ASLOgliastra
Azienda socio-sanitaria locale

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

ASL OGLIASTRA

ANNO 2024

Sommario

PREMESSA 3
1. DATI IDENTIFICATICI E ANALISI DEL CONTESTO 4
1.1. Dati identificativi dell'azienda 4
1.2. Contesto esterno 6
1.3. Analisi del contesto esterno 6
1.4. Contesto interno 8
1.5. Le risorse economiche e finanziarie 25
2. IL SISTEMA DI GESTIONE DL CICLO DELLA PERFORMANCE 28
3. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 30
4. PERFORMANCE INDIVIDUALE 58
5. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE 60
6. PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA 63
7. LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DEGLI UTENTI 64
8. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 66

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 2024, 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 responsabilizzazione con la quale rendicontare ai portatori di interesse (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 IDENTIFICATICI E ANALISI DEL CONTESTO

1.1. Dati identificativi dell'azienda

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.

Il logo ufficiale dell'Azienda è individuato apponendo al logo del Servizio Sanitario Regionale, unico per l'intero Servizio, il nome dell'Azienda:

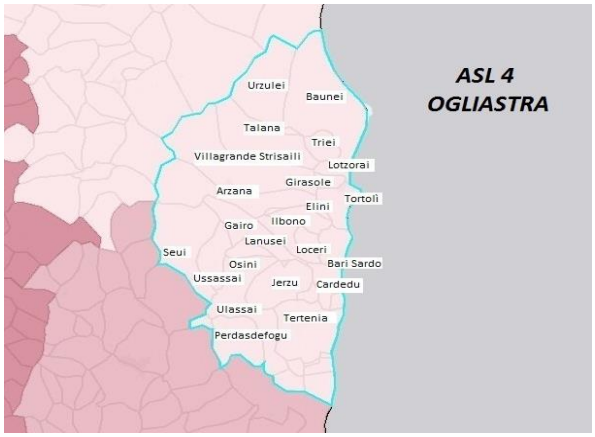
ASLOgliastra
Azienda socio-sanitaria locale

Codice Regione (NSIS)	200
Descrizione Regione	SARDEGNA
Codice Azienda Sanitaria (NSIS)	304
Denominazione Azienda Sanitaria	AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N. 4 OGLIASTRA - ASL 4 OGLIASTRA
Sede	VIA PISCINAS, N 5 08045 LANUSEI (NU)
Codice Istat Comune	91037
Telefono	0782/490211
Sito web	https://www.asl4ogliastra.it
E-mail/PEC	direzione.generale@aslogliastra.it protocollo@pec.aslogliastra.it
Riferimenti URP aziendale	urp.ogliastra@aslogliastra.it Telefono: 0782/490208
Natura giuridica	AZIENDA PUBBLICA ECONOMICA A CARATTERE SANITARIO E SOCIO SANITARIO
Codice Fiscale e Partita IVA	01620420917
Codice univoco Ufficio fatturazione elettronica	**ET7V3U**

L’ambito territoriale dell’Azienda ASL 4 Ogliastra, coincide con l’area storico-geografica della Sardegna denominata ‘Ogliastra’ che confina a nord-ovest con la provincia di Nuoro e a sud-ovest con la provincia di Cagliari.

Il territorio ogliastrino ha una specifica connotazione geografica: prevalentemente montuoso e impervio nella parte interna, dove si trovano montagne relativamente basse e aridi altopiani di roccia calcarea, e più pianeggiante lungo la costa. Questa caratteristiche geografiche hanno contribuito a delineare un sistema demografico, sociale ed economico decisamente differenziato al suo interno tra zone interne e costiere.

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, Tortolì, Triei, Ulassai, Urzulei, Ussassai, Villagrande Strisaili.



Fonte: rielaborazione mappa Sistema Informativo geografico dell’Istat (Gistat)

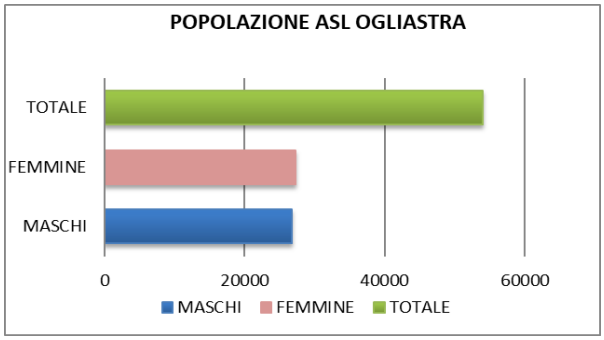
DISTRETTO UNICO: TORTOLI'

23 COMUNI

1.2. Contesto esterno

1.3. Analisi del 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.

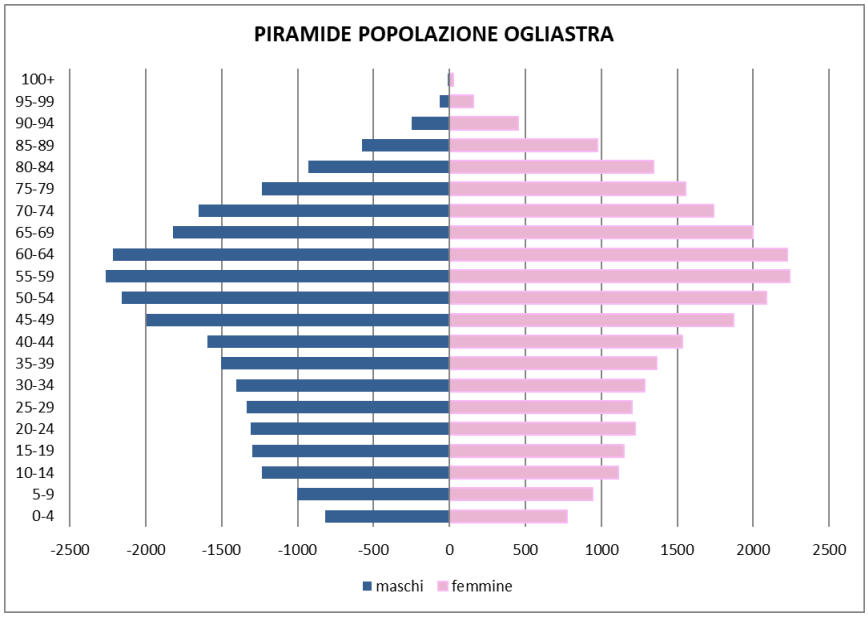


Fonte: elaborazione dati Istat 01/01/2025

La popolazione del territorio di competenza della Asl 4 Ogliastra al 01/01/2025 ammonta a 53.937 residenti di cui 27263 femmine e 26674 maschi (-241 rispetto all'anno precedente). L'area si estende per 1.855 km2 con una densità di popolazione pari a 29,09 abitanti per km2 e corrisponde al 3,41% 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 oltre il 50% della popolazione.

Negli ultimi decenni si è assistito al continuo spopolamento dei comuni dell'interno a favore dei centri costieri. Due soli centri sono al di sopra dei cinquemila abitanti tra cui il Comune di Tortolì che registra una popolazione pari a circa un quinto dell'intera popolazione d'area, in crescita pressoché costante, con un contributo più che proporzionale apportato dalle classi più giovani e in età lavorativa, e con una densità demografica sensibilmente superiore alla media.

L'aspetto piramidale della distribuzione per classi di età della popolazione evidenzia una bassa natalità senza significativa differenza tra i sessi. La bassa numerosità nelle 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 45 ai 69 anni, in particolare quella dai 55 ai 59 anni.



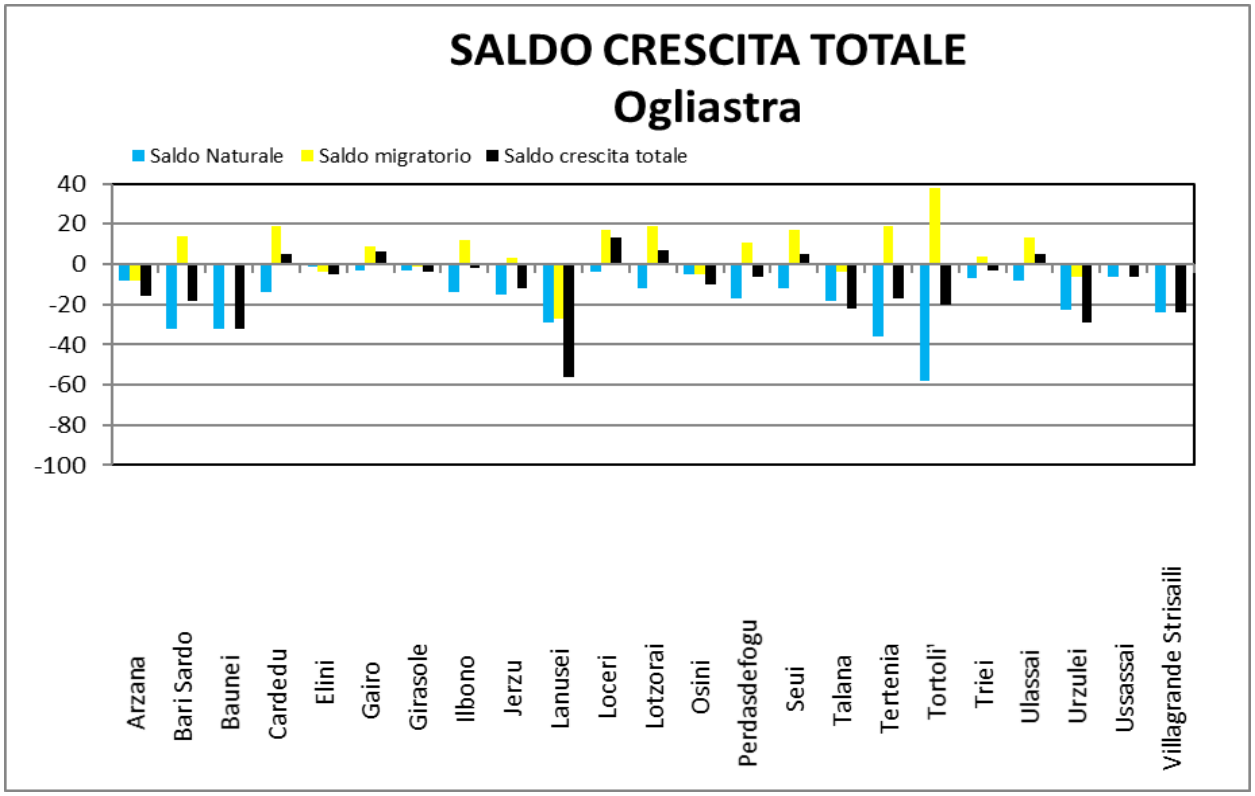
Fonte: elaborazione dati Istat 01/01/2025

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 251,56.

L'indice di dipendenza strutturale, che rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva su quella attiva, presenta un valore pari a 62,18, 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.

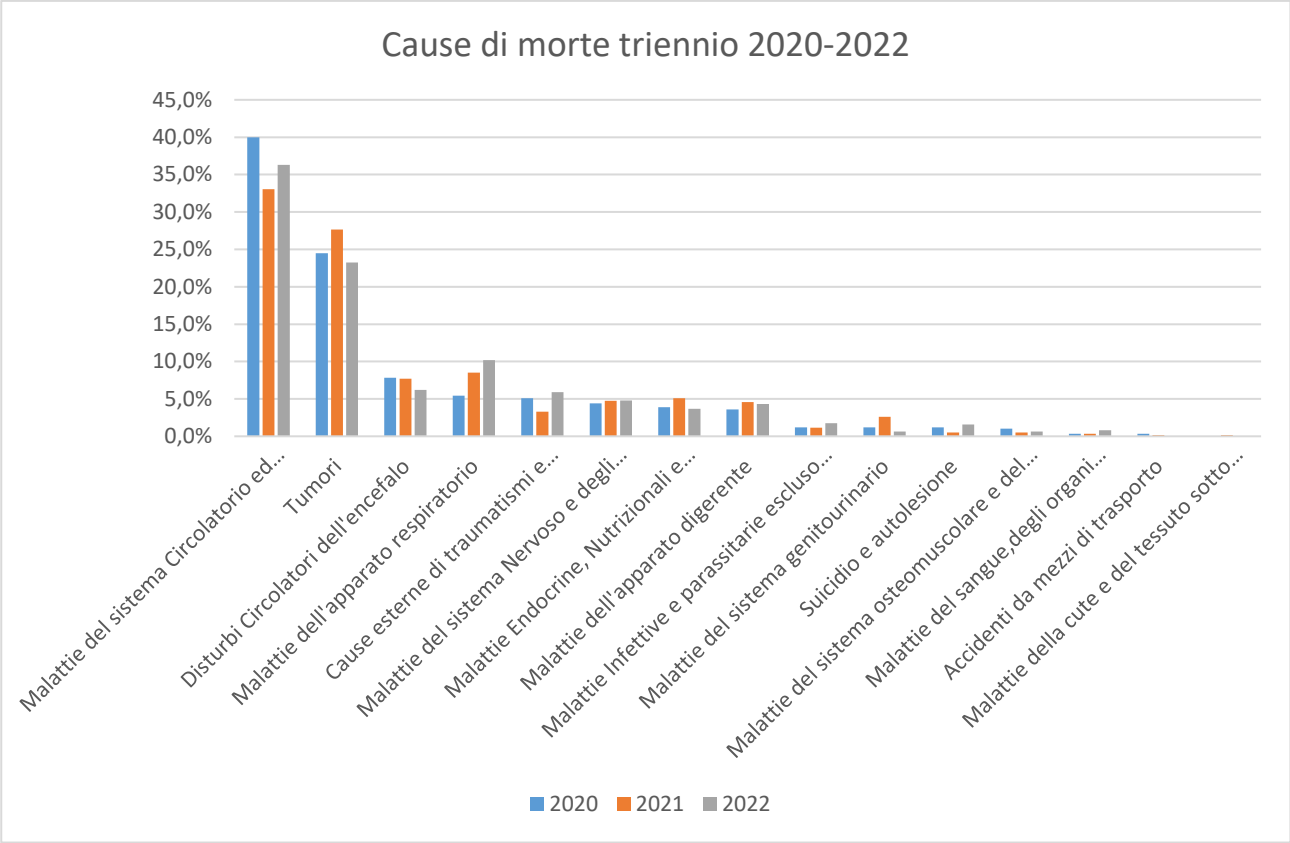
Analizzando il saldo di crescita totale, dato dalla somma del tasso di crescita naturale e del tasso migratorio, il saldo positivo si riduce a sei paesi: Gairo, Lotzorai, Seui, Ulassai, Loceri e Cardedu.



Fonte: elaborazione dati Istat 01/01/2025

Altro indicatore fondamentale per conoscere lo stato di salute della popolazione é l'analisi delle cause di morte.

Si riportano nel grafico seguente le cause di morte nei comuni dell'Ogliastra nel triennio 2020 2022:



Fonte: Elaborazione dati Rencam 2020/2022

Gli ultimi dati disponibili sulla mortalità (anno 2022, fonte: Elaborazione dati Rencam 2020/2022) evidenziano un totale di 628 decessi. Le cause di morte più diffuse risultano i disturbi del sistema circolatorio (29% sul totale decessi), le neoplasie (23,2% sul totale decessi) e le malattie dell'apparato respiratorio.

1.4. 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.

