ASLOgliastra
Azienda socio-sanitaria locale

Programma Sanitario Annuale e Triennale

2027–2029

Indirizzi strategici e obiettivi per la tutela della salute della popolazione dell'Ogliastra: prevenzione, assistenza territoriale e assistenza ospedaliera.

Allegato alla deliberazione del Direttore generale n. _____ del ____/____/_____

Direttore generale: dott. Andrea Fabbo, nominato con deliberazione della Giunta regionale n. 68/2 del 31/12/2025



IL TERRITORIO

23 comuni · 53.722 residenti · 1.854 km²

Lanusei, _____ 2027

Indice

Presentazione del Programma....4
PARTE I – IL CONTESTO DI RIFERIMENTO....5
A. Elementi identificativi del SSR e dell'Azienda....5
A.1 Assetto istituzionale....5
A.2 Quadro programmatorio 2027-2029....5
B. Missione, visione e valori....6
C. Profilo di salute della popolazione....8
C.1 Territorio e accessibilità....8
C.2 Struttura e dinamica demografica....10
C.3 Determinanti socio-economici....12
C.4 Stili di vita e fattori di rischio....13
C.5 Stato di salute della popolazione....15
C.6 Ambiente....16
C.6.1 Patrimonio zootecnico e sanità animale....17
C.6.2 Sicurezza alimentare e lavoro nel comparto agro-zootecnico....17
C.6.3 Acque destinate al consumo umano....18
C.6.4 Radon indoor....18
C.6.5 Cambiamenti climatici e salute....19
D. Struttura organizzativa dell'Azienda....20
D.1 Assetto organizzativo vigente....20
D.2 Area di Staff e Direzione delle professioni sanitarie....20
D.3 Tecnostruttura amministrativa....21
D.4 Assistenza territoriale....21
D.4.1 Distretto....21
D.4.2 Dipartimento di Igiene e prevenzione sanitaria....22
D.4.3 Dipartimento di Salute mentale e dipendenze....23
D.4.4 Dipartimento di Integrazione ospedale-territorio....23
D.5 Assistenza ospedaliera....24
D.6 Stato di copertura degli incarichi....25
D.7 Risorse umane....26
PARTE II – LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA TRIENNALE....29
Indirizzi strategici generali....29
A.1 Contesto e approccio della programmazione....29
B. Area della prevenzione collettiva e sanità pubblica....30
B.1 Indirizzi nazionali e regionali....30
B.2 Offerta e attività....30
B.2.1 Dati di struttura....30
B.2.2 Dati di attività....32
B.3 Obiettivi strategici....38
B.3.1 Prevenzione oncologica e prevenzione attiva....39
B.3.2 Sorveglianza epidemiologica e promozione della salute....39
B.3.3 Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare....39
B.3.4 Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro....41
B.3.5 Ambiente e salute....41
B.3.6 Organizzazione, formazione e digitalizzazione dei servizi....41
C. Area dell'assistenza territoriale....42
C.1 Indirizzi nazionali e regionali....42
C.2 Offerta e attività....42
C.2.1 Dati di struttura....42
C.2.2 Dati di attività....44

C.3 Obiettivi strategici..... 47
C.3.1 Riorganizzazione dell'assistenza distrettuale..... 48
C.3.2 Potenziamento dell'integrazione ospedale-territorio..... 49
C.3.3 Riorganizzazione del Dipartimento di salute mentale e dipendenze..... 50
C.3.4 Ammodernamento strutturale e tecnologico..... 51
D. Area dell'assistenza ospedaliera..... 52
D.1 Indirizzi nazionali e regionali..... 52
D.2 Offerta e attività..... 52
D.2.1 Dati di struttura..... 52
D.2.2 Dati di attività..... 53
D.3 Obiettivi strategici..... 59
D.3.1 Riorganizzazione assistenza ospedaliera..... 60
D.3.2 Miglioramento appropriatezza assistenza ospedaliera..... 61
D.3.3 Definire e governare le reti di cura..... 62
D.3.4 Migliorare la qualità e sicurezza delle cure..... 63
D.3.5 Ammodernamento strutturale e tecnologico..... 63
PARTE III - LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO PATRIMONIALE..... 65
Bilancio Preventivo Economico annuale e pluriennale 2027 2029..... 65
Sintesi dati economici – BEP 2027..... 65
Conto economico preventivo 2027-2029: sintesi per macrovoci..... 65

Presentazione del Programma

Il programma sanitario triennale 2027/2029 è un documento che presenta gli indirizzi strategici generali e gli obiettivi che la ASL Ogliastra intende conseguire nel triennio al fine di soddisfare i bisogni di salute della popolazione con riferimento all'area della prevenzione collettiva e sanità pubblica, all'area dell'assistenza distrettuale e all'area dell'assistenza ospedaliera.

L'azienda sanitaria mediante una analisi dello stato di salute del contesto esterno definisce le esigenze del proprio territorio e sulla base delle risorse disponibili definisce le linee strategiche prioritarie di intervento al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza. Le caratteristiche territoriali che maggiormente incidono sui bisogni di salute sono rappresentate:

- dal progressivo calo demografico;
- dall'invecchiamento della popolazione;
- dalla complessità orografica del territorio;
- dalla dimensione economica;
- dall'aumento delle malattie croniche;
- dalle fragilità dei contesti famigliari;
- dall'incremento del carico antropico durante il periodo estivo.

Per l'elaborazione del presente piano si è tenuto conto del Piano Sanitario Nazionale e Regionale, degli obiettivi dei Direttori Generali delle aziende sanitarie della RAS e della nuova organizzazione aziendale delineata nell'Atto Aziendale adottato in conformità alle linee guida della Giunta Regionale.

PARTE I – IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

A. Elementi identificativi del SSR e dell'Azienda

A.1 Assetto istituzionale

Con deliberazione della Giunta regionale n. 68/2 del 31/12/2025 è stato nominato Direttore generale il dott. Andrea Fabbo, che ha nominato la nuova direzione strategica. Il Programma 2027-2029 è quindi il primo atto di programmazione triennale che si colloca nella fase di adozione del nuovo Atto aziendale, secondo le linee guida approvate con DGR n. 43/14 del 26/08/2026.

A.2 Quadro programmatorio 2027-2029

La Tabella A.2.1 riporta gli atti di riferimento del Programma. Le sezioni della Parte II vi rinviano, senza ripetere gli elenchi normativi.

Tabella A.2.1 – Quadro programmatorio di riferimento

Livello	Atto	Estremi	Ambito	Stato
Nazionale	Piano nazionale della prevenzione 2026-2031	Intesa Stato-Regioni 21/05/2026, Rep. Atti n. 69/CSR	Prevenzione (7 macro-obiettivi, 14 programmi predefiniti)	Vigente
Nazionale	Piano nazionale della cronicità (aggiornamento)	Intesa Stato-Regioni 23/10/2025	Cronicità e presa in carico	Vigente
Nazionale	Piano nazionale di governo delle liste d'attesa 2026-2028 DM 26 giugno 2026	G.U. n.195 del 24/06/2026 Supplemento Ordinario n.32	Tempi di attesa	Vigente
Nazionale	DM 23 maggio 2022, n. 77	G.U. n. 144 del 22/06/2022	Assistenza territoriale	Vigente
Nazionale	DM 2 aprile 2015, n. 70	G.U. n. 127 del 04/06/2015	Standard ospedalieri	Vigente Da rivedere entro 31-12
Nazionale	PNRR, Missione 6 Salute		CdC, OdC, COT, telemedicina, ADI	In conclusione (2026)
Nazionale	Programma nazionale Equità nella Salute 2021-2027	Programma FESR-FSE+	Equità di accesso, aree interne	Vigente, adesione aziendale
Nazionale	Piano nazionale di adattamento ai cambiamenti climatici DM n.434 del 21 dicembre 2023	G.U. n.42 del 20/02/2024	Clima e salute	Vigente
Nazionale	D.Lgs. 31 luglio 2020, n. 101	G.U. n. 201 del 12/08/2020	Radioprotezione, radon	Vigente
Nazionale	Piano di azioni nazionale per la salute mentale 2025-2030 Conferenza Unificata Stato-Regioni 29 dicembre 2025	G.U. del 04/02/2026 n.28 Supplemento Ordinario n.6	Salute mentale	Vigente
Regionale	L.R. 11 settembre 2020, n. 24	BURAS n.53 del 24/09/2020	Riforma del SSR	Vigente, in attuazione
Regionale	L.R. 11 marzo 2025, n. 8	BURAS n.15 del 13/03/2025, suppl straordinario n.43	Assetto organizzativo del SSR	Vigente

Livello	Atto	Estremi	Ambito	Stato
Regionale	Recepimento PNP 2026-2031 e proroga PRP 2020-2025	DGR n. 31/14 del 17/06/2026	Prevenzione	Vigente
Regionale	Piano regionale della prevenzione 2026-2031	Da adottare entro il 31/12/2026	Prevenzione	In corso di adozione
Regionale	Assistenza territoriale (attuazione DM 77/2022)	DGR n. 27/34 del 21/05/2025	Rete territoriale	Vigente
Regionale	Rete ospedaliera regionale	DGR n. 43/6 del 25/10/2017	Rete ospedaliera	Vigente
Regionale	Linee guida per gli atti aziendali	DGR n. 50/9 del 24/09/2025	Organizzazione	Vigente
Regionale	Piano regionale di governo delle liste d'attesa 2019-2021 (G.R. 29/1 del 23/07/2019)	PNGLA 2026/2028	Tempi di attesa	Da adottare entro 22/12/2026
Regionale	Obiettivi assegnati al Direttore generale	DRG 43/14 del 26/08/2026 DRG 22/15 del 06/05/2026	Valutazione della Direzione	Vigente
Aziendale	Atto aziendale	Deliberazione n. 27 del 06/02/2023; nuovo Atto in corso di adozione	Organizzazione	Vigente, in revisione

Fonte: elaborazione Controllo di gestione ASL Ogliastra

.

B. Missione, visione e valori

Missione. La ASL Ogliastra promuove e tutela la salute individuale e collettiva della popolazione residente, apolide e comunque presente nel territorio. Garantisce i livelli essenziali di assistenza, direttamente o tramite l'acquisto di prestazioni, assicurando universalità, equità di accesso e appropriatezza. Agisce in coerenza con la programmazione nazionale e regionale e con gli indirizzi della Conferenza territoriale socio-sanitaria. Impiega in modo efficiente le risorse assegnate per realizzare la presa in carico globale della persona e della sua famiglia.

Visione. L'Azienda intende offrire ai cittadini dell'Ogliastra una rete di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione diffusa sul territorio e tempestiva nella risposta ai bisogni. Persegue il miglioramento continuo della qualità attraverso percorsi assistenziali innovativi, la continuità delle cure e l'integrazione socio-sanitaria.

