

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE
ASL OGLIASTRA
ANNO 2025

Sommario

PREMESSA.....	4
1. DATI IDENTIFICATICI E ANALISI DEL CONTESTO	1
1.1. Dati identificativi dell'azienda	1
1.2. Contesto esterno	2
1.3. Contesto interno.....	5
1.4. Le risorse economiche e finanziarie	19
2. IL SISTEMA DI GESTIONE DL CICLO DELLA PERFORMANCE	21
3. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	23
3.1 Valore Pubblico.....	24
3.2 Dimensione della Salute	29
3.3 Dimensione dei Processi.....	31
3.4 Dimensione dell'accessibilità.....	36
3.5 Dimensione dell'efficienza	39
3.6 Dimensione Delle Risorse	41
4. PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	47
5. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE	49
6. PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	51
7. LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DEGLI UTENTI	52
8. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	54

Tabella 1 Cause di morte - Rencam 2021/2025	4
Tabella 2 Cause di morte - Rencam 2020/2024 percentuali	4
Tabella 3 Prestazioni ambulatoriali - Pubblico	8
Tabella 4 Mobilità passiva Specialistica ambulatoriale Pubblico - Valori.....	8
Tabella 5 Mobilità passiva Specialistica ambulatoriale Pubblico - Erogatore	9
Tabella 6 Posti letto P.O.	10
Tabella 7 Ricoveri P.O.	11
Tabella 8 Mobilità passiva Ricoveri	11
Tabella 9 Mobilità attiva ricoveri.....	12
Tabella 10 Pronto Soccorso – livello appropriatezza accesso anno 2025	13
Tabella 11 N di allevamenti e n. di capi.....	14
Tabella 12 Sanità animale Controlli. N di capi controllati	15
Tabella 13 Attività SIAPZ.....	15
Tabella 14 Attività SIAOA.....	16
Tabella 15 Attività SPRESAL.....	16
Tabella 16 Attività Igiene Pubblica	17
Tabella 17 Attività Prevenzione e Promozione della Salute	18
Tabella 18 Attività SIAN	19
Tabella 19 Valore della Produzione	20
Tabella 20 Costi della produzione e dettaglio costo del personale.....	20
Tabella 21 Valore di performance delle articolazioni aziendali	46
Tabella 22 Media delle valutazioni per tipologia scheda	48
Tabella 23 Classi di punteggio	48
Tabella 24 composizione per genere.....	49
Tabella 25- Ripartizione per genere tra dirigenza e comparto.....	50
Tabella 26 – ripartizione per genere degli incarichi dirigenziali.....	50
Tabella 27 – Tabella indice di gradimento per SC	53

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’Ogliastro 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 2025, 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 IDENTIFICATIVI E ANALISI DEL CONTESTO

1.1. Dati identificativi dell'azienda

L'Azienda socio-sanitaria locale n. 4 dell'Ogliastria 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:



IDENTIFICAZIONE AZIENDA SANITARIA		
	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.aslogliastria.it
	E-mail/PEC	direzione.generale@aslogliastria.it protocollo@pec.aslogliastria.it
	Riferimenti URP aziendale	urp.ogliastra@aslogliastria.it Telefono: 0782/490208
	Natura giuridica SANITARIA E SOCIO SANITARIA	AZIENDA PUBBLICA ECONOMICA A CARATTERE SANITARIA E SOCIO SANITARIA
	Codice Fiscale e Partita IVA	01620420917
	Codice univoco Ufficio fatturazione elettronica	ET7V3U

L'ambito territoriale dell'Azienda ASL 4 Ogliastria, coincide con l'area storico-geografica della Sardegna denominata 'Ogliastria' 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 altipiani di roccia calcarea, e più pianeggiante lungo la costa. Queste caratteristiche geografiche hanno contribuito a delineare un sistema demografico, sociale ed economico decisamente differenziato al suo interno tra zone interne e costiere.

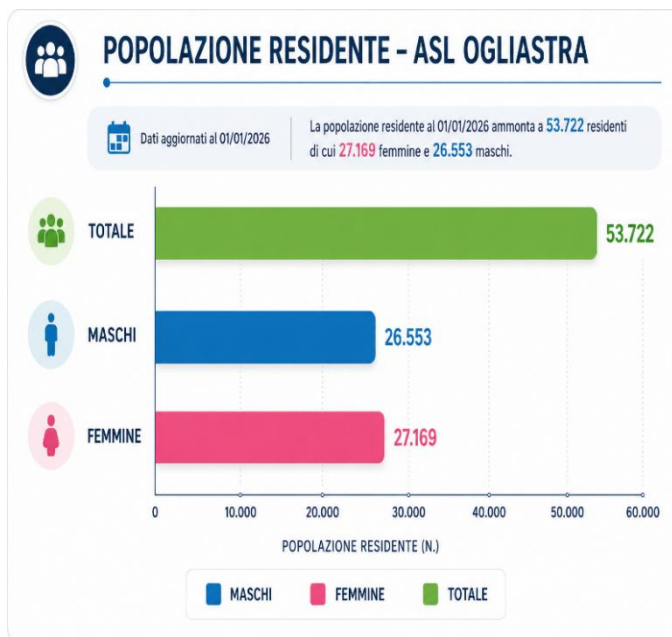
L'Azienda rappresenta l'ambito territoriale dell'Ogliastria che si estende per circa 1854 chilometri quadrati e comprende 23 comuni: Arzana, Bari Sardo, Baunei, Cardedu, Elini, Gairo, Girasole, Ilbono, Jerzu, Lanusei, Loceri, Lotzorai, Osini, Perdasdefogu, Seui, Talana, Tertenia, Tortolì, Triei, Ulassai,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



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

1.2. Contesto esterno

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



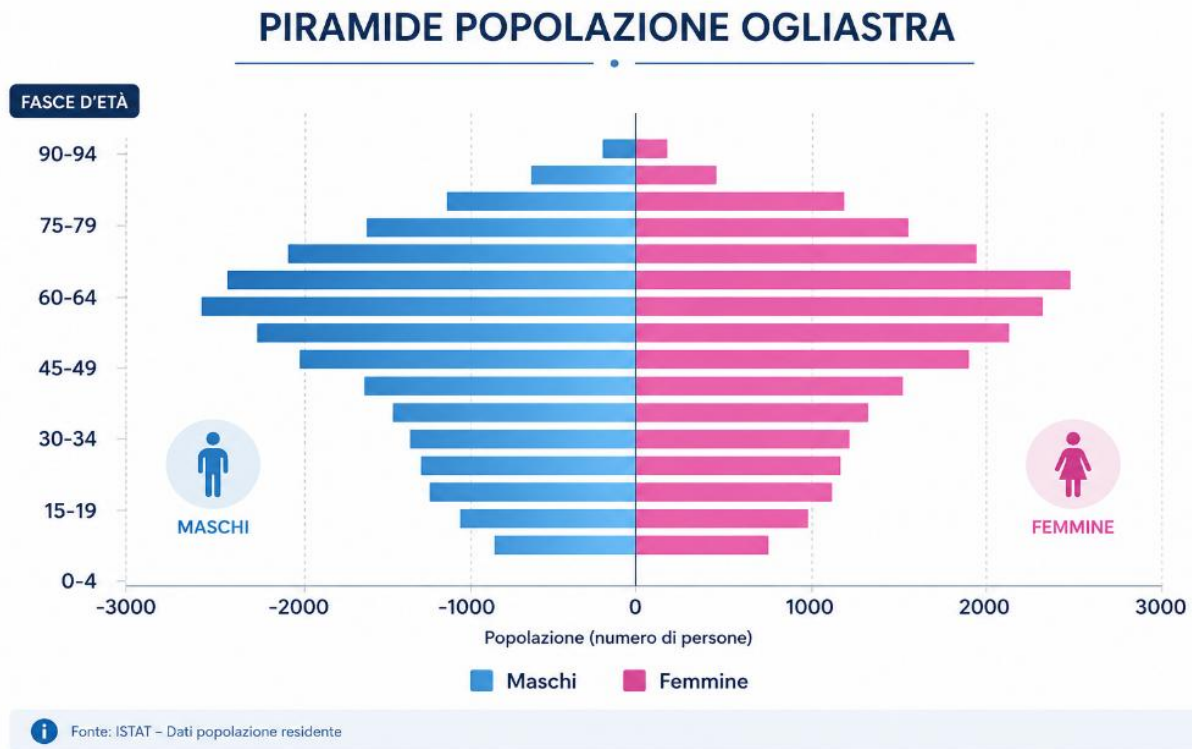
La popolazione del territorio di competenza della Asl 4 Ogliastra al 01/01/2026 ammonta a 53.722 residenti di cui 27.169 femmine e 26.553 maschi (- 215 rispetto all'anno precedente). L'area si estende per 1.854 km² con una densità di popolazione pari a 28,97 abitanti per km² e corrisponde al 3,41% del 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.

Fonte: elaborazione dati Istat 01/01/2026

Negli ultimi decenni si è assistito al continuo spopolamento dei comuni dell'interno a favore dei centri costieri. Un solo centro è al di sopra dei cinquemila abitanti, 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 01/01/2026

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 nel 2025 al 266,88% in aumento rispetto al 2024. Un valore del 266,88% significa che ci sono circa 267 anziani ogni 100 bambini/ragazzi.

Questo dato implica una netta prevalenza di patologie cronico-degenerative (cardiovascolari, oncologiche, neurodegenerative come Alzheimer e demenze, diabete, artrosi). L'insieme dell'offerta di servizi sanitari e socio sanitari deve essere sempre più strutturato principalmente per l'acuzie, ma per la gestione della cronicità.

L'indice di dipendenza strutturale, che rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva su quella attiva, presenta un valore pari a 62,94%, aspetto da considerare nella definizione delle politiche sociali. Un valore del 62,94% indica che ogni 100 persone in età lavorativa, ve ne sono quasi 63 a carico. Con una quota ridotta di popolazione in età attiva, la rete di supporto familiare si indebolisce progressivamente, il che si traduce in una maggiore richiesta di intervento diretto da parte dei servizi pubblici come per esempio la telemedicina, l'infermieristica di famiglia e comunità.

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.

Un altro indicatore fondamentale per valutare lo stato di salute della popolazione è l'analisi delle cause di morte. L'elaborazione dei dati del Registro Nominale delle Cause di Morte (Rencam) della ASL Ogliastra evidenzia come le principali cause di decesso siano legate ai disturbi del sistema circolatorio, alle neoplasie e alle malattie dell'apparato respiratorio. Il grafico seguente riporta i dati relativi ai comuni dell'Ogliastra per il quinquennio 2021-2025, espressi sia in valori assoluti sia in percentuali.

Tabella 1 Cause di morte - Rencam 2021/2025

 CAUSE DI MORTE RESIDENTI – ASL OGLIASTRA					
Causa di morte	2021	2022	2023	2024	2025
 Malattie Infettive e parassitarie escluso AIDS	7	11	9	16	16
 Tumori	169	146	146	140	164
 Malattie Endocrine, Nutrizionali e Metaboliche	31	23	33	25	22
 Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disturbi immunitari	2	5	1	3	3
 Malattie del sistema Nervoso e degli organi dei sensi	29	30	19	25	26
 Malattie del sistema Circolatorio	163	182	156	178	168
• Malattie ischemiche del cuore	39	46	38	50	50
• Disturbi Circolatori dell'encefalo	47	39	44	32	31
 Malattie dell'apparato respiratorio	52	64	48	55	49
 Malattie dell'apparato digerente	28	27	19	27	28
 Malattie della cute e del tessuto sotto cutaneo	1	0	1	0	1
 Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	3	4	5	3	3
 Malattie del sistema genitourinario	16	4	15	13	11
 Cause esterne di traumatismi e avvelenamenti	20	37	25	36	26
• Incidenti da mezzi di trasporto	1	–	3	2	0
• Suicidio e autolesione	3	10	5	5	5
 TOTALE	611	628	567	610	603

Fonte: Elaborazione d1ati Rencam 2021/2025 (2025 provvisori)

Tabella 2 Cause di morte - Rencam 2020/2024 percentuali



CAUSE DI MORTE – % DI MORTALITÀ – ASL OGLIASTRA

Causa di morte	2021 % mortalità	2022 % mortalità	2023 % mortalità	2024 % mortalità	2025 % mortalità
 Malattie Infettive e parassitarie escluso AIDS	1,10%	1,80%	1,59%	2,62%	2,72%
 Tumori	27,70%	23,20%	25,75%	22,95%	26,84%
 Malattie Endocrine, Nutrizionali e Metaboliche	5,10%	3,70%	5,82%	4,10%	3,74%
 Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disturbi immunitari	0,30%	0,80%	0,18%	0,49%	0,51%
 Malattie del sistema Nervoso e degli organi dei sensi	4,70%	4,80%	3,35%	4,10%	4,41%
 Malattie del sistema Circolatorio	26,70%	29,00%	27,51%	29,18%	27,52%
• Malattie ischemiche del cuore	6,40%	7,30%	6,70%	8,20%	8,49%
• Disturbi Circolatori dell'encefalo	7,70%	6,20%	7,76%	5,25%	5,26%
 Malattie dell'apparato respiratorio	8,50%	10,20%	8,47%	9,02%	8,10%
 Malattie dell'apparato digerente	4,60%	4,30%	3,35%	4,43%	4,75%
 Malattie della cute e del tessuto sotto cutaneo	0,20%	0,00%	0,18%	0,00%	0,17%
 Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	0,50%	0,60%	0,88%	0,49%	0,51%
 Malattie del sistema genitourinario	2,60%	0,60%	2,65%	2,13%	1,87%
 Cause esterne di traumatismi e avvelenamenti	3,30%	5,90%	4,41%	5,90%	4,41%
• Accidenti da mezzi di trasporto	0,20%	0,00%	0,53%	0,33%	0,00%
• Suicidio e autolesione	0,50%	1,60%	0,88%	0,82%	0,85%
 TOTALE	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaborazione dati Rencam 2021/2025 (2025 provvisori)