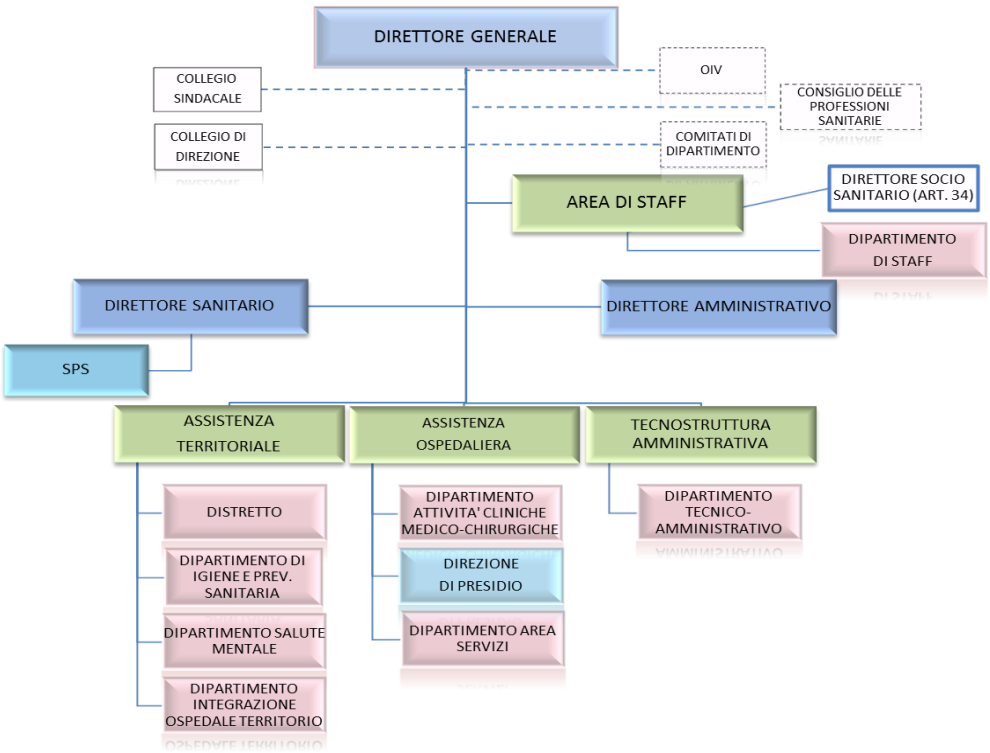
L'atto aziendale definisce il modello organizzativo dell'Azienda e le linee strategiche generali nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia e miglioramento continuo dei servizi offerti. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale e tecnico-professionale, disciplina 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 2024 con il confronto rispetto ai dati 2023 della ASL Ogliastra.

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 12% rispetto all'anno 2023 come evidenziato nella seguente tabella.

Dati attività specialistica ambulatoriale strutture pubbliche ASL Ogliastra 2024/2023

BRANCA	PRESTAZIONI 2024	PRESTAZIONI 2023	DIFF.	DIFF. %
01 - Anestesia	1.377	823	554	67%
02 - Cardiologia	14.252	11.562	2.690	23%
03 - Chirurgia Generale	3.378	2.172	1.206	56%
04 - Chirurgia Plastica	548	562	-14	-2%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	326	250	76	30%
06 - Dermosifilopatia	810	861	-51	-6%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	21.460	12.922	8.538	66%
09 - Endocrinologia	989	777	212	27%
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	1.490	1.635	-145	-9%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica-Genetica-Immunoematologia E S. Trasf.	553.114	513.230	39.884	8%
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	24.893	7.539	17.354	230%
13 - Nefrologia	6.375	4.992	1.383	28%
15 - Neurologia	927	705	222	31%
16 - Oculistica	1.795	4.028	-2.233	-55%
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	1.835	2.495	-660	-26%
18 - Oncologia	4.052	2.817	1.235	44%
19 - Ortopedia E Traumatologia	4.168	3.235	933	29%
20 - Ostetricia E Ginecologia	2.976	2.581	395	15%
21 - Otorinolaringoiatria	440	1.963	-1.523	-78%
22 - Pneumologia	2.215	1.413	802	57%
23 - Psichiatria	858	440	418	95%
24 - Radioterapia	151	116	35	30%
25 - Urologia	695	694	1	0%
26 - Altre Prestazioni	58.805	54.790	4.015	7%
TOTALE	**707.929**	**632.602**	**75.327**	**12%**

Fonte: elaborazione dati flusso file C – SAM - Abaco

Nelle strutture private si registra invece una riduzione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale pari complessivamente al 1%.

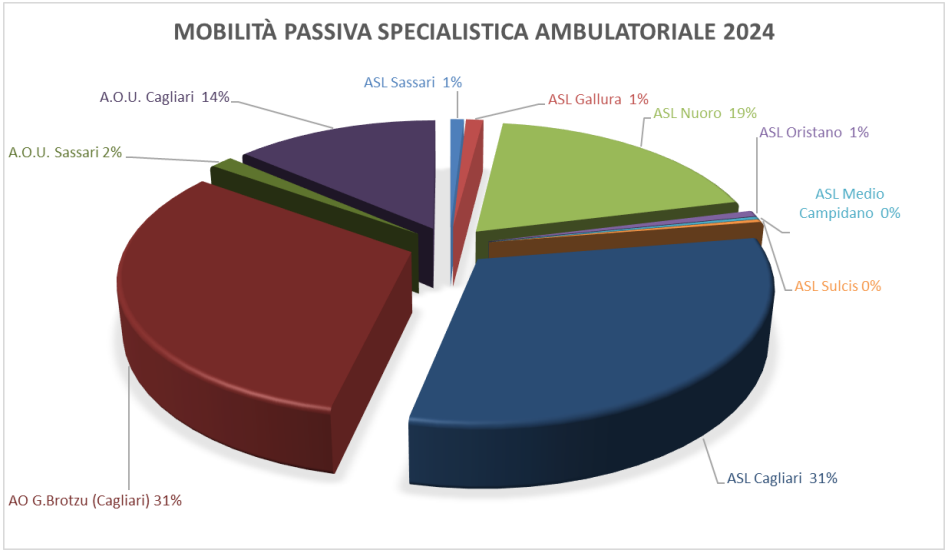
Dati attività specialistica ambulatoriale strutture private ASL Ogliastra 2024/2023

BRANCA	PRESTAZIONI 2024	PRESTAZIONI 2023	DIFF.	DIFF. %
02 - Cardiologia	3.200	3.523	-323	-9%
03 - Chirurgia Generale	908	837	71	8%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	38	162	-124	-77%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	16.980	18.177	-1.197	-7%
09 - Endocrinologia	104	174	-70	-40%
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva			0	
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche	54.310	54.022	288	1%
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	31.924	32.073	-149	0%
15 - Neurologia	5.324	4.773	551	12%
16 - Oculistica	1.635	1.725	-90	-5%
19 - Ortopedia E Traumatologia	669	549	120	22%
21 - Otorinolaringoiatria		5	-5	-100%
23 - Psichiatria	1.362	1.597	-235	-15%
25 - Urologia	27	26	1	4%
26 - Altre Prestazioni*	233		233	
TOTALE	116.714	117.643	-929	-1%

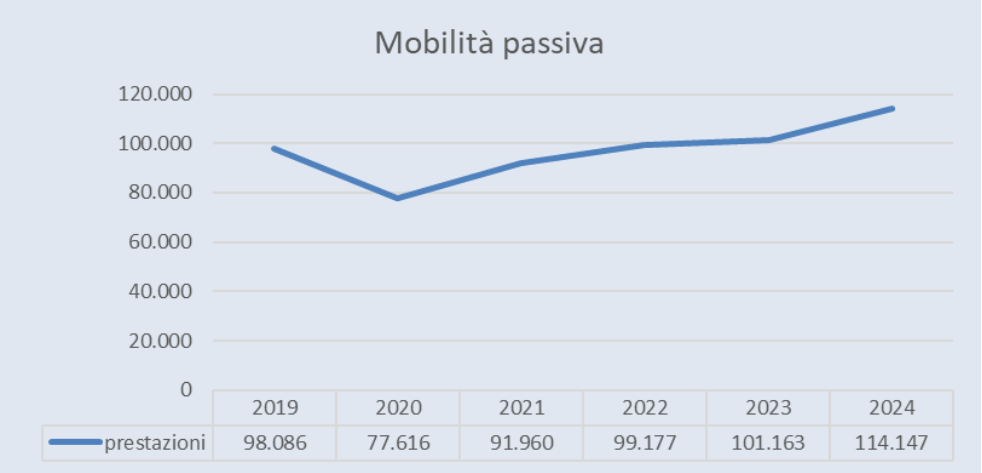
Fonte: elaborazione dati flusso file C – SAM - Abaco

Mobilità passiva specialistica ambulatoriale

Mobilità passiva	anno 2024		2023		delta		delta %	
	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore
TOTALE	**114147**	**4014643,41**	**99177**	**3330218,4**	**14970**	**684425,01**	**15%**	**21%**



Fonte: elaborazione dati flusso file C – SAM - Abaco



Fonte: elaborazione dati flusso file C – SAM - Abaco

Dati attività assistenza riabilitativa

ASSISTENZA RESIDENZIALE		ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE		ASSISTENZA AMBULATORIALE		ASSISTENZA EXTRAMURALE E DOMICILIARE	
UTENTI		UTENTI		ACCESSI		UTENTI	
2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023
23	21	24	24	13120	13094	307	291

Fonte RIA11 2023/2024

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 115 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

DISCIPLINA	POSTI LETTO			
	DEGENZE ORDINARIE	DAY HOSPITAL	DAY SURGERY	TOTALE
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 2024

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**
Geriatria	10	4	0	**14**
TOTALE	**50**	**8**	**8**	**66**

Fonte HSP13 anno 2024

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 2024/2023

DISCIPLINA	REGIME RICOVERO	DIMESSI 2024	DIMESSI 2023	DIFF.	DIFF. %
0801 - Cardiologia	1 - Ricovero Ordinario	0	0	0	
0801 - Cardiologia	2 - Day Hospital	118	129	-11	-9%
0901 - Chirurgia Generale	1 - Ricovero Ordinario	934	1.076	-142	-13%
0901 - Chirurgia Generale	2 - Day Hospital	61	68	-7	-10%
2601 - Medicina Generale	1 - Ricovero Ordinario	1.497	1.359	138	10%
2601 - Medicina Generale	2 - Day Hospital	88	120	-32	-27%
2603 - Medicina Generale	1 - Ricovero Ordinario	20	40	-20	-50%
2603 - Medicina Generale	2 - Day Hospital	16	8	8	100%
3101 - Nido	1 - Ricovero Ordinario	2	1	1	100%
3601 - Ortopedia E Traumatologia	1 - Ricovero Ordinario	679	708	-29	-4%
3601 - Ortopedia E Traumatologia	2 - Day Hospital	19	41	-22	-54%
3701 - Ostetricia E Ginecologia	1 - Ricovero Ordinario	37	55	-18	-33%

DISCIPLINA	REGIME RICOVERO	DIMESSI 2024	DIMESSI 2023	DIFF.	DIFF. %
3701 - Ostetricia E Ginecologia	2 - Day Hospital	192	126	66	52%
3901 - Pediatria	1 - Ricovero Ordinario		6	-6	-100%
3901 - Pediatria	2 - Day Hospital		1	-1	-100%
4901 - Terapia Intensiva	1 - Ricovero Ordinario	175	172	3	2%
4901 - Terapia Intensiva	2 - Day Hospital	1			
TOTALE		**3.839**	**3.910**	**-71**	**-2%**

Fonte: elaborazione dati flusso file A-SDO – Abaco

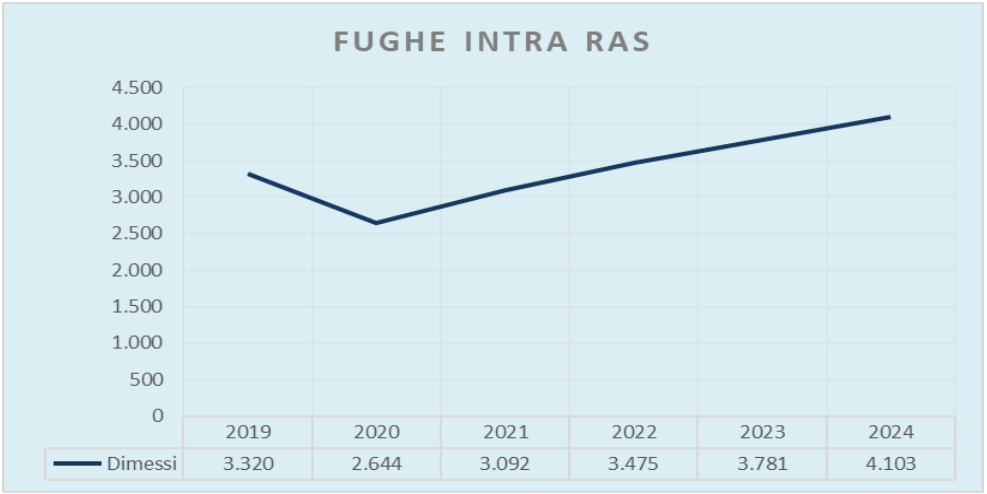
Dati attività Struttura privata convenzionata 2024/2023

DISCIPLINA	REGIME RICOVERO	DIMESSI 2024	DIMESSI 2023	DIFF.	DIFF. %
2101 - Geriatria	1 - Ricovero Ordinario	356	344	12	3%
2101 - Geriatria	2 - Day Hospital	251	144	107	74%
2601 - Medicina Generale	1 - Ricovero Ordinario	97	144	-47	-33%
2601 - Medicina Generale	2 - Day Hospital	400	245	155	63%
5601 - Medicina Fisica E Riabilitazione	1 - Ricovero Ordinario	160	191	-31	-16%
6001 - Lungodegenti	1 - Ricovero Ordinario	92	41	51	124%
9801 - Laboratorio Analisi	2 - Day Hospital	1.311	1.250	61	5%
TOTALE		**2.667**	**2.359**	**308**	**13%**

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 2024 del numero dei dimessi.

Grafico mobilità passiva - numero dimessi



Fonte: elaborazione dati Abaco 2019/2024

Nella mobilità attiva si registra un significativo incremento negli anni dal 2020 al 2024 come evidenziato nella tabella e nei grafici seguenti relativi all'attività svolta dal Presidio Ospedaliero della ASL Ogliastra.

Mobilità attiva – dimessi

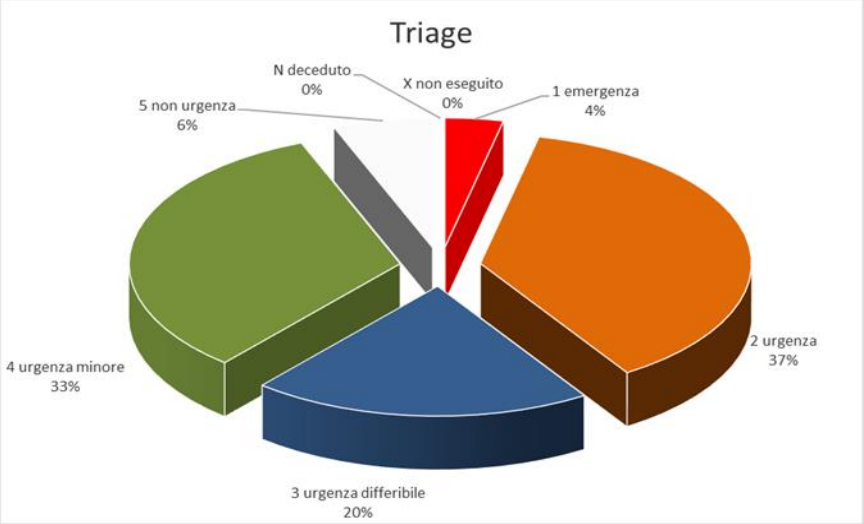
Erogatore	2020	2021	2022	2023	2024
0801 - Cardiologia	8	9		2	3
0901 - Chirurgia Generale	52	181	162	169	104
2603 -Nefrologia e Dialisi	51	67	38	29	30
2603 - Medicina Generale	2		2	1	
3101 - Nido	4	4			
3601 - Ortopedia E Traumatologia	2	60	87	124	146
3701 - Ostetricia E Ginecologia	18	18	3	6	11
3901 - Pediatria	3	3			
4901 - Terapia Intensiva	22	16	20	37	27
5001 - Unità Coronarica		1			
TOTALE	**162**	**359**	**312**	**368**	**321**

Fonte: elaborazione dati Abaco 2020/2024

Nei grafici seguenti si rappresentano i dati maggiormente significativi del Pronto Soccorso nell'anno 2024.