Valori. L'azione aziendale si ispira a:

- tutela della salute come bene individuale e collettivo;
- equità, uguaglianza ed inclusione;
- centralità della persona e umanizzazione delle cure;
- appropriatezza e sostenibilità;
- trasparenza, legalità e responsabilità sociale;
- valorizzazione, formazione e benessere degli operatori;
- partecipazione, valorizzazione dei professionisti;
- qualità e miglioramento continuo.

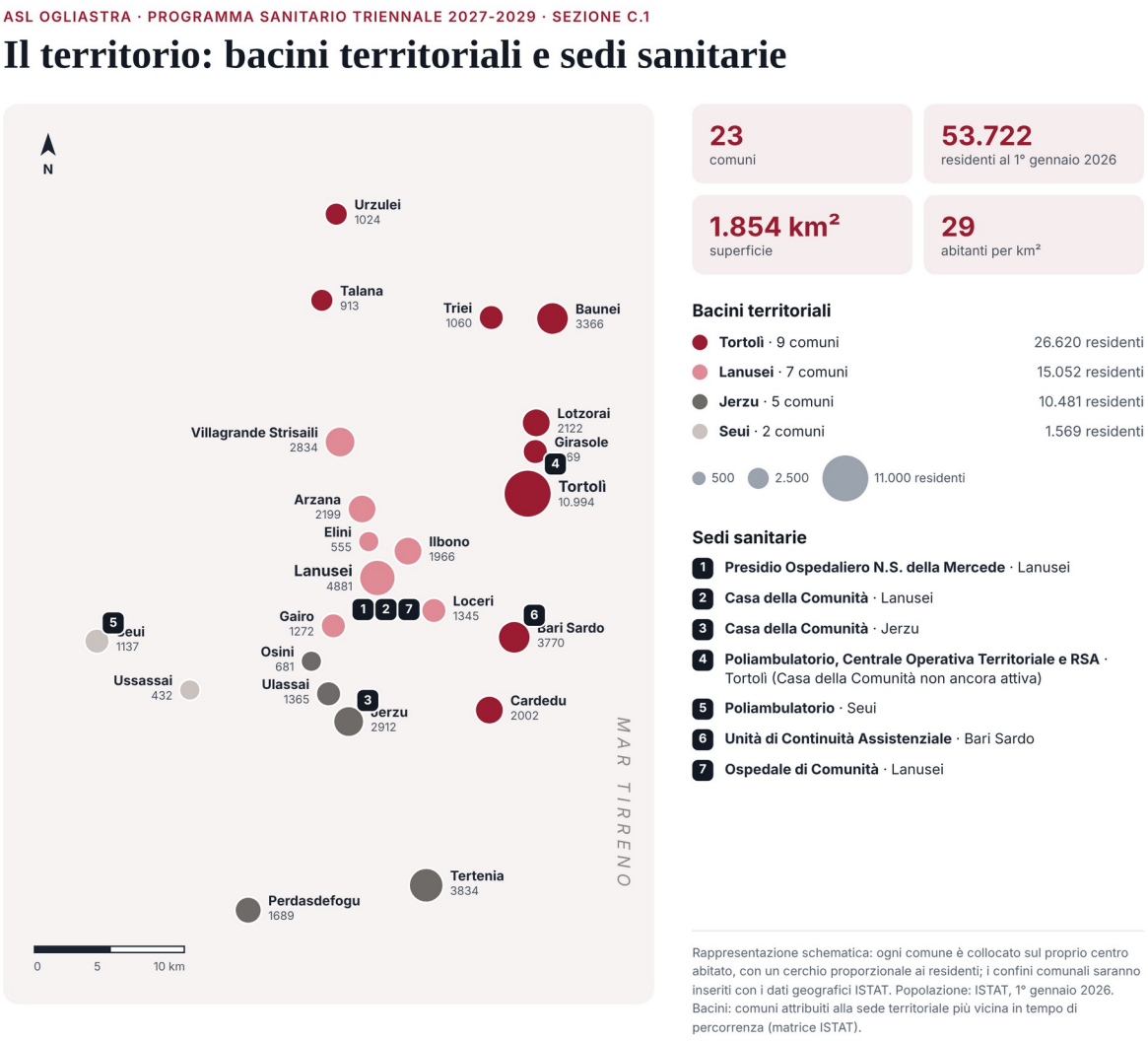
Collegamento con il PIAO. Missione, visione e valori sono il riferimento della sezione «Valore pubblico» del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO).

C. Profilo di salute della popolazione

C.1 Territorio e accessibilità

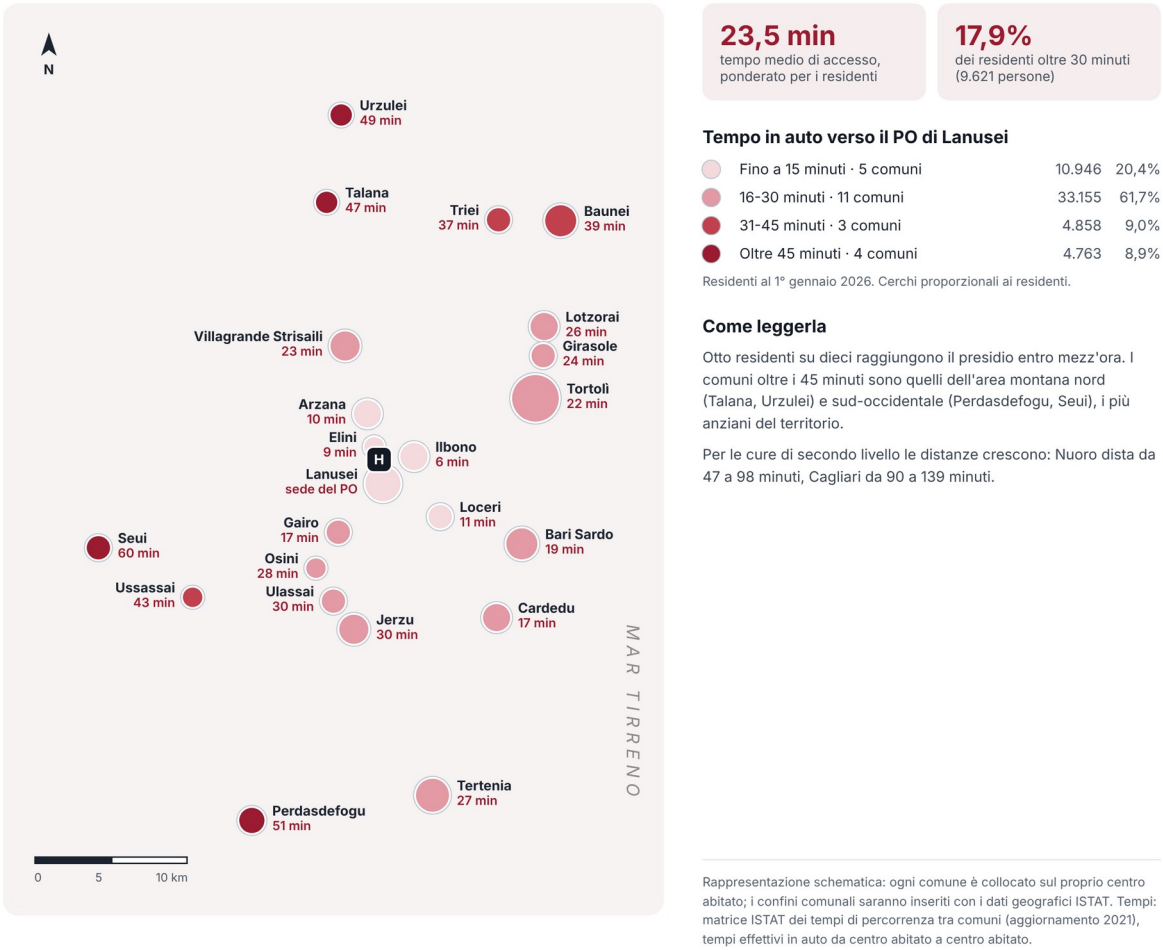
L'ambito territoriale della ASL n. 4 coincide con il territorio della provincia Ogliastra composta da 23 comuni esteso per circa 1.854 km². Il territorio è montuoso e impervio all'interno e pianeggiante lungo la costa, dove si concentra oltre metà della popolazione. Di seguito la rappresentazione delle sedi sanitarie della provincia Ogliastra.

Figura C.1.1 – Bacini territoriali e sedi sanitarie



Accessibilità. Il PO di Lanusei si raggiunge in media in 23,5 minuti, la sede territoriale più vicina in 9,9 minuti (medie ponderate per i residenti). Il 17,9% dei residenti (9.621 persone) vive a più di 30 minuti dal presidio. L'8,9% (4.763) vive a più di 45 minuti: sono i residenti di Talana, Urzulei, Perdasdefogu e Seui. Gli ospedali di riferimento di secondo livello distano 47-98 minuti (Nuoro) e 90-139 minuti (Cagliari).

Figura C.1.2 – Tempi di accesso al PO di Lanusei



Presenza turistica. Nel 2025 le strutture ricettive hanno registrato 1.766.077 presenze, il 90% tra maggio e settembre. Nel mese di picco, agosto, la popolazione equivalente raggiunge circa 70.700 persone (+31% sui residenti). L'incremento si concentra sulla costa: +58% nel bacino di Tortolì, +89% nel comune di Tortolì.

Tabella C.1.1 – Popolazione equivalente nei mesi di maggiore afflusso turistico, anno 2025

Mese	Turisti medi al giorno	Popolazione equivalente	Incremento sui residenti
Maggio	3.544	57.481	+6,6%
Giugno	7.997	61.934	+14,8%
Luglio	13.719	67.656	+25,4%
Agosto	16.768	70.705	+31,1%
Settembre	9.898	63.835	+18,4%

Fonte: elaborazione su Osservatorio turistico regionale, open data 2025. Stima minima: sono escluse le seconde case e gli affitti brevi non dichiarati.

C.2 Struttura e dinamica demografica

Al 1° gennaio 2026 risiedono in Ogliastra 53.722 persone (26.553 maschi e 27.169 femmine), 215 in meno rispetto all'anno precedente (–0,4%). La popolazione cala in 15 comuni su 23, con le perdite maggiori a Lanusei (–87), Villagrande Strisaili (–53) e Bari Sardo (–35). Cresce in 7 comuni, tra cui Loceri (+29), Cardedu (+24) e Tortolì (+14).