1.3. Contesto interno

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

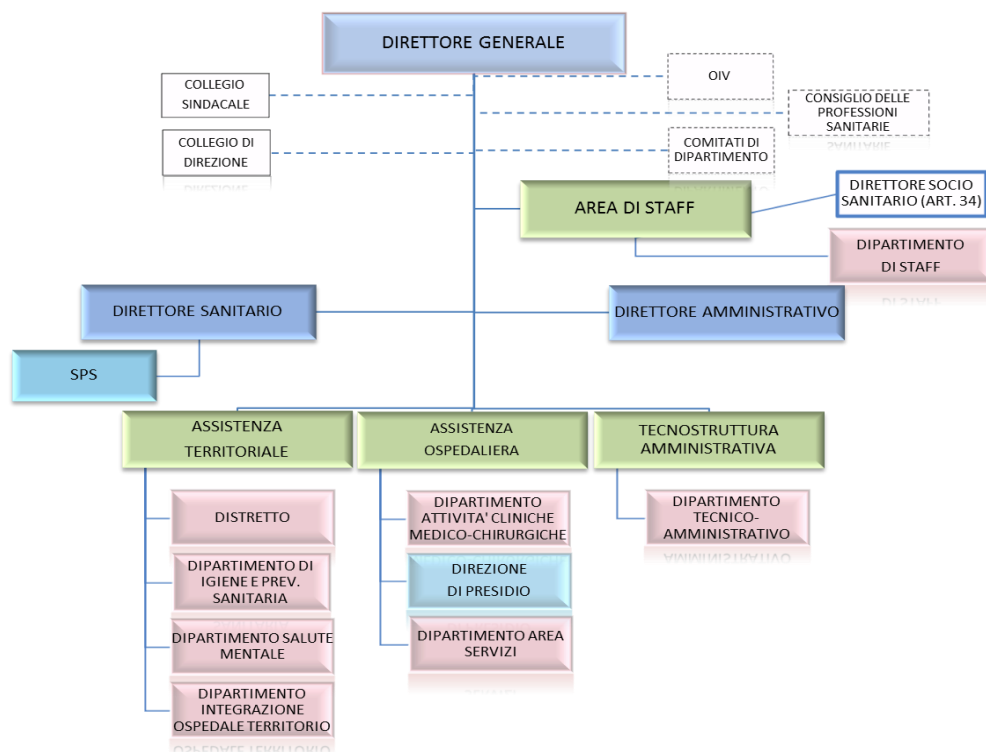
L'atto aziendale definisce il modello organizzativo dell'Azienda e le linee strategiche generali nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia e miglioramento continuo dei servizi offerti. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale e tecnico-professionale, disciplina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

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

- la Direzione strategica – rappresentata dalla direzione generale (Direttore Generale – Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo);
- l'area di Staff che garantisce il supporto alla Direzione strategica nelle attività e nei processi istituzionali e comprende il direttore dei servizi socio sanitari;

- la tecnostruttura amministrativa che garantisce il supporto alla Direzione strategica, in raccordo con lo staff, nei processi tecnico-amministrativi strumentali alle strutture organizzative dell'Azienda;
- l'organizzazione sanitaria per l'erogazione dell'assistenza che garantisce i livelli di assistenza collettiva, territoriale ed ospedaliera e le relative attività legate all'assistenza sanitaria come l'assistenza farmaceutica, la sanità penitenziaria, il servizio di prevenzione e protezione, il rischio clinico e la clinical governance.

Si riporta di seguito il modello organizzativo della ASL Ogliastra:



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

L'assistenza collettiva svolge principalmente le seguenti attività:

- sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- salute animale e igiene urbana veterinaria;
- sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;

- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- attività medico legali per finalità pubbliche.

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

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

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

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

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

Si riportano alcuni dati dell'attività territoriale della ASL Ogliastra relativamente all'anno 2025 con il confronto rispetto ai dati 2024 della ASL Ogliastra.

Nell'ambito della specialistica ambulatoriale delle strutture pubbliche si registra una complessiva stabilità in termini di valore (+1,5%). Al contrario, il volume delle prestazioni subisce una contrazione del -5,44%; un calo

riconducibile non solo alla cronica carenza di personale e al mancato turnover generazionale, ma anche al recente aggiornamento del nomenclatore tariffario. La riduzione interessa anche le strutture private. Anche in questo caso ad incidere sul risultato finale è l'entrata in vigore del nuovo nomenclatore tariffario. Questo aspetto rende non perfettamente comparabili i dati del 2024 con quelli del 2025 in particolare il numero delle prestazioni erogate. Il trend incrementale registrato nell'attività specialistica ambulatoriale istituzionale nel periodo 2019-2025, nonostante il lieve calo del 2025, consolida il recupero dei volumi erogati con il superamento della contrazione registrata negli anni precedenti. Tale dinamica attesta l'impegno strategico dell'Azienda nel potenziare l'offerta assistenziale sotto il profilo sia qualitativo sia quantitativo, in stretta coerenza con le politiche regionali e nazionali di governo e abbattimento dei tempi di attesa.

Dati attività specialistica ambulatoriale strutture pubbliche ASL Ogliastra 2025/2024

Tabella 3 Prestazioni ambulatoriali - Pubblico



PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER BRANCA – ASL OGLIASTRA

BRANCA	PRESTAZIONI 2025	PRESTAZIONI 2024	DIFF.	DIFF. %
01 Anestesia	1.379	1.377	2	0%
02 Cardiologia	10.607	14.252	-3.645	-26%
03 Chirurgia Generale	4.330	3.378	952	28%
04 Chirurgia Plastica	193	548	-355	-65%
05 Chirurgia Vascolare - Angiologia	365	326	39	12%
06 Dermosifilopatia	2.593	810	1.783	220%
08 Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	18.549	21.460	-2.911	-14%
09 Endocrinologia	1.221	989	232	23%
10 Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	2.448	1.490	958	64%
11 Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica-Genetica-Immunonotologia E S. Trasl.	532.023	553.114	-21.091	-4%
12 Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motuilei E Neurolesi	10.797	24.893	-14.096	-57%
13 Nefrologia	9.881	6.375	3.506	55%
14 Neurochirurgia	1.307	-	1.307	-
15 Neurologia	36	927	-891	-96%
16 Oculistica	1.086	1.795	-709	-39%
17 Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	2.489	1.835	654	36%
18 Oncologia	4.825	4.052	773	19%
19 Ortopedia E Traumatologia	7.954	4.168	3.766	91%
20 Ostetricia E Ginecologia	3.819	2.976	843	28%
21 Otorinolaringoiatria	3.264	440	2.824	642%
22 Pneumologia	2.451	2.215	236	11%
23 Psichiatria	568	858	-290	-34%
24 Radioterapia	157	151	6	4%
25 Urologia	1.806	695	1.111	160%
26 Altre Prestazioni	45.237	58.805	-13.568	-23%
TOTALE	669.385	707.929	-38.544	-5,44%



VALORE ECONOMICO DELLE PRESTAZIONI

2025
€ 8.133.227

2024
€ 8.011.929

+1,5%
VARIAZIONE



Il valore complessivo delle prestazioni è sostanzialmente stabile (+1,5%).



La riduzione del numero di prestazioni (-5,44%) è riconducibile principalmente alla nuova codifica regionale e all'unificazione di alcune prestazioni, senza una corrispondente diminuzione dell'attività erogata.

Fonte: elaborazione dati flusso file C – SAM 2025- Abaco

Tabella 4 Mobilità passiva Specialistica ambulatoriale Pubblico - Valori

MOBILITÀ PASSIVA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Confronto 2025 vs 2024



PRESTAZIONI

105.046

↓ -9.101 (-8,0%)

2024: 114.147



VALORE ECONOMICO

€ 4.123.558

↑ +€ 108.915 (+2,7%)

2024: € 4.014.643



Fonte: elaborazione dati flusso file C – SAM 2025 – Abaco

Tabella 5 Mobilità passiva Specialistica ambulatoriale Pubblico - Erogatore



MOBILITÀ PASSIVA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Prestazioni erogate fuori ASL Ogliastra – Anno 2025



PRESTAZIONI COMPLESSIVE

105.046

Anno 2025



BRANCHE INTERESSATE

oltre 40



PRIMA BRANCA

Diagnostica per immagini
Radiologia diagnostica

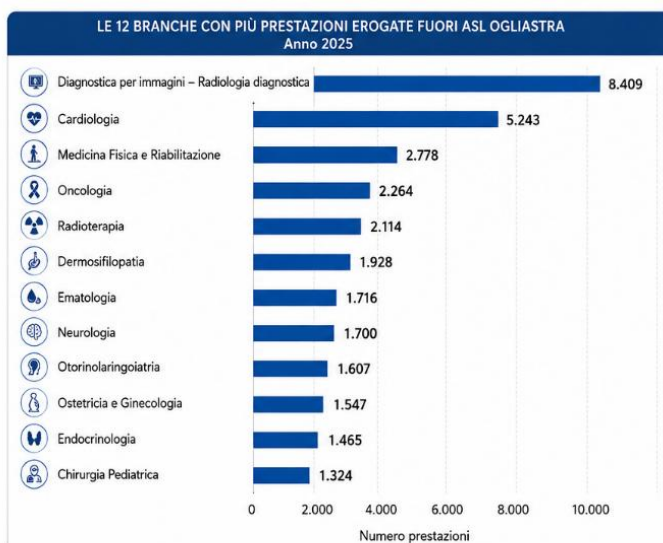
8.409
prestazioni



SECONDA BRANCA

Cardiologia

5.243
prestazioni



COMMENTO

Nel 2025 la mobilità passiva specialistica ambulatoriale ha riguardato 105.046 prestazioni erogate fuori dal territorio della ASL Ogliastra. Le richieste si concentrano principalmente nelle attività di Diagnostica per immagini (Radiologia diagnostica), Cardiologia, Riabilitazione, Oncologia e Radioterapia, evidenziando le principali aree nelle quali i residenti si rivolgono ad altre Aziende Sanitarie.

Fonte: Flusso Specialistica Ambulatoriale – NSIS – Anno 2025

Nota: escluse le voci con codifica <NV>, (vuoto), M.C.A.U. e Day Hospital (Multispecialistico)

Fonte: elaborazione dati flusso file C – SAM 2025 – Abaco

L'assistenza ospedaliera è garantita dal Presidio Nostra Signora della Mercedes 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.

Tabella 6 Posti letto P.O.



POSTI LETTO PRESIDIO OSPEDALIERO

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

RIEPILOGO POSTI LETTO



DEGENZE ORDINARIE
104



DAY HOSPITAL
6



DAY SURGERY
5

↓



TOTALE POSTI LETTO
115

Fonte HSP12 anno 2025

Fonte: HSP12 2025

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 2025/2024

Tabella 7 Ricoveri P.O.

DIMESSI PER DISCIPLINA E REGIME DI RICOVERO

Confronto 2025 vs 2024

DISCIPLINA	REGIME DI RICOVERO	DIMESSI 2025	DIMESSI 2024	DIFF.	DIFF. %
0801 - Cardiologia	1 - Ricovero Ordinario	0	0	0	0%
0801 - Cardiologia	2 - Day Hospital	113	118	-5	-4%
0901 - Chirurgia Generale	1 - Ricovero Ordinario	940	934	6	1%
0901 - Chirurgia Generale	2 - Day Hospital	26	61	-35	-57%
2601 - Medicina Generale	1 - Ricovero Ordinario	1.476	1.497	-21	-1%
2601 - Medicina Generale	2 - Day Hospital	120	88	32	36%
2603 - Medicina Generale	1 - Ricovero Ordinario	40	20	20	100%
2603 - Medicina Generale	2 - Day Hospital	12	16	-4	-25%
3101 - Nido	1 - Ricovero Ordinario	2	2	0	0%
3601 - Ortopedia E Traumatologia	1 - Ricovero Ordinario	716	679	37	5%
3601 - Ortopedia E Traumatologia	2 - Day Hospital	16	19	-3	-16%
3701 - Ostetricia E Ginecologia	1 - Ricovero Ordinario	74	37	37	100%
3701 - Ostetricia E Ginecologia	2 - Day Hospital	248	192	56	29%
3901 - Pediatria	1 - Ricovero Ordinario	1	0	1	-
3901 - Pediatria	2 - Day Hospital	1	0	1	-
4901 - Terapia Intensiva	1 - Ricovero Ordinario	55	175	-120	-69%
4901 - Terapia Intensiva	2 - Day Hospital	0	1	-1	-100%
TOTALE		3.840	3.839	1	0%


3.840
 DIMESSI 2025


3.839
 DIMESSI 2024

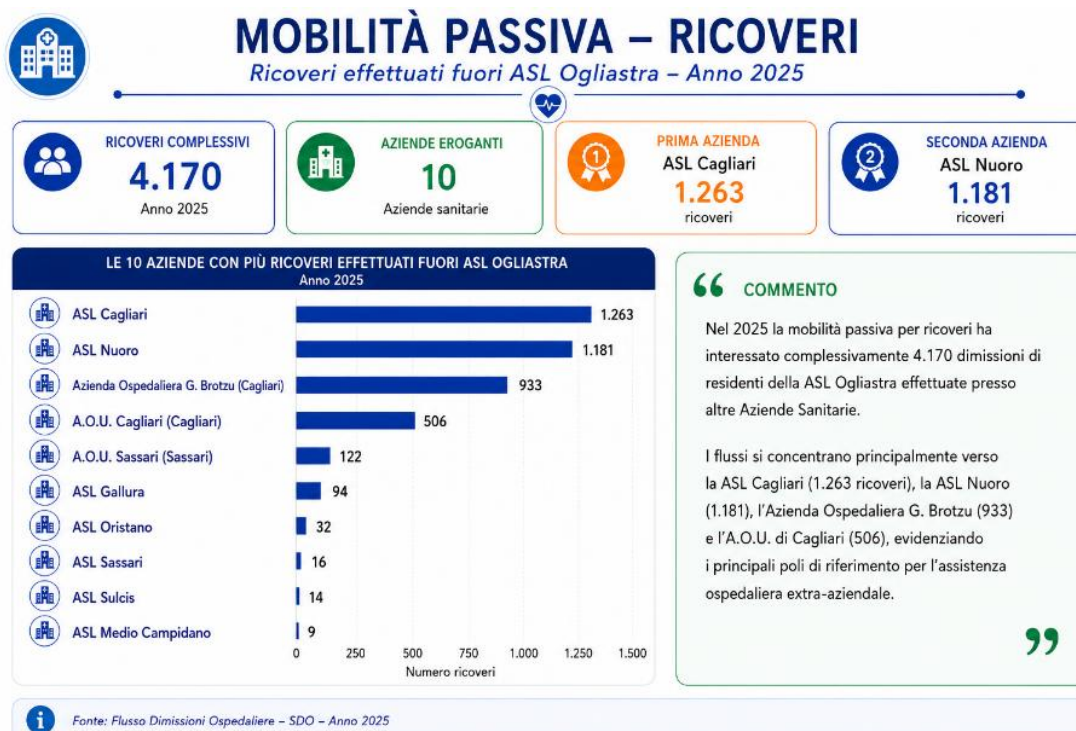

+1
 DIFFERENZA


0%
 VARIAZIONE %

Fonte: elaborazione dati flusso file A-SDO 2025 – Abaco

La mobilità passiva dei ricoveri, dopo una riduzione nel 2020 a causa della pandemia covid, è in costante aumento. Si riporta nella tabella che segue, la sintesi dei ricoveri complessivi della mobilità intraregionale anno 2025 con la specificazione delle aziende eroganti.