Pronto Soccorso – Triage

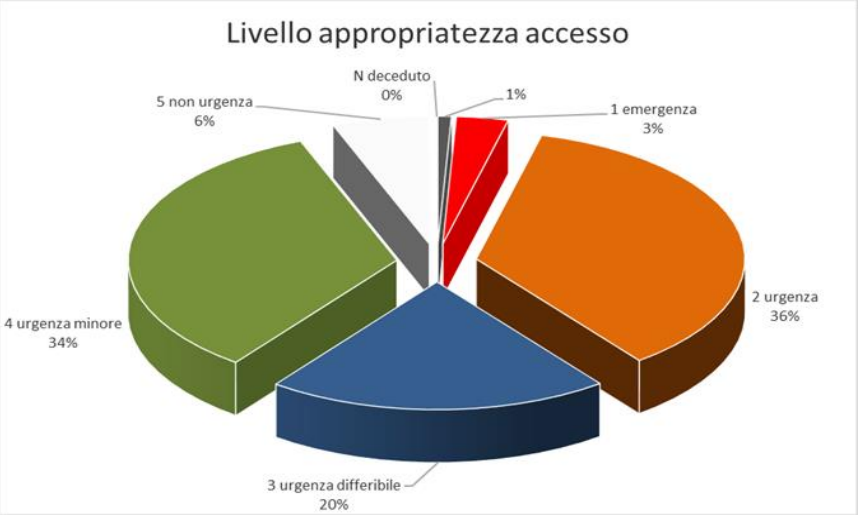
Triage		Casi	Importo
1	emergenza	556	€ 129.217,18
2	urgenza	5989	€ 882.383,55
3	urgenza differibile	3243	€ 425.143,33
4	urgenza minore	5257	€ 455.938,97
5	non urgenza	948	€ 53.655,25
N	deceduto	1	€ 25,13
X	non eseguito	2	€ -
Totale		**15.996**	**€ 1.946.363,41**



Fonte: elaborazione dati flusso file L anno 2024

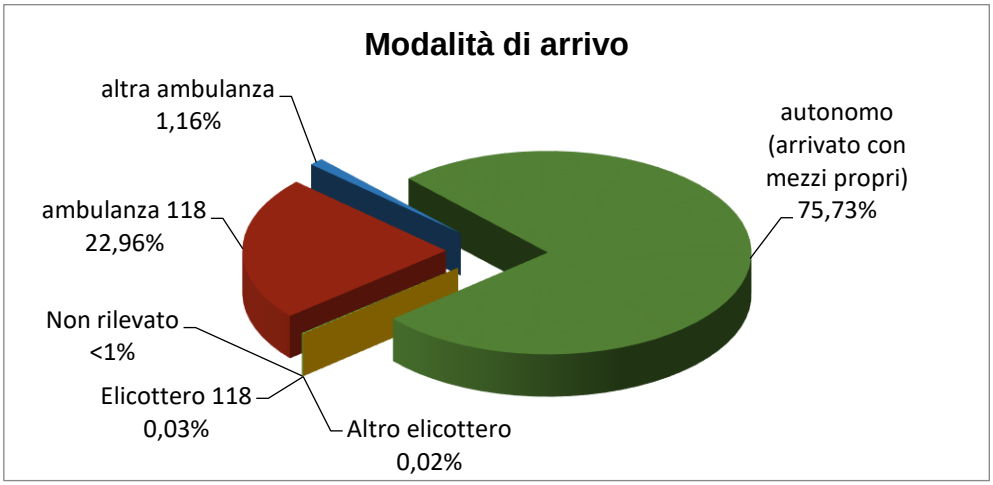
Pronto Soccorso – livello appropriatezza accesso anno 2024

Livello appropriatezza accesso		Casi		Importo
		130	€	2.925,21
1	emergenza	497	€	116.224,19
2	urgenza	5714	€	855.335,10
3	urgenza differibile	3292	€	435.528,02
4	urgenza minore	5429	€	481.066,85
5	non urgenza	931	€	55.183,52
N	deceduto	3	€	100,52
Totale		**15.996**	**€**	**1.946.363,41**



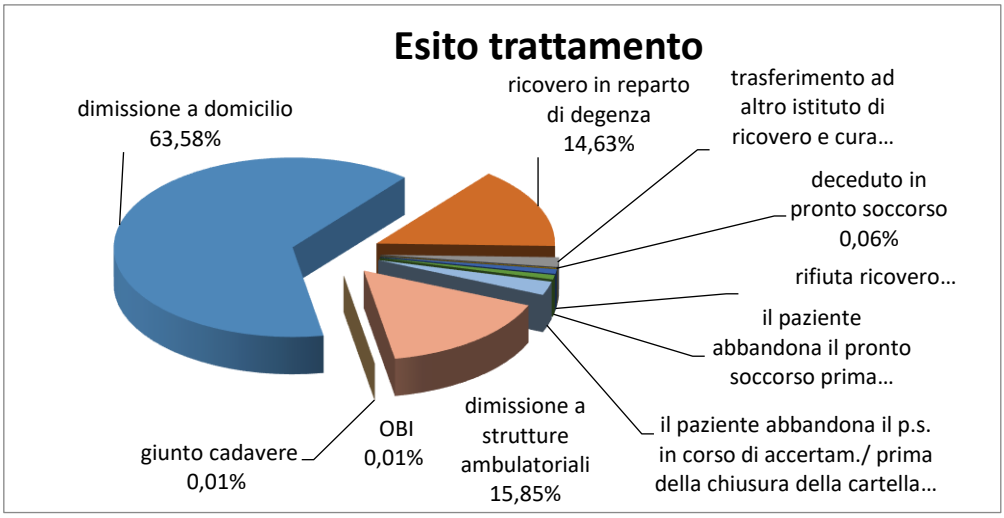
Fonte: elaborazione dati flusso file L anno 2024

Pronto Soccorso – modalità arrivo anno 2024



Fonte: elaborazione dati flusso file L anno 2024

Pronto Soccorso – esito trattamento anno 2024



Fonte: elaborazione dati flusso file L anno 2024

Si riportano nelle tabelle seguenti alcuni dati delle principali attività dei servizi del Dipartimento di Prevenzione della ASL Ogliastra relativamente all'anno 2023 e all'anno 2024.

Patrimonio zootecnico al 31.12.2024

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	54	54	36	67	8	3
BARISARDO	5	42	42	44	64	21	9
BAUNEI	36	69	69	62	33	12	5
CARDEDU	7	35	35	20	37	11	13
ELINI	0	1	1	4	4	1	3
GAIRO	16	25	25	31	16	2	7
GIRASOLE	3	8	8	35	11	3	7
JERZU	12	29	29	15	9	3	11
ILBONO	7	23	23	19	26	3	3
LANUSEI	9	58	58	46	51	12	10
LOCERI	2	16	16	19	15	7	7
LOTZORAI	9	21	21	43	12	4	7
OSINI	7	25	25	10	17	8	2
PERDASDEFOGU	15	27	27	27	17	3	8

COMUNE	BOVINI	OVINI	CAPRINI	SUINI	EQUINI	ASINI	API
	N° ALLEV.	N° ALLEV.	N° ALLEV.	N° TOTALE ALLEV.	N° TOTALE ALLEV.	N° ALLEV.	N° ALLEV.
SEUI	34	43	43	19	26	6	13
TALANA	81	57	57	38	15	5	7
TERTENIA	22	97	97	44	25	11	7
TORTOLI	3	19	19	23	38	6	25
TRIEI	11	45	45	41	16	6	14
ULASSAI	32	38	38	29	36	17	12
URZULEI	64	56	56	80	34	11	12
USSASSAI	4	16	16	15	5	2	4
VILLAGRANDE	106	115	115	129	103	28	11
TOTALI	**561**	**919**	**919**	**829**	**677**	**187**	**200**

Fonte: servizio Sanità Animale

COMUNE	BOVINI	OVINI	CAPRINI	SUINI	EQUINI	ASINI	API
	N° CAPI	N° CAPI	N° CAPI	N° CAPI	N° CAPI	N° CAPI	NUMERO ALVEARI
ARZANA	5.674	5.443	3.107	598	127	64	5
BARISARDO	14	8.336	1.047	431	92	47	24
BAUNEI	858	669	4.436	437	45	34	9
CARDEDU	125	3.070	1.007	177	87	74	13
ELINI	0	0	131	45	6	0	4
GAIRO	743	977	1.631	354	8	6	12
GIRASOLE	3	977	71	356	5	3	7
JERZU	231	1.992	2.233	343	17	6	20
ILBONO	78	3.333	105	231	7	2	5
LANUSEI	69	3.676	1.667	6.150	55	24	15
LOCERI	36	2.231	303	400	21	12	11
LOTZORAI	180	2.815	150	211	11	7	8
OSINI	294	1.974	362	54	30	28	2
PERDASDEFOGU	619	878	1.383	128	28	4	8
SEUI	1.736	3.246	3.789	104	55	30	19
TALANA	5.569	3.888	4.837	981	43	40	15
TERTENIA	835	11.978	4.333	478	304	281	19

TORTOLI	23	1.102	217	212	39	5	28
TRIEI	75	2.747	1.727	887	5	0	16
ULASSAI	1.770	2.141	2.026	187	58	36	36
URZULEI	2.146	3.135	2.975	608	62	45	18
USSASSAI	63	431	513	163	19	15	8
VILLAGRANDE	7.386	14.272	5.257	2.479	86	58	29
TOTALI	**28.527**	**79.311**	**43.307**	**16.014**	**1.210**	**821**	**331**

ATTIVITA' SANITA' ANIMALE	Numero capi controllati Anno 2023	Numero capi controllati Anno 2024
Psa suino	3.295	2715
Brucellosi ovicaprina	5.238	2.920
Brucellosi bovina	2.417	292
Leucosi	681	292
Salmonellosi	79	90
Genotipizzazione	2.016	716
West Nile	16	36
Tubercolosi bovina	4.231	4761

Fonte: servizio Sanità Animale

ATTIVITA' SERVIZIO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	ANNO 2023	Anno 2024
Registrazione allevamenti produzione primaria latte	36	33
Registrazione allevamenti produzione primaria OSM	64	50
Riconoscimento stabilimenti trasformazione operatori vari (OSA - OSM - SOA)	1	1
Registrazione stabilimenti trasformazione operatori vari (OSA - OSM -SOA)	2	0
Modifica riconoscimento e registrazione stabilimenti (OSA - OSM -SOA)	1	0
Autorizzazioni diverse da registrazioni e riconoscimenti (trasporto animali vivi, scorta farmaci, strutture veterinarie di cura, stabilimenti riproduzione animale)	25	20
Emissione certificati ai fini dell'export,	0	5

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	0
Controlli ufficiali di follow up	5	10
Altre attività a richieste degli operatori	1	0

ATTIVITA' SERVIZIO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	ANNO 2023	ANNO 2024
Piano Regionale Residui Prelievi matrici varie	17	16
Piano Nazionale Alimentazione Animali prelievi mangimi e acqua abbeverata	30	28
Piano Regionale Controllo Ufficiale Alimenti ispezioni e audit	12	10
Piano Aziendale C.U. Produzione primaria latte ispezioni	6	6
Piano Regionale Benessere Animale ispezioni allevamenti	146	112
Piano Regionale Farmacosorveglianza ispezioni operatori vari	145	120
Piano Controlli Ufficiali Sicurezza Alimentare e TSE ispezioni	0	2
Piano Controlli Ufficiali Sostanze Vietate ispezioni	5	5
Piano monitoraggio zone di produzione molluschi bivalvi vivi campionamenti molluschi	280	230
Piano monitoraggio zone di produzione molluschi bivalvi vivi campionamenti acqua	125	110
Piano eradicazione PSA ispezioni	20	0

Fonte: servizio igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

SERVIZIO IGIENE PRODUZIONE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	ANNO 2023	Anno 2024 -
Accessi vigilanza attività registrate	112	93
accessi vigilanza attività riconosciute	29	22
Prelievo emosieri . Psa.psc mattatoio	101	38
campionamento alimenti (PRCUA, PRR, PRCF, etc.	104	88
campionamenti carcasse Reg. 2073/05	19	30
Esame trichinoscopico stabilimenti macellazione	739	1155
Esame trichinoscopico macellazioni uso famiglia	220	113
Scarico capi macellati dalla BDN	3774	2248
Sopraluogo in stabilimenti per nuovi riconoscimenti	2	3

SERVIZIO IGIENE PRODUZIONE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	ANNO 2023	Anno 2024 -
Rendicontazione D.L. 194/08..Diritti Sanitari (ore)	40	40
Attestazione idoneità suini macellati a domicilio	390	145
Controlli benessere animale alla macellazione	6	4
Controlli benessere animale al trasporto	5	2
Controlli anagrafe al macello	4	4
Controlli SOA al macello	6	5

Fonte: servizio igiene produzione alimenti di origine animale

Motivo intervento	Provvedimenti sanzionatori anno 2023			Provvedimenti sanzionatori anno 2024		
	N. CNR	N. verbali prescrizione	Violazioni	N. CNR	N. verbali prescrizione	Violazioni
Piano sicurezza in edilizia	9	9	9	10	11	10
Indagini infortunio	3	3	9	3	4	4
Piano controllo altre attività	3	3	4	7	7	7
Attività rimozione amianto	2	2	2	0	0	0
Piano sicurezza in agricoltura	/	/	/	1	1	1

TIPOLOGIA	ANNO 2023	Anno 2024
N. aziende controllate Agricoltura	20	9
Numero notifiche amianto controllate	/	9
N. aziende edili ispezionate edilizia+amianto	78	4
Numero sequestri	/	4
N. aziende comparto portuale, marittimo e della pesca	2	1
Numero controlli documentali	/	7
Numero eventi formativi PRP	/	2
N. deleghe procura	/	3

Numero indagini infortunio	/	12
Numero malattie professionali	/	3
Numero ricorsi avverso il giudizio del Medico competente	/	1
Numero controlli stress lavoro correlato	/	1
Numero controlli sulle macchine Titolo III° DLG 81/2008	/	20
Numero aziende edili o agricole sottoposte a controllo per gli aspetti della sorveglianza sanitaria	/	68
n. aziende ispezionate in altri comparti altri comparti	41	23

Fonte: Spresal

VACCINAZIONI		
TIPOLOGIA	**ANNO 2023**	**Anno 2024 -**
Vaccinazioni pediatriche e adulti	8903	7128
Vaccinazioni antifluenzali effettuati presso i SISP	1720	331
Vaccinazioni covid effettuati	1787	259
Effettuazione test mantoux	205	160
ATTIVITA' PER PANDEMIA SARS COV2		
TIPOLOGIA	**ANNO 2023**	**Anno 2024**
indagini epidemiologiche per covid 19	851	165
invii certificati isolamento	851	/
invii certificati guarigione	851	/
invio tabelle riepilogative quotidiane	243	/

Fonte: Servizio Igiene Pubblica

SORVEGLIANZA PASSI		
TIPOLOGIA	**ANNO 2023**	**Anno 2024**
Interviste passi	156	98
Interviste passi d'argento	20	12
Invii lettere passi	270	297
Invii lettere passi d'argento	44	32

Fonte: Servizio Igiene Pubblica

ATTIVITA' PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	Anno 2023	Anno 2024
Okkio alla Salute: accessi nelle scuole campionate per la rilevazione	**18**	Prossima rilevazione nel **2026**
Screening oncologico mammella - numero inviti	**4824**	Primi livello: **3090** Secondo livello: **479**
Screening oncologico colon retto - numero inviti	**10892**	Primi livello: **14496** Secondo livello: **208**
Screening oncologico cervice uterina - numero inviti	**6453**	Primi livello: **5691** Secondo livello: **152**