Dinamica naturale e migratoria. Nel 2025 si registrano 285 nati e 680 morti: per ogni nato si contano 2,4 decessi. Il saldo naturale è di –395 unità ed è compensato solo per un quinto dal saldo migratorio e per altri motivi (+79). Il calo della popolazione dipende quindi quasi interamente dalla dinamica naturale.

Tabella C.2.1 – Bilancio demografico, anno 2025

Indicatore 2025	Valore	Tasso per 1.000 abitanti
Nati	285	5,3
Morti	680	12,6
Saldo naturale	–395	–7,3
Saldo migratorio e per altri motivi	+79	+1,5
Variazione complessiva	–316	–5,9

Fonte: ISTAT, bilancio demografico comunale 2025.

Struttura per età. L'invecchiamento accelera. In un solo anno, a fronte di 215 residenti in meno, le persone con 65 anni e oltre aumentano di 298. Oggi rappresentano il 28,1% della popolazione; quelle con 75 anni e oltre il 14,4%, con 85 anni e oltre il 4,9%. I giovani fino a 14 anni sono il 10,5%.

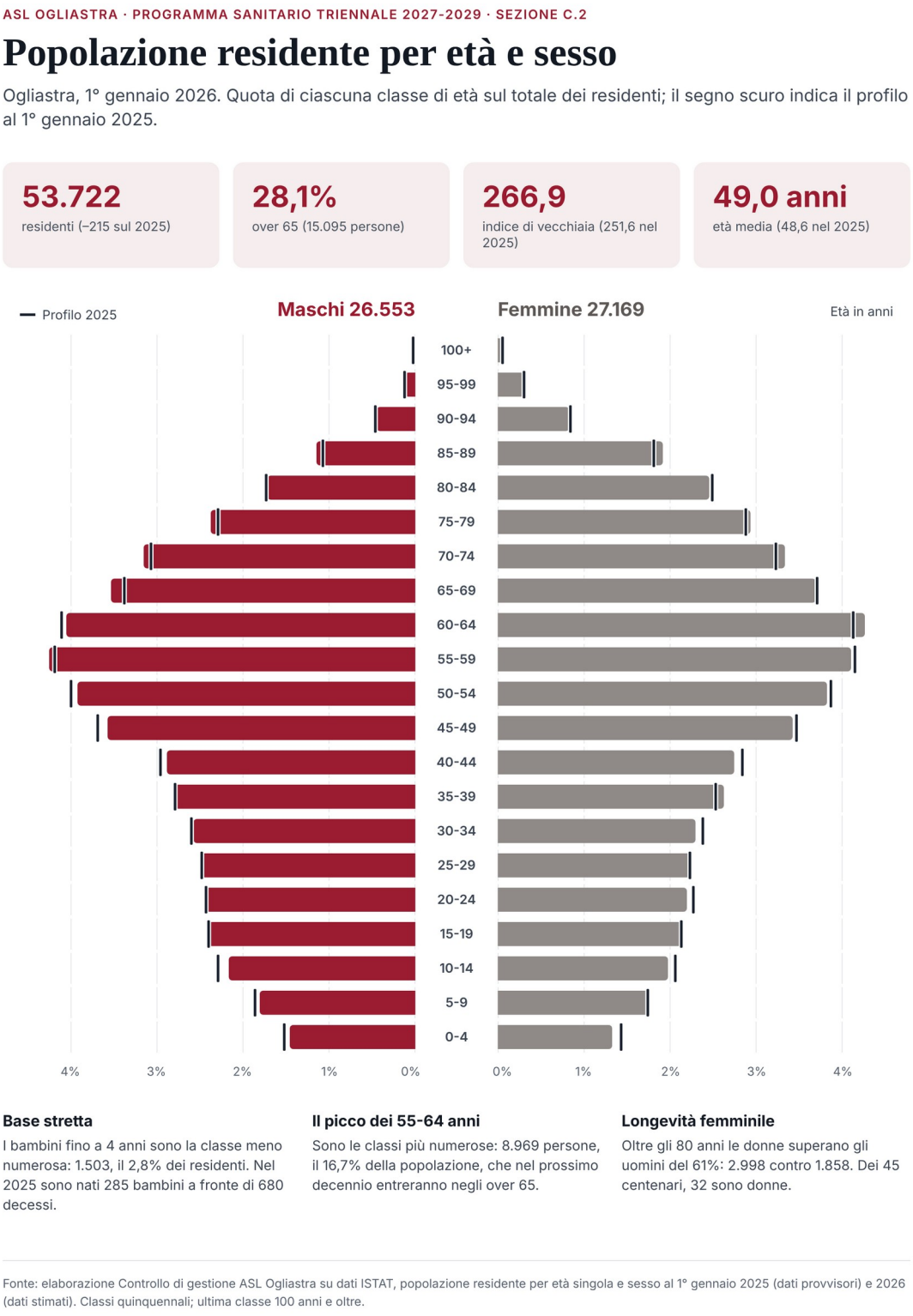
Tabella C.2.2 – Indicatori di struttura della popolazione

Indicatore	01/01/2025	01/01/2026	Variazione
Popolazione residente	53.937	53.722	–215
Quota 0-14 anni	10,9%	10,5%	–0,4 punti
Quota 15-64 anni	61,7%	61,4%	–0,3 punti
Quota 65 anni e oltre	27,4% (14.797)	28,1% (15.095)	+298 persone
Quota 75 anni e oltre	14,1% (7.579)	14,4% (7.711)	+132 persone
Quota 85 anni e oltre	4,7% (2.516)	4,9% (2.613)	+97 persone
Centenari	38	45	+7
Indice di vecchiaia	251,6	266,9	+15,3
Indice di dipendenza strutturale	62,2	62,9	+0,7
Indice di dipendenza degli anziani	44,5	45,8	+1,3
Età media (anni)	48,6	49,0	+0,4

Fonte: elaborazione su dati ISTAT, popolazione residente per età singola al 1° gennaio 2025 e 2026.

Ogni 100 persone in età lavorativa ve ne sono 63 in età non attiva, di cui 46 anziani. L'invecchiamento è più marcato tra le donne: le donne con 85 anni e oltre sono il 6,2% della popolazione femminile, gli uomini il 3,5% di quella maschile. Risiedono in Ogliastra 961 persone con 90 anni e oltre e 45 centenari (32 donne e 13 uomini), pari a 8,4 ogni 10.000 abitanti.

Figura C.2.1 – Piramide delle età, Ogliastra 1° gennaio 2026



La piramide ha una base ristretta, con la classe 0-4 anni come la meno numerosa (1.503 bambini, 2,8%). Le classi di età più numerose sono quelle di 55-64 anni (8.969 persone, 16,7%), che nel prossimo decennio entreranno nella popolazione anziana. Oltre gli 80 anni prevale nettamente la componente femminile: 2.998 donne contro 1.858 uomini.

Differenze territoriali. I comuni costieri hanno la struttura più giovane: Girasole ha un indice di vecchiaia di 152 e un'età media di 44,8 anni. Nei comuni interni l'invecchiamento è estremo: a Ussassai le persone con 65 anni e oltre sono il 41,9% (indice di vecchiaia 696, età media 56,5 anni), a Osini quelle con 85 anni e oltre sono il 9,1%.

Tabella C.2.3 – Indicatori di invecchiamento per bacino territoriale, 1° gennaio 2026

Bacino territoriale	Residenti	Quota 75+	Quota 85+	Residenti 85+	Età media
Tortolì	26.620	13,6%	4,4%	1.174	48,5
Lanusei	15.052	14,9%	5,1%	775	49,3
Jerzu	10.481	15,3%	5,5%	580	49,1
Seui	1.569	16,4%	5,4%	84	52,4
Ogliastra	**53.722**	**14,4%**	**4,9%**	**2.613**	**49,0**

Fonte: elaborazione su dati ISTAT.

C.3 Determinanti socio-economici

L'Ogliastra ha redditi e livelli di istruzione inferiori sia alla media sarda sia a quella nazionale, con un divario interno tra i centri costieri e i comuni dell'interno. Reddito e istruzione sono determinanti diretti della salute: incidono sugli stili di vita, sull'adesione alla prevenzione, sulla capacità di gestire la cronicità.

Reddito. Nell'anno d'imposta 2024 i 39.462 contribuenti residenti in Ogliastra dichiarano un reddito complessivo medio di 20.058 euro, il 9% in meno della media sarda e il 22% in meno di quella italiana. Il 41,7% dei contribuenti dichiara meno di 15.000 euro. Il reddito da pensione rappresenta il 36,5% del totale (30,2% in Italia), riflesso della struttura per età della popolazione (sez. C.2).

Istruzione. Il livello di istruzione va letto per età, perché la popolazione mette insieme generazioni con percorsi scolastici molto diversi. I dati ISTAT riguardano i residenti dai 9 anni in su, l'età minima considerata dal Censimento, e quindi comprendono anche bambini e ragazzi frequentanti le scuole.

Il ritardo si concentra nella popolazione anziana:

- **Residenti di 65 anni e oltre:** il 43,9% (circa 6.500 persone) ha al massimo la licenza elementare, contro il 37,7% della Sardegna e il 36,0% dell'Italia. Più di tre anziani su quattro (77,4%) non vanno oltre la licenza media; i laureati sono il 6,7% (10,2% in Italia).

- **Residenti fino a 64 anni:** la quota con al massimo la licenza media scende al 50,2% (Sardegna 46,8%, Italia 39,6%); i laureati sono il 15,1%. Il divario con la media nazionale resta, ma si riduce nelle generazioni più giovani.

Tabella C.3.1 – Reddito e istruzione: confronto con Sardegna e Italia

Indicatore	Ogliastra	Sardegna	Italia
Reddito complessivo medio per contribuente (2024)	20.058 €	21.994 €	25.816 €
Contribuenti con reddito fino a 15.000 €	41,7%	40,0%	34,2%
Quota del reddito da pensione	36,5%	34,3%	30,2%
Residenti di 65 anni e oltre con al massimo la licenza elementare (2024)	43,9%	37,7%	36,0%
Residenti di 65 anni e oltre con al massimo la licenza media	77,4%	68,9%	62,9%

Indicatore	Ogliastra	Sardegna	Italia
Residenti fino a 64 anni con al massimo la licenza media	50,2%	46,8%	39,6%
Residenti fino a 64 anni con laurea o titolo terziario	15,1%	16,5%	19,2%

Fonti: MEF – Dipartimento delle Finanze, open data comunali IRPEF, anno d'imposta 2024; ISTAT, Censimento permanente, popolazione residente per grado di istruzione ed età al 31/12/2024. La fascia «fino a 64 anni» comprende i residenti dai 9 ai 64 anni.