Tabella 8 Mobilità passiva Ricoveri



Fonte: elaborazione dati flusso file A-SDO 2025– Abaco

Nella mobilità attiva si registra nel 2025 un decremento rispetto al 2024; nella tabella sono rappresentati gli andamenti delle discipline negli anni dal 2021 al 2025. La crescita dell'indice di attrazione e della mobilità attiva nelle discipline in particolare di Ortopedia e Chirurgia agisce come leva strategica per il consolidamento dei volumi assistenziali e produce un impatto diretto e misurabile sul miglioramento del profilo di qualità aziendale, determinando il progressivo posizionamento nelle classi di eccellenza (aree verdi) degli indicatori sintetici della Treemap PNE.

Tabella 9 Mobilità attiva ricoveri



Fonte: Elaborazione dati Abaco 2021/2025

Nei grafici seguenti si rappresentano i dati maggiormente significativi del Pronto Soccorso nell'anno 2025. L'attività del PS di svolge in un contesto di elevata pressione assistenziale determinata sia dall'incremento stagionale indotto dai flussi turistici, sia dalla persistenza di accessi a bassa complessità che potrebbero trovare risposta in setting assistenziali territoriali più appropriati.

Tabella 10 Pronto Soccorso – livello appropriatezza accesso anno 2025



Fonte: elaborazione dati flusso file L anno 2025

Si riportano nelle tabelle seguenti alcuni dati delle principali attività dei servizi del Dipartimento di Prevenzione della ASL Ogliastra relativamente all'anno 2024 all'anno 2025. L'attività di vigilanza e controllo sul benessere animale e sulle filiere di produzione degli alimenti rappresenta lo strumento principale per la tutela della salute pubblica. Il costante monitoraggio delle produzioni e la sorveglianza epidemiologica sul campo risultano infatti indispensabili per contrastare la diffusione di patogeni ad alto impatto biologico, quali la peste suina africana, la brucellosi e le altre principali zoonosi, garantendo la sicurezza dei consumatori.

Patrimonio zootecnico 2025

Tabella 11 N di allevamenti e n. di capi



ALLEVAMENTI PER SPECIE E COMUNE – ANNO 2025

COMUNE						
	BOVINI	OVINI-CAPRINI	SUINI	EQUINI	ASINI	API
	N° ALLEV.	N° ALLEV.	N° TOTALE ALLEV.	N° TOTALE ALLEV.	N° ALLEV.	N° ALLEV.
ARZANA	77	52	38	61	9	3
BARISARDO	3	44	46	48	23	9
BAUNEI	36	70	65	22	16	5
CARDEDU	6	35	21	26	14	12
ELINI	0	1	4	6	0	3
GAIRO	18	24	33	9	3	8
GIRASOLE	3	7	35	9	2	7
JERZU	11	20	19	24	8	3
ILBONO	7	31	17	8	6	11
LANUSEI	11	64	46	45	17	9
LOCERI	2	15	22	11	7	7
LOTZORAI	9	22	49	11	5	7
OSINI	7	17	11	9	9	2
PERDASDEFOGU	15	27	28	20	5	8
SEUI	40	44	19	14	3	13
TALANA	83	61	40	13	6	8
TERTENIA	22	95	48	17	14	7
TORTOLI	3	19	26	34	6	25
TRIEI	11	47	45	5	1	14
ULASSAI	33	31	29	7	10	12
URZULEI	64	56	85	22	11	14
USSASSAI	4	15	17	4	3	4
VILLAGRANDE	112	120	139	77	32	11
TOTALI	577	917	882	193	210	202



ALLEVAMENTI PER SPECIE E COMUNE – ANNO 2025

COMUNE							
	BOVINI	OVINI	CAPRINI	SUINI	EQUINI	ASINI	API
	N° CAPI	N° CAPI	N° CAPI	N° CAPI	N° CAPI	N° CAPI	NUMERO ALVEARI
ARZANA	5.627	4.581	3.221	594	68	75	5
BARISARDO	15	8.169	786	473	59	48	24
BAUNEI	859	750	4.223	449	11	48	9
CARDEDU	111	2.797	924	186	15	78	12
ELINI	0	0	167	45	5	0	4
GAIRO	666	966	975	363	10	11	13
GIRASOLE	3	716	71	360	2	3	7
JERZU	88	3.040	147	222	6	28	5
ILBONO	219	1.939	2.646	275	13	25	21
LANUSEI	73	3.370	1.821	4.597	33	33	14
LOCERI	36	2.112	416	404	11	14	11
LOTZORAI	186	2.770	88	222	5	23	8
OSINI	291	1.982	354	54	2	32	2
PERDASDEFOGU	619	792	1.467	131	24	29	8
SEUI	1.800	3.214	3.504	104	25	4	-
TALANA	6.811	3.981	4.840	942	4	39	16
TERTENIA	987	10.034	3.963	485	28	275	19
TORTOLI	21	975	143	212	46	7	28
TRIEI	74	2.821	1.514	890	12	2	16
ULASSAI	2.101	2.236	2.036	185	22	54	36
URZULEI	2.241	3.190	2.993	615	20	53	18
USSASSAI	62	431	446	163	6	24	8
VILLAGRANDE	8.490	14.108	4.835	2.404	28	48	31
TOTALI	28.527	74.974	41.580	14.375	455	953	315

Tabella 12 Sanità animale Controlli. N di capi controllati

 ATTIVITÀ SANITÀ ANIMALE ANNO 2025 	
ATTIVITÀ SANITÀ ANIMALE	Numero capi controllati Anno 2025
 Psa suino	173
 Brucellosi ovicaprina	4.796
 Brucellosi bovina	2.242
 Leucosi	664
 Salmonellosi	8.998
 Genotipizzazione	342
 West Nile	15
 Tubercolosi bovina	4.014
 Dermatite nodulare contagiosa vaccinazioni	25.772
 Dermatite Nodulare contagiosa gestione focolai	1
 Influenza aviaria	3
 Bse	6
 TSE	74
 Blue Tongue controllo ematico	1.371
 Blue Tongue focolai	48
 Blue Tongue Controlli clinici	8.718
 Blue Tongue Vaccinazioni	7.181
 USUTU	15
 Controllo aborti	149
 Psa sorveglianza selvatico	14
 Anemia Infettiva	32
 CONTROLLI ANAGRAFE	85 AZIENDE

Fonte: servizio Sanità Animale

Tabella 13 Attività SIAPZ

 ATTIVITÀ SERVIZIO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECHNICHE 			
ATTIVITÀ		ANNO 2024	ANNO 2025
Registrazione allevamenti produzione primaria latte		33	38
Registrazione allevamenti produzione primaria OSM		50	51
Riconoscimento stabilimenti trasformazione operatori vari (OSA - OSM - SOA)		1	0
Registrazione stabilimenti trasformazione operatori vari (OSA - OSM - SOA)		0	0
Modifica riconoscimento e registrazione stabilimenti (OSA - OSM - SOA)		0	0
Autorizzazioni diverse da registrazioni e riconoscimenti (trasporto animali vivi, scorta farmaci, strutture veterinarie di cura, stabilimenti riproduzione animale)		20	22
Emissione certificati ai fini dell'export,		5	4
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		0	0
Controlli ufficiali di follow up		10	8
Altre attività a richieste degli operatori		0	0
Piano Regionale Residui Prelievi matrici varie		16	20
Piano Nazionale Alimentazione Animali prelievi mangimi e acqua abbeverata		28	32
Piano Regionale Controllo Ufficiale Alimenti ispezioni e audit		10	15
Piano Aziendale C.U. Produzione primaria latte ispezioni		6	6
Piano Regionale Benessere Animale ispezioni allevamenti		112	120
Piano Regionale Farmacosorveglianza ispezioni operatori vari		120	132
Piano Controlli Ufficiali Sicurezza Alimentare e TSE ispezioni		2	2
Piano Controlli Ufficiali Sostanze Vietate ispezioni		5	4
Piano monitoraggio zone di produzione molluschi bivalvi vivi campionamenti molluschi		230	201
Piano monitoraggio zone di produzione molluschi bivalvi vivi campionamenti acqua		110	112
Piano eradicazione PSA ispezioni		0	0

Fonte: servizio igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

Tabella 14 Attività SIAOA

 SERVIZIO IGIENE PRODUZIONE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE 		
ATTIVITÀ	ANNO 2024	ANNO 2025
Accessi vigilanza attività registrate	93	143
accessi vigilanza attività riconosciute	22	417
Prelievo emosieri . Psa.psc mattatoio	38	0
campionamento alimenti (PRCUA, PRR, PRCF, etc.	88	135
campionamenti carcasse Reg. 2073/05	30	26
Esame trichinoscopico stabilimenti macellazione	1155	1536
Esame trichinoscopico macellazioni uso famiglia	113	306
Scarico capi macellati dalla BDN	2248	2736
Sopraluogo in stabilimenti per nuovi riconoscimenti	3	3
Rendicontazione D.L. 194/08..Diritti Sanitari (ore)	40	45
Attestazione idoneità suini macellati a domicilio	145	306
Controlli benessere animale alla macellazione	4	5
Controlli benessere animale al trasporto	4	2
Controlli anagrafe al macello	4	12
Controlli SOA al macello	5	5

Fonte: servizio igiene produzione alimenti di origine animale

Tabella 15 Attività SPRESAL

 PROVVEDIMENTI SANZIONATORI						
Motivo intervento	PROVVEDIMENTI SANZIONATORI ANNO 2024			PROVVEDIMENTI SANZIONATORI ANNO 2025		
	N. CNR	N. verbali prescrizione	Violazioni	N. CNR	N. verbali prescrizione	Violazioni
Piano sicurezza in edilizia	10	11	10	11	11	13
Indagini infortunio	3	4	4	6	6	6
Piano controllo altre attività	7	7	7	4	4	4
Attività rimozione amianto	0	0	0	0	0	0
Piano sicurezza in agricoltura	1	1	1	0	0	0

 ATTIVITÀ DI CONTROLLO E VIGILANZA		
TIPOLOGIA	ANNO 2024	ANNO 2025
N. aziende controllate Agricoltura	9	21
Numero notifiche amianto controllate	9	27
N. aziende edili ispezionate edilizia+amianto	4	68
Numero sequestri	4	1
N. aziende comparto portuale, marittimo e della pesca	4	4
Numero controlli documentali	4	110
Numero eventi formativi PRP	2	5
N. deleghe procura	3	3
Numero indagini infortunio	12	17
Numero malattie professionali	3	13
Numero ricorsi avverso il giudizio del Medico competente	1	0
Numero controlli stress lavoro correlato	1	2
Numero controlli sulle macchine Titolo III° DLG 81/2008	20	131
Numero aziende edili o agricole sottoposte a controllo per gli aspetti della sorveglianza sanitaria	68	109
n. aziende ispezionate in altri comparti altri comparti	23	54

Fonte: Spresal

Nel proseguo sono riportati i dati relativi all'attività di prevenzione svolta dalla SC Igiene Pubblica e dalla SC Prevenzione e Promozione della Salute nell'anno 2025 a confronto con i dati del 2024. L'incremento delle coperture vaccinale e dell'adesione ai programmi di screening costituisce un obiettivo prioritario di performance per l'Azienda, in quanto contribuisce al miglioramento degli indicatori di prevenzione, alla diagnosi precoce delle patologie e alla tutela della salute della popolazione.