Fonte: Servizio Prevenzione e Promozione della Salute

ATTIVITA' IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	ANNO 2023	Anno 2024
Controlli Ufficiali	47	**98**
Verifiche Successive (Follow-Up)	26	**30**
Verifiche Allerte Sanitarie	0	**24**
Controlli Mense – Ristorazione Collettiva	7	**17**
Campionamento Acque Destinate Al Consumo Umano	172	**177**
Campionamento Conoscitivo Acque Grezze	0	**1**
Campionamento Alimenti Per Radioattività	0	**Non previsti dalla Regione**
Campionamento Acqua Per Radioattività	0	**0**
Campionamento Alimenti	43	**58**
Provvedimenti Amministrativi	37	**31** (Di cui 24 sanzioni; 4 sospensioni attività; 3 revoche sospensioni attività)
Provvedimenti Penali		**3** (CNR comunicate in Procura)

Fonte: SIAN

ATTIVITA' MEDICINA LEGALE	Anno 2024
Patenti Guida	368
Patenti Nautiche	20
Porto Armi	486
Cert Necroscopici	249
Cert Trasporto	50
Cert Cremazione	19
Cert Contrassegno Individuale	52
Cert Elettori Impediti	1
Cert Esonero Cinture	9

Fonte: Servizio Medicina Legale

1.5. Le risorse economiche e finanziarie

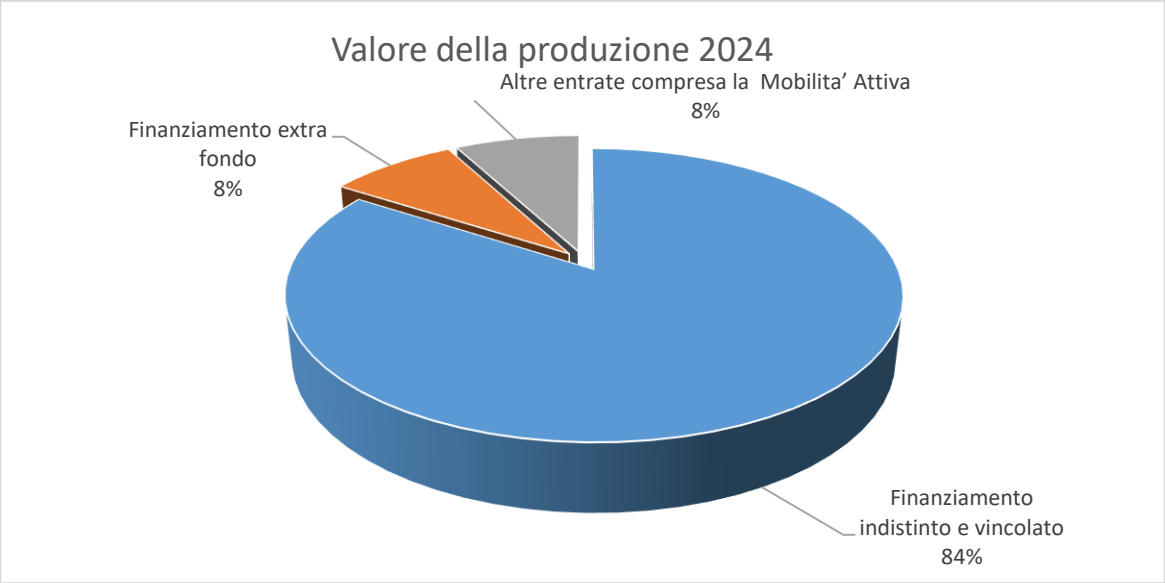
L'azienda socio sanitaria n. 4 dell'Ogliastra è stata istituita dal 01/01/2022 ai sensi dell'art 9 della L.R. 24/2020 pertanto i dati economici sotto riportati si riferiscono al terzo anno di attività della azienda.

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 Mobilità Attiva	valore produzione
CE Consuntivo 2024	122.091.980,10	11.742.669,09	11.411.039,83	145.245.689,02

Fonte CE consuntivo 2024 inserito su NSIS il 29.05.2025



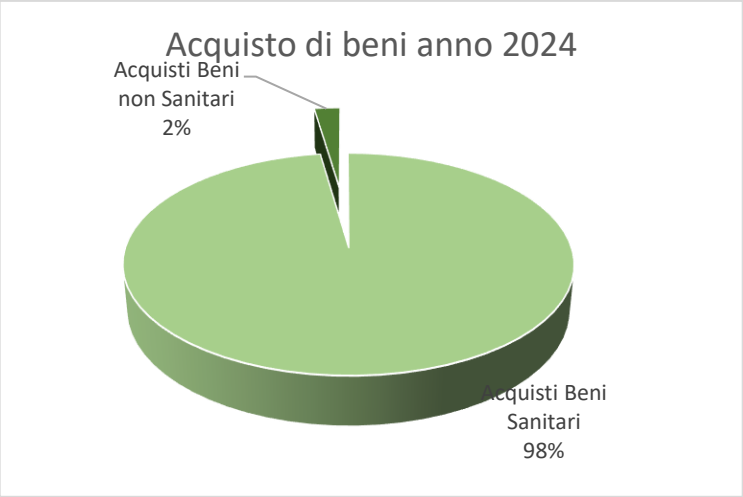
Fonte CE consuntivo 2024 inserito su NSIS il 29.05.2025

Costo della produzione

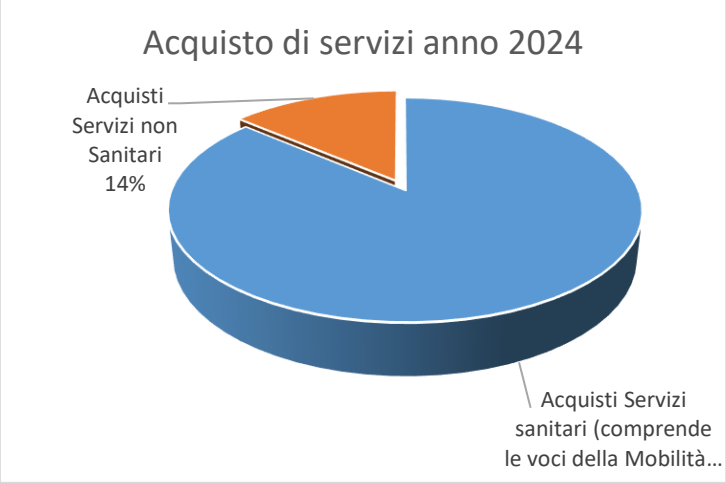
I dati di costo sono le risultanze delle registrazioni contabili che solo in minima parte sono state gestite direttamente dalla ASL 4 Ogliastra in quanto la maggior parte delle voci di costo sono le risultanze dei ribaltamenti dei costi gestiti da ARES Sardegna per le diverse ASL.

VOCI DI COSTO	CE 2024
Acquisto beni	16.067.079,42
Acquisti Beni Sanitari	*15.699.734,67*
Acquisti Beni non Sanitari	*367.344,75*
Acquisti di Servizi	79.636.993,65
Acquisti Servizi sanitari (comprende le voci della Mobilità passiva)	*68.720.644,77*
Acquisti Servizi non Sanitari	*10.916.348,88*
Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	2.461.483,78
Godimento di beni di terzi	1.660.844,48
Totale Costo del personale	39.258.879,45
Personale Ruolo Sanitario	*30.854.567,88*
Personale Ruolo Professionale	*142.747,52*
Personale Ruolo Tecnico	*5.404.377,75*
Personale Ruolo Amministrativo	*2.857.186,30*
Oneri diversi di gestione	947.092,66
Totale Ammortamenti	2.132.936,72
Variazione delle rimanenze	121.790,41
Accantonamenti dell'esercizio	3.703.016,67
Totale costi della produzione	**145.990.117,24**

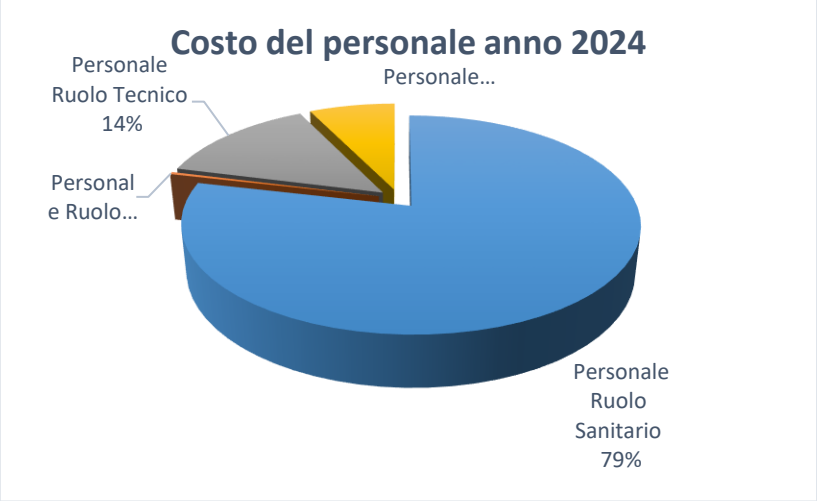
Fonte consuntivo 2024 inserito su NSIS il 29.05.2025



Fonte CE consuntivo 2024 inserito su NSIS il 29.05.2025



Fonte CE consuntivo 2024 inserito su NSIS il 29.05.2025

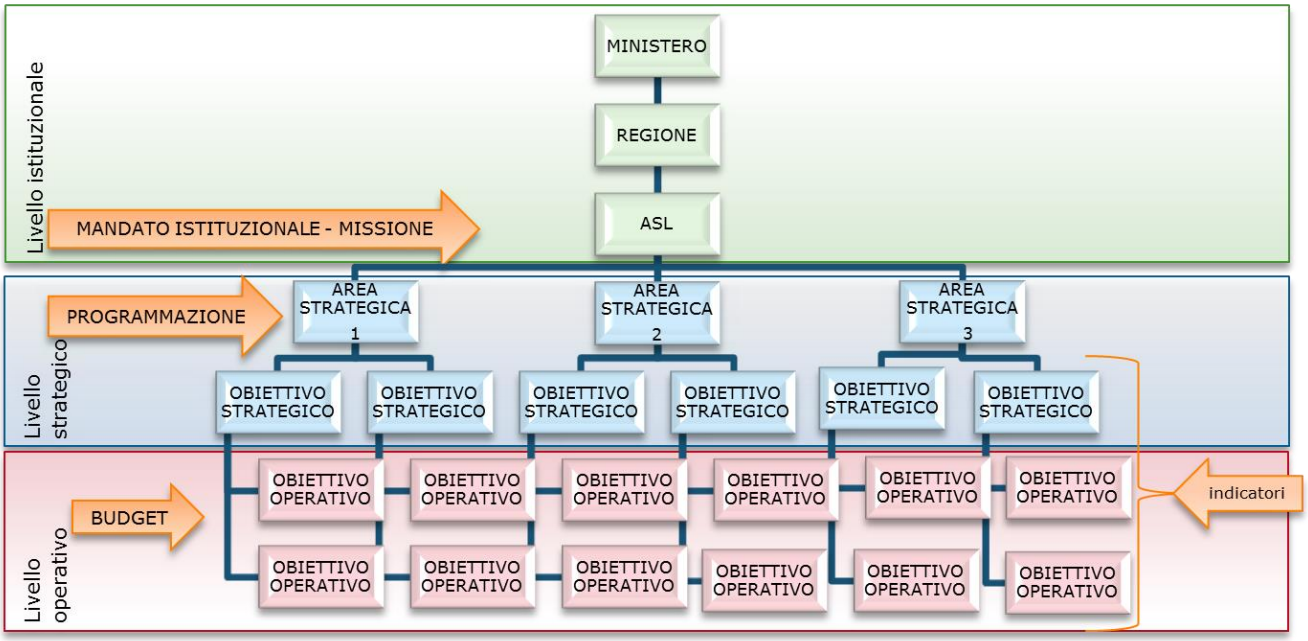


Fonte CE consuntivo 2024 inserito su NSIS il 29.05.2025

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 (risultato finale) per cui solitamente sono trasversali a più unità organizzative. Tale metodo rende più chiaro il loro impatto sui portatori di interesse e la loro finalizzazione rispetto alle esigenze dei destinatari.

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

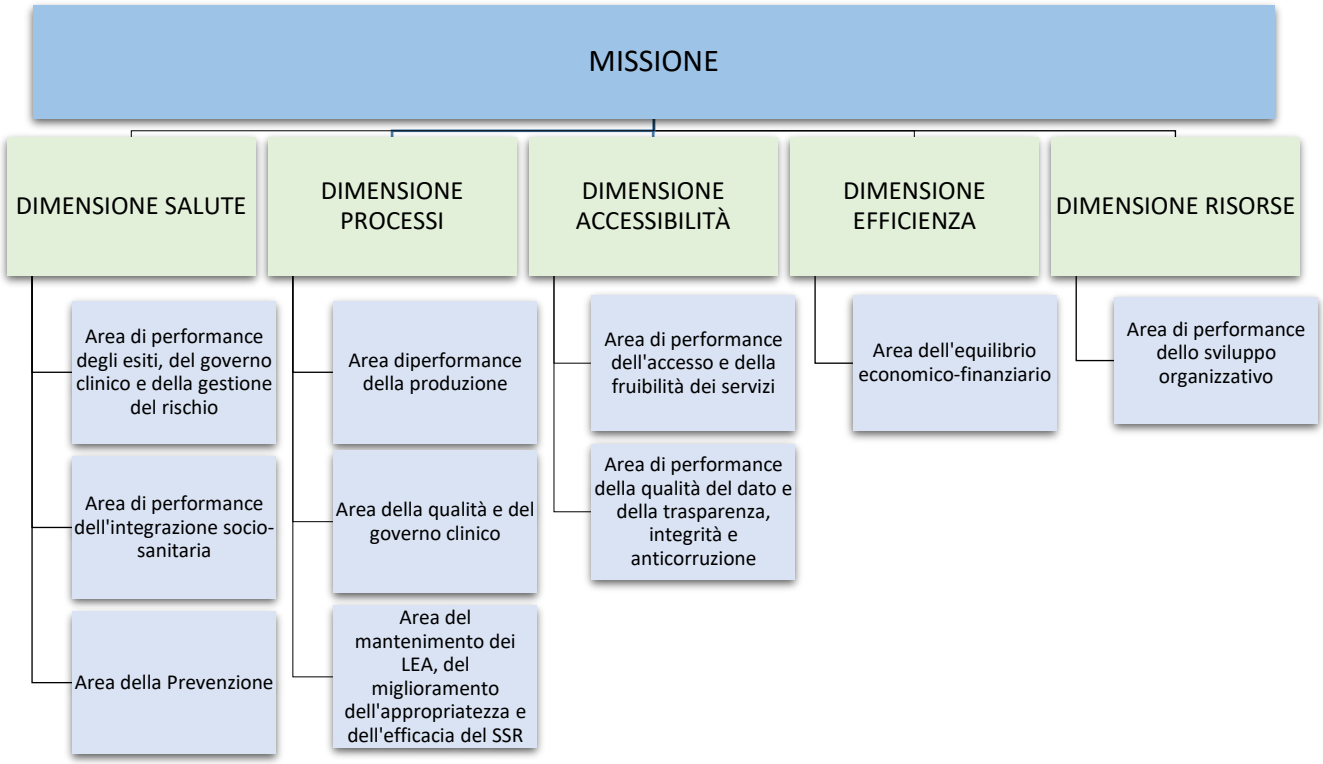
Questa Azienda ha individuato gli obiettivi strategici sulla base del Piano Sanitario Nazionale e Regionale, dalle indicazioni operative del Dipartimento della Funzione Pubblica in materia di PIAO , del Piano Regionale della Prevenzione 2020/2025, delle Direttive di programmazione e rendicontazione per 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 2024/2026 adottato in data 15/11/2023 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 2024/2026 e del PIAO 2024/2026, è stato avviato il ciclo della performance per l'anno 2024 con l'assegnazione nel mese di febbraio degli obiettivi 2024 ai Direttori di struttura. Con Decreto Assessoriale n. 17 del 07 marzo 2024 sono stati rimodulati gli obiettivi del Direttore Generale per l'anno 2024 e di conseguenza si è reso necessario rimodulare gli obiettivi dei Direttori di Struttura inserendo un nuovo obiettivo assegnato al Direttore Generale: "*PNRR M6C2.1.3.1 Incremento dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte degli operatori sanitari*". Tale obiettivo è stato assegnato al Direttore del Pronto Soccorso e agli altri Direttori in sostituzione e con il medesimo peso dell'obiettivo: "*Rilevare sospette reazioni avverse all'uso di medicinali per una maggiore sicurezza delle cure"* e indicatore "*Numero di segnalazioni di reazioni avverse*" (nota prot. n. PG/2024/4398 del 10/04/2024).