Tabella C.3.2 – Titolo di studio per fascia d'età, 2024

Titolo di studio	Ogliastra, fino a 64 anni	Ogliastra, 65 anni e oltre	Sardegna, 65 anni e oltre	Italia, 65 anni e oltre
Nessun titolo o licenza elementare	9,3%	43,9%	37,7%	36,0%
Licenza media	40,9%	33,5%	31,2%	26,8%
Diploma	34,7%	15,9%	22,1%	26,9%
Laurea o titolo terziario	15,1%	6,7%	9,0%	10,2%
Residenti	**35.963**	**14.877**	**429.057**	**14.579.867**

Fonte: ISTAT, Censimento permanente, popolazione residente per grado di istruzione ed età al 31/12/2024. Nella fascia fino a 64 anni la quota con licenza elementare comprende i ragazzi che non hanno ancora completato la scuola media.

Differenze territoriali. Lo svantaggio si concentra nei comuni dell'interno e del sud dell'area. I redditi medi più bassi si registrano a Osini (16.082 euro), Triei, Talana, Seui e Tertenia, dove circa metà dei contribuenti dichiara meno di 15.000 euro. Tortolì, Perdasdefogu e Lanusei hanno i redditi medi più alti, oltre 21.000 euro.

Tabella C.3.3 – Reddito e istruzione per bacino territoriale

Bacino territoriale	Reddito medio per contribuente	Contribuenti fino a 15.000 €	Residenti di 65 anni e oltre con al massimo la licenza elementare	Residenti fino a 64 anni con al massimo la licenza media	Laureati fino a 64 anni
Tortolì	20.549 €	41,4%	44,2%	49,0%	15,5%
Lanusei	19.916 €	40,2%	42,0%	50,2%	15,7%
Jerzu	19.292 €	44,1%	46,4%	52,4%	13,7%
Seui	17.972 €	45,5%	41,2%	55,4%	12,7%
Ogliastra	**20.058 €**	**41,7%**	**43,9%**	**50,2%**	**15,1%**

Fonti: come Tabella C.3.1. Il reddito medio è il rapporto tra ammontare e numero di contribuenti.

C.4 Stili di vita e fattori di rischio

Eccesso di peso, sedentarietà, fumo e consumo di alcol a rischio sono comportamenti modificabili e, insieme al contesto sociale ed economico, tra i principali fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili. In Ogliastra queste malattie sono le prime cause di morte: nel 2025 le malattie del sistema circolatorio e i tumori causano quasi lo stesso numero di decessi, 171 (27,7%) e 167 (27,0%) (sez. C.5). Il monitoraggio degli stili di vita si basa sulle sorveglianze PASSI (18-69 anni) e PASSI d'Argento (65 anni e oltre), condotte dall'Azienda, e su OKkio alla Salute per i bambini della scuola primaria.

Quadro regionale e nazionale. Secondo l'indagine ISTAT 2025, la Sardegna si distingue nel Mezzogiorno per la minore sedentarietà: non pratica né sport né attività fisica il 26,5% della popolazione di 3 anni e più, contro il 41,2% del Mezzogiorno e il 30,8% dell'Italia. Per gli altri fattori di rischio è disponibile solo il dato della ripartizione insulare. Nel 2025 le Isole registrano la quota di fumatori più alta d'Italia (22,3%) e un eccesso di peso negli adulti superiore alla media nazionale (47,8% contro 44,7%). Il consumo di alcol a rischio è invece più contenuto (12,1% contro 15,3%).

Tabella C.4.1 – Fattori di rischio: Sardegna, Isole e Italia, anno 2025

Indicatore (anno 2025)	Sardegna	Isole	Italia
Sedentari (3 anni e più)	26,5%	40,6%	28,4%
Eccesso di peso (18 anni e più)	n.d.	47,8%	44,7%
Fumatori (11 anni e più)	n.d.	22,3%	19,5%
Consumo di alcol a rischio (11 anni e più)	n.d.	12,1%	15,3%

Fonte: ISTAT, «Fattori di rischio per la salute: peso, sedentarietà, fumo e alcol – Anno 2025», 1° aprile 2026. Sardegna: tasso grezzo, unico dato regionale del report. Isole e Italia: tassi standardizzati per età (il tasso grezzo italiano di sedentarietà è 30,8%).

Fattori di rischio e caratteristiche del territorio. L'indagine ISTAT evidenzia due gradienti che riguardano direttamente l'Ogliastra:

- **istruzione:** tra chi ha al massimo la licenza media l'eccesso di peso sale al 56,4% (35,9% tra i laureati) e la sedentarietà al 44,8% (12,6%); tra i 25-64enni fuma il 27,8% di chi ha la licenza media, contro il 16,9% dei laureati;
- **dimensione del comune:** eccesso di peso e consumo di alcol a rischio sono più diffusi nei piccoli comuni, con l'alcol a rischio al 17,4% in quelli fino a 2.000 abitanti.

La quota di residenti con al massimo la licenza media è pari al 74,4% considerando la fascia di età superiore ai 9 anni , 22 comuni su 23 hanno meno di 10.000 abitanti e 13 comuni, con il 27,6% dei residenti, ne hanno meno di 2.000. È quindi verosimile un'esposizione ai fattori di rischio superiore a quella indicata dal dato regionale, in particolare nei comuni dell'interno.

Dati aziendali PASSI e PASSI d'Argento. Le stime aziendali sono riferite al biennio 2023 2024: la ridotta numerosità del campione annuale (144 interviste PASSI e 22 PASSI d'Argento nel 2025) non consente stime affidabili su un solo anno.

Tabella C.4.2 – Indicatori PASSI (18-69 anni), pool 2023 2024 2025

Indicatore	Sardegna	Italia
Fumatori	23.1	23.8
Consumo di alcol a maggior rischio	62.1	57.7
Sedentari dati	20.7	27.2
Eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) 2024/2025	34.57	42.83
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	10.9	7.4
Ipertensione riferita	19.0	18.0

Tabella C.4.3 – Indicatori PASSI d'Argento (65 anni e oltre), pool 2023-2024

Indicatore	Sardegna	Italia
Persone con fragilità	15.9	15.9
Persone con disabilità	14.8	13.7
Persone a rischio di isolamento sociale	13.0	13.9
Cadute nell'ultimo anno	25.3	9.3

Fonte (Tabelle C.4.2 e C.4.3): Ogliastra, sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento, ASL Ogliastra, pool 2022-2025. Italia: ISS, sorveglianza PASSI (fumatori 2023-2024; alcol e sedentari 2022-2024, eccesso ponderale 2024-2025, EpiCentro) e PASSI d'Argento 2022-2023 (comunicato ISS). EpiCentro pubblica i risultati fino al 2024, in attesa della nuova dashboard con i dati 2025: il pool nazionale 2022-2025 non è ancora disponibile.

C.5 Stato di salute della popolazione

Mortalità generale e per causa. Nel 2025 il Registro nominativo delle cause di morte (Rencam) registra 618 decessi di residenti, pari a un tasso grezzo di 11,5 per 1.000 abitanti. Le prime cause sono le malattie del sistema circolatorio (171 decessi, 27,7%) e i tumori (167, 27,0%), seguite dalle malattie dell'apparato respiratorio (51, 8,3%). Tra le malattie circolatorie, 50 decessi sono dovuti a cardiopatia ischemica e 34 a malattie cerebrovascolari.

Tabella C.5.1 – Decessi per causa, residenti ASL Ogliastra, 2024-2025

Causa di morte	2024	2025
Malattie infettive e parassitarie (escluso AIDS)	16	18
Tumori	140	192
– di cui tumori maligni	n.d.	184
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	25	26
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disturbi immunitari	3	4
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	25	26
Malattie del sistema circolatorio	178	192
– di cui cardiopatie ischemiche	50	54
– di cui malattie cerebrovascolari	32	45
Malattie dell'apparato respiratorio	55	59
Malattie dell'apparato digerente	27	32
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	n.d.	2
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	3	4
Malattie del sistema genitourinario	13	11
Disturbi psichici e comportamentali	n.d.	44
– di cui demenze	n.d.	27
Cause esterne (traumatismi e avvelenamenti)	36	25
– di cui accidenti da mezzi di trasporto	2	n.d.
Suicidio e autolesione	5	8
Cause mal definite	n.d.	28
Totale decessi	**610**	**671**

Fonte: Rencam ASL Ogliastra, 2024-2025. Il totale comprende le cause non riportate in tabella; n.d.: voce non rilevata nell'anno. Il Rencam 2025 registra 9 decessi in meno rispetto al bilancio demografico ISTAT (680, Tabella C.2.1): la differenza riguarda decessi avvenuti fuori regione non ancora codificati.

Nel 2025 i decessi per tumore aumentano di 27 unità rispetto al 2024 (+19%) e si avvicinano a quelli per malattie circolatorie, che nel periodo 2020-2025 restano tra 156 e 183. Su numeri di questa dimensione la variazione di un solo anno va confermata dal dato 2026 prima di essere letta come tendenza.

Mortalità per tumore per bacino territoriale. Per ridurre l'instabilità dovuta ai piccoli numeri, il dato comunale è aggregato per bacino e sul biennio 2024-2025.

Tabella C.5.2 – Decessi per tumore per bacino territoriale, 2024-2025

Bacino territoriale	Decessi per tumore 2024-2025	Quota sul totale decessi	Tasso grezzo per 100.000 abitanti (media annua)
Tortolì	162	26,6%	304
Lanusei	91	23,2%	301
Jerzu	72	26,7%	342
Seui	17	34,0%	538
Ogliastra	**342**	**26,0%**	**318**

Fonte: Rencam, decessi per tumore per comune 2024-2025. Tassi grezzi, non standardizzati per età: i valori più alti nei bacini interni riflettono in parte la popolazione più anziana. Il dato di Seui si basa su 17 decessi ed è statisticamente instabile.

Screening oncologici. Nel 2025 l'adesione agli inviti resta sotto gli standard di riferimento in tutti e tre i programmi, con un ritardo marcato per lo screening colorettale.

Tabella C.5.3 – Screening oncologici, anno 2025

Programma	Inviti di primo livello	Persone esaminate	Adesione all'invito	Standard di adesione accettabile
Mammella	3.233	1.727	53,4%	≥ 60%
Cervice uterina	5.335	2.567	48,1%	≥ 50%
Colon-retto	10.219	2.848	27,9%	≥ 45%

Fonte: S.C. Prevenzione e promozione della salute, ASL Ogliastra. Estensione e copertura rispetto alla popolazione bersaglio

Al 30/09/2026 gli esaminati sono 832 per la mammella, 1.486 per la cervice e 2.216 per il colon-retto. Lo screening dell'epatite C ha raggiunto 1.200 persone nel 2025; nel 2026 sono stati inviati 8.794 inviti, con 3.421 persone esaminate al 30/09.