Tabella 16 Attività Igiene Pubblica

 VACCINAZIONI 		
TIPOLOGIA	ANNO 2024	ANNO 2025
Vaccinazioni pediatriche e adulti	7128	11962
Vaccinazioni antinfluenzali effettuati presso i SISP	331	1322
Vaccinazioni covid effettuati	259	161
Effettuazione test mantoux	160	173

 ATTIVITA' PER PANDEMIA SARS COV2 		
TIPOLOGIA	ANNO 2024	ANNO 2025
indagini epidemiologiche per covid 19	165	15
invii certificati isolamento	/	/
invii certificati guarigione	/	/
invio tabelle riepilogative quotidiane	/	/

 SORVEGLIANZA PASSI 		
TIPOLOGIA	ANNO 2024	ANNO 2025
Interviste passi	98	144
Interviste passi d'argento	12	22
Invii lettere passi	297	330
Invii lettere passi d'argento	32	44

Fonte: Servizio Igiene Pubblica

Tabella 17 Attività Prevenzione e Promozione della Salute

	ATTIVITA' PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE		
ATTIVITÀ	ANNO 2024	ANNO 2025	
Okkio alla Salute: accessi nelle scuole campionate per la rilevazione	Prossima rilevazione nel 2026	Prossima rilevazione nel 2026	
Screening oncologico mammella - numero inviti	Primo livello: 4.078	Primo livello: 3.233	
	Secondo livello: 617	Secondo livello: 606	
Screening oncologico mammella - numero presenze (trasversale: S.C. Radiologia)	Primo livello: 1.797	Primo livello: 1.727	
	Secondo livello: 586	Secondo livello: 556	
Screening oncologico colon retto - numero inviti	Primo livello: 15.999	Primo livello: 10.219	
	Secondo livello: 257	Secondo livello: 154	
Screening oncologico colon retto - numero presenze (trasversale: Farmacie convenzionate, S.C. Laboratorio analisi e SSD Endoscopia digestiva)	Primo livello: 3.998	Primo livello: 2.848	
	Secondo livello: 219	Secondo livello: 132	
Screening oncologico cervice uterina - numero inviti	Primo livello: 7.263	Primo livello: 5.335	
	Secondo livello: 272	Secondo livello: 298	
Screening oncologico cervice uterina - numero presenze (trasversale: Consultorio, S.C. Laboratorio analisi, S.C. Anatomia patologica e S.C. Ostetricia e Ginecologia)	Primo livello: 2.373	Primo livello: 2.567	
	Secondo livello: 238	Secondo livello: 261	
Screening HCV (fase opportunistica)	n. aventi diritto sottoposti a screening: 1.200		
Programma Predefinito PP2 – Comunità attive	n. Comuni Ogliastra: 23 n. Comuni invitati: 23 n. Comuni aderenti: 3 G.d.C. attivati: 3 n. Riunioni: 6 n. ore attività GdC: ~44	n. Comuni Ogliastra: 23 n. Comuni invitati: 23 n. Comuni aderenti: 8 G.d.C. attivati: 6 n. Riunioni: 17 n. ore attività GdC: ~190	
Programma Predefinito PP1 – Scuole che promuovono salute	n. Riunioni: – n. Scuole Ogliastra: 11 n. Scuole invitate: – n. Scuole aderenti: –	n. Riunioni: 6 n. Scuole Ogliastra: 11 n. Scuole invitate: 11 n. Scuole aderenti: 7	
Pubblicazione Programma PP1 sul sito aziendale (Sezione Approfondimenti: Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025)	–	Effettuato	
Programma Predefinito PP3 – Luoghi di lavoro che promuovono salute	n. Riunioni: – n. Aziende invitate: – n. Aziende aderenti: –	n. Riunioni: 4 n. Aziende invitate: 1 n. Aziende aderenti: 1	
Pubblicazione Programma PP3 sul sito aziendale (Sezione Approfondimenti: Piano regionale della Prevenzione 2020-2025)	–	Effettuato	

Fonte: Servizio Prevenzione e Promozione della Salute

Tabella 18 Attività SIAN

 ATTIVITA' IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE 		
ATTIVITÀ IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	ANNO 2024	ANNO 2025
Controlli Ufficiali	98	77
Verifiche Successive (Follow-Up)	30	18
Verifiche Allerte Sanitarie	24	38
Controlli Mense – Ristorazione Collettiva	17	3
Campionamento Acque Destinate Al Consumo Umano	177	245
Campionamento Conoscitivo Acque Grezze	1	2
Campionamento Alimenti Per Radioattività Non previsti dalla Regione	0	0
Campionamento Acqua Per Radioattività	0	26
Campionamento Alimenti	58	64
-N. Controlli di funghi epigei spontanei freschi destinati al consumo diretto e rilascio di certificato di commestibilità (Ispettorato Micologico) (periodo Ott-Nov-Dic 2024)	38	2 <i>(eseguiti dal micologo del SIAN)</i>
-N. Certificazioni per diete particolari nella ristorazione collettiva	62	60
-N. Sorveglianze qualità del pasto nella ristorazione collettiva	6	3
-N. Verifiche di efficacia del controllo ufficiale in tempo reale	27	13
Verifiche di efficacia del controllo ufficiale a posteriori	60	10
-N. Registrazioni delle attività temporanee nell'apposito registro ai sensi del Reg. (CE) 852/2004	231	143
-N. Notifiche della bolletta di versamento della tariffa forfettaria dovuta per la registrazione / aggiornamento di impresa alimentare per manifestazioni temporanee ai sensi del D.lgs. 32/2021	210	143
-N. Emissioni bollette e tenuta registro OSA soggetti al pagamento delle tariffe di cui al D.lgs n. 32/2021	106	125
-N. Rendicontazioni somme introitate e ripartite ai sensi del D.lgs. 32/2021	2	2

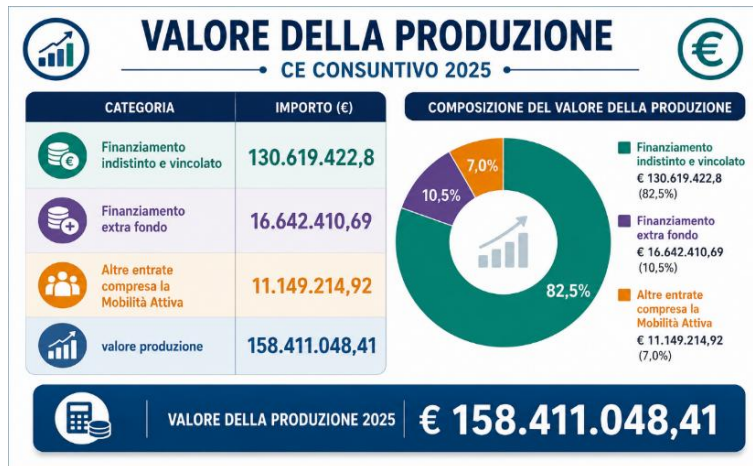
Fonte: SIAN

1.4. Le risorse economiche e finanziarie

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

Tabella 19 Valore della Produzione



Fonte CE consuntivo 2025 inserito su NSIS il 28.05.2026

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.

Tabella 20 Costi della produzione e dettaglio costo del personale



Fonte: CE 2025

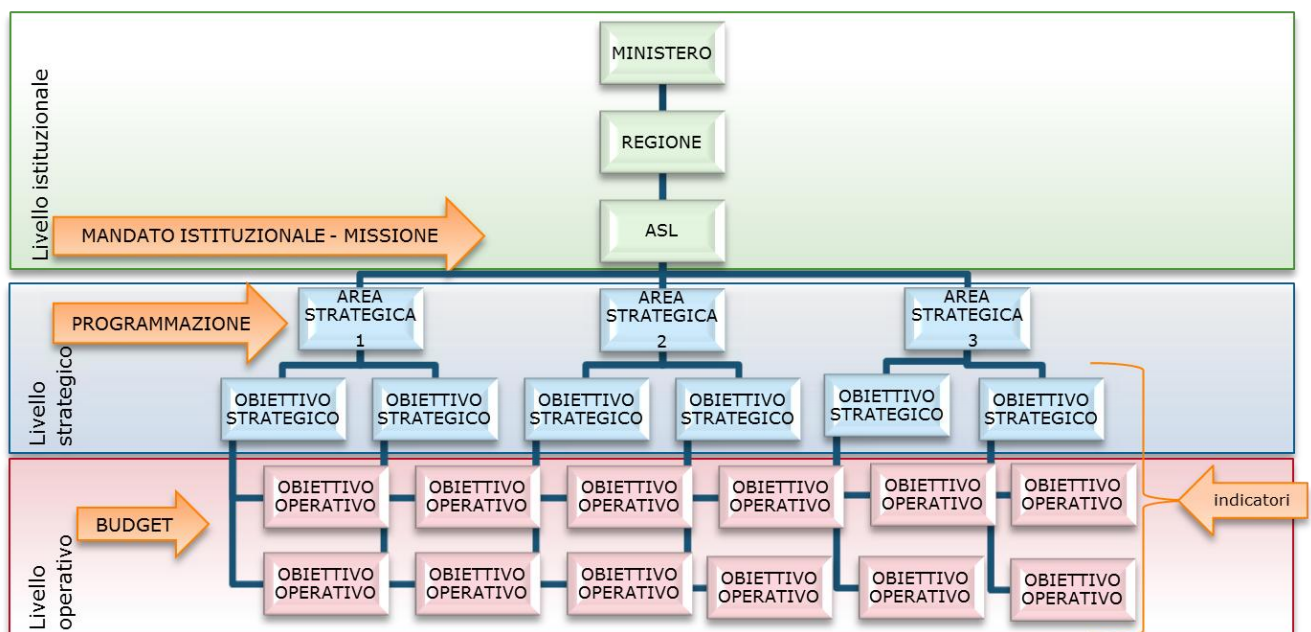


Fonte consuntivo 2025 inserito su NSIS il 28.05.2026

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.

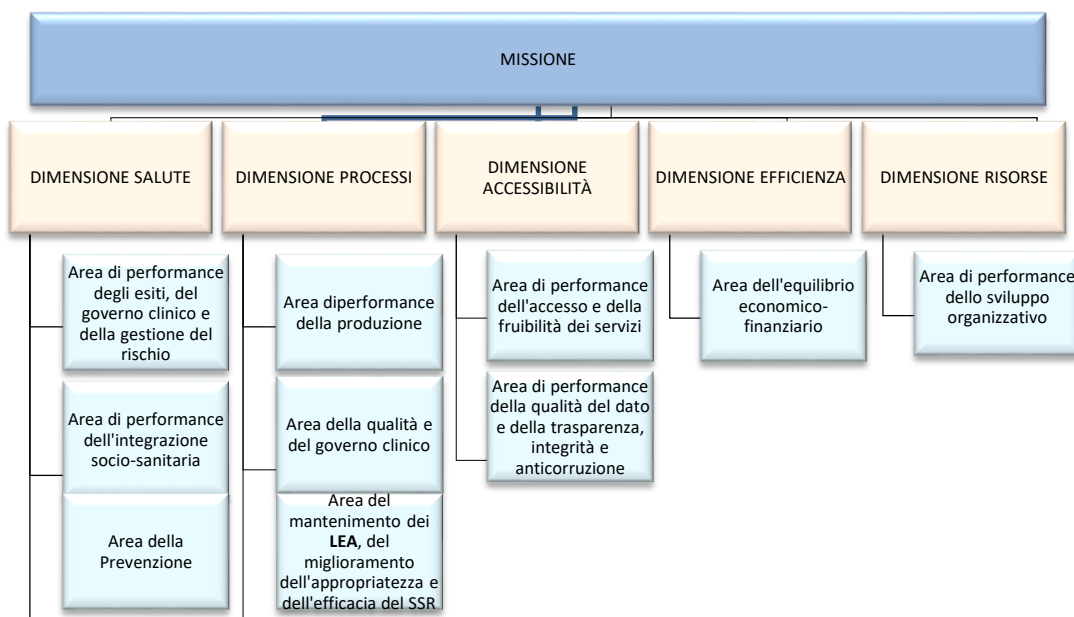


Il mandato istituzionale e la missione sono articolati in aree strategiche. Le aree strategiche sono articolare secondo il criterio dell'outcome (risultato finale) per cui solitamente sono trasversali a più unità organizzative. Tale metodo rende più chiaro il loro impatto sui portatori di interesse e 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 2025/2027 adottato in data 14/11/2024 e dell'Atto Aziendale.

Con l'approvazione del PIAO 2025 2027 l'azienda ha individuato una serie di aree strategiche raggruppate in 5 dimensioni di performance riportate nel grafico seguente:



Il ciclo performance per l'anno 2025 è stato avviato con l'assegnazione degli obiettivi di budget nel mese di febbraio 2025.

Con deliberazione della giunta regionale n.19/21 del 09/04/2025 avente ad oggetto "Obiettivi dei Direttori generali delle aziende sanitarie regionali. Anno 2025" la Regione ha assegnato ai Direttori generali delle aziende sanitarie gli obiettivi per l'anno 2025.

Si è reso quindi necessario rinegoziare gli obiettivi assegnati ai Direttori di Struttura sulla base degli obiettivi strategici individuati dalla regione nella deliberazione n.19/21 del 09/04/2025. Tale rinegoziazione è stata

effettuata nel mese di settembre 2025, a seguito dell'insediamento del Commissario della ASL Ogliastra avvenuto il 05/05/2025.

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 2025 della ASL Ogliastra è stata effettuata mediante una analisi degli scostamenti tra i risultati raggiunti al 31 dicembre 2025 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.

In sinergia con i Direttori delle Strutture coinvolte, è stata effettuata un'esaminazione approfondita dei fattori che hanno determinato il mancato raggiungimento di alcuni obiettivi programmati. L'analisi ha confermato che il disallineamento rispetto ai target è imputabile, in via principale, alla cronica e severa carenza di personale medico. Tale criticità, peraltro già considerata in sede di negoziazione e vincolata all'adeguamento degli organici, ha reso impossibile la copertura dei turni h24, nonostante l'attivazione di prestazioni aggiuntive e convenzioni interaziendali.

Nello specifico, anche nell'anno 2025 l'UOC di Cardiologia-UTIC, Pediatria e di Ostetricia e Ginecologia sono chiusi alle degenze salvaguardando comunque le prestazioni di specialistica ambulatoriale e le consulenze interne al Presidio.

A seguito della rinegoziazione degli obiettivi la struttura tecnica ha avviato un primo monitoraggio degli obiettivi di budget analizzando lo stato di attuazione degli obiettivi al 30 settembre 2025 e ad inizio anno 2026 stata avviata la verifica finale sul grado di raggiungimento degli obiettivi.

Gli esiti del monitoraggio al 30 settembre sono stati discussi analizzati con l'OIV alla presenza dei Direttori di Dipartimento e del Commissario straordinario della ASL Ogliastra.

La performance organizzativa è stata misurata mediante analisi degli scostamenti tra i risultati raggiunti al 31 dicembre 2025 e quelli programmati in fase di negoziazione degli obiettivi di budget tra il Commissario e i Direttori delle varie strutture.

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 provveduto, inoltre, alla sterilizzazione del peso di quegli obiettivi il cui mancato conseguimento è dipeso dalle criticità strutturali precedentemente illustrate, escludendo così qualsiasi responsabilità in capo ai Direttori delle strutture coinvolte. Gli esiti complessivi derivanti sia dal monitoraggio infra-annuale sia dalla verifica consuntiva sono stati successivamente sottoposti al vaglio dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) della ASL Ogliastra per gli adempimenti e le determinazioni di rispettiva competenza.

Si riportano di seguito i valori raggiunti dei principali obiettivi individuati nei documenti di programmazione e nel PIAO in riferimento all'anno 2025 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.

3.1 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.

Gli indicatori legati agli stili di vita mostrano un pieno raggiungimento della performance (100%). Si evidenzia una corretta impostazione metodologica che mappa l'integrazione sociosanitaria attraverso il coinvolgimento delle strutture territoriali (NPIA, CSM, SERD) e la successiva attivazione di progetti mirati (scuola, autismo, guida sicura).