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 tende 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 portatori di interessi (stakeholder).

La misurazione della performance organizzativa per l'anno 2024 della ASL Ogliastra è stata effettuata mediante una analisi degli scostamenti tra i risultati raggiunti al 31.12.2024 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 2024 sono stati effettuati un monitoraggio intermedio al 30 giugno e ad inizio anno 2025 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 2024 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 portatori di interesse (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. Obiettivo prioritario è quello di ridurre le principali cause di morte, tra le quali mortalità per tumore, seconda causa di morte in Ogliastra, dopo le malattie del sistema cardiocircolatorio.

Sono state migliorate le adesioni ai programmi Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO . 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 Tubercolosi Bovina. Nell'anno 2024 è stata mantenuta la qualifica di territorio ufficialmente indenne da tubercolosi.

Nell'assistenza territoriale si registra un proseguimento dell'assistenza negli anziani potenziando l'assistenza domiciliare con il raggiungimento di una percentuale pari a circa il 15%, nettamente al di sopra del target previsto dal PNRR del 10% e nel PIAO della ASL Ogliastra.

Nell'area ospedaliera, relativamente al treemap del Piano Nazionale Esiti, si conferma anche nell'anno 2024 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 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, si registra un incremento del tasso grezzo di ospedalizzazione nell'anno 2024 rispetto all'anno precedente con dei tassi di ospedalizzazione pari a 168 per i ricoveri totali (rispetto al 158 nel 2023), 113 per i ricoveri ordinari (rispetto a 110 nel 2023) e 55 sui DH (rispetto a 48 nel 2023). 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.

Una particolare attenzione è stata riservata alla soddisfazione sia del cittadino sia del dipendente.

Inoltre sono state adottate e continuano anche nel 2024 l'adozione di misure volte alla sensibilizzazione del personale sull'uso intelligente e razionale dell'energia.

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

VALORE PUBBLICO			
OBIETTIVO	**INDICATORE**	**TARGET**	**VALORE RAGGIUNTO**
adozione progetto sull'educazione alla salute, stili di vita corretti e corretta alimentazione e attivazione percorsi	adozione di un progetto	Deliberazione Direttore Generale n. 284 del 10/06/2024 - PP2 Comunità Attive	100%
adozione progetto sull'educazione alla salute, stili di vita corretti e corretta alimentazione e attivazione percorsi	numero percorsi attivati	Attivati n. 3 percorsi (Gruppi di Cammino) al 31/12/2024	100%
Identificazione e potenziamento dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie	80% delle interviste previste per il raggiungimento del target stabilito dall'ISS per ciascuna sorveglianza	91,4%	100%

	(N. schede codificate/N. schede inserite)*100	90%	100%
Riduzione del rischio per malattie infettive e diffusive nell'uomo e negli animali	Controllo brucellosi ovino-caprino Controllo brucellosi bovino	ottenimento/mantenimento qualifica indenne	100%
Ridurre infortuni sul lavoro	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%
Tutela patrimonio zootecnico	% allevamenti indenni per brucellosi/tubercolosi/peste suina	ottenimento/mantenimento qualifica indenne	100%
Miglioramento delle cure domiciliari per anziani > 65 anni	% anziani in ADI	≥ 10%	16%
Miglioramento immagine azienda nel territorio	Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	Indice di gradimento medio ≥ 7	100%
Riduzione tasso di ospedalizzazione	Tasso ospedalizzazione globale per acuti per 1.000 residenti	< = 160	0%

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 agli 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 2024 un elevato livello nell'area chirurgica con "una percentuale di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg" pari a 88% 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 <=2gg/N° 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 SALUTE				
Area strategica	**Descrizione Obiettivo**	**Descrizione Indicatore**	**Valore Atteso**	**Percentuale performance**
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Miglioramento degli indicatori PNE	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg	75%	100%
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Garantire la qualità,l'efficacia e l'effcienza 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%	Sterilizzato
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Monitoraggio infezioni respiratorie	riduzioni in percentuale infezioni correlate a polmoniti nosocomiali	< 10*1000	100%

DIMENSIONE SALUTE				
Area strategica	**Descrizione Obiettivo**	**Descrizione Indicatore**	**Valore Atteso**	**Percentuale performance**
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Miglioramento degli indicatori PNE	Numero parti cesarei primari/numero parti con nessuna pregresso cesareo*100	miglioramento dell'indicatore rispetto all'anno precedente	0%
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%	100%
Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio	Riduzione ospedalizzazione per scompenso cardiaco	n. ricoveri per scompenso cardiaco	tasso x 1000 < 3,8%	100%
Area di performance degli esiti	Miglioramento degli standard qualitativi e quantitativi delle Cure Palliative	Numero di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD cod 140-208) assistiti dalla rete di cure palliative domiciliari e-o in Hospice/Numero di malati deceduti per malattia oncologica	≥ 65%	100%
Area di performance degli esiti	Miglioramento degli standard qualitativi e quantitativi delle Cure Palliative	Numero di malati per i quali il tempo massimo di attesa tra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni/numero di malati presi in carico a domicilio dalla rete e con assistenza conclusa	≥ 80%	100%
Area di performance degli esiti	Miglioramento degli standard qualitativi e quantitativi delle Cure Palliative	Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208)	≥ valore standard	100%
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato Includere nei percorsi di screening oncologico organizzato i centri di secondo livello ubicati presso l'AOU di Sassari	(n. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	screening cervicale: tasso di adesione reale ≥ 38% in tutte le asl screening colorettale: tasso di adesione reale ≥ 25% in tutte le asl screening	100%

DIMENSIONE SALUTE				
Area strategica	**Descrizione Obiettivo**	**Descrizione Indicatore**	**Valore Atteso**	**Percentuale performance**
			mammografico ≥ 35% in tutte le asl	
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	adozione progetto sull'educazione alla salute, stili di vita corretti e corretta alimentazione e attivazione percorsi	adozione di un progetto	entro il 30 giugno	100%
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	adozione progetto sull'educazione alla salute, stili di vita corretti e corretta alimentazione e attivazione percorsi	numero percorsi attivati	N° 2 percorsi	100%
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	Avvio del progetto PP03 "Luoghi di lavoro che promuovono salute"	Creazione di un gruppo di lavoro aziendale	entro 31/12/2024	100%
Area della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST ovicaprine. Campionamenti.	Percentuale di ovini e caprini morti con età superiore a 18 mesi testati per TSE rispetto all' obiettivo di campionamento	Ottenere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per TSE, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL nell'anno 2024	100%
Area della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	Ottenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da Tubercolosi	Ottenimento/Conservazione qualifica al 31.12.2024	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 DEI PROCESSI

Al fine di dare attuazione alla riorganizzazione prevista nell'atto aziendale sono state messe in atto nell'anno 2024 diverse azioni.. Per la Dirigenza Sanitaria sono continuate le procedure per le selezioni per gli incarichi di Direzione di SC ancora vacanti. In attesa del completamento di tale iter sono stati assegnati gli incarichi di sostituzione.

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 della Salute mentale è stato implementato il processo di revisione del sistema regionale del 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 "rispetto delle milestone del PNRR" sono stati assegnati all'Azienda socio sanitaria locale n. 4 dell'Ogliastra i seguenti indicatori:

1. Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale

2 . 100% di completamento delle attività amministrative relative al progetto Multimisura 1.2 -

1.2" infrastruttire digitali e abilitazione al cluod" all'interno della piattaforma PA digitale 2026

3. Rispetto del cronoprogramma aggiornato a Marzo 2024 relativi ai lavori di adeguamento

/predisposizione dei locali destinati ad ospitare le grandi apparecchiature ad installazione

In merito a tali indicatori è stata avviata e istituita la COT di Tortolì entro il 30/06/2024 (Deliberazione del Direttore Generale della ASL Ogliastra n. 311 del 25/06/2024). Le attività amministrative all'interno della piattaforma PA digitale 2026 sono state assolte: esito asseverazione rischio clinico positivo il 05/09/2024, in linea con le attività richieste di ARES Sardegna. Infine è stato rispettato il cronoprogramma relativi ai lavori di adeguamento/predisposizione dei locali destinati ad ospitare le grandi apparecchiature ad installazione.

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 strategica	**Descrizione Obiettivo**	**Descrizione Indicatore**	**Valore Atteso**	**Percentuale performance**
Area di performance della produzione	Redazione e adozione n. 2 regolamenti per la gestione dell'attività CUP	Redazione del regolamento riguardante l'applicazione di una penale per visite prenotate e non disdette	N° 1 regolamento	100%
Area di performance della produzione	Verifica rispetto tempistica consegna ausili (pannoloni)	numero segnalazioni elaborate su ritardo della consegna/ numero segnalazioni ricevute su ritardo nella consegna	100%	100%
Area di performance della produzione	Predisposizione proposta di funzionigramma del servizio	Trasmissione proposta di funzionigramma del servizio alla Direzione Generale ed al Servizio Programmazione e Controllo	entro il 30/06/2024	100%

DIMENSIONE PROCESSI				
Area strategica	**Descrizione Obiettivo**	**Descrizione Indicatore**	**Valore Atteso**	**Percentuale performance**
Area di performance della produzione	Predisposizione Regolamento Attribuzione Incarichi Libero Professionali	Predispozione regolamento	si	100%
Area di performance della produzione	Predisposizione Regolamento Ufficio Procedimenti Disciplinari	Predispozione regolamento	si	100%
Area di performance della produzione	Predisposizione Regolamento Gestione Protocollo	Predispozione regolamento	si	0%
Area di performance della produzione	Predisposizione regolamento casse economali	Delibera di approvazione del regolamento casse economali	entro il 30/09/2024	100%
Area di performance della produzione	Predisposizione regolamento progetti	Delibera di approvazione del regolamento progetti	entro il 30/06/2024	100%
Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare	Rispetto delle milestone e dei target del PNRR	1. Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale 2 . 100% di completamento delle attività amministrative relative al progetto Multimisura 1.2 - 1.2" infrastruttire digitali e abilitazione al cluod" all'interno della piattaforma PA digitale 2026 3. Rispetto del cronoprogramma aggiornato a Marzo 2024 relativi ai lavori di adeguamento /predisposizione dei locali destinati ad ospitare le grandi apparecchiature ad installazione	rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2024	100%
Area di performance della produzione	Adozione di una procedura aziendale condivisa in merito alla richiesta di acquisto delle UU.OO.	Delibera di approvazione oppure protocollo di distribuzione	si	Sterilizzato
Area di performance della produzione	Adozione dei cronoprogrammi fondi FSC e foindi vincolati entro il 31/10/2024	Delibere di approvazione	si	100%
Area di performance della produzione	Adozione di almeno n. 4 regolamenti aziendali	Numero di regolamenti adottati	100%	100%
Area di performance della produzione	Pagamento entro marzo DEP	pagamento entro marzo	SI	100%
Area di performance della produzione	Pagamento entro marzo RAR 2022	pagamento entro marzo	SI	100%
Area di performance della produzione	Distribuzione buoni pasti entro marzo 2024	distribuzione pasti	SI	100%
Area della Qualità e Governo del rischio 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 di performance della produzione	Supporto alla Direzione Aziendale per la predisposizione della Carta	invio alla Direzione Generale	entro 30/06/2024	0%

DIMENSIONE PROCESSI				
Area strategica	**Descrizione Obiettivo**	**Descrizione Indicatore**	**Valore Atteso**	**Percentuale performance**
	dei Servizi per la parte di competenza			
Area di performance della produzione	Supporto alla Direzione Aziendale per la predisposizione della Carta dei Servizi per la parte di competenza	invio alla Direzione Generale	entro 30/06/2024	100%
Area di performance della produzione	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 30/09/2024	100%
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	entro 30/09/2024	0%
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	entro 30/09/2024	50%
Area di performance della produzione	Produzione e invio di una relazione sull'attività della struttura ospedaliera pubblica e private accreditate	invio relazione alla Direzione Generale	entro 31/12/2024	50%
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	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	OGLIASTRA ≥ 25%	100%
Area della qualità e del governo clinico	PNRR M6C2 2.2 b) partecipazione ai corsi di formazione in infezioni ospedaliere	Percentuale di partecipanti al corso in infezioni ospedaliere (PNRR M6C2 2.2 b)	≥ 95% del target del PNRR M6C2 2.2 b)	100%
Area di performance della produzione	Attuazione progetto per visite cardiologiche pre intervento chirurgico	Attuazione progetto in collaborazione con il Dipartimento delle attività cliniche medico-chirurgiche, Cardiologia e con il Distretto	atttuazione	100%

DIMENSIONE PROCESSI				
Area strategica	**Descrizione Obiettivo**	**Descrizione Indicatore**	**Valore Atteso**	**Percentuale performance**
Area di performance della produzione	Mobilità attiva	Percentuale di pazienti extra asl ricoverati nell'UO/totale pazienti ricoverati	10%	100%
Area della della Qualità e Governo del rischio clinico	Garantire l'implementare del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	Numero di segnalazioni nel SIRMES da parte dell'Unità Operativa sanitaria	≥ 80 segnalazioni per Azienda Sanitaria	100%
Area di performance della produzione	Adozione regolamento Sale Operatorie con Deliberazione del Direttore Generale e applicazione	Invio Proposta alla Direzione Generale	entro il 30/06/2024	100%
Area di performance della produzione	Adozione regolamento Sale Operatorie con Deliberazione del Direttore Generale e applicazione	Osservazione regolamento Sale Operatorie	si	78%
Area di performance della produzione	Osservazione regolamento Sale Operatorie con Deliberazione del Direttore Generale e applicazione	Osservazione regolamento Sale Operatorie	si	78%
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	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica in terapia intensiva	OGLIASTRA ≥ 25%	100%
Area della della Qualità e Governo del rischio clinico	Garantire l'implementare del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	N.di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	1 audit per UO con facilitatore del rischio clinico formato	100%
Area della della Qualità e Governo del rischio clinico	Utilizzo cartella clinica Margherita	mantenimento % dei pazienti in ricovero ordinario gestiti informaticamente dalla cartella clinica Margherita	100%	100%
Area di performance della produzione	Gestione del dolore (paziente degente e in ambulatorio)	attuazione procedura aziendale sul dolore	si	100%
Area di performance della produzione	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 della produzione	Supportare il Consultorio del Distretto	Garantire l'attività del Consultorio delle sedi di Lanusei e Tortolì	si	100%
Area di performance della produzione	Adozione progetto di sperimentazione di farmaci innovativi antidiabete con effetti sulla cardiologia e nefrologia	Invio proposta alla Direzione Generale	entro il 30/09/2024	100%