Malattie infettive. Le indagini epidemiologiche per malattie infettive sono 127 nel 2025 e già 171 al 30/09/2026.

Salute e lavoro. Nel 2025 lo SPRESAL ha condotto 17 indagini per infortunio e 13 per malattia professionale (14 e 9 al 30/09/2026), con una prevalenza dei controlli nel comparto dell'edilizia.

Area materno-infantile. I nati da madri residenti al 26.10.26 sono 189; la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) ha raggiunto al 30.09.2026 il 93% e copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la prima dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR) è al 92% sempre al 30.09.2026

C.6 Ambiente

Il Piano nazionale della prevenzione 2026-2031, approvato con Intesa Stato-Regioni del 21 maggio 2026, conferma l'approccio One Health come principio guida: salute umana, salute animale e salute dell'ambiente sono interdipendenti e vanno governate in modo integrato. Il Piano si articola in 7 macro-obiettivi e 14 programmi predefiniti, con una dotazione per le Regioni di 200 milioni di euro annui, integrata da 50 milioni per il solo 2026.

Tabella C.6.1 – Macro-obiettivi del PNP 2026-2031

Codice	Macro-obiettivo
MO1	Malattie croniche non trasmissibili
MO2	Dipendenze e problemi correlati

Codice	Macro-obiettivo
MO3	Incidenti stradali e domestici
MO4	Salute, sicurezza e benessere dei lavoratori
MO5	Ambiente, clima e salute
MO6	Malattie infettive prioritarie
MO7	Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

Fonte: Ministero della Salute – ISS, PNP 2026-2031.

La Regione Sardegna ha recepito il PNP con DGR n. 31/14 del 17/06/2026, prorogando per il 2026 le attività del precedente Piano regionale della prevenzione.

C.6.1 Patrimonio zootecnico e sanità animale

L'allevamento è un elemento strutturale dell'economia e del paesaggio ogliastrino, con oltre 116.000 ovini e caprini, più di due capi per abitante.

Tabella C.6.2 – Allevamenti e capi per specie

Specie	Allevamenti	Capi
Ovini e caprini	1.163	116.121 (74.725 ovini, 41.396 caprini)
Bovini	537	31.521
Suini	891	13.653
Equini e asini	709	1.925
Api (alveari)	169	5.847

Fonte: Servizio Sanità animale, ASL Ogliastra, dati al 31.12.2025.

Il patrimonio è concentrato nei comuni montani: Villagrande Strisaili, Talana e Arzana contano da soli circa il 73% dei bovini, e Villagrande Strisaili quasi un quinto degli ovini. Sono le stesse aree a più alta longevità (sez. C.1).

Il territorio è esposto a malattie animali con impatto sanitario ed economico rilevante:

- **dermatite nodulare contagiosa** (Lumpy Skin Disease), malattia di categoria A comparsa nel 2025: un focolaio gestito e oltre 25.700 vaccinazioni;
- **Blue Tongue:** 48 focolai e 7.181 vaccinazioni nel 2025 (al 30/09);
- **peste suina africana, tubercolosi bovina e brucellosi:** piani di sorveglianza ed eradicazione in corso, per ottenere o mantenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne;
- **malattie trasmesse da vettori** (West Nile, Usutu), sorvegliate negli animali e favorite dall'aumento delle temperature.

C.6.2 Sicurezza alimentare e lavoro nel comparto agro-zootecnico

Il comparto primario è il principale punto di incontro tra salute umana, animale e ambientale. Il Dipartimento di prevenzione vi opera su tre fronti integrati:

- **sicurezza sul lavoro:** lo SPRESAL ha attivato piani mirati di prevenzione per ridurre gli infortuni gravi in agricoltura e allevamento. Il «Documento di buone pratiche per l'agricoltura» supporta le aziende nell'autovalutazione dei rischi biologici, chimici e legati alle macchine, secondo un modello in tre fasi:

assistenza, vigilanza e verifica dell'efficacia. Nel 2025 sono state controllate 21 aziende agricole e 131 macchine (Titolo III del D.Lgs. 81/2008);

- **sanità pubblica veterinaria:** profilassi e monitoraggi sierologici sugli allevamenti, prevalentemente ovini e caprini, per la tutela del benessere animale e il contenimento delle zoonosi;
- **sicurezza alimentare:** vigilanza sulle filiere corte locali, in particolare lattiero-casearia e delle carni, a tutela della salute del consumatore e del valore delle produzioni tipiche.

C.6.3 Acque destinate al consumo umano

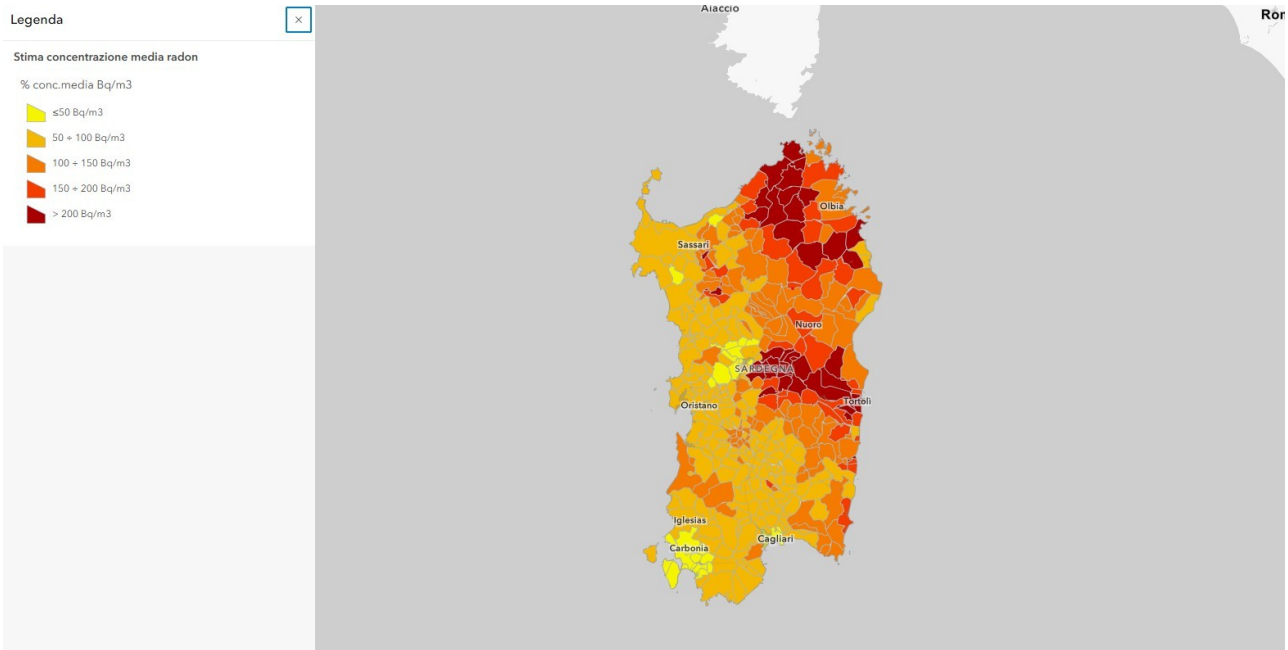
Il SIAN ha effettuato 219 campionamenti di acque potabili nel 2025 e 172 al 30/09/2026, con 10 provvedimenti nel 2025 (prescrizioni, limitazioni d'uso o revoche) e 9 nel 2026. I campionamenti per la ricerca di radioattività nelle acque sono stati 26 nel 2025 e 20 nel 2026. La rete idrica dei comuni costieri è sottoposta a un carico molto più alto nei mesi estivi, quando la popolazione presente cresce fino al 31% nel mese di agosto e i periodi di siccità aumentano il rischio di riduzioni o interruzioni della fornitura.

C.6.4 Radon indoor

Il radon è un gas radioattivo naturale che si forma dal decadimento dell'uranio presente nelle rocce e nei suoli, soprattutto di origine granitica e vulcanica. Si accumula negli ambienti chiusi, in particolare ai piani terra e seminterrati. L'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC) lo classifica come cancerogeno certo per l'uomo (Gruppo 1). Dopo il fumo di tabacco è la seconda causa di tumore polmonare, e il rischio cresce in modo marcato quando le due esposizioni si sommano.

La Regione Sardegna ha approvato una prima classificazione del territorio regionale delle aree a rischio radon con la Delib. G.R. n. 7/49 del 12/02/2019. La classificazione si basa sul Progetto radon 2017-2018, che ha misurato per un anno, con dosimetri CR39, 1.837 edifici in 208 dei 377 comuni sardi. Le stime per comune indicano che il 90% dei comuni sardi ha una concentrazione media inferiore a 200 Bq/m^3. I valori più elevati si registrano nelle ex province di Olbia-Tempio, Ogliastra e Nuoro (Figura C.6.1).

Figura C.6.1 – Concentrazione media di radon indoor stimata nei comuni della Sardegna



Fonte: Regione Autonoma della Sardegna, «Mappa concentrazione media RADON» (Delib. G.R. n. 7/49 del 12/02/2019), ArcGIS Online, https://www.arcgis.com/home/item.html?id=47c60d16def642ad863e899fac66438e (aggiornamento 01/02/2021, consultata il 29/10/2026).

In attuazione del D.Lgs. 101/2020, la Delib. G.R. n. 20/71 del 30/06/2022 ha individuato le aree prioritarie, cioè i comuni in cui oltre il 15% degli edifici supera il livello di riferimento di 300 Bq/m³. In queste aree la normativa prevede misurazioni obbligatorie nei luoghi di lavoro ai piani interrati e terreni e una specifica attenzione per gli edifici pubblici, a partire dalle scuole.

In Ogliastra rientrano tra le aree prioritarie 22 comuni su 23, tutti tranne Cardedu (14,5%), dove risiede il 96,3% della popolazione (51.720 persone). L'esposizione è nettamente superiore alla media regionale:

- in media il 28,6% degli edifici ogliastrini supera i 300 Bq/m³, contro il 16,3% della media dei comuni sardi; ponderato per i residenti, il valore sale al 29,4%;
- Elini (44,8%) è il nono comune della Sardegna per incidenza, seguito in Ogliastra da Ilbono (40,3%) e Villagrande Strisaili (38,2%);
- dieci comuni superano la soglia del 30%: Elini, Ilbono, Villagrande Strisaili, Talana, Loceri, Urzulei, Girasole, Tortolì, Triei e Lanusei. Vi risiedono 26.941 persone, la metà della popolazione aziendale.