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. L'obiettivo di tutelare il patrimonio zootecnico è stato raggiunto mantenendo indenni da brucellosi, tubercolosi e peste suina tutti gli allevamenti ricadenti nel territorio di competenza della Asl Ogliastra. Nell'anno 2025, il territorio della Regione Autonoma della Sardegna è stato interessato dall'insorgenza di alcuni focolai di Dermatite Nodulare Bovina classificata come una malattia transfrontaliera ad alto impatto economico per il comparto zootecnico con il conseguente avvio del piano di vaccinazione cui l'azienda ha aderito e raggiunto il target regionale del 80% dei capi vaccinati entro il 30.09.2025.

Nell'ambito dell'assistenza territoriale e di prossimità, si registra un significativo potenziamento delle cure domiciliari rivolte alla popolazione anziana. L'indicatore di performance attesta che il 18,69% dei residenti over 65 è stato preso in carico dal servizio di Cure Domiciliari (ADI). Tale evidenza quantitativa riflette l'efficacia dello sforzo organizzativo profuso dall'Azienda, che ha consentito non solo il pieno superamento del target nazionale standard del 10% fissato dal PNRR, ma anche del target del 16% programmato come obiettivo di Valore Pubblico all'interno del PIAO 2025-2027.

Nell'area ospedaliera, relativamente agli indicatori che compongono il treemap del Piano Nazionale Esiti, si conferma il livello molto alto nell'area chirurgica. L'indicatore “% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg” raggiunge la percentuale dell'88,50%. Si rileva un netto miglioramento l'area osteomuscolare il cui indicatore “fratture del collo del femore con intervento entro le 48 h” ha raggiunto la percentuale grezza non aggiustata del 69% contro il 31,17% del 2024; in netto

miglioramento, rispetto agli anni passati, anche il volume dei ricoveri per interventi di protesi all'anca che nel 2025 si assesta in n. 38 rispetto ai 16 del 2024.

Analizzando i dati relativi alla popolazione e al tasso di mortalità emerge un mancato raggiungimento dell'obiettivo strategico prefissato. Il target prevedeva di mantenere il tasso di mortalità pari o inferiore a 1050 decessi per 100.000 abitanti, ma il risultato ottenuto è stato di 1122. Questo evidenzia uno scostamento negativo di 72 decessi in più rispetto al limite massimo desiderato, il che significa che il tasso di mortalità effettivo ha superato l'obiettivo di circa il 6.8%. Il risultato risente fortemente della struttura demografica: l'invecchiamento della popolazione è una variabile esterna che la sanità non può controllare direttamente. Diverso è il caso dell'incidenza delle morti per tumore sul totale delle morti misurato dal Tasso di mortalità per tumore (n° decessi per causa di morte/popolazione*100000), aumentato da 272 a 305 superiore rispetto al valore target di 250. Nello specifico delle patologie oncologiche, il tasso di mortalità è il risultato di dinamiche epidemiologiche e assistenziali stratificate negli ultimi cinque o dieci anni. Di conseguenza, il mancato raggiungimento del target attuale risente dei ritardi anche negli anni passati, ad esempio nelle campagne di prevenzione secondaria o nell'accesso alle terapie durante i periodi di forte pressione sui servizi ospedalieri negli anni precedenti come lo sono stati gli anni interessati dall'epidemia Covid 19. A questo si aggiungano i fattori di natura demografica. I tumori colpiscono prevalentemente le fasce d'età più avanzate pertanto, in una popolazione in progressivo invecchiamento, l'aumento dei decessi per neoplasia è in parte legato a questo fattore. A conferma si rileva che l'83% dei decessi per neoplasie nel 2025 ha interessato gli assistiti ultra 65enni.

Trattandosi di un indicatore di outcome a lungo termine, la mortalità per neoplasie riflette l'efficacia di scelte cliniche e organizzative stratificate negli anni. Il dato suggerisce quindi la necessità di agire su un doppio binario strategico: da un lato, è fondamentale potenziare l'efficacia e la capillarità dei programmi di screening oncologico per intercettare la malattia nelle sue primissime fasi, ampliando la base di popolazione aderente; dall'altro, occorre garantire la precocità delle prese in carico terapeutiche, ottimizzando i percorsi assistenziali per azzerare i tempi d'attesa tra la diagnosi e l'inizio del trattamento, fase in cui l'efficienza organizzativa incide direttamente sulle reali probabilità di sopravvivenza dei pazienti.

La transizione dalla gestione ospedaliera a quella domiciliare rappresenta il fulcro della riforma dell'assistenza sanitaria territoriale in Italia. Il DM 77 ridisegna l'architettura dei servizi sanitari per spostare il baricentro delle cure dall'ospedale (visto non più come unico hub, ma come luogo per acuti e alta complessità) al territorio e al domicilio del paziente, inteso come il principale luogo di cura. La casa del paziente deve diventare il setting prioritario per la gestione delle patologie croniche come la BPCO (scompenso cardiaco o il diabete). In questa ottica, l'azienda ha avviato da tempo un progetto che consiste nell'implementazione di tecnologie ICT per erogare cure, monitorare parametri vitali e gestire trattamenti

direttamente a casa del paziente, nello specifico la gestione di pazienti affetti da Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO). Nel corso del 2025 è stato avviato il progetto di telemedicina per i pazienti diabetici e nel corso dell'anno sono state svolte le azioni propedeutiche quali la formazione del personale all'uso della piattaforma informatica "Pohema" connessa alla cartella informatizzata Metalclinic già in uso.

Una particolare attenzione è stata riservata alla valutazione partecipativa promossa attraverso l'utilizzo di applicativi specifici. L'indicatore relativo al gradimento dei cittadini registra una buona performance. A fronte di un target minimo fissato a ≥ 7 , l'indice medio calcolato si attesta in 8,98, dimostrando una buona qualità percepita dei servizi sanitari erogati. La valutazione dei servizi da parte dei cittadini rappresenta uno strumento fondamentale per l'Azienda: i dati raccolti permetteranno infatti di analizzare la percezione della qualità delle prestazioni erogate, individuare i punti di forza e intervenire tempestivamente sulle aree di criticità. L'azienda è impegnata a promuovere le azioni di diffusione dell'utilizzo dello strumento.

Nell'ambito dell'efficienza gestionale, dei flussi informativi e dei tempi di pagamento, l'Azienda registra ottimi livelli di performance e adempimento che evidenziano quanto l'organizzazione aziendale abbia implementato le routine operative adeguate all'efficace gestione delle operazioni amministrative. Con riferimento al ciclo passivo, è stato riscontrato il pieno rispetto dei dettami normativi previsti dalla Legge numero 145 del 2018; l'ottimizzazione del processo di liquidazione è strutturalmente presidiata dal rispetto della tempistica interna di 33 giorni complessivi stabilita dal regolamento aziendale, un valore utile a garantire la tempestività dei controlli propedeutici al pagamento dei debiti commerciali. Parallelamente, si evidenzia un'elevata qualità dei dati relativi ai flussi sanitari informativi. Il sistema di controllo interno ha infatti permesso di azzerare quasi totalmente l'indice di errore di primo e secondo livello, attestatosi all'esiguo valore dello 0,16%, garantendo al contempo una tempestività di trasmissione dei record pari al 99 per cento rispetto al target teorico del 100%.

Con riferimento allo sviluppo delle competenze e all'aggiornamento tecnico-scientifico delle risorse umane, i dati di monitoraggio evidenziano uno scostamento negativo rispetto ai target programmati per la formazione del personale. A fronte di un obiettivo aziendale che prevedeva l'erogazione di 40 ore di formazione pro-capite per la totalità dei dipendenti afferenti alle Unità Operative interessate, il valore raggiunto si è attestato a 32,88 ore individuali. Dall'analisi organizzativa è emerso che tale contrazione delle attività didattiche è stata determinata, in via principale, dalla severa carenza di organico che ha riguardato alcuni servizi di front office. La necessità prioritaria di garantire la continuità assistenziale e il presidio degli sportelli al pubblico ha limitato la possibilità di usufruire dei distacchi necessari per la formazione, impedendo di fatto il completamento dei percorsi di formazione programmato.

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

VALORE PUBBLICO			
OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	VALORE RAGGIUNTO
Migliorare le abitudini e gli stili di vita mediante identificazione aree critiche e adozione di azioni correttive	Individuazione aree critiche sui corretti stili di vita (fumo - alcool)	Individuazione aree critiche.	Individuate aree critiche attraverso le strutture del dipartimento: NPJA - CSM - SERD.
Migliorare le abitudini e gli stili di vita mediante identificazione aree critiche e adozione di azioni correttive	Elaborazione progetti per l'adozione di azioni correttive sulle aree critiche	elaborazione n. 3 progetti	Attivati i seguenti progetti: Progetto di formazione continua per i docenti, progetto autismo, progetto guida consapevole
Tutela patrimonio zootecnico	% allevamenti indenni per brucellosi, tubercolosi e peste suina	100%	100%
"Casa come luogo privilegiato dell'assistenza"- potenziamento della cure domiciliari	Percentuale di assistiti over 65 trattati in SIAD in rapporto alla popolazione anziana	16.00%	18,69%
Miglioramento immagine azienda nel territorio	soddisfazione utenti per livello di servizio	> 7	8,79
Rispetto delle obbligazioni vs fornitori	Ritardo nel pagamento dei debiti commerciali	N. 0 giornate di ritardo	OBIETTIVO RAGGIUNTO
Raccolta e invio dei flussi informativi	% flussi inviati entro la scadenza	99%	100%
Controllo spesa farmaceutica	Report periodici del monitoraggio dei profili prescrittivo	4 Report	100%
Implementazione sistemi di telemedicina	Attivazione/potenziamento di progetti di telemedicina	2 progetti	100%
Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Numero di ore di formazione previste dalla Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 14.01.2025.	40,00	32,88
Miglioramento dell'appropriatezza del setting assistenziale	Livello di aderenza agli standard di qualità nel treemap del PNE – area osteomuscolare	valore: medio (PNE/file A)	Alto
Riduzione della mortalità complessiva mediante un potenziamento dell'offerta sanitaria	Tasso di mortalità (n° decessi /popolazione*100000)	≤ 1050	1122
Riduzione della mortalità per le principali cause di morte mediante il potenziamento degli screening e di strumenti di telemedicina per le patologie	Tasso di mortalità per tumore (n° decessi per causa di morte/popolazione*100000)	≤ 250	305

3.2 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 sul fronte degli screening oncologici. In particolare, lo screening mammografico ha registrato un'adesione del 37,30% (superando il target del 35%) e quello colon rettale ha raggiunto il 30,70% (rispetto a un target del 25%). Anche per lo screening cervicale il traguardo è stato ampiamente superato, con un'adesione del 43,90% a fronte di un target del 38%. 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-acute, con rischi elevati di riospedalizzazione, ed ai 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).

Per ottimizzare il percorso del paziente fragile e ridurre le giornate di degenza inappropriate, si è puntato sul potenziamento della presa in carico integrata attraverso i PASS. L'efficienza del sistema è stata monitorata attraverso tre indicatori chiave:

- il volume delle dimissioni protette, indice di una sinergia efficace tra ospedale e territorio;
- l'incremento della percentuale di Piani di Assistenza Individualizzati (PAI) dedicati alla popolazione over 65;
- l'estensione della quota di popolazione anziana residente presa in carico all'interno del servizio di Cure Domiciliari (ADI).

In linea con il trend storico consolidato, i macroindicatori di esito del Programma Nazionale Esiti (PNE) certificano il mantenimento di elevati standard qualitativi nell'area della chirurgia generale. Nello specifico,

l'indicatore relativo alla "proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni" si attesta all'88%. Tale performance, in sostanziale continuità con le serie storiche rappresentate nei treemap istituzionali del PNE, posiziona l'Azienda nel cluster di valutazione "molto alto" per aderenza agli standard nazionali di efficacia e appropriatezza organizzativa.

L'area osteomuscolare evidenzia un output prestazionale di livello alto, ancorché suscettibile di ulteriore ottimizzazione. L'indicatore di processo "proporzione di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro le 48 ore dall'ammissione" ha raggiunto un valore programmatico pari al 69,51%, collocandosi in sostanziale prossimità del target ministeriale di riferimento (70%). Tale riscontro epidemiologico e gestionale descrive la progressiva riattivazione dei flussi produttivi della Struttura Complessa di Ortopedia, la quale — pur permanendo in una condizione di criticità d'organico per carenza di personale medico strutturato — mostra un trend di recupero della capacità produttiva e dell'efficienza clinico-assistenziale.

Si riportano di seguito gli obiettivi e gli indicatori nella dimensione salute

DIMENSIONE SALUTE						
	Descrizione CdR	Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso	Valore Raggiunto	Percentuale performance
	DIPARTIMENTO PREVENZIONE ASSL LANUSEI	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 $\geq 38\%$ in tutte le asl screening coloretale: tasso di adesione reale $\geq 25\%$ in tutte le asl screening mammografico $\geq 35\%$ in tutte le asl	43,90% 30,70% 37,30%	100%
	SANITÀ ANIMALE (SA) - LANUSEI	Ottenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da Tubercolosi	Ottenimento/Conservazione qualifica al 31.12.2025	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%	87/87	100%
	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE LANUSEI	Miglioramento degli indicatori PNE	% intervento per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento $\leq 2\text{gg}/N^{\circ}$ interventi per frattura del femore*100	70%	69,51% 57/82	100%
	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE LANUSEI	Monitoraggio infezioni respiratorie	riduzioni in percentuale infezioni correlate a polmoniti nosocomiali	$< 10*1000$	8*1000	100%

DIMENSIONE SALUTE						
	Descrizione CdR	Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso	Valore Raggiunto	Percentuale performance
	SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Migliorare la presa in carico del paziente attraverso i pass	(numero di dimissioni protette/dimissioni totali)*100	% > 20%	0,31%	0%
	SC CARDIOLOGIA	Riduzione ospedalizzazione per scompenso cardiaco	tasso di ricovero per scompenso cardiaco	tasso x 1000 < 3,8%	1,74 (81/46478 X 1000)	100%
	SC CHIRURGIA GENERALE	Miglioramento degli indicatori PNE	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg	75%	100,00%	100%
	CENTRO COMUNE DISTRETTO TORTOLI'	Migliorare la presa in carico del paziente attraverso i pass	(numero di dimissioni protette/dimissioni totali)*100	% >20%	11,17% 429/3840	12%
	CURE INTEGRATE DOM. - LANUSEI	Quota della popolazione over 65 residente presa in carico dal servizio di cure domiciliari	Numero di pazienti over 65 assistiti in ADI rilevati dal flusso SIAD/numero di pazienti over 65 residenti sul territorio aziendale al 01/01/2025 rilevati da DemoSTAT)*100	10%	18,69%	100%
	SC ORTOPEDIA	Miglioramento degli indicatori PNE	% intervento per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2gg/N° interventi per frattura del femore*100	70,00%	69,51% 57/82	98%
	DIABETOLOGIA LANUSEI	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	21,11 numeratore 8, denominatore 37903	100%

3.3 Dimensione dei Processi

Sia la letteratura manageriale sia l'evoluzione del quadro normativo promuovono il cambiamento in direzione dell'organizzazione per "processi". Da diversi anni la mappatura dei processi svolti nelle amministrazioni è prevista per la definizione delle misure di contrasto alla corruzione, ma viene utilizzata anche ai fini del Piano della Performance come pure per rappresentare all'esterno e all'interno il complesso delle attività svolte.