DIMENSIONE PROCESSI				
Area strategica	**Descrizione Obiettivo**	**Descrizione Indicatore**	**Valore Atteso**	**Percentuale performance**
Area di performance della produzione	Attuazione progetto per visite cardiologiche pre intervento chirurgico	Attuazione progetto in collaborazione con il Dipartimento delle attività cliniche medico-chirurgiche, Direzione del PO e con il Distretto	SI	100%
Area di performance della produzione	Predisposizione progetto di Telemedicina adottato dalla Direzione Sanitaria Aziendale	Predisposizione progetto telemedicina (cardiologia)	si	100%
Area di performance della produzione	Miglioramento dell'offerta	mantenimento n° ore settimanali ambulatoriali anno 2023	si	Sterilizzato
Area di performance della produzione	Emodialisi domiciliare assistita e dialisi peritoneale	numero pazienti inseriti	100%	Sterilizzato
Area di performance della produzione	Migliorare l'assistenza ai dializzati	Percentuali di dializzati in peritoneale	9%	Sterilizzato
Area di performance della produzione	Migliorare l'assistenza ai dializzati	Trattamento piede diabetico	n. 10 pazienti	Sterilizzato
Area di performance della produzione	Migliorare l'assistenza ai dializzati	Afferesi terapeutica in ospedale	n° 5 pazienti	Sterilizzato
Area di performance della produzione	Mantenimento screening neo natali per la prevenzione dei disturbi neurosensoriali congeniti(audiologico e oftalmonogico	% neonati sottoposti a screening	100%	Sterilizzato
Area di performance della produzione	Monitoraggio attività per interni	Report trimestrale prestazioni per interni	n. 4 report trimestrali	100%
Area di performance della produzione	Attuazione progetto per piani di lavoro degli operatori del servizio	predisposizione piani di lavoro settimanali	si	100%
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 %	100%
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%	100%
Area di performance della produzione	Attuazione protocollo trasporti pazienti interaziendali	Attuazione protocollo trasporti	si	100%
Area di performance della produzione	Miglioramento servizio con l'attivazione dell'OBI	Attivazione OBI	entro il 30/06/2024	Sterilizzato
Area di performance della produzione	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	% di prestazioni ambulatoriali 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%	16%
Area di performance della produzione	Migliorare la flessibilità dell'offerta del laboratorioio, per	Mantenimento apertura del laboratorio il sabato	Si	100%

DIMENSIONE PROCESSI				
Area strategica	**Descrizione Obiettivo**	**Descrizione Indicatore**	**Valore Atteso**	**Percentuale performance**
	rispondere alle esigenze dell'utenza lavorativa.			
Area di performance della produzione	Incremento prestazioni di laboratorio relative al test eseguiti in biologia molecolare	Percentuale di test eseguiti al di fuori dell'emergenza-urgenza	100%	58%
Area di performance della produzione	Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione.	Redazione di un progetto operativo contenente strumenti (es. braccialetti identificativi) e procedure di identificazione e abbinamento univoci del paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionali.	1 progetto	100%
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	1) N° pazienti inviati a consulenza PBM/N° interventi chirurgici in elezione candidati al percorso di PBM	>50%	100%
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): 2) Congruità nella fase diagnostica secondo algoritmo preoperatorio PBM	2) N° consulenze PBM efficaci/N° consulenze effettuate. (Delta Hb dopo supporto non trasfusionale >1g)	>70%	100%
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 di performance della produzione	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
Area di performance della produzione	Promozione dell' incremento della quantità e qualità delle prestazioni ambulatoriali anche con particolare riferimento all'ambulatorio di ematologia	incremento numero di pazienti seguti di ematologia	incremento rispetto all'anno precedente	100%
Area di performance della produzione	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	100%
Area di performance della produzione	Attivazione progetto raccolta sangue periodo estivo	Attivazione progetto	entro il 31/05/2024	100%

DIMENSIONE PROCESSI				
Area strategica	**Descrizione Obiettivo**	**Descrizione Indicatore**	**Valore Atteso**	**Percentuale performance**
Area di performance della produzione	Partecipazione attiva a tutti i processi per la realizzazione dell'HUB del farmaco	Rispetto delle tempistiche determinate dal RUP di gara attraverso la produzione di note/verbali da trasmettere alla programmazione controllo	SI	100%
Area di performance della produzione	Monitoraggio sospette reazioni avverse all'uso dei medicinali per una maggiore sicurezza delle cure	Numero di segnalazioni di reazione avverse inviate in rete AIFA/numero di segnalazione avverse ricevute dalle UO	100%	100%
Area di performance della produzione	Garantire il rispetto dei tempi per l'individuazione delle sedi della medicina generale e della pediatria di libera scelta entro termini congrui che consentano il rispetto delle scadenze per la pubblicazione sul BURAS dell'elenco degli incarichi vacanti, da parte della Regione, previsti dagli Accordi collettivi nazionali: - MMG e PLS entro il 15 febbraio dell'anno (termine ACN per pubblicazione: 30 marzo)	SEDI MMG e PLS entro 15.02.2024	Rispetto dei termini	100%
Area di performance della produzione	Produzione dati sull'attività sulle strutture sanitarie, socio sanitarie pubbliche e private accreditate	Invio relazione semestrale	entro il 30/06/2024 entro il 31/12/2024	100%
Area di performance della produzione	Potenziamento centro prelievi Distretto	Apertura il sabato del Centro Prelivi di Tortolì	si	0%
Area di performance della produzione	Predisposizione Progetto di rete delle Case di Comunità della Asl Ogliastra	Predisposizione dettagliata del progetto con individuzion precisa degli attori che popoleranno le case di comunità	entro il 30/09/2024	100%
Area di performance della produzione	Monitoraggio dei tempi previsti per la Casa Comunità di Jerzu	in collaborazione con il Tecnico Logistico Acquisti	monitoraggio semestrale	100%
Area di performance della produzione	Apertura Centrale Operativa Territoriale	Adozione protocollo operativo	entro 30/9/2024	100%
Area di performance della produzione	Apertura Centrale Operativa Territoriale	Apertura entro i tempi previsti	entro in termini	100%
Area di performance della produzione	Attuazione progetto per visite cardiologiche pre intervento chirurgico	Attuazione progetto in collaborazione con il Dipartimento delle attività cliniche medico-chirurgiche e con la Direzione di Presidio	attuazione	100%
Area di performance della produzione	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	Prescrizione visita oculistica biennale a pazienti diabetici assistiti	100%	100%

DIMENSIONE PROCESSI				
Area strategica	**Descrizione Obiettivo**	**Descrizione Indicatore**	**Valore Atteso**	**Percentuale performance**
	pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali e a rischio di ricovero inappropriato.			
Area di performance della produzione	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%	50%
Area di performance della produzione	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 della produzione	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 di performance della produzione	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	100%
Area di performance della produzione	Potenziamento delle cure palliative	divulgazione ed estensione delle cure palliative alle altre cronicità (insufficienza renale, malati terminali, cardiologici e respiratori)	si	100%
Area di performance della produzione	Utilizzo della Cartella Ambulatoriale SISAR	Utilizzo della Cartella Ambulatoriale SISAR	95%	0%

DIMENSIONE PROCESSI				
Area strategica	**Descrizione Obiettivo**	**Descrizione Indicatore**	**Valore Atteso**	**Percentuale performance**
Area di performance della produzione	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	Incontri per la condivisione delle attività in comune	400%	100%
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 definto dall'ISS) *100	80% delle interviste previste per il raggiungimento del target stabilito dall'ISS per ciascuna sorveglianza	100%
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (ReNCaM) fino al 2023	(N. schede codificate/N. schede inserite)*100	90%	100%
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	Adesione al Sistema di Sorveglianza Okkio 2024	(N di scuole coinvolte nella sorveglianza/N. di scuole campionate dall'ISS)*100	90%	Sterilizzato
Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	Coordinamento delle attività per il proseguimento delle attività di vaccinazione	Numero vaccini eseguiti/numero richieste	100%	100%
Area di performance della produzione	Gestione anagrafe canina	Gestione banca dati anagrafe canina	si	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 / numero di verifiche di appropriatezza ed efficacia sui controlli ufficiali programmati dai piani di attività dei servizi	100%	100%
Area di performance della produzione	Verifica sulla assenza di incompatibilità e inconferibilità di ciascun dipendente afferente al Dipartimento	Dichiarazione di assenza di incompatibilità per ciascun dipendente da trasmettere al RPCT	dichiarazione	100%
Area di performance della produzione	Verifica sulla assenza di incompatibilità e inconferibilità di ciascun dipendente afferente al Dipartimento	Dichiarazione di assenza di incompatibilità per ciascun dipendente da trasmettere al RPCT	dichiarazione	0%
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,	Numeratore: numero di PMP realizzati da parte di ogni SPreSAL di ciascuna ASL con l'attuazione delle attività stabilte 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%

DIMENSIONE PROCESSI				
Area strategica	**Descrizione Obiettivo**	**Descrizione Indicatore**	**Valore Atteso**	**Percentuale performance**
	come stabilito per il 2023 nel PRP 2020-2025			
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 della Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	Controllo brucellosi ovino-caprino	percentuale di controlli 100%	100%	100%
Area di performance della produzione	Controllo brucellosi bovino	percentuale di controlli 100%	100%	100%
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%
Area di performance della produzione	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 / Numero di controlli ufficiali programmati dai piani di attività PRCUA *100	100%	100%
Area di performance della produzione	Attuazione progetto sulla attività di formazione nelle scuole relativamente alle zoonosi	attuazione azioni previste nel progetto	attuazione	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	Controlli ufficiali previsti dal piano di monitoraggio delle zone di produzione dei molluschi bivalvi vivi ufficiali	Percentuale controlli ufficiali resi rispetto agli attesi	90%	100%
Area di performance della produzione	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/ Numero di controlli ufficiali programmati dai piani di attività dei servizi *100	100%	92%
Area di performance della produzione	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%
Area di performance della produzione	Proseguimento delle attività di vaccinazione	Numero vaccini eseguiti/numero richieste	100%	100%

DIMENSIONE PROCESSI				
Area strategica	**Descrizione Obiettivo**	**Descrizione Indicatore**	**Valore Atteso**	**Percentuale performance**
Area di performance della produzione	Rilevare sospette reazioni avverse all'uso dei medicinali per una maggiore sicurezza delle cure	Numero di segnalazioni di reazione avverse registrate/numero di segnalazione avverse rilevate	100%	100%
Area di performance della produzione	Implementare il processo di revisione del sistema regionale del 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 di performance della produzione	Implementare le attività previste nel Piano triennale di attività per l'Alzheimer e le demenze	Attuazione 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	attuazione	100%
Area di performance della produzione	Garantire l'efficacia assistenziale verso i pazienti	Appropriatezza ricoveri in SPDC	modulazione ricoveri	100%
Area di performance della produzione	Monitoraggio pazienti inseriti nelle strutture residenziali	Trasmissione report monitoraggi semestrali inserimenti	n° 2 monitoraggi	100%
Area di performance della produzione	Gestire percorsi assistenziali di continuità per il passaggio dei pazienti al raggiungimento della maggiore età	formalizzazione e approvazione di uno schema di intesa tra i direttori dei servizi coinvolti	6 incontri/anno per il passaggio e la presa in carico degli utenti tra NPI e CSM	100%
Area di performance della produzione	Garantire l'efficacia assistenziale verso i pazienti con bisogni complessi	formalizzazione e approvazione percorso assistenziale di presa in carico per pazienti con bisogni complessi con equipe multi professionale	incremento di almeno 50% dei pazienti seguiti attraverso il protocollo definito per bisogni complessi	100%
Area di performance della produzione	Implementare le attività previste nel Piano biennale di attività per i Disturbi della Nutrizione e Alimentazione per il biennio 200/2024	sperimentazione e implementazione del protocollo PTDA per i disturbi alimentare e della nutrizione in collegamento con la rete regionale con	adozione con deliberazione del PTDA aziendale	Sterilizzato

DIMENSIONE PROCESSI				
Area strategica	**Descrizione Obiettivo**	**Descrizione Indicatore**	**Valore Atteso**	**Percentuale performance**
		l'adozione del PTDA aziendale per l'area di Disturbi della Nutrizione e Alimentazione		
Area di performance della produzione	Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra i servizi del DSMD rivolti a persone che presentano problematiche di doppia diagnosi e co-morbilità psichiatrica e dipendenze con l'obiettivo di garantire un percorso terapeutico e riabilitativo che coinvolga tutti i servizi del DSMD (processo circolare SERD - SPDC - CSM - NPI - PSICOLOGIA - RIABILITAZIONE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PSICHIATRICA	applicazione documento operativo condiviso per il corretto monitoraggio dello stato di salute dei pazienti in carico ai Servizi	applicazione	100%
Area di performance della produzione	Attuazione percorso paziente con etilismo acuto e cronico	applicazione percorso di cura per il paziente etilista acuto e cronico	applicazione	100%
Area di performance della produzione	Aggiornamento delle conoscenze dell'equipe	Predisposizione di un progetto da includere nel piano aziendale formativo	entro il 30/09/2024	100%
Area di performance della produzione	Progetto Guida Consapevole	Realizzazione di un progetto di prevenzione delle dipendenze patologiche da effettuarsi in patrnership con le autoscuole ogliastrine	Predisposizione progetto	100%
Area di performance della produzione	Miglioramento dell'appropriatezza negli ingressi nelle comunità terapeutiche	Valutazione semestrale sull'attuazione del PAI predisposto in ingresso per il paziente inserito in comunità	N° 2 relazioni entro 31/07/2024 entro 31/12/2024	100%

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.

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 EFFICIENZA				
Area strategica	**Descrizione Obiettivo**	**Descrizione Indicatore**	**Valore Atteso**	**Percentuale performance**
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	100%
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. I nvio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi	100%	100%
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	2. N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	≤ 5%	100%
area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali	Numero di ordini su CdRIL DA99999999/numero totale ordini	3%	100%
area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	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%
area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	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	97%	STERILIZZATO
area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	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	97%	100%
Area della gestione amministrativo-contabile- tecnico	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e contabili	1. Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.	1. Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2024	100%

DIMENSIONE EFFICIENZA				
Area strategica	**Descrizione Obiettivo**	**Descrizione Indicatore**	**Valore Atteso**	**Percentuale performance**
area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Gestione flussi informativi ASSL	flussi informativi inviati /flussi ricevuti	95%	100%
Area della gestione amministrativo-contabile- tecnico	Chiusura ciclo performance ASSL anno 2023	trasmissione valutazioni 2023	entro i termini richiesti da Ares	100%
Area della gestione amministrativo-contabile- tecnico	Avvio ciclo perfomance 2024	assegnazione obiettivi budget 2024	assegnazione obiettivi budget 2024 entro marzo 2024	100%
Area della gestione amministrativo-contabile- tecnico	Rispetto termini trasmissione modelli ministeriali economici LA e CP anno 2023	Rispetto termine entro 31/05/2024	Rispetto dei termini	100%
Area della gestione amministrativo-contabile- tecnico	Collaborazione con SC Bilancio per la relazione sulla gestione	Collaborazione con SC Bilancio per la relazione sulla gestione	SI	100%
Area della gestione amministrativo-contabile- tecnico	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti contabili.	1. Chiusura del bilancio anno 2022 entro il 30.04.2024	Rispetto dei termini	100%
Area della gestione amministrativo-contabile- tecnico	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti contabili.	2. Chiusura del bilancio anno 2023 entro il 31.08.2024	Rispetto dei termini	100%
Area della gestione amministrativo-contabile- tecnico	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e contabili	Collaborazione ai documenti di programmazione entro il 15/11/2023	Collaborazione ai documenti di programmazione entro il 15/11/2023	100%
Area della gestione amministrativo-contabile- tecnico	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e contabili	2. Aggiornamento del bilancio economico previsionale entro i tempi indicati dalla Direzione Generale della Sanità	2. Rispetto dei termini	100%
area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Gestione flussi informativi ASSL: (Conto Annuale e Relazione al Conto Annuale)	Predisposizione e invio Conto Annuale e relazione	entro i termini richiesti dal Ministero	100%
area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Gestione corretta fascicoli personale dipendente	Digitalizzazione repertorio contratti e corretta gestione dei fascicoli del personale nell'Anno 2024	entro settembre	100%
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Razionalizzazione della spesa per prestazioni aggiuntive	Riduzione spesa per prestazioni aggiuntive	riduzione 3% rispetto anno precedente	STERILIZZATO
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Razionalizzazione della spesa per prestazioni aggiuntive	Riduzione spesa per prestazioni aggiuntive	riduzione 3% rispetto anno precedente	100%