Per bacino territoriale il valore più alto si registra a Lanusei (34,6%), seguito da Tortolì (30,4%), Jerzu (21,4%) e Seui (18,2%). Il dettaglio per comune è nella Tabella A.6 dell'Allegato statistico. Il rischio da radon si somma a una prevalenza di fumatori elevata: 22,3% nell'area insulare (sez. C.4).

C.6.5 Cambiamenti climatici e salute

Il Rapporto meteo e clima 2025 dell'ARPAS conferma la tendenza al riscaldamento. In Sardegna le temperature massime sono superiori di 1,3 °C rispetto al trentennio 1981-2010, con un'anomalia di +4,1 °C a giugno. Durante le ondate di calore di giugno-luglio 2025 si sono registrati circa 42 °C tra Campidano e Ogliastra, e nelle zone interne le giornate con massime oltre i 30 °C hanno superato le 100.

Le piogge sono sempre più irregolari. Tra il 17 e il 19 gennaio 2025 a Genna Silana sono caduti 336 mm in 72 ore, il valore più alto dell'isola. Maggio e giugno hanno invece ricevuto circa un quarto delle precipitazioni normali, e a settembre e novembre i settori orientali meno della metà.

Il clima più caldo allunga anche la stagione dei vettori. Nel 2025 la Sardegna ha registrato 37 casi umani di infezione da virus West Nile e 2 decessi, tutti in provincia di Oristano; nessun caso in Ogliastra.

In Ogliastra questi fenomeni colpiscono una popolazione particolarmente vulnerabile. Le persone con 65 anni e oltre sono il 28,1% dei residenti, quelle con 80 anni e oltre 4.856, e ad agosto la popolazione presente cresce di circa il 31%. Nei comuni montani, già oltre i 45 minuti dal PO, le piogge intense possono interrompere la viabilità e allungare ulteriormente i tempi di accesso.

Fonti: ARPAS, Rapporto meteo e clima 2025; ISS, bollettini di sorveglianza West Nile 2025.

D. Struttura organizzativa dell'Azienda

D.1 Assetto organizzativo vigente

La ASL n. 4 Ogliastra, istituita dal 01/01/2022 ai sensi dell'art. 9 della L.R. 24/2020, ha definito il proprio modello organizzativo con l'Atto aziendale adottato in via definitiva con deliberazione del Direttore generale n. 27 del 06/02/2023, secondo gli indirizzi della DGR n. 30/73 del 30/09/2022. L'Atto individua le strutture dotate di autonomia gestionale e tecnico-professionale e organizza l'Azienda secondo il modello dipartimentale.

Nelle more dell'adozione del nuovo Atto Aziendale sulla base delle Linee Guida Regionali (di cui alla DGR n. 43/14 del 26/8/2026), si espone la configurazione organizzativa vigente, aggiornata allo stato di copertura degli incarichi di direzione.

Il modello organizzativo si articola in quattro macro-aree:

- la **Direzione strategica**, composta da Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo e Direttore dei servizi socio-sanitari;
- l'**area di Staff**, che supporta la Direzione strategica nei processi istituzionali;
- la **tecnostruttura amministrativa** che supporta i processi decisionali;
- l'**organizzazione sanitaria**, che garantisce i livelli di assistenza collettiva, territoriale e ospedaliera e le funzioni trasversali (assistenza farmaceutica, sanità penitenziaria, prevenzione e protezione, rischio clinico, governo clinico).

Lo stato degli incarichi di direzione delle strutture complesse (SC) e semplici dipartimentali (SSD) è riportato, per ciascun dipartimento, nelle tabelle che seguono e riassunto nella Tabella D.8. Rispetto al Programma 2026-2028 sono state assegnate le direzioni delle SC Cardiologia-UTIC, Nefrologia e dialisi, Pediatria, Pronto soccorso e Assistenza farmaceutica territoriale.

D.2 Area di Staff e Direzione delle professioni sanitarie

Lo Staff della Direzione generale garantisce il supporto alla pianificazione strategica e alle attività istituzionali. Vi è collocato il Direttore dei servizi socio-sanitari. Le sue funzioni sono:

- segreteria della Direzione strategica, affari generali e servizio giuridico-amministrativo, trasparenza e anticorruzione, relazioni istituzionali e comunicazione;
- coordinamento funzionale delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria;
- pianificazione strategica, programmazione, controllo di gestione e flussi informativi, misurazione e valutazione della performance;
- rilevazione dei fabbisogni formativi e dei fabbisogni di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da privati;
- Servizio di prevenzione e protezione, medico competente, rischio clinico, responsabile della protezione dei dati.

Tabella D.1 – Dipartimento di Staff: strutture e stato degli incarichi

Tipologia	Struttura	Stato dell'incarico
SC	Affari generali	Assegnato
SC	Programmazione, controllo di gestione e flussi	Assegnato

La **Direzione delle professioni sanitarie** (DPS) è una struttura complessa a valenza aziendale, in staff al Direttore sanitario. Promuove un'assistenza personalizzata e di qualità e l'impiego ottimale delle risorse, attraverso la partecipazione, l'integrazione e lo sviluppo delle competenze dei professionisti sanitari dell'Azienda. Al 31.10.26 l'incarico è vacante.

D.3 Tecnostruttura amministrativa

La tecnostruttura amministrativa supporta la Direzione strategica, in raccordo con lo Staff, nei processi tecnico-amministrativi strumentali all'erogazione dei servizi. Le sue funzioni riguardano il bilancio, l'area tecnico-logistica e il patrimonio, gli acquisti e la gestione delle risorse umane, e sono attribuite al Dipartimento tecnico-amministrativo.

Tabella D.2 – Dipartimento tecnico-amministrativo: strutture e stato degli incarichi

Tipologia	Struttura	Stato dell'incarico
SC	Bilancio	Assegnato
SC	Tecnico-logistico, patrimonio e acquisti	Assegnato
SSD	Personale	Vacante
SSD	Servizio amministrativo territoriale	Vacante

Fonte: Atto aziendale.

D.4 Assistenza territoriale

L'assistenza territoriale comprende le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione erogate in regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale. È organizzata nel Distretto e nei Dipartimenti territoriali: Igiene e prevenzione sanitaria, Salute mentale e dipendenze, Integrazione ospedale-territorio.

D.4.1 Distretto

La ASL Ogliastra si articola in un unico Distretto, che comprende tutti i 23 comuni del territorio. Attraverso il Distretto l'Azienda sviluppa i setting assistenziali alternativi al ricovero e governa l'accesso ai servizi: lo Sportello unico di accesso e il Punto unico di accesso individuano le priorità socio-assistenziali e, nei bisogni complessi, attivano la valutazione multidimensionale dell'Unità di valutazione territoriale (UVT).

Il Distretto assicura il governo della domanda di salute, la presa in carico integrata sanitaria e sociale e il coordinamento dei percorsi attivati da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e servizi aziendali. Garantisce in particolare:

- cure primarie (medicina generale, pediatria di libera scelta, continuità assistenziale e guardia medica turistica);
- specialistica ambulatoriale;
- cure domiciliari e cure palliative domiciliari, in raccordo con il Dipartimento di integrazione ospedale-territorio;
- assistenza ai disabili e alle persone fragili, assistenza riabilitativa, protesica e integrativa;
- attività consultoriali;
- assistenza farmaceutica territoriale;
- assicura la continuità ospedale e territorio.

L'assistenza farmaceutica territoriale è organizzata in struttura complessa, dipendente dal Distretto e inserita funzionalmente, con la SSD Farmacia ospedaliera, nel Dipartimento funzionale del farmaco istituito presso

ARES. Nel Distretto sarà progressivamente costituita la SC Psicologia delle cure primarie, secondo le determinazioni regionali.

Tabella D.3 – Distretto: strutture e stato degli incarichi

Tipologia	Struttura	Stato dell'incarico
SC	Distretto	Assegnato
SC	Cure primarie	Vacante
SC	Assistenza farmaceutica territoriale	Assegnato
SC	Psicologia delle cure primarie	Non costituita*

Fonte: Atto aziendale. *La struttura verrà attivata sulla base delle indicazioni della Regione Sardegna

Il Distretto gestisce le strutture di prossimità secondo il modello hub e spoke:

- **Case della Comunità.** Sono attive la Casa della Comunità di Lanusei, che ha sostituito la Casa della Salute, e quella di Jerzu, unica finanziata dal PNRR in Ogliastra. La Casa della Comunità hub di Tortolì non è ancora attiva: il bacino è servito dal poliambulatorio, dalla COT e dalla RSA. La Casa della Comunità è il luogo fisico di accesso al sistema socio-sanitario, in cui operano in équipe medici di medicina generale, pediatri, specialisti, infermieri di famiglia e comunità, psicologi, ostetriche, professionisti della prevenzione e della riabilitazione e assistenti sociali.
- **Ospedale di Comunità.** Dal 26/05/2026 è attivo a Lanusei l'Ospedale di Comunità, struttura di ricovero breve con funzione intermedia tra domicilio e ospedale, per evitare ricoveri impropri e favorire le dimissioni protette.
- **Centrale operativa territoriale.** La COT di Tortolì, finanziata dal PNRR, è attiva dal 30/06/2024 (deliberazione n. 211 del 25/06/2024), 7 giorni su 7 per 12 ore al giorno, con 6 infermieri, un coordinatore infermieristico e un amministrativo. Coordina i passaggi tra i setting assistenziali, a partire dalle dimissioni dall'ospedale al domicilio, e raccorda PUA, UVT e professionisti della rete.
- **Sistema integrato PASS-PUA-UVT-COT:** il modello organizzativo che permette la gestione del percorso di dimissioni protette.
- **Unità di continuità assistenziale.** L'UCA è un'équipe mobile distrettuale che supporta la presa in carico domiciliare dei pazienti in condizioni clinico-assistenziali complesse.
- **Infermiere di famiglia e comunità**, figura di riferimento per l'assistenza infermieristica di prossimità.
- **RSA di Tortolì**, struttura residenziale e semiresidenziale per persone non autosufficienti, in un setting intermedio tra domicilio e ospedale.

D.4.2 Dipartimento di Igiene e prevenzione sanitaria

Il Dipartimento di Igiene e prevenzione sanitaria tutela la salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro e la sanità pubblica veterinaria, secondo l'approccio One Health. Opera in integrazione con il Distretto e con gli altri Dipartimenti e svolge le seguenti funzioni:

- 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;
- prevenzione, sorveglianza e controllo delle malattie degli animali, comprese le zoonosi

- sicurezza alimentare – tutela salute umana tramite controlli su tutta la filiera di produzione e commercializzazione degli alimenti
- tutela del benessere animale, controllo dell'impiego dei farmaci veterinari e dell'alimentazione zootecnica
- Tutela della salute pubblica tramite prevenzione dei rischi sanitari derivanti dal rapporto uomo-animale e dall'ambiente
- 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.

