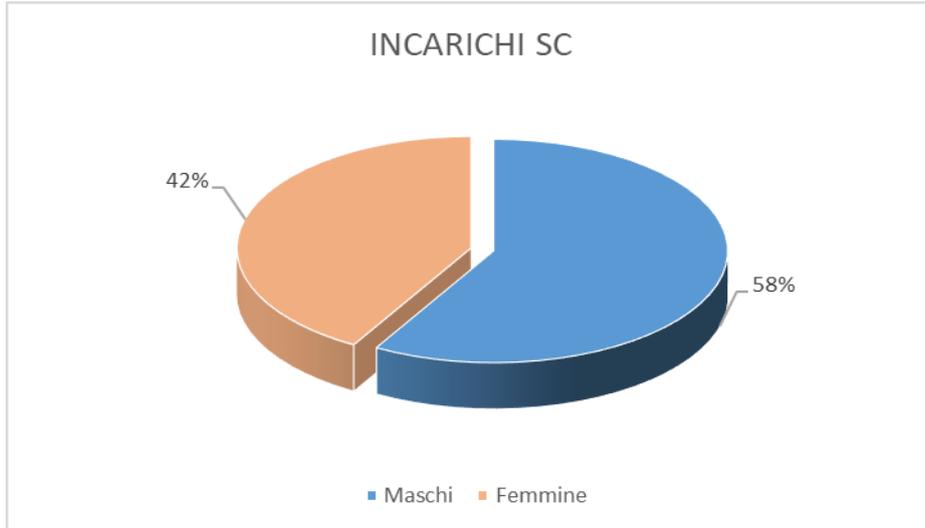


Fonte: elaborazione dati Asl Ogliastra al 31.12.2023

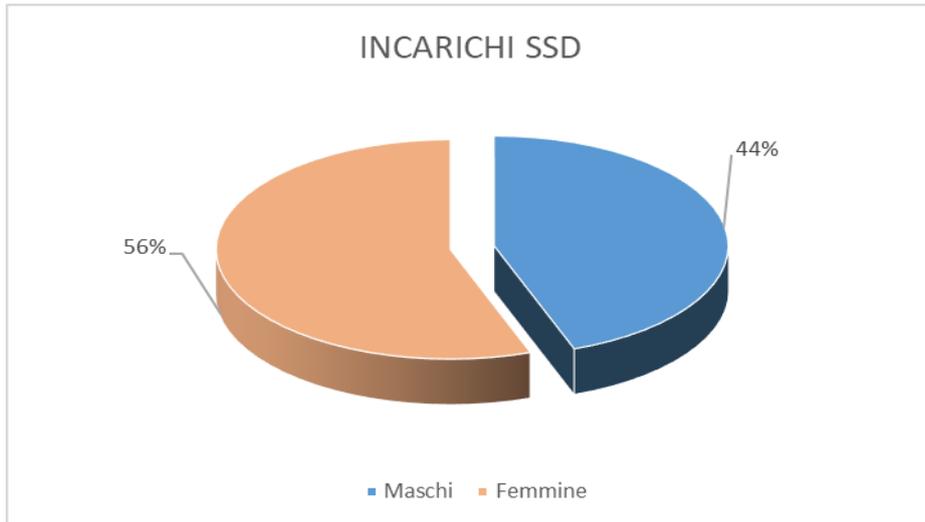


Fonte: elaborazione dati Asl Ogliastra al 31.12.2023

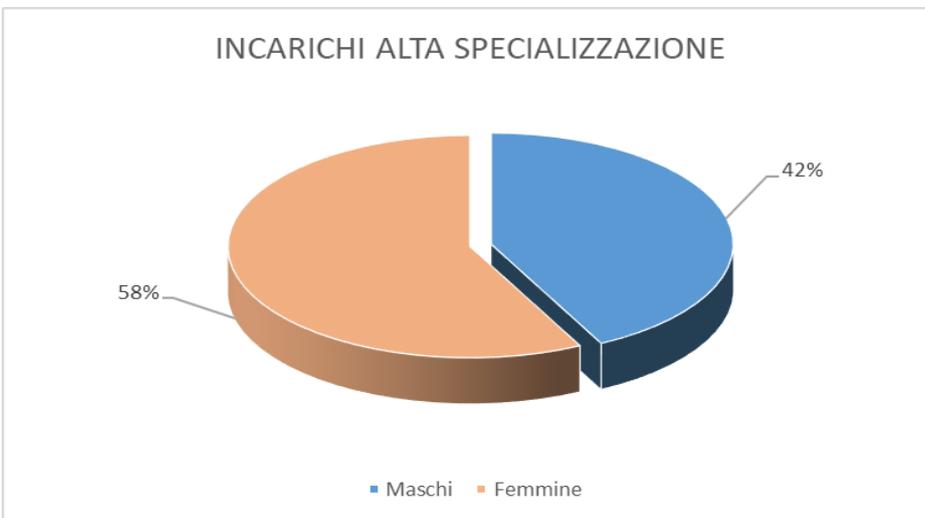
Si analizzano di seguito la composizione del personale per genere nelle diverse tipologie di incarico della Dirigenza. Si evince una maggiore percentuale di personale di genere maschile pari a 58% rispetto a quella di genere femminile pari 42% nelle tipologie di incarico di Struttura Complessa. Nelle restanti tipologie di incarico si ha una prevalenza del personale femminile.



Fonte: elaborazione dati Asl Ogliastra al 31.12.2023



Fonte: elaborazione dati Asl Ogliastra al 31.12.2023



Fonte: elaborazione dati Asl Ogliastra al 31.12.2023

TASSO ASSENZA/PRESENZA ASL OGLIASTRA

ANNO	% PRESENZA	% ASSENZA
2022	78,96	21,04
2023	79,75	20,25

N° DIPENDENTI PART-TIME ASL OGLIASTRA ANNO 2023

DONNE	UOMINI	% TEMPO PARZIALE
5	0	83,30

N° L. 404/92 ASL OGLIASTRA ANNO 2023

DONNE	UOMINI	TOTALE
108	36	144

6. PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

L'Azienda Socio Sanitaria n 4 Ogliastra è costituita a partire dal 01/01/2022. Anche l'anno 2023 è stato caratterizzato da implementazione organizzativa in ottemperanza alla legge di riforma (legge 24/2020).

Con deliberazione D.G. n. 27 del 06/02/2023, acquisito l'esito di verifica di conformità ai sensi dell'art. 16, comma 2, L.R. 11/09/2020, n. 24, si è proceduto all'adozione definitiva dell'Atto Aziendale della Asl n. 4 dell'Ogliastra.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 64 del 08/03/2023 è stato conferito al Dirigente Dott.ssa Anna Lisa Piroddi l'incarico di Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza per la ASL Ogliastra.