DIMENSIONE EFFICIENZA				
Area strategica	**Descrizione Obiettivo**	**Descrizione Indicatore**	**Valore Atteso**	**Percentuale performance**
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%	0%
area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	2. N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	2. N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	≤ 5%	100%
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Razionalizzazione spesa farmaceutica convenzionata	Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata	4	100%
Area dell'equilibrio economico-finanziario	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	100%
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. Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi	100%	100%
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Monitoraggio della 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	100%
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Monitoraggio spesa farmaceutica convenzionata	Monitoraggio spesa farmaceutica convenzionata rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1 comma 281 della L 30/12/2021, n. 234	4	100%
area di performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Garantire il controllo dei profili prescrittivi dei MMG, PLS e specialisti	Report trimestrale di monitoraggio del profilo prescrittivo dei MMG, PLS e specialisti con Z-score >1,5 per il controllo della spesa farmaceutica convenzionata	N° 4 report di controllo della spesa farmaceutica convenzionata e convocazione degli specialisti con Z-score>1,5	100%
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	2. N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	≤ 5%	100%
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Garantire il contenimento della spesa per l'acquisto di servizi sanitari di assistenza integrativa	Monitoraggio del rispetto dei target di risparmio assegnati	report semestrale andamento della spesa	100%

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 Sevizi 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 ACCESSIBILITA'					
Area strategica	**Descrizione Obiettivo**	**Descrizione Indicatore**	**Valore Atteso**	**Valore Minimo**	**Percentuale performance**
Area di performance della trasparenza, integrità e anticorruzione	Garantire l'accesso ad atti e documenti da parte dei privati cittadini e delle alltre PP.AA	Numero risposte ad accesso atti entro i termini/numero di accessi	100%	90%	100%
Area di performance della trasparenza, integrità e anticorruzione	Garantire la diminuzione del livello di rischio per episodi corruttivi nelle aree a rischio generale e specifico	Pubblicazione atti sezione amministrazione trasparente	80%	60%	100%
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	Indice di gradimento medio ≥ 4	STERILIZZATO
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	Indice di gradimento medio ≥ 4	100%
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	PNRR M6C2 1.3.1 (b) incremento dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte degli operatori	1. percentuale di documenti sanitari indicizzati sul FSE; 2. percentuale dei documenti sanitari in formato digitale firmati digitalmente.	1. 40% dei documenti sanitari indicizzati FSE 2. 80% dei documenti sanitari digitali (il valore target deve essere raggiunto entro 30/06/2024)	1. 30% dei documenti sanitari indicizzati FSE 2. 70% dei documenti sanitari digitali	100%
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Garantire una percentuale di prime visite specialistiche erogate (con prenotazione in agende pubbliche nel CUP) e una percentuale di prestazioni strumentali erogate (gestite interamente attraverso il CUP),	Rapporto percentuale fra volumi di prestazioni strumentali erogate, tracciate dalla fonte CUP WEB, e volumi rendicontati nel file C, nel medesimo periodo *100	95%	50%	Sterilizzato

DIMENSIONE ACCESSIBILITA'					
Area strategica	**Descrizione Obiettivo**	**Descrizione Indicatore**	**Valore Atteso**	**Valore Minimo**	**Percentuale performance**
	limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA				
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Sperimentazione progetto di Telemedicina adottato dalla Direzione Sanitaria Aziendale	Sperimentazione progetto telemedicina (bpco)	si	no	100%
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR	Garantire l'effficacia della rete di soccorso di emergenza urgenza, tramite la diminuzione del tempo di attesa di ciascuna ambulanza presso i presidi ospedalieri e conseguentemente di presa in carico dei pazienti (che permette un miglioramento del tempo di attività su strada per la rete di soccorso e un minore tempo totale per la gestione del paziente a partire dalla chiamata di soccorso).	75° percentile dei tempi di sosta delle ambulanze presso il P.S.	Almeno 75% delle soste in P.S. al di sotto dei 20 minuti	Almeno 50% delle soste in P.S. al di sotto dei 20 minuti	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	Indice di produttività TSRM	1,01 PUNTI MINUTI	0,8 PUNTI MINUTI	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	Indice di produttività Medico Radiologo	9,5 PUNTI ORA	9,0 PUNTI ORA	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%	30%	97,14%
Area di performance della trasparenza, integrità e anticorruzione	Adempimenti Prevenzione Corruzione Trasparenza previsti dal piano Triennale Prevenzione Corruzione Trasparenza (PTPCT) in osservanza a quanto disposto dai Decreti Legislativi 33/2013 e 97/2016	Relazione in merito ai rischi generali e specifici ed eventuale azione formativa	Relazione annuale al RPCT- eventuali eventi formativi obbligatori	Nessuna relazione	100%
Area di performance della trasparenza, integrità e anticorruzione	Mappatura di processi ad alto rischio corruttivo	Mappatura processi	almeno due processi	nessun processo	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	90% entro 15 giorni	mancato rispetto	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	Riduzione dei tempi di attesa previsti dalle linee guida regionali restanti visite	riduzione dei tempi di attesa	nessuna riduzione	100%
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Certificazioni monocratiche	rispetto dei termini	entro 30 giorni	mancato rispetto	100%

DIMENSIONE ACCESSIBILITA'					
Area strategica	**Descrizione Obiettivo**	**Descrizione Indicatore**	**Valore Atteso**	**Valore Minimo**	**Percentuale performance**
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Collegi medico legali	rispetto dei termini	entro 30 giorni	mancato rispetto	Sterilizzato

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 2024 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 RISORSE					
Area strategica	**Descrizione Obiettivo**	**Descrizione Indicatore**	**Valore Atteso**	**Valore Minimo**	**Percentuale performance**
Area della qualità e del governo clinico	PNRR M6C2 2.2 b) partecipazione ai corsi di formazione in infezioni ospedaliere	Percentuale di partecipanti al corso in infezioni ospedaliere (PNRR M6C2 2.2 b)	≥ 95% del target del PNRR M6C2 2.2 b)	100%	100%

Si riportano nella tabella seguente i risultati di performance delle strutture della ASL Ogliastra per l'anno 2024. 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 2024 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 95%.

STRUTTURE	Totale punteggio
SC AFFARI GENERALI	100
SSD RISORSE UMANE	100
SC TECNICO LOGISTICO E ACQUISTI	100
SC BILANCIO	100
SC PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE E FLUSSI	100
SSD SERVIZIO AMMINISTRATIVO TERRITORIO	100
SC DIREZIONE DI PRESIDIO	89,48
SC CHIRURGIA	91,88
SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	93,39
SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE LANUSEI	97
SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	80
SC MEDICINA	94,88
SC CARDIOLOGIA - UTIC	96,4
SC NEFROLOGIA E DIALISI	96,45
SC PEDIATRIA	100
SC RIABILITAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	86,11
SC PRONTO SOCCORSO	97,52
SC LABORATORIO ANALISI	88,59
SSD CENTRO TRASFUSIONALE	93,21
SSD FARMACIA OSPEDALIERA	100
SSD DIABETOLOGIA	94,6
SC CURE PALLIATIVE	80
SC RADIOLOGIA OSPEDALIERO TERRITORIALE	86,39
DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA	84,22
SC SPRESAL	100
SANITÀ ANIMALE	100
SC IAOA	100
SC IAPZ	100
SC IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE	92,6
SSD MEDICINA LEGALE	92,86
SC IGIENE E SANITA' PUBBLICA	100
SC DISTRETTO	75,64
SC ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE	100
SC PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	100
SC CURE TERRITORIALI CSM	90
SDD RIABILITAZIONE PSICHIATRICA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	90
SC DIPENDENZE PATOLOGICHE	100
SSD PSICOLOGIA	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:

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

Per il restante personale la valutazione è legata:

a) al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;

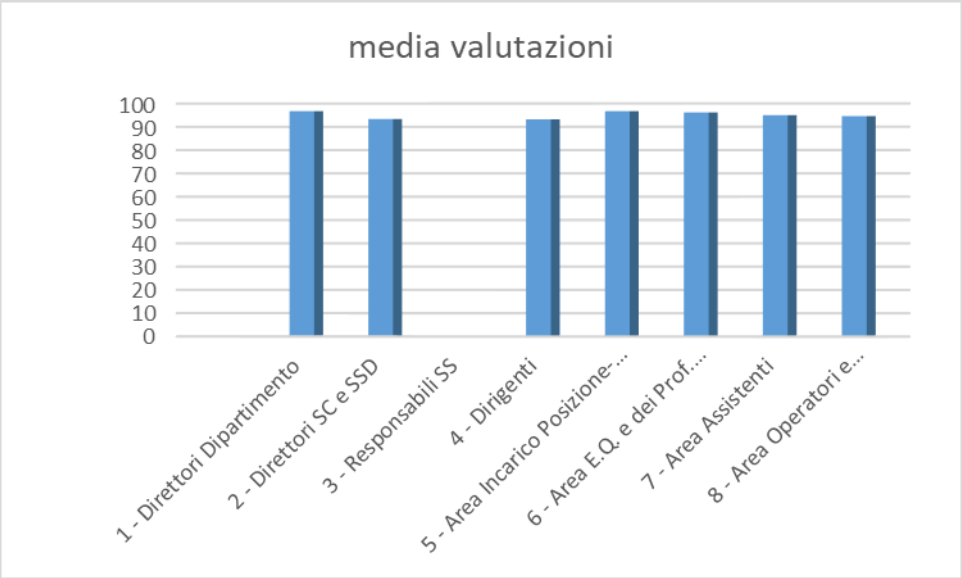
b) alla qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi.

La valutazione della performance individuale per l'anno 2024 ha interessato 761 Dipendenti della ASL Ogliastra con una valutazione media pari a 95 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
1 - Direttori Dipartimento	96,74
2 - Direttori SC e SSD	93,37
3 - Responsabili SS	
4 - Dirigenti	93,18
5 - Area Incarico Posizione-Funzione	96,72
6 - Area E.Q. e dei Prof. Funzionari	96,12
7 - Area Assistenti	94,96
8 - Area Operatori e Personale di Supporto	94,54

Fonte: elaborazione dati GURU



Fonte: elaborazione dati GURU

Si riporta di seguito il numero complessivo di valutazioni effettuate raggruppate per classi di punteggio conseguito:

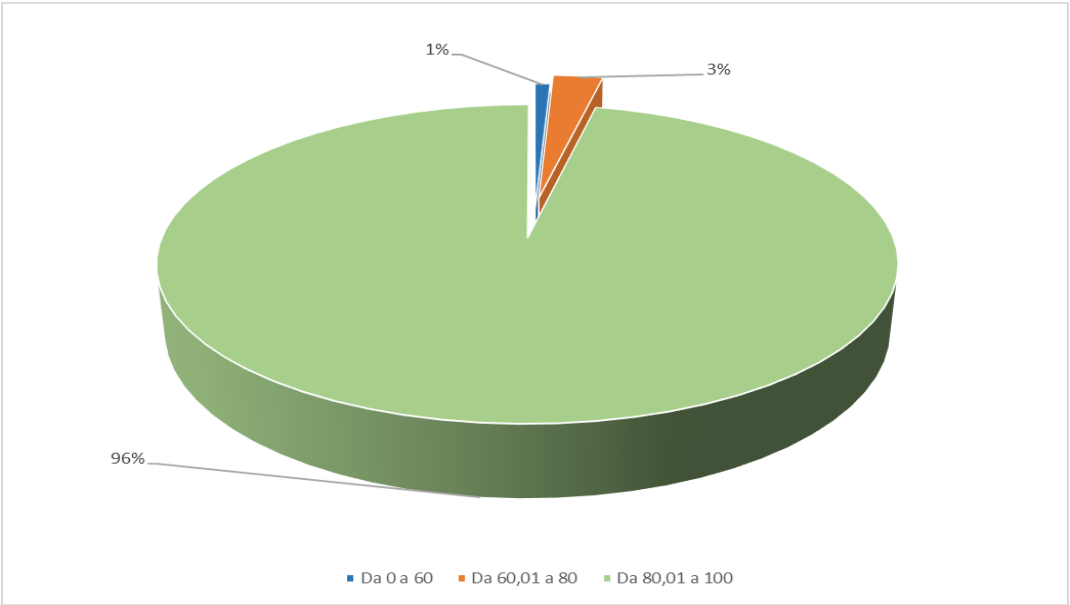
Area	Da 0 a 60	Da 60,01 a 80	Da 80,01 a 100	Totale Valutazioni
ASL Ogliastra	6	20	735	761

Fonte: elaborazione dati GURU

Si rileva che il 96,58% del personale ha conseguito una valutazione tra i valori 80,01-100, il 2,63% una valutazione tra i valori 60,01-80 e lo 0,79 una valutazione tra i valori 0-60.

Area	% Da 0 a 60	% Da 60,01 a 80	% Da 80,01 a 100
ASL Ogliastra	0,79	2,63	96,58

Fonte: elaborazione dati GURU



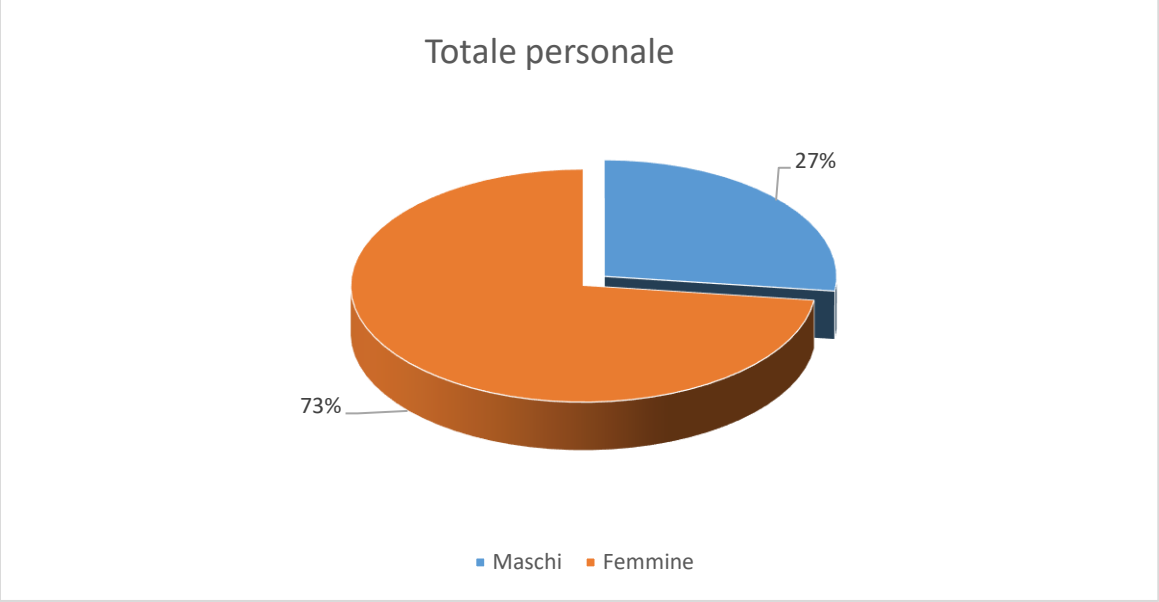
Fonte: elaborazione dati GURU

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.