Tabella D.4 – Dipartimento di Igiene e prevenzione sanitaria: strutture e stato degli incarichi

Area	Tipologia	Struttura	Stato dell'incarico
Medica	SC	Igiene e sanità pubblica	In assegnazione
Medica	SC	Prevenzione e promozione della salute	Vacante
Medica	SC	SPRESAL	In assegnazione
Medica	SC	Igiene degli alimenti e nutrizione	Vacante
Medica	SSD	Medicina legale	Vacante
Veterinaria	SC	Sanità animale	Vacante
Veterinaria	SC	Igiene degli alimenti di origine animale (IAOA)	Incarico di sostituzione
Veterinaria	SC	Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (IAPZ)	Incarico di sostituzione
Multidisciplinare	SSD	Salute e ambiente	Vacante

Fonte: Atto aziendale.

D.4.3 Dipartimento di Salute mentale e dipendenze

Il Dipartimento di Salute mentale e dipendenze (DSMD) è preposto alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio e del disturbo psichico e delle dipendenze, in ogni fascia di età. Tutela i diritti di cittadinanza delle persone con disagio psichico o dipendenze patologiche e opera promuovendo la partecipazione di utenti, familiari, volontariato ed enti locali.

Tabella D.5 – Dipartimento di Salute mentale e dipendenze: strutture e stato degli incarichi

Tipologia	Struttura	Stato dell'incarico
SC	Cure territoriali – CSM	In Assegnazione
SC	Area dipendenze patologiche	Assegnato
SC	Neuropsichiatria infantile	Vacante
SSD	Riabilitazione psichiatrica residenziale e semiresidenziale	Assegnato
SSD	Psicologia	Assegnato

Fonte: Atto aziendale.

D.4.4 Dipartimento di Integrazione ospedale-territorio

Il Dipartimento di Integrazione ospedale-territorio garantisce la continuità della presa in carico tra ospedale, Distretto e medici di medicina generale, per evitare dimissioni non organizzate e degenze prolungate in modo

inappropriato. Valorizza il domicilio come luogo privilegiato di cura, con particolare riferimento a cure palliative, riabilitazione territoriale, diabetologia, assistenza domiciliare integrata e assistenza integrativa e protesica, e sanità penitenziaria. Opera in stretto raccordo con il Distretto e il Presidio Ospedaliero.

Tabella D.6 – Dipartimento di Integrazione ospedale-territorio: strutture e stato degli incarichi

Tipologia	Struttura	Stato dell'incarico
SC	Cure integrate domiciliari	Vacante
SC	Cure palliative	Assegnato
SC	Riabilitazione ospedaliera-territoriale	Assegnato
SSD	Diabetologia	Assegnato
SSD	Oncologia	Vacante
SSD	Sanità penitenziaria	Vacante

Fonte: Atto aziendale.

D.5 Assistenza ospedaliera

La rete ospedaliera regionale vigente, approvata dal Consiglio regionale il 25/10/2017 (documento n. 16), organizza gli ospedali secondo livelli di complessità crescente. Il Presidio ospedaliero Nostra Signora della Mercede di Lanusei è un presidio di base, nodo della rete ospedaliera regionale, con servizi di DEA di I livello, in ragione della qualificazione dell'Ogliastra come «piccola comunità in area geograficamente isolata».

Il Presidio è inserito nelle reti dell'infarto (terapia intensiva cardiologica), dell'ictus (trattamento di I livello) e del trauma. Sono previste le discipline di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, pronto soccorso, pediatria, ostetricia e ginecologia, rianimazione, terapia semintensiva, unità di terapia intensiva cardiologica con cardiologia, servizio immuno-trasfusionale, radiologia con TAC, RMN ed ecografia H24, laboratorio unico ospedaliero-territoriale, riabilitazione ospedaliero-territoriale e lungodegenza (10 e 5 posti letto previsti, da istituire e accreditare). Gastroenterologia, nefrologia, neurologia, pneumologia e oncologia sono assicurate con posti letto tecnici in area internistica.

Attualmente i reparti di degenza di **Cardiologia** e di **Pediatria** sono chiusi per carenza di medici. L'attività cardiologica prosegue in day hospital (113 dimessi nel 2025) e in ambulatorio (10.607 prestazioni).

Nel Presidio operano due dipartimenti strutturali.

Tabella D.7 – Dipartimenti ospedalieri: strutture e stato degli incarichi

Dipartimento	Tipologia	Struttura	Stato dell'incarico
Attività cliniche medico-chirurgiche	SC	Medicina	Assegnato
Attività cliniche medico-chirurgiche	SC	Cardiologia – UTIC	Assegnato
Attività cliniche medico-chirurgiche	SC	Nefrologia e dialisi	Assegnato
Attività cliniche medico-chirurgiche	SC	Pediatria	Assegnato
Attività cliniche medico-chirurgiche	SC	Chirurgia	Assegnato
Attività cliniche medico-chirurgiche	SC	Ortopedia e traumatologia	In assegnazione
Attività cliniche medico-chirurgiche	SC	Anestesia e rianimazione	Assegnato
Attività cliniche medico-chirurgiche	SC	Ostetricia e ginecologia	Assegnato
Attività cliniche medico-chirurgiche	SSD	Endoscopia digestiva	Vacante
Servizi e attività sanitarie	SC	Radiologia ospedaliero-territoriale	Assegnato

Dipartimento	Tipologia	Struttura	Stato dell'incarico
Servizi e attività sanitarie	SC	Pronto soccorso	Assegnato
Servizi e attività sanitarie	SC	Laboratorio di analisi	Assegnato
Servizi e attività sanitarie	SSD	Centro trasfusionale	Assegnato
Servizi e attività sanitarie	SSD	Farmacia ospedaliera	Assegnato

Fonte: Atto aziendale

D.6 Stato di copertura degli incarichi

Tabella D.8 – Incarichi di direzione di struttura per area e stato

Area	Strutture previste	Assegnato	In assegnazione	Incarico di sostituzione	Vacante	Non costituita	% assegnati*
Staff	2	2	0	0	0	0	100%
Direzione delle professioni sanitarie	1	0	0	0	1	0	0%
Tecnostruttura amministrativa	4	2	0	0	2	0	50%
Distretto	4	2	0	0	1	1	67%
Igiene e prevenzione sanitaria	9	0	2	2	5	0	0%
Salute mentale e dipendenze	5	3	1	0	1	0	60%
Integrazione ospedale-territorio	6	3	0	0	3	0	50%
Presidio ospedaliero (Direzione di PO e SC e SSD)	15	13	1	0	1	0	87%
Totale	**46**	**25**	**4**	**2**	**14**	**1**	**56%**
di cui strutture complesse (SC)	34	20	4	2	7	1	61%
di cui strutture semplici dipartimentali (SSD)	12	5	0	0	7	0	42%

Fonte: elaborazione sulle Tabelle D.1-D.7 e, per la Direzione delle professioni sanitarie e la Direzione sanitaria di presidio, sul testo delle sezioni D.2 e D.5; situazione al 31/10/2026. «In assegnazione»: procedura di conferimento in corso. *Quota degli incarichi assegnati sulle strutture costituite (escluse le non costituite).

Delle 46 strutture previste dall'Atto aziendale, 45 sono costituite. Di queste, 25 hanno un direttore titolare (56%), 4 hanno la procedura di conferimento in corso, 2 sono coperte con incarico di sostituzione e 14 sono vacanti. Il grado di copertura è sensibilmente diverso tra strutture complesse (61% di incarichi assegnati) e strutture semplici dipartimentali (42%), che registrano la metà delle vacanze complessive.

La copertura presenta una marcata eterogeneità tra le aree. Il Presidio ospedaliero raggiunge l'87% di incarichi assegnati, a seguito del conferimento delle direzioni di Cardiologia-UTIC, Nefrologia e dialisi, Pediatria e Pronto soccorso; resta in assegnazione l'Ortopedia e traumatologia e vacante l'Endoscopia digestiva. Le criticità si concentrano nel Dipartimento di Igiene e prevenzione sanitaria, nel quale nessuna delle nove strutture ha un direttore titolare: due sono coperte con incarico di sostituzione (IAOA e IAPZ), due sono in assegnazione (Igiene e sanità pubblica e SPRESAL) e cinque sono vacanti, tra cui le funzioni decisive per i bisogni descritti nella sezione C: prevenzione e promozione della salute (screening), igiene degli alimenti e nutrizione, sanità animale, medicina legale, salute e ambiente. Nel Dipartimento di Integrazione ospedale-

territorio metà delle strutture è vacante (Cure integrate domiciliari, Oncologia, Sanità penitenziaria), con effetti diretti sulla presa in carico domiciliare e oncologica; nella tecnostruttura sono vacanti le SSD Personale e Servizio amministrativo territoriale. Restano inoltre vacanti la Direzione delle professioni sanitarie, la SC Cure primarie e la Neuropsichiatria infantile.

D.7 Risorse umane

Le risorse umane rappresentano il patrimonio strategico dell'Azienda e costituiscono una leva fondamentale per il miglioramento dell'organizzazione, il potenziamento dei servizi e il consolidamento della capacità di risposta ai bisogni di salute della popolazione.

L'Azienda riconosce nelle competenze e nella motivazione del personale i presupposti essenziali per il raggiungimento degli obiettivi aziendali. In tale prospettiva si impegna a promuovere la valorizzazione e lo sviluppo delle risorse professionali attraverso percorsi strutturati di formazione e aggiornamento continuo in coerenza con gli obiettivi strategici. Ne garantisce, inoltre, parità di trattamento, sicurezza sul lavoro e benessere organizzativo.

Al 28/10/2026 il personale dipendente in servizio è di 755 unità: 618 del comparto e 137 della dirigenza. Il 58% opera nell'area ospedaliera e il 17% in quella distrettuale. Le donne sono 551, il 73,0% del totale (75,7% nel comparto, 60,6% nella dirigenza).

Tabella D.9 – Personale in servizio per area, 28/10/2026

Area	Comparto	Dirigenza	Totale	Quota sul totale	di cui donne
Prevenzione	42	25	67	8,9%	34 (50,7%)
Distrettuale	115	14	129	17,1%	99 (76,7%)
Ospedaliera	364	74	438	58,0%	326 (74,4%)
Salute mentale e dipendenze	43	16	59	7,8%	52 (88,1%)
Staff e area amministrativa	54	8	62	8,2%	40 (64,5%)
Totale	**618**	**137**	**755**	**100%**	**551 (73,0%)**

Fonte: Sisar HR, personale dipendente in servizio al 28/10/2026. Area attribuita in base al centro di costo.