La dimensione dei processi monitora i processi interni critici al fine di soddisfare le esigenze degli utenti, garantire la sicurezza delle cure e la qualità professionale dei percorsi assistenziali. Misura la capacità di

produrre i risultati di salute desiderati e l'uso corretto delle risorse rispetto alle necessità sanitarie mediante il monitoraggio di una serie di indicatori (tra i quali quelli definiti con il piano nazionale esiti, il nuovo sistema di garanzia e ulteriori indicatori).

Nell'ambito dell'area della sanità pubblica e della promozione della salute umana, al fine di potenziare la sorveglianza epidemiologica e migliorare contesti e le condizioni di vita, si rende necessario osservare costantemente il complesso delle attività che garantisce la copertura vaccinale e implementare indicatori volti a monitorare nel tempo della frequenza di fattori di rischio comportamentali o stili di vita collegati all'insorgenza di malattie croniche.

Inoltre, per quanto riguarda la Sanità Pubblica Veterinaria, al fine di contrastare lo sviluppo di malattie infettive, dovrà potenziare il controllo della popolazione animale per la prevenzione della salute animale e umana, garantire il controllo ufficiale degli operatori del settore alimentare delle strutture che producono alimenti di origine animale e garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura.

Coerentemente con le linee programmatiche regionali e nazionali, l'azienda ha garantito l'esecuzione dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura, i comparti storicamente più colpiti da infortuni gravi e mortali sul lavoro. Il target richiesto era eseguire la totalità dei controlli programmati.

L'autosufficienza del sangue e dei suoi derivati è un obiettivo prioritario di vera e propria sicurezza assistenziale. Raggiungere l'autosufficienza significa garantire che i pazienti dell'azienda sanitaria (interventi chirurgici d'urgenza, talassemici) ricevano sempre il supporto trasfusionale necessario senza dipendere da acquisti esterni da altre ASL, Regioni o dall'estero, riducendo il rischio di rinvio degli interventi. L'azienda prosegue nel garantire e conservare il livello di autosufficienza nella produzione di piastrine, plasma uso clinico e emocomponenti e monitora con indicatori specifici l'andamento del processo.

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:

- rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale,

- 100% di completamento delle attività amministrative relative al progetto Multimisura 1.2 -" infrastrutture digitali e abilitazione al cloud " all'interno della piattaforma PA digitale 2026",
- rispetto del cronoprogramma aggiornato a dicembre 2025 relativi ai lavori di adeguamento /predisposizione dei locali destinati ad ospitare le grandi apparecchiature ad installazione,
- rispetto cronoprogramma progetto/ lavori M6C1 Inv 1.1 Case della comunità e presa in carico della persona - Realizzazione di una Casa della Comunità presso il Comune di Jerzu.

L'obiettivo: " Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione, con l'indicatore "Attuazione del progetto operativo contenente strumenti (es. braccialetti identificativi) e procedure di identificazione e abbinamento univoci del paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionali" è stato sterilizzato in quanto il progetto aziendale è stato sospeso e inserito in un più ampio progetto regionale ancora in fase di elaborazione.

Si riportano di seguito gli obiettivi e gli indicatori della dimensione dei processi.

DIMENSIONE PROCESSI							
	Descrizione CdR	Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso	Valore Raggiunto	Percentuale performance	RINEGOZIATO
	CENTRO COMUNE STAFF DI AREA ASSL LANUSEI	Rispetto delle milestone e dei target del PNRR	1. Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2025	rispetto dei target al 100% vedi mail del 05/06/2026	100%	
	CENTRO TRASFUSIONALE LANUSEI	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) Appropriata della fase pre-operatoria del PBM 2) Congruità nella fase diagnostica secondo algoritmo pre-operatorio PBM	N° consulenze PBM efficaci/N° consulenze effettuate. (Delta Hb dopo supporto non trasfusionale >1g)	2) >70%	>70%	100%	R

DIMENSIONE PROCESSI							
	Descrizione CdR	Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso	Valore Raggiunto	Percentuale performance	RINEGOZIATO
	CENTRO TRASFUSIONALE LANUSEI	Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione.	Attuazione del progetto operativo contenente strumenti (es. braccialetti identificativi) e procedure di identificazione e abbina-mento univoci del paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionali.	attuazione progetto	nota della struttura attuazione del progetto collegato con un progetto regionale	0%	S
	DIPARTIMENTO PREVENZIONE ASSL LANUSEI	Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (ReNCaM) anno 2024	(N. schede codificate/N. schede inserite)*100	90%	100%	100%	
	DIPARTIMENTO PREVENZIONE ASSL LANUSEI	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%	40/40	100%	
	SANITÀ ANIMALE (SA) - LANUSEI	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%	29/29	100%	
	SANITÀ ANIMALE (SA) - LANUSEI	Controllo brucellosi bovino	percentuale di controlli 100%	80%	42/42	100%	
	SANITÀ ANIMALE (SA) - LANUSEI	Controllo brucellosi ovino-caprino	percentuale di controlli 100%	100%	19/19	100%	
	SANITÀ ANIMALE (SA) - LANUSEI	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	100% ovini e caprini segnalati e plevabili entro 12 ore	1	100%	R

DIMENSIONE PROCESSI							
	Descrizione CdR	Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso	Valore Raggiunto	Percentuale performance	RINEGOZIATO
	SANITÀ ANIMALE (SA) - LANUSEI	Garantire la vaccinazione della dermatite nodulare bovina	Realizzazione del piano vaccinazioni	80% entro 30/09/2025	0,8264	100%	R
	SANITÀ ANIMALE (SA) - LANUSEI	Leucosi bovina	percentuale di controlli 100%	100%	12/12	100%	R
	DIPARTIMENTO ATTIVITA' CLINICHE - SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE LANUSEI- Direzione di PO	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 (condizionato alla stipula della convenzione con il neurologo e tecnico di neurofisiopatologia)	OGLIASTRA ≥ 30%	1 CAM/ 4 DECESSI per lesione encefalica in terapia intensiva (1 a Marzo- 1ad Aprile e 1 a Settembre al 31 dicembre). 1 CAM : 1/4= 25%	75%	
	SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO (SPRESAL) - LANUSEI	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,%	100%	
	SIAN/SIAPZ	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%	100%	

DIMENSIONE PROCESSI							
	Descrizione CdR	Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso	Valore Raggiunto	Percentuale performance	RINEGOZIATO
	CENTRO TRASFUSIONALE LANUSEI	Promozione della donazione di sangue sensibilizzando le associazioni sportive, le forze armate, le scuole	N. di raccolte extra programma	n. 24 annue	34 RACCOLTE EXTRA CALENDARIO.	100%	
	CENTRO TRASFUSIONALE LANUSEI	Garantire l'auto-sufficienza per la produzione di sacche di sangue	Produzione autonoma emocomponenti / Richiesta di emocomponenti x 100	100%	100%	100%	

3.4 Dimensione dell'accessibilità

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

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

La digitalizzazione della sanità rappresenta oggi uno dei pilastri fondamentali per garantire una reale accessibilità ai servizi sanitari, abbattendo le barriere geografiche e burocratiche che spesso rallentano l'assistenza. In questo contesto di modernizzazione si inserisce il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE, sistema digitale che raccoglie e conserva in formato elettronico tutte le informazioni sanitarie di un cittadino).

Attualmente, l'implementazione del servizio risponde a specifici obiettivi del PNRR, pertanto l'Azienda ha assegnato alle strutture ospedaliere e al Distretto l'obiettivo di incremento dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte degli operatori sanitari misurato attraverso due indicatori:

- percentuale dei documenti sanitari indicizzati sul FSE rispetto alle prestazioni erogate;

- percentuale dei documenti sanitari in formato digitale firmati digitalmente rispetto ai documenti sanitari indicizzati.

Mentre il primo ha registrato un andamento decisamente positivo in quasi tutte le Unità Operative. Al contrario, il secondo indicatore, che richiede la firma digitale su almeno il 90% dei documenti indicizzati, ha mostrato risultati ampiamente inferiori alle attese. Nessun reparto ha infatti raggiunto la soglia prevista o il valore minimo del 60%, con l'unica eccezione del MCAU del Presidio Ospedaliero Nostra Signora della Mercede di Lanusei, che ha ottenuto il 72,35%.

Per superare queste criticità e incrementare l'uso della firma digitale, la Asl Ogliastra, in stretta collaborazione con i sistemi informativi di Ares Sardegna, ha promosso una serie di attività formative e interventi correttivi. L'obiettivo è estendere sistematicamente la firma e l'indicizzazione sul fascicolo non solo ai referti di laboratorio, già coperti nella fase iniziale, ma anche ai verbali di pronto soccorso, alle lettere di dimissione ospedaliera e ai referti della specialistica ambulatoriale.

L'integrazione tra l'anticorruzione, la trasparenza e l'integrità rappresenta un vero e proprio fattore abilitante per l'accessibilità alle cure. Nelle organizzazioni sanitarie, la corruzione e la gestione inefficiente non sottraggono solo risorse finanziarie, ma creano barriere d'accesso e minano l'equità delle prestazioni. La mappatura dei processi e la conseguente relazione sui rischi corruttivi sono gli strumenti operativi fondamentali per superare queste barriere.

Al fine di presidiare la corretta attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e degli obblighi di trasparenza definiti all'interno del PIAO, sono stati formalizzati specifici obiettivi strategici e operativi, associati a relativi indicatori di performance e target di monitoraggio. Tale impianto metodologico è finalizzato a verificare lo stato di avanzamento della mappatura dei processi a elevato rischio corruttivo e la regolarità nell'acquisizione delle dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità.

Una gestione efficiente della domanda di prestazioni passa inevitabilmente attraverso la centralizzazione e la trasparenza dei sistemi di prenotazione. Sono state pertanto monitorate:

- la percentuale di prime visite specialistiche erogate tramite prenotazione diretta sulle agende pubbliche del CUP;
- la quota di prestazioni strumentali interamente gestite dal circuito CUP, limitatamente alle prestazioni oggetto di monitoraggio da parte del PNGLA (Piano Nazionale Governo Liste di Attesa).

In quest'area, l'efficienza complessiva è ancora in fase di consolidamento. Sebbene l'indicatore relativo alle prime visite abbia registrato una performance positiva, superando il valore limite di riferimento, permangono margini di miglioramento nell'ottimizzazione dei tempi di attesa e nella saturazione della capacità produttiva delle agende.

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

DIMENSIONE ACCESSIBILITA'							
	Descrizione CdR	Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso	Valore Raggiunto	Percentuale performance	Rinegoziato
	DIPARTIMENTO ATTIVITA' CLINICHE	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	8,83	100%	
	DIPARTIMENTO AREA DEI SERVIZI (DIPARTIMENTI TRASVERSALI ATS PO NOSTRA SIGNORA DELLA MERCEDE)	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	8,32%	100%	
	CENTRO COMUNE STAFF DI AREA ASSL LANUSEI	Garantire la diminuzione del livello di rischio per episodi corruttivi nelle aree a rischio generale e specifico	Pubblicazione atti sezione amministrazione trasparente (nelle sezioni e sottosezioni di riferimento secondo le indicazioni delle strutture di competenza)	80%	100%	100%	
	CENTRO COMUNE DISTRETTO TORTOLLI'	Garantire una percentuale di prime visite specialistiche erogate (con prenotazione in agende pubbliche nel CUP) e una percentuale di prestazioni strumentali erogate (gestite interamente attraverso il CUP), limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto fra il numero di prime visite erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" e la totalità di quelle erogate nel medesimo periodo (indipendentemente dal canale di gestione nel CUP) * 100	85%	71%	60%	
	CENTRO COMUNE DISTRETTO TORTOLLI'	Garantire una percentuale di prime visite specialistiche erogate (con prenotazione in agende pubbliche nel CUP) e una percentuale di prestazioni strumentali erogate (gestite interamente attraverso il CUP), limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto percentuale fra volumi di prestazioni strumentali erogate, tracciate dalla fonte CUP WEB, e volumi rendicontati nel file C, nel medesimo periodo *100	95%	73%	51%	
	SC MEDICINA GENERALE	Implementazione progetto di Telemedicina adottato dalla Direzione Sanitaria Aziendale	Numero di utenti inseriti nel progetto di telemedicina BPCO	40	40 pz arruolati	100%	
	Tutte le UUOO	PNRR M6C2 1.3.1 (b) incremento dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte degli operatori sanitari	percentuale di documenti sanitari indicizzati sul FSE;	65% dei documenti sanitari indicizzati FSE rispetto alle prestazioni erogate entro il 30/06/2025	84,06% (media aziendale)	100%	

3.5 Dimensione dell'efficienza

La dimensione dell'efficienza è finalizzata a misurare la capacità dell'Azienda di organizzare e strutturare l'erogazione dei servizi sanitari secondo criteri di ottimizzazione delle risorse, fluidità dei processi e massimizzazione del valore per l'utente.