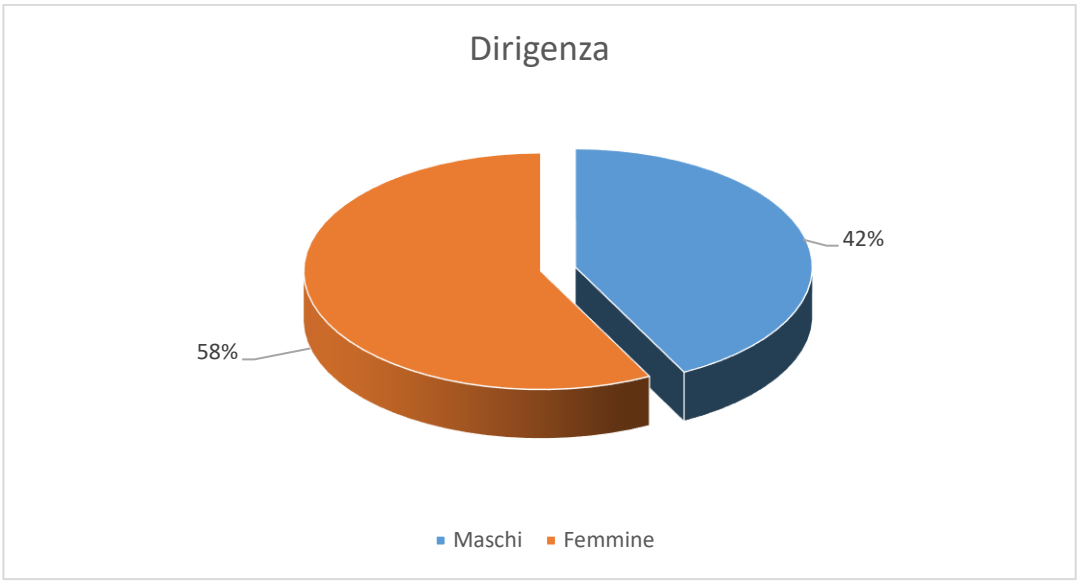
Dall'analisi del personale dipendente in servizio al 31/12/2024 si evidenzia una presenza femminile pari al 73% del personale totale.



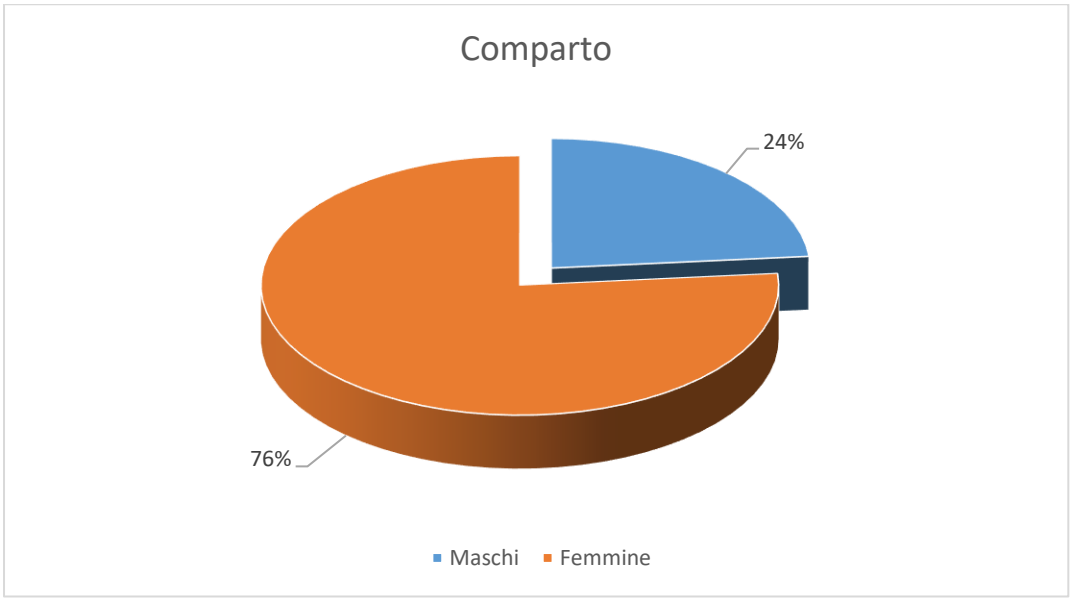
Fonte: elaborazione dati Asl Ogliastra al 31.12.2024

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 73% di personale femminile e del 27 % del personale maschile. Non si registrano significative variazioni percentuale 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 76% mentre nella dirigenza si attesta al 58% come rappresentato nei grafici seguenti.

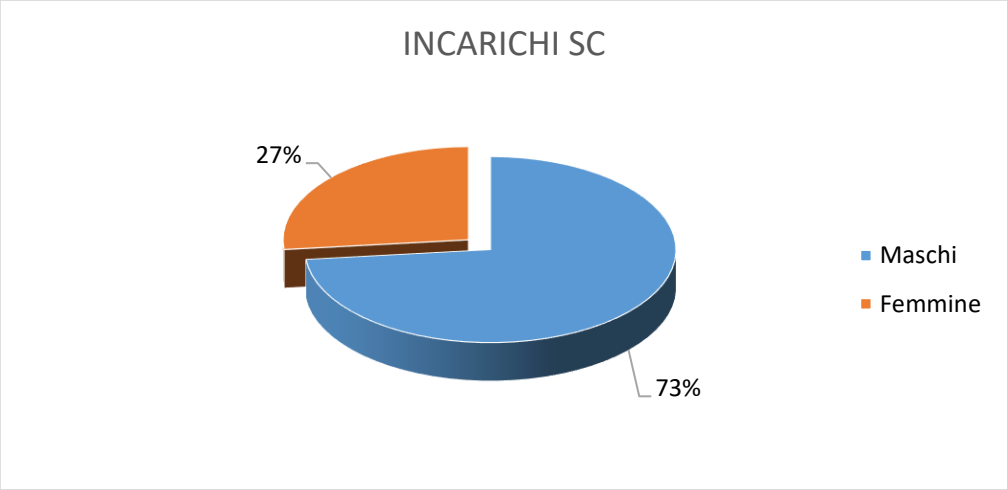


Fonte: elaborazione dati Asl Ogliastra al 31.12.2024

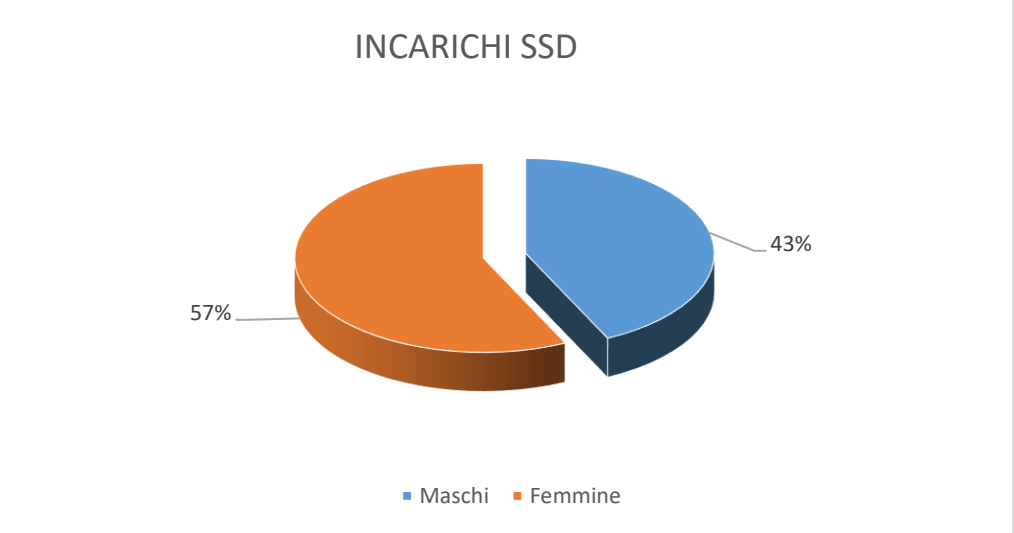


Fonte: elaborazione dati Asl Ogliastra al 31.12.2024

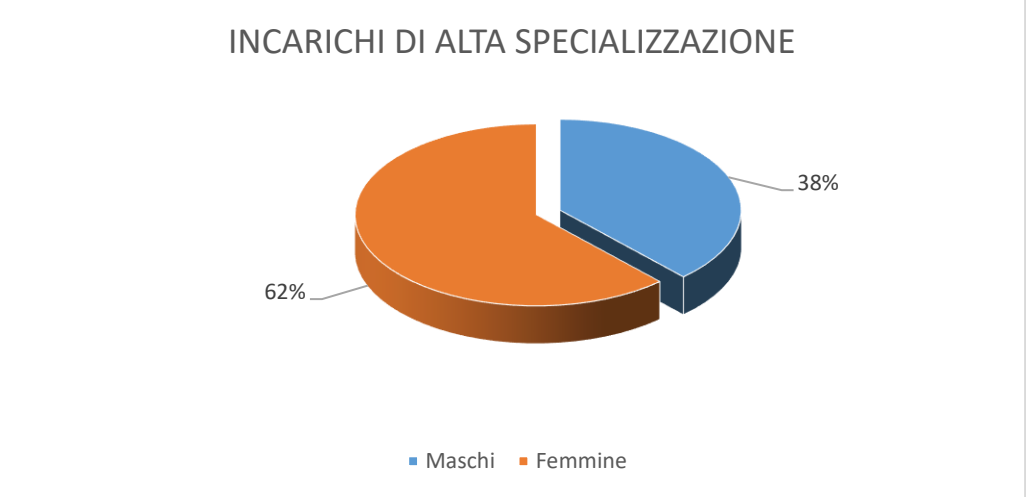
Si analizzano di seguito la composizione del personale per genere nelle diverse tipologie di incarico della Dirigenza. Si evince una maggiore percentuale di personale di genere maschile pari a 73% rispetto a quella di genere femminile pari 27% nelle tipologie di incarico di Struttura Complessa. Nelle restanti tipologie di incarico si ha una prevalenza del personale femminile.



Fonte: elaborazione dati Asl Ogliastra al 31.12.2024



Fonte: elaborazione dati Asl Ogliastra al 31.12.2024



Fonte: elaborazione dati Asl Ogliastra al 31.12.2024

TASSO ASSENZA/PRESENZA ASL OGLIASTRA

ANNO	% PRESENZA	% ASSENZA
2022	78,96	21,04
2023	79.75	20,25
2024	78,85	21,15

N° DIPENDENTI PART-TIME ASL OGLIASTRA ANNO 2023/2024

DONNE	UOMINI	% TEMPO PARZIALE
5	0	83,30
6	0	

N° L. 104/92 ASL OGLIASTRA ANNO 2023/2024

DONNE	UOMINI	TOTALE
108	36	144
118	39	157

6. PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

L'Azienda Socio Sanitaria n 4 Ogliastra è costituita a partire dal 01/01/2022. Anche l'anno 2024 è stato caratterizzato da implementazione organizzativa in ottemperanza alla legge di riforma (legge 24/2020) e al nuovo Atto Aziendale (D.G. n. 27 del 06/02/2023).

Per la Dirigenza Sanitaria sono proseguite 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.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 28 del 30/01/2024 è stato adottato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024/2026 al fine di assicurare e garantire la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e programmare in modo integrato le performance attese e le misure di gestione dei rischi corruttivi.

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 che ha curato la sezione Prevenzione della corruzione e trasparenza.

Ai Direttori delle strutture aziendali sono stati assegnati obiettivi in materia di anticorruzione e trasparenza, che sono stati oggetto di monitoraggio

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 2024 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 30/06/2024 e che ha riguardato la totalità degli obblighi come da griglia di rilevazione; il verbale è stato poi trasmesso all' ANAC e pubblicato nella sezione "amministrazione trasparente".

Sono stati adottati i seguenti regolamenti:

- con deliberazione DG n. 443 del 20 settembre 2024 "Approvazione Regolamento Aziendale Asl n. 4 dell'Ogliastra sulla disciplina e sulle modalità operative per il "controllo a campione" delle autocertificazioni, ai sensi dell'art. 52 comma 1 del D.lgs 36/2023 e controllo sul possesso dei requisiti";
- con deliberazione D.G. n. 580 del 26 novembre 2024 "Approvazione e adozione del Regolamento Asl n. 4 Ogliastra sulla gestione delle segnalazioni Whistleblowing"

7. LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DEGLI UTENTI

Nell'anno 2024 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 2024 nella ASL Ogliastra ha riguardato i seguenti eventi clinici:

- Accessi in Pronto Soccorso
- Ricoveri Ospedalieri
- Visite Ambulatoriali

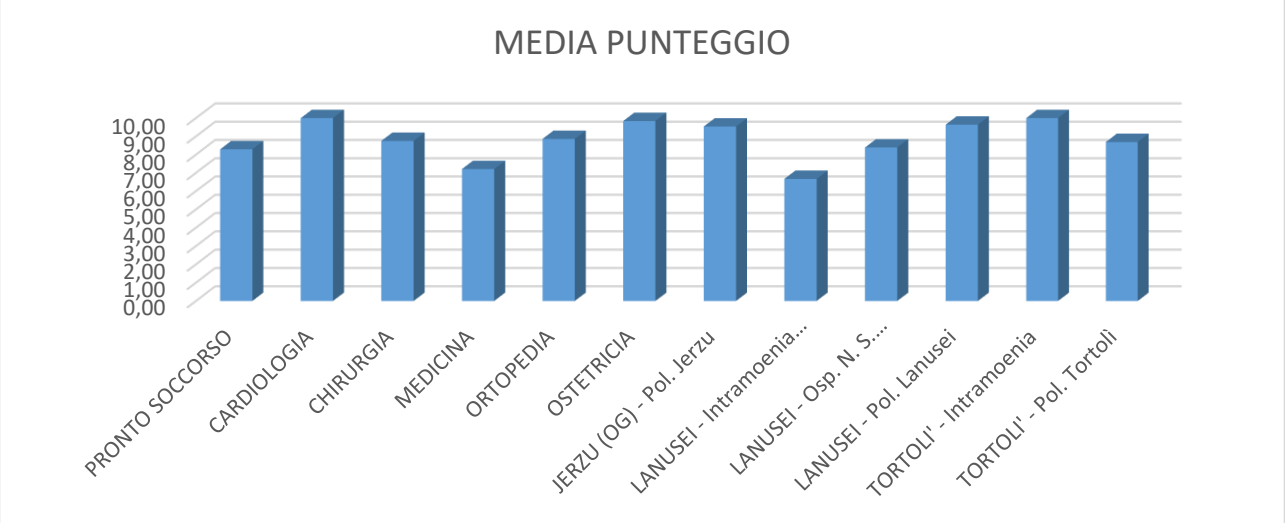
Le principali criticità legate al sistema sono legate al fatto che non è integrato con tutti i servizi offerti dall'azienda e quindi non rileva il grado di soddisfazione complessiva

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 e 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 2024 hanno riportato una valutazione media pari a 8,83 su un punteggio massimo di 10.

SERVIZIO/STRUTTURA	MEDIA PUNTEGGIO
Accessi in Pronto Soccorso	8,11
PRONTO SOCCORSO	8,29
Ricoveri Ospedalieri	9,25
CARDIOLOGIA	10,00
CHIRURGIA	8,75
MEDICINA	7,21
ORTOPEDIA	8,86
OSTETRICIA	9,84
Visite Ambulatoriali	9,28
JERZU (OG) - Pol. Jerzu	9,54
LANUSEI - Intramoenia ospedale	6,67
LANUSEI - Osp. N. S. della Mercede	8,39
LANUSEI - Pol. Lanusei	9,64
TORTOLI' - Intramoenia	10,00
TORTOLI' - Pol. Tortolì	8,69
TOTALE COMPLESSIVO	8,83

Elaborazione dati software GURU anno 2024



Elaborazione dati software GURU anno 2024

8. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

La misurazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi strategici attribuiti alle unità operative aziendali nel 2024 è avvenuta nel periodo da aprile a maggio 2025 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.

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 2025
Misurazione della performance individuale	Direttori e responsabili delle UUOO	maggio 2025
Redazione della Relazione sulla Performance anno 2024	Servizio Programmazione e Controllo	giugno 2025
Adozione della Relazione sulla Performance anno 2024	Direzione Generale	giugno 2025
Validazione della Relazione sulla Performance anno 2024	Organismo Indipendente di valutazione	giugno 2025