A seguito dell'Atto Aziendale nell'anno 2023 sono stati adottati regolamenti per il conferimento e la graduazione degli incarichi dirigenziali e del comparto con le seguenti deliberazioni:

- Deliberazione del Direttore Generale della ASL Ogliastra n. 144 del 02/05/2023 avente ad oggetto "Approvazione Regolamento per il conferimento e la graduazione degli incarichi dirigenziali – Area Sanità – ASL Ogliastra".
- Deliberazione del Direttore Generale della ASL Ogliastra n. 145 del 02/05/2023 avente ad oggetto "Approvazione Regolamento per il conferimento e la graduazione degli incarichi dirigenziali – Area delle Funzioni Locali Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa del SSN – ASL Ogliastra";
- Deliberazione del Direttore Generale della ASL Ogliastra n. 337 del 06/09/2023 avente ad oggetto "Approvazione Regolamento per il conferimento e la graduazione degli incarichi al personale dell'area del Comparto ai sensi degli artt. 24-36 del CCNL 02/11/2022.

Sulla base dei suddetti regolamenti e deliberazioni, nell'anno 2023 sono stati banditi gli Avvisi interni e successivamente assegnati gli incarichi alla dirigenza delle nuove strutture previste dall'atto aziendale: incarichi dirigenziali SSD personale sanitario; incarichi SC, SSD e incarichi professionali dirigenziali per le

strutture amministrative (Delibera n. 251 del 29.06.2023; Delibere 424-425-426-427-428 del 06.11.2023). Per la Dirigenza Sanitaria sono avviate le procedure per le selezioni per gli incarichi di Direzione di SC e in attesa del completamento di tale iter sono stati assegnati gli incarichi di sostituzione. Sono stati banditi gli avvisi per il conferimento degli incarichi professionali per la dirigenza. Tali incarichi sono stati conferiti con decorrenza 01.12.2023.