La capacità di governare la complessità della domanda di salute si fonda, infatti, sulla tempestività e sulla solidità dei flussi informativi aziendali. In questo contesto, l'efficienza si sposta dal piano prettamente operativo a quello della qualità del dato, intesa come prerequisito fondamentale per la programmazione strategica e il controllo di gestione.

L'area di performance della qualità del dato misura specificamente l'efficienza dei processi interni di raccolta, validazione, correzione e tempestivo invio dei flussi informativi sanitari verso i livelli regionali e nazionali. Gli indicatori di performance monitorati certificano il pieno raggiungimento del valore atteso, evidenziando un'organizzazione matura sul piano amministrativo e informatico. Permangono, tuttavia, ulteriori margini di ottimizzazione nell'immediato futuro, orientati alla completa digitalizzazione dei percorsi e all'abbattimento dei tempi di latenza nella trasmissione dei flussi.

La dimensione dell'efficienza si completa con l'analisi della sostenibilità economico-finanziaria e della regolarità contabile, misurate anzitutto attraverso il perentorio rispetto dei termini normativi per l'approvazione dei documenti di programmazione e di bilancio nonché attraverso il monitoraggio delle macro aree di spesa e in particolare della spesa farmaceutica, unitamente al rigoroso raggiungimento dei target sui tempi di pagamento dei debiti commerciali fissati dall'articolo 1, comma 865, della Legge 145/2018. L'ottimizzazione del ciclo passivo e la riduzione dei tempi di liquidazione non attestano soltanto l'efficienza procedurale e la solidità finanziaria dell'Azienda, ma qualificano anche la correttezza istituzionale e la responsabilità sociale nei confronti del tessuto economico dei fornitori.

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

DIMENSIONE EFFICIENZA							
	Descrizione CdR	Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso	Valore Raggiunto	Percentuale performance	Rinegoziazione
	CENTRO COMUNE STAFF DI AREA ASSL LANUSEI	Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e contabili	Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.	1. Approvazione dei documenti di programmazione entro il 15/11/2025	Delibera 329 del 14/11/2025	100%	
	UU.OO AZIENDALI- Uffici di liquidazione	Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1	Numero medio di giornate di ritardo	N. 0 giornate di ritardo	OBIETTIVO RAGGIUNTO L'analisi ha preso in considerazione i tempi di liquidazione	100%	

DIMENSIONE EFFICIENZA							
	Descrizione CdR	Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso	Valore Raggiunto	Percentuale performance	Rinegoziazione
		comma 865 della L. 145/2018			zione, non devono essere superiori a complessivi 33 gg., utili ad effettuare tutti i controlli.		
	CENTRO COMUNE DISTRETTO TORTOLI/SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE	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	n°3 reports trimestrali analitici + 1 scheda sintetica MMG e 1 scheda sintetica PLS per 1,2,3 trimestri..	75%	
	DIPARTIMENTO ATTIVITA' CLINICHE	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	≤ 5%	2,16%	100%	
	DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSL LANUSEI / UUOO OSPEDALIERE	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi	100%	100%	100%	
	DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSL LANUSEI	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	≤ 5%	2%	100%	
	DIPARTIMENTO AREA DEI SERVIZI (DIPARTIMENTI TRASVERSALI ATS PO NOSTRA SIGNORA DELLA MERCEDE)	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	≤ 5%	2,16%	100%	
	CENTRO COMUNE DISTRETTO TORTOLI'	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi	100%	Flusso C 100%	100%	
	CENTRO COMUNE DISTRETTO TORTOLI'	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	≤ 5%	Flusso C 2,18 % (errori)	100%	R
	SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi	100,00%	100%	100%	

DIMENSIONE EFFICIENZA							
	Descrizione CdR	Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso	Valore Raggiunto	Percentuale performance	Rinegoziazione
	CENTRO COMUNE STAFF DI AREA ASSL LANUSEI	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	≤ 5%	Flusso B: 1,97 % Flusso O: 0,07%	100%	
	CENTRO COMUNE STAFF DI AREA ASSL LANUSEI	Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi	100%	1	100%	

3.6 Dimensione Delle Risorse

Il capitale umano costituisce la risorsa strategica primaria e il principale fattore di differenziazione istituzionale dell'Ente, collocando la valorizzazione e lo sviluppo del patrimonio professionale interno al centro della pianificazione strategico-gestionale. Questo obiettivo si realizza attraverso l'implementazione di piani di formazione continua, intesi sia come leve per lo sviluppo di carriera, sia come fattori abilitanti indispensabili per governare la transizione digitale, l'innovazione tecnologica e i mutamenti degli assetti organizzativi. In questo scenario, la programmazione didattica persegue un bilanciamento sistematico tra il rafforzamento delle competenze tecnico-specialistiche (hard skills) e il potenziamento delle abilità trasversali (soft skills), mirando a ottimizzare i flussi comunicativi sia nelle dinamiche collaborative interne, sia nell'interfaccia di front-office con il cittadino.

L'evoluzione dei comportamenti organizzativi favorisce la strutturazione di un solido rapporto fiduciario con l'utenza, alimentando dinamiche di reciprocità e una solida alleanza terapeutica che riflette i propri benefici sull'efficienza complessiva dei servizi e sull'immagine dell'intera struttura sanitaria. Al contrario, l'evidenza statistica dimostra che i deficit nella comunicazione relazionale, in particolare la carenza di ascolto attivo ed empatico, incidono sui tassi di insoddisfazione dell'utenza in misura significativamente maggiore rispetto al giudizio sulle sole capacità clinico-tecniche. L'adozione di un ascolto personalizzato risponde quindi a un principio di specularità etica, in forza del quale l'operatore declina l'approccio assistenziale secondo le medesime istanze di dignità, attenzione e rispetto che desidererebbe ricevere in prima persona.

In quest'ottica, la rimodulazione degli obiettivi afferenti alla dimensione "Risorsa" si è resa necessaria per raccordare la pianificazione strategica alle reali e differenziate esigenze delle singole unità operative. Attraverso un processo di rinegoziazione mirata, i target sono stati ridefiniti in modo da riflettere fedelmente le specificità e il peculiare fabbisogno formativo di ciascuna articolazione aziendale. Questa revisione ha

consentito di superare logiche di programmazione standardizzata, valorizzando le concrete necessità di sviluppo delle competenze professionali nei diversi contesti di lavoro e garantendo che ogni intervento formativo sia strettamente calibrato sulle effettive priorità operative dei singoli servizi. L'Obiettivo: "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". Si sterilizza l'indicatore "Corsi formazione realizzati/corsi formazione programmati". Nel corso del 2025 si è data priorità ai corsi collegato ai progetti PNRR pertanto i corsi inseriti nel PAF 2025 sono stati, in parte, rinviati al 2026.

L'Obiettivo: "Formazione obbligatoria ai fini della qualificazione di Stazione appaltante, così come previsto dalla LR 24/2024 e così come normato dal D.Lgs. 36/2024 e nell'allegato II.7 dello stesso Decreto". Si sterilizza l'indicatore "Ore di formazione espletate /Ore previste all II.7" per la riprogrammazione della formazione aziendale che ha spostato al 2026 i corsi obbligatori ai sensi del D.Lgs 36/2024.

L'obiettivo "Garantire 40 ore di formazione per i dipendenti" con indicatore "N. dipendenti formati per 40 ore /n. dipendenti assegnati alla UU.OO, si sterilizza per alcuni servizi in cui si registra una particolare carenza di personale e una maggior incidenza delle attività front office.

DIMENSIONE RISORSE							
	Descrizione CdR	Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso	Valore Raggiunto	Percentuale performance	Rinegoziato
	DIPARTIMENTO PREVENZIONE ASSL LANUSEI	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	Corsi formazione realizzati/corsi formazione programmati	90%	100,00%	100%	R
	DIPARTIMENTO ATTIVITA' CLINICHE	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, per l'assegnazione degli obiettivi e il loro monitoraggio infrannuale e finale	4	15 incontri	100%	R
	DIPARTIMENTO ATTIVITA' CLINICHE	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	Corsi formazione realizzati/corsi formazione programmati	100%	50% corsi programmati PFA 2025 46 Eseguiti 23	0%	RS
	DIPARTIMENTO AREA DEI SERVIZI (DIPARTIMENTI TRASVERSALI ATS PO NOSTRA SIGNORA DELLA MERCEDE)	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, per l'assegnazione degli obiettivi e il loro monitoraggio infrannuale e finale	4	2	33%	R
	DIPARTIMENTO AREA DEI SERVIZI (DIPARTIMENTI TRASVERSALI ATS	Organizzazione integrata delle unità operative afferenti con l'assegnazione di obiettivi specifici, utilizzo efficiente delle	Realizzare un corso entro l'anno -dipartimento	1	2	100%	R

DIMENSIONE RISORSE							
	Descrizione CdR	Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso	Valore Raggiunto	Percentuale performance	Rinegoziato
	PO NOSTRA SIGNORA DELLA MERCEDE)	risorse, in particolare di quelle professionali promuovendo l'aggiornamento continuo tecnico scientifico					
	DIABETOLOGIA LANUSEI	Formazione del personale	Evento formativo gestione del paziente critico con diabete mellito	Entro il 31/12/2025	100%	100%	R
	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	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, per l'assegnazione degli obiettivi e il loro monitoraggio infrannuale e finale	4 incontri dipartimentali	100% inseriti su piattaforma GEDI	100%	R
	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	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	N .Corsi formazione realizzati	2 corsi	CSM - CDCD corso "assistenza al pz con demenza" 8 incontri per il caregiver SERD: Guida consapevole"autoscuole	100%	R
	CENTRO COMUNE STAFF DI AREA ASSL LANUSEI	Garantire 40 ore di formazione per i dipendenti	N. dipendenti formati per 40 ore /n. dipendenti assegnati alla U.O.	Garantire 40 ore di formazione per i dipendenti		0%	R/S
	CENTRO COMUNE STAFF DI AREA ASSL LANUSEI	Garantire 40 ore di formazione per i dipendenti	N. dipendenti formati per 40 ore /n. dipendenti assegnati alla U.O.	40 ore		0%	R/S
	CENTRO COMUNE STAFF DI AREA ASSL LANUSEI	Garantire 40 ore di formazione per i dipendenti	N. dipendenti formati per 40 ore /n. dipendenti assegnati alla U.O.	100%	100%	100%	R
	CENTRO COMUNE STAFF DI AREA ASSL LANUSEI	Garantire 40 ore di formazione per i dipendenti	N. dipendenti formati per 40 ore /n. dipendenti assegnati alla U.O.	40 ore	OBIETTIVO RAGGIUNTO	100%	R
	CENTRO COMUNE STAFF DI AREA ASSL LANUSEI	Riforma 1.15 del PNRR -Adozione di un sistema unico di contabilità economico-patrimoniale accrual -	N. dipendenti SC Bil formati /n. totale dipendenti sc Bilancio	100%	OBIETTIVO RAGGIUNTO	100%	R
	CENTRO COMUNE STAFF DI AREA ASSL LANUSEI	Formazione obbligatoria ai fini della qualificazione di Stazione appaltante, così come previsto dalla LR 24/2024 e così come normato dal D.Lgs. 36/2024 e nell'allegato II.7 dello stesso Decreto	Ore di formazione espletate /Ore previste all II.7	90%	mancata formazione per	0%	R/S
	CENTRO COMUNE STAFF DI AREA ASSL LANUSEI	Garantire 40 ore di formazione per i dipendenti	N. dipendenti formati per 40 ore /n. dipendenti assegnati alla U.O.	100%	100%	100%	R

Con deliberazione della giunta regionale n.19/21 del 09/04/2024 avente ad oggetto “Obiettivi dei Direttori generali delle aziende sanitarie regionali. Anno 2025” la Regione ha assegnato ai Direttori generali delle

aziende sanitarie gli obiettivi per l'anno 2025. Si riporta di seguito l'analisi sul monitoraggio degli obiettivi assegnati al Direttore Generale della Asl Ogliastra.

AREA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD/ VALORE DI RISULTATO	VALORE RISCONTRATO AL 31.12.2025
Area della gestione amministrativo-contabile	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	zero	Zero giorni di ritardo -
Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare	Rispetto delle milestone e dei target del PNRR	% di completamento del cronoprogramma	100%	100%
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	Quota della popolazione over 65 residente presa in carico dal servizio di cure domiciliari	Numero di pazienti over 65 assistiti in ADI rilevati dal flusso SIAD nell'anno 2025 / Numero di pazienti over 65 residenti sul territorio aziendale al 1 gennaio 2025 rilevati da DemoISTAT) *100	10%	18,69%
	Miglioramento quali-quantitativo delle PIC over 65 rilevate nel flusso SIAD	% di PIC over 65 valide	95%	100,00%
	Garantire una percentuale di prime visite specialistiche erogate (con prenotazione in agende pubbliche nel CUP) e una percentuale di prestazioni strumentali erogate (gestite interamente attraverso il CUP), limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto fra il numero di prime visite erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" e la totalità di quelle erogate nel medesimo periodo (indipendentemente dal canale di gestione nel CUP) * 100	85%	71%
		Rapporto percentuale fra volumi di prestazioni strumentali erogate, tracciate dalla fonte CUP WEB, e volumi rendicontati nel file C, nel medesimo periodo *100	95%	73%
	Abbattimento dei tempi di attesa	% di partecipazione alle riunioni organizzate dal RUAS	100%	100%

AREA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD/ VALORE DI RISULTATO	VALORE RISCONTRATO AL 31.12.2025
	Ottimizzazione della gestione dei posti letto	% di partecipazione agli incontri per l'efficientamento della gestione dei posti letto organizzati dal Bed Manager Regionale	100%	100%
	Attuazione dell'art. 72 dell'ACN "Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale" del 04.04.2024	Attribuzione degli incarichi ai medici di assistenza penitenziaria	Entro il 31/12/2025	100%
	Riduzione dei tempi di attesa per le commissioni invalidi civili	N° rendicontazione prodotte	4 Rapporti	Trasmissione dei 4 report
		Tempo medio di attesa per le commissioni invalidi civili	Riduzione del 25%	Trasmissione dei report
	Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	≥ 30%	25%
	Migliorare la presa in carico del paziente attraverso i PASS	(N° di dimissioni protette / N° di dimissioni totali) * 100	% > 20%	11,17%
	Supporto all'avvio del progetto Hub del farmaco	Predisposizione dei documenti per l'avvio e la messa a regime dei magazzini	Trasmissione dei documenti entro 60 giorni dalla richiesta formale di ARES	Trasmissione dei documenti nei termini
Area della Qualità e Governo clinico e della sanità digitale e innovazione tecnologica	Incremento del numero di persone assistite attraverso strumenti di telemedicina	N° di persone assistite	≥ 9.398 pazienti cronici trattati in telemedicina al 30.09.2025	n.d.
	Implementazione Delib.G.R. n. 2/15 del 20.1.2022 con riferimento all'Azione 3 Monitoraggio e Implementazione Sicurezza nel Percorso Nascita - obiettivi operativi	Proposta di Scheda di valutazione del rischio ostetrico	Entro il 30/06/2025	Rendicontato con nota PG/2025/10181 del 26/06/25
	PNRR M6C2 1.3.1 (b) incremento dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte degli operatori sanitari	Si applicano gli indicatori di alimentazione ed utilizzo del FSE previsti dal DM 08/08/2022 "Assegnazione di risorse	a) 65% dei documenti sanitari indicizzati FSE rispetto alle prestazioni erogate	a) 84,06% b) 40,44%

AREA	OBIETTIVO	INDICATORE	STANDARD/ VALORE DI RISULTATO	VALORE RISCONTRATO AL 31.12.2025
		territorializzabili riconducibili alla linea di attività M6C2 1.3.1(b)": a) percentuale di documenti sanitari indicizzati sul FSE; b) percentuale dei documenti sanitari in formato digitale firmati digitalmente.	b) 90% dei documenti sanitari digitali firmati digitalmente (il valore target deve essere raggiunto entro 30/06/2025)	

Si riportano nella tabella seguente i risultati di performance delle strutture della ASL Ogliastra per l'anno 2025. 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 2025 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 95,10%.

Tabella 21 Valore di performance delle articolazioni aziendali

Descrizione CdR	Totale punteggio 2025
CENTRO COMUNE STAFF DI AREA ASSL LANUSEI (SC AFFARI GENERALI)	100
CENTRO COMUNE STAFF DI AREA ASSL LANUSEI (SSD FUNZIONI RISORSE UMANE)	100
CENTRO COMUNE STAFF DI AREA ASSL LANUSEI (SC FUNZIONI TECNICO)	100
CENTRO COMUNE STAFF DI AREA ASSL LANUSEI (SC FUNZIONI BILANCIO)	100
CENTRO COMUNE STAFF DI AREA ASSL LANUSEI (SC SERVIZIO PROGRAMMAZIONE CONTROLLO)	100
CENTRO COMUNE STAFF DI AREA ASSL LANUSEI (SSD SERVIZIO AMMINISTRATIVO TERRITORIO)	94,74
DIPARTIMENTO ATTIVITA' CLINICHE MECICO- CHIRURGICHE	86,76
SC CHIRURGIA GENERALE	90,77
SC ORTOPEDIA	88,17
SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE LANUSEI	94,57
SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	93,31
SC MEDICINA GENERALE	91,39
SC CARDIOLOGIA	97,01
SC NEFROLOGIA EMODIALISI	99,16
SC PEDIATRIA	93,46

Descrizione CdR	Totale punteggio 2025
DIPARTIMENTO AREA DEI SERVIZI	79,17
MCAU - P.O. NS MERCEDE LANUSEI	92,12
SSD LABORATORIO ANALISI AREA LANUSEI	98,36
CENTRO TRASFUSIONALE LANUSEI	98,12
SSD SERVIZIO FARMACEUTICO OSPEDALIERO LANUSEI	100
SC SERVIZIO RADIOLOGIA TERRITORIALE LANUSEI	94,74
CENTRO COMUNE DISTRETTO TORTOLI'	80,43
SC SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE	90
SSD DIABETOLOGIA	88,75
DIPARTIMENTO PREVENZIONE ASSL LANUSEI	100
SC PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE - SERVIZIO SCREENING - LANUSEI	100
SC SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO (SPRESAL) - LANUSEI	100
SC SANITÀ ANIMALE (SA) – LANUSEI	100
SC SIAOA	100
SC SIAPZ	100
SC SIAN	100
SSD MEDICINA LEGALE	100
SC IGIENE PUBBLICA	100
DIPARTIMENTO CENTRO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	88,23
SC CURE TERRITORIALI CSM (CURE TERRITORIALI CSM LANUSEI)	95,83
SC RIABILITAZIONE PSICHIATRICA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	100
SC AREA DIPENDENZA PATOLOGICHE (AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE LANUSEI)	100
SSD PSICOLOGIA (RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE)	100
DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSL LANUSEI	97,5
SC RECUPERO RIABILITAZIONE	87,5
SC CURE INTEGRATE DOMICILIARI	100
SC CURE PALLIATIVE DOM. – LANUSEI	74,44

4. PERFORMANCE INDIVIDUALE

La valutazione della performance individuale è determinata da diverse dimensioni, differenziate per il livello di responsabilità assunto nell'organizzazione. Il sistema adottato prevede che la misurazione e valutazione individuale si differenzi a seconda del livello organizzativo occupato nell'azienda ed ai sensi di quanto disposto dall'art. 9 del D.lgs. 150/2009 e s.m.i., è legata alle seguenti dimensioni di valutazione:

Per i Direttori/Responsabili di struttura la valutazione è legata:

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

Per il restante personale la valutazione è legata:

- 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 2025 ha interessato 784 dipendenti della ASL Ogliastra con una valutazione media pari a 96,45. 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.

Tabella 22 Media delle valutazioni per tipologia scheda

Scheda	media valutazioni
1 - Direttori Dipartimento	94,36
2 - Direttori SC e SSD	94,56
3 - Responsabili SS	
4 - Dirigenti	95,00
5 - Area Incarico Posizione-Funzione	97,71
6 - Area E.Q. e dei Prof. Funzionari	96,98
7 - Area Assistenti	97,82
8 - Area Operatori e Personale di Supporto	96,56

Fonte: elaborazione dati GURU

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

Tabella 23 Classi di punteggio

Anno	Area		
2025	ASL Ogliastra		
	Da 0 a 60	0	0
	Da 60,01 a 80	11	1,4%
	Da 80,01 a 100	773	98,6%
	Totale Valutazioni	784	100

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 31/12/2025 si evidenzia una presenza femminile pari al 72% del personale totale.

Tabella 24 composizione per genere



Fonte: elaborazione dati Asl Ogliastra al 31.12.2025

Differenziando il personale per ruolo si evidenzia la prevalenza del genere femminile su quello maschile nel ruolo sanitario, tecnico e amministrativo con le stesse percentuali del 72% di personale femminile e del 28 % del personale maschile. Non si registrano significative variazioni 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 pur con la maggiore presenza di personale femminile: nel comparto le donne sono il 76% mentre nella dirigenza la presenza femminile si attesta al 57% come rappresentato nei grafici seguenti.

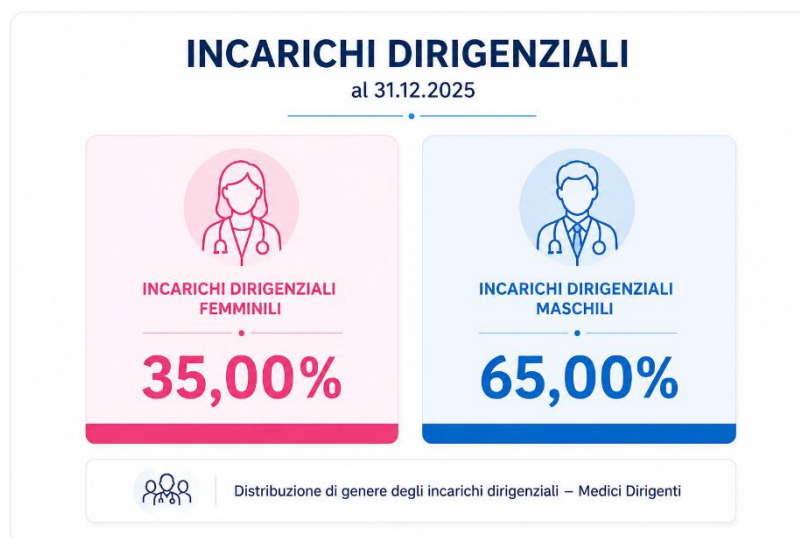
Tabella 25- Ripartizione per genere tra dirigenza e comparto



Fonte: elaborazione dati Asl Ogliastra al 31.12.2025

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 65% rispetto a quella di genere femminile pari 35% nelle tipologie di incarico di Struttura Complessa. Nelle restanti tipologie di incarico si ha una prevalenza del personale femminile.

Tabella 26 – ripartizione per genere degli incarichi dirigenziali



Fonte: elaborazione dati Asl Ogliastra al 31.12.2025

TASSO ASSENZA/PRESENZA ASL OGIASTRA

ANNO	% PRESENZA	% ASSENZA
2023	79,75	20,25
2024	78,85	21,15
2025	77%	23%

N° DIPENDENTI PART-TIME ASL OGIASTRA ANNO 2023/2025

ANNO	DONNE	UOMINI	% TEMPO PARZIALE
2023	5	0	83,30
2024	6	0	
2025	9	2	79,13 (Valore medio)

N° L. 104/92 ASL OGIASTRA ANNO 2023/2025

DONNE	UOMINI	TOTALE
108	36	144
118	39	157
129	39	168

6. PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

L'Azienda Socio Sanitaria n 4 Ogliastra è costituita a partire dal 01/01/2022.

Anche l'anno 2025 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. 41 del 30/01/2025 è stato adottato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025/2027 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 2025 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 30/06/2025 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".

Nel 2024 sono stati adottati i seguenti regolamenti che nel corso del 2025 non hanno subito modifiche:

- 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

Nel corso del 2025, la ASL Ogliastra ha dato continuità al progetto di rilevazione del gradimento degli utenti avviato originariamente da ATS Sardegna. L'obiettivo dell'iniziativa è favorire la partecipazione attiva dei cittadini nella valutazione dei servizi sanitari, sfruttando strumenti digitali per rendere la Pubblica Amministrazione più efficiente, accessibile e vicina alle esigenze del pubblico.

Il monitoraggio si basa su un software perfettamente integrato con i sistemi informatici regionali (SISAR) che gestiscono il Pronto Soccorso, le visite ambulatoriali e le dimissioni ospedaliere.

Per ogni singola prestazione erogata, il sistema genera un codice univoco regionale. Questo codice, insieme al link diretto per compilare il questionario online, viene stampato e consegnato al paziente all'interno dei seguenti documenti:

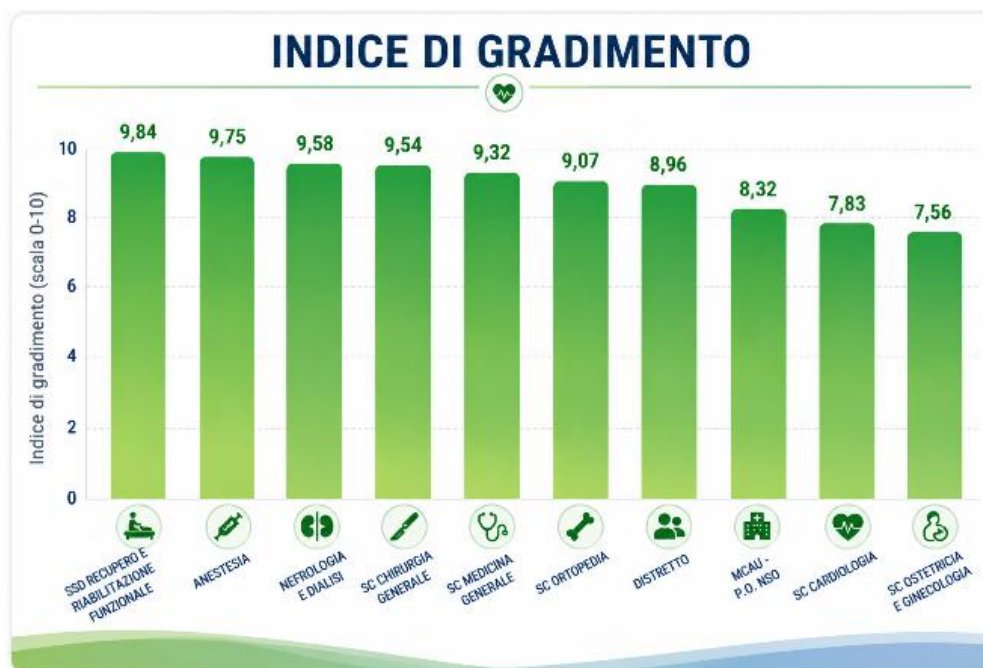
- verbale di dimissione del Pronto Soccorso;
- lettera di dimissione dal ricovero ospedaliero;
- referto della prestazione ambulatoriale;
- referto dell'accesso alla Guardia Medica.

Per l'anno 2025 la raccolta dati nella ASL Ogliastra si è concentrata specificamente su tre aree: gli accessi al Pronto Soccorso, i ricoveri ospedalieri e le visite ambulatoriali.

I dati raccolti nel 2025 mostrano un giudizio decisamente positivo, con una valutazione media pari a 8,98 su un punteggio massimo di 10, come illustrato nel grafico seguente. Tuttavia è importante precisare che queste valutazioni, per quanto ottime in quasi tutti i comparti, risultano poco significative dal punto di vista statistico

a causa dell'uso ancora troppo limitato dello strumento da parte dei pazienti. Il numero di questionari compilati rispetto al totale delle prestazioni effettuate rimane ancora troppo ridotto, rendendo necessaria una maggiore attività di promozione e pubblicizzazione del sistema.

Tabella 27 – Tabella indice di gradimento per SC



Elaborazione dati software GURU anno 2025

8. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

La misurazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi strategici attribuiti alle unità operative aziendali nel 2025 è avvenuta nel periodo da febbraio a giugno 2026 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	giugno 2026
Misurazione della performance individuale	Direttori e responsabili delle UUOO	Maggio 2026
Redazione della Relazione sulla Performance anno 2025	Servizio Programmazione e Controllo	luglio 2026
Adozione della Relazione sulla Performance anno 2025	Direzione Generale	luglio 2026
Validazione della Relazione sulla Performance anno 2025	Organismo Indipendente di valutazione	luglio 2026