A tali Responsabili sono stati assegnati obiettivi in materia di anticorruzione e trasparenza, che sono stati oggetto di monitoraggio

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 98 del 30/03/2023, nelle more della conseguente definizione dell'assetto organizzativo dell'Azienda, è stato adottato il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) 2023/2025.

Dalle relazioni sui monitoraggi di tutte le misure, generali e specifiche individuate nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, effettuati e pervenute al RPCT Ogliastra, si rileva per l'anno 2023 l'assenza di fenomeni corruttivi, nonostante la difficoltà a garantire una rotazione continua del personale, per carenza di personale soprattutto dirigenziale. Ove è stato possibile la rotazione del personale è stata garantita, negli altri casi sono state utilizzate soluzioni diverse come misura di prevenzione del rischio corruttivo.

E' stato effettuato il controllo sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione della Asl n. 4 dell'Ogliastra, da parte dell'OIV al 30/06/2023 e che ha riguardato la totalità degli obblighi; il verbale è stato poi trasmesso all'ANAC e pubblicato nella sezione "amministrazione trasparente".

Si evidenzia che nell'anno 2023 in data 26/29 giugno, 6 luglio 2023 sono state organizzate da RPCT ARES e DPO in collaborazione con la SC Formazione, Accreditamento ECM le giornate della privacy e della trasparenza, rivolte principalmente ai Dirigenti Responsabili di Struttura, ai titolari di incarichi di funzione ed ai referenti privacy e anticorruzione. Tali giornate sono state incentrate sui Codici di Comportamento nelle Aziende sanitarie successivamente alle modifiche e/o integrazioni di cui al DPR 13/06/2023 n. 81.

Con il supporto dell'O.I.V. e del RPCT è stato adottato con deliberazione D.G. n. 304 del 02/08/2023 il Codice di Comportamento dei dipendenti Asl Ogliastra.

7. LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DEGLI UTENTI

Nell'anno 2023 la ASL Ogliastra ha continuato a portare avanti l'applicazione di un sistema per la rilevazione del grado di soddisfazione dell'utente per le prestazioni sanitarie ricevute avviato negli anni precedenti dalla ATS Sardegna. Tale sistema ha come fine di promuovere la partecipazione dei cittadini utenti alla valutazione della performance organizzativa attraverso indagini di customer satisfaction basate sull'utilizzo di servizi digitali. La trasformazione digitale consente infatti alla Pubblica Amministrazione di essere maggiormente efficiente e di offrire agli utenti servizi sempre più efficaci ed accessibili.

Il software adottato è perfettamente integrato con i sistemi SISAR del Pronto Soccorso, della specialistica ambulatoriale e di dimissione ospedaliera. Il sistema genera per ciascun accesso un codice univoco all'interno del territorio regionale. Questo codice è presentato (unitamente al link a cui collegarsi per effettuare il questionario di gradimento) all'interno delle stampe prodotte dagli applicativi e consegnate al paziente. Nello specifico queste informazioni sono inserite nelle seguenti stampe:

- Verbale di dimissione di Pronto Soccorso
- Lettera di dimissione di Ricovero
- Referto Prestazione Ambulatoriale
- Referto accesso in Guardia Medica.

Il modello adottato per la rilevazione della qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari per l'anno 2023 nella ASL Ogliastra ha riguardato i seguenti eventi clinici:

- Accessi in Pronto Soccorso
- Ricoveri Ospedalieri
- Visite Ambulatoriali

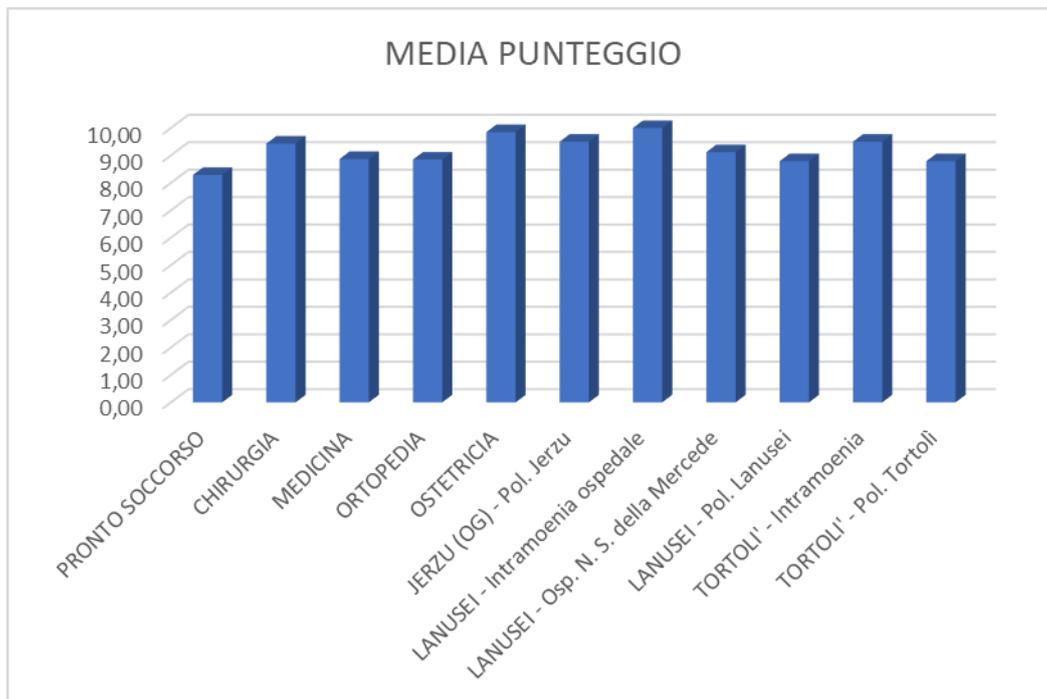
Le principali criticità legate al sistema sono legate al fatto che non è integrato con tutti i servizi offerti dall'azienda e quindi non rileva il grado di soddisfazione complessiva

Un'altra importante criticità è che, sebbene si registri un costante incremento dell'utilizzo del software da parte degli utenti, l'utilizzo rispetto alle prestazioni effettuate è ancora molto ridotto. Si rende necessaria quindi una maggiore pubblicizzazione del sistema.

Si riportano i risultati della rilevazione nella tabella e nel grafico seguente con la precisazione che le valutazioni anche se molto positive in tutti i servizi sono poco significative a causa dell'uso ancora molto limitato del sistema da parte dell'utente. Come evidenziato di seguito i risultati dell'indagine per l'anno 2023 hanno riportato una valutazione media pari a 8,61 su un punteggio massimo di 10.

SERVIZIO/STRUTTURA	MEDIA PUNTEGGIO
Accessi in Pronto Soccorso	8,29
PRONTO SOCCORSO	8,29
Ricoveri Ospedalieri	9,25
CHIRURGIA	9,43
MEDICINA	8,87
ORTOPEDIA	8,85
OSTETRICIA	9,85
Visite Ambulatoriali	9,28
JERZU (OG) - Pol. Jerzu	9,50
LANUSEI - Intramoenia ospedale	10,00
LANUSEI - Osp. N. S. della Mercede	9,12
LANUSEI - Pol. Lanusei	8,79
TORTOLI' - Intramoenia	9,50
TORTOLI' - Pol. Tortolì	8,79
TOTALE COMPLESSIVO	8,94

Elaborazione dati software GURU anno 2023



Elaborazione dati software GURU anno 2023

8. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

La misurazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi strategici attribuiti alle unità operative aziendali nel 2023 è avvenuta nel periodo da aprile a giugno 2024 a cura della SC Programmazione Controllo di Gestione e Flussi della ASL Ogliastra. La SC Programmazione Controllo di Gestione e Flussi della ASL Ogliastra ha provveduto inoltre alla redazione del presente documento al fine di consentire l'adozione da parte della Direzione Generale e la validazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

L'intero processo del ciclo della performance è stato condizionato da diversi fattori tra i quali in particolare si possono ricordare la gestione del post emergenza a causa della pandemia covid e la riforma del servizio sanitario regionale. La ASL Ogliastra ha comunque cercato di rispettare i tempi previsti dal ciclo della performance nonostante tali criticità.

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

FASI	SOGGETTI/ RESPONSABILITÀ	TEMPI
Misurazione obiettivi delle UUOO	SC Programmazione Controllo di Gestione e Flussi	Maggio 2024
Misurazione della performance individuale	Direttori e responsabili delle UUOO	Maggio/giugno 2024
Redazione della Relazione sulla Performance	Servizio Programmazione e Controllo	giugno 2024
Adozione della Relazione sulla Performance	Direzione Generale	giugno 2024
Validazione della Relazione sulla Performance	Organismo Indipendente di valutazione	giugno 2024