Rispetto al 2025 il personale aumenta di 19 unità, ma con andamenti opposti tra le aree contrattuali: l'area comparto aumenta di 29 unità, mentre l'area della dirigenza sanità si riduce di 10.

Nel calcolo del personale in servizio al 28.10.26 sono compresi anche i contratti a tempo determinato attivati in sostituzione del personale di ruolo.

Tabella D.10 – Personale in servizio, confronto 2025-2026

Personale	21/10/2025	28/10/2026	Variazione
Comparto	589	618	+29
Dirigenza	147	137	-10
Totale	**736**	**755**	**+19**

Fonte: Sisar HR, personale dipendente in servizio al 28/10/2026 Programma 2026-2028 per il dato 2025.

Tabella D.11 – Personale in servizio per area, ruolo e tipologia di contratto, 28/10/2026

Area	Ruolo	Tipologia di contratto	Comparto	Dirigenza	Totale	di cui donne
Prevenzione	Amministrativo	Tempo indeterminato	7	0	7	3
	Sanitario	Tempo determinato	2	0	2	2
		Tempo indeterminato	26	25	51	28
	Tecnico	Tempo indeterminato	6	0	6	1
		Tempo indeterminato finanziato	1	0	1	0
Totale prevenzione			**42**	**25**	**67**	**34**
Distrettuale	Amministrativo	Tempo indeterminato	14	0	14	8
	Sanitario	Assegnazione temporanea (art. 42-bis D.Lgs. 151/2001)	1	0	1	1
		Tempo determinato	0	1	1	1
		Tempo determinato (medici specializzandi)	0	1	1	1
		Tempo determinato finanziato	1	1	2	2
		Tempo indeterminato	81	11	92	74
	Sociosanitario	Tempo indeterminato	6	0	6	4
	Tecnico	Tempo indeterminato	12	0	12	8
Totale distrettuale			**115**	**14**	**129**	**99**
Ospedaliera	Amministrativo	Tempo indeterminato	10	0	10	9
	Sanitario	Assegnazione temporanea (art. 42-bis D.Lgs. 151/2001)	3	0	3	3
		Tempo determinato	13	2	15	12
		Tempo determinato (medici specializzandi)	0	4	4	2
		Tempo indeterminato	234	68	302	228
	Sociosanitario	Assegnazione temporanea (art. 42-bis D.Lgs. 151/2001)	2	0	2	0
		Tempo determinato	4	0	4	4
		Tempo indeterminato	21	0	21	18
	Tecnico	Tempo determinato	1	0	1	0
		Tempo indeterminato	76	0	76	50
Totale ospedaliera			**364**	**74**	**438**	**326**
Salute mentale e dipendenze	Amministrativo	Tempo indeterminato	2	0	2	2
	Sanitario	Tempo determinato finanziato	1	2	3	2
		Tempo indeterminato	29	14	43	38
	Sociosanitario	Tempo indeterminato	1	0	1	1

Area	Ruolo	Tipologia di contratto	Comparto	Dirigenza	Totale	di cui donne
	Tecnico	Tempo indeterminato	10	0	10	9
Totale salute mentale e dipendenze			**43**	**16**	**59**	**52**
Staff e area amministrativa	Amministrativo	Tempo determinato PNRR	1	0	1	1
		Tempo indeterminato	34	4	38	33
	Professionale	Tempo indeterminato	1	1	2	1
	Sanitario	Tempo indeterminato	2	3	5	3
	Tecnico	Tempo indeterminato	16	0	16	2
Totale staff e area amministrativa			**54**	**8**	**62**	**40**
Totale complessivo			**618**	**137**	**755**	**551**

Fonte: Sisar HR, Personale dipendente in servizio al 28/10/2026 (esclusi i 52 cessati nel corso del 2026). Il tempo determinato comprende le sostituzioni; la dirigenza comprende la dirigenza medica e veterinaria, sanitaria non medica, PTA e delle professioni sanitarie.

PARTE II – LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA TRIENNALE

Indirizzi strategici generali

Le linee strategiche programmatorie dell'Asl Ogliastra hanno come obiettivo fondamentale la costruzione di un sistema sanitario territoriale integrato, accessibile ed equo capace di generare salute, prossimità, integrazione sociosanitaria e valore pubblico.

La strategia aziendale assume la centralità della persona e della comunità quale principio ordinatore delle proprie scelte, riconoscendo nella prevenzione, nella valorizzazione delle professionalità e nella collaborazione interistituzionale, il principale fattori di sviluppo.

L'obiettivo principale è quello di superare la frammentazione degli interventi, costruendo un sistema nel quale ospedale e territorio, enti pubblici e comunità concorrano alla realizzazione di percorsi unitari di salute.

La vera sfida per l'Asl Ogliastra è gestire il passaggio dalla prestazione alla presa in carico, dalla frammentazione all'integrazione, dalla risposta al bisogno all'anticipazione dello stesso, dalla gestione delle risorse alla valorizzazione delle competenze, dalla produzione di servizi alla generazione di salute.

Al fine di realizzare tale strategia, l'Azienda ha individuato le seguenti 5 priorità strategiche, che vengono di seguito delineate:

1. Riapertura della Pediatria e ricostruzione del Percorso Nascita;
2. Ripristino della Cardiologia Ospedaliera con Unità di terapia intensiva (UTIC);
3. Implementazione del sistema PASS-PUA-UVT-COT per l'efficientamento dell'integrazione Ospedale-Territorio;
4. Attivazione delle Case di Comunità;
5. Potenziamento dell'Ospedale di Comunità.

A.1 Contesto e approccio della programmazione

Gli indirizzi strategici sono declinati sulla base dei tre livelli di assistenza, che discendono dagli indirizzi nazionali e regionali, e dipendono dal contesto e **dall'offerta** di servizi:

- area della prevenzione collettiva e sanità pubblica (sez. B);
- area dell'assistenza territoriale (sez. C);
- area dell'assistenza ospedaliera (sez. D).

B. Area della prevenzione collettiva e sanità pubblica

B.1 Indirizzi nazionali e regionali

La programmazione dell'area della prevenzione fa riferimento agli atti riportati nella Tabella A.2.1 della Parte I, in particolare il Piano nazionale della prevenzione 2026-2031 (Intesa Stato-Regioni del 21/05/2026), il suo recepimento regionale con proroga del precedente Piano (DGR n. 31/14 del 17/06/2026 e il Piano regionale della prevenzione 2026-2031, da adottare entro il 31/12/2026. Questo quadro programmatico si integra e si coordina strettamente con i principali pilastri normativi e strategici del settore. Tra questi, assume un ruolo centrale il D.Lgs. n. 502/1992, che attribuisce formalmente al Dipartimento di Prevenzione il compito di tutelare la salute collettiva, affiancato dal Piano Coordinato Nazionale dei Controlli (PCNC) per la vigilanza sulla sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria. Sotto il profilo della sicurezza ambientale e tecnologica, resta fondamentale il rispetto del D.Lgs. n. 101/2020 in materia di radioprotezione, mentre la Missione 6 del PNRR traccia le linee guida per l'innovazione e la riorganizzazione dei servizi sanitari. In questo contesto, la definizione degli obiettivi strategici viene calibrata in modo rigoroso, tenendo conto degli specifici indicatori di prevenzione previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) dei LEA.

La prevenzione segue gli approcci raccomandati dall'OMS e ripresi dall'Agenda 2030: «Health in all Policies», che chiede alleanze tra i diversi settori della società perché la salute diventi un obiettivo comune delle decisioni pubbliche, e «One Health», che coordina in modo intersettoriale e multidisciplinare la gestione dei rischi che nascono dall'interfaccia tra ambiente, animali ed ecosistemi (sez. C.6 della Parte I).

Il Dipartimento di Igiene e prevenzione sanitaria governa questi processi. È il nodo di collaborazione tra le strutture aziendali e i soggetti esterni all'ambito sanitario (Comuni, ambiti PLUS, scuole, medici di medicina generale e pediatri, Autorità giudiziaria, IZS, ARPAS) impegnati nella tutela della salute dei cittadini.

B.2 Offerta e attività

B.2.1 Dati di struttura

L'assistenza collettiva è affidata al Dipartimento strutturale di Igiene e prevenzione sanitaria, dotato di autonomia tecnico-professionale e gestionale. Il Dipartimento tutela la salute negli ambienti di vita e di lavoro e la sanità pubblica veterinaria, con iniziative coordinate con il Distretto e con gli altri Dipartimenti aziendali.

Strutture e personale. Il Dipartimento comprende nove strutture: sei dell'area medica, tre dell'area veterinaria e la SSD multidisciplinare Salute e ambiente. Solo la SC Sanità animale ha un direttore titolare; tre strutture sono coperte con incarico di sostituzione e cinque sono vacanti, tra cui la SC Prevenzione e promozione della salute, lo SPRESAL e il SIAN (Tabella D.4 della Parte I). Al 28/10/2026 operano nell'area della prevenzione 67 dipendenti, 42 del comparto e 25 della dirigenza (Tabella D.9 della Parte I).

Patrimonio zootecnico. Al 31/12/2025 sono registrati in Ogliastra 537 allevamenti bovini con 31.521 capi, 604 allevamenti ovini e 559 caprini con complessivi 116.121 capi, 891 allevamenti suini con 13.653 capi. Il patrimonio bovino è concentrato nei comuni montani: Villagrande Strisaili, Talana e Arzana contano da soli 21.701 capi, il 68,8% del totale. Villagrande Strisaili e Tertenia riuniscono il 32,3% degli ovini.

Tabella II.B.1 – Allevamenti per specie e comune, 31/12/2025

Comune	Bovini	Ovini	Caprini	Suini	Equini	Asini	Api
Arzana	74	36	31	38	67	15	6
Bari Sardo	2	38	12	46	25	10	11
Baunei	38	17	66	63	7	8	7

Comune	Bovini	Ovini	Caprini	Suini	Equini	Asini	Api
Cardedu	2	23	23	20	27	15	10
Elini	0	0	1	5	6	0	2
Gairo	18	15	16	32	12	3	8
Girasole	2	7	2	31	7	3	4
Jerzu	12	18	23	20	9	7	7
Ilbono	8	19	5	21	30	13	2
Lanusei	13	44	58	51	51	20	10
Loceri	2	15	6	23	16	24	2
Lotzorai	8	18	6	48	13	7	6
Osini	7	13	9	11	4	10	2
Perdasdefogu	15	14	17	28	14	6	9
Seui	34	24	33	20	21	6	10
Talana	89	38	38	44	16	7	9
Tertenia	19	68	52	52	22	15	3
Tortolì	3	17	6	26	17	6	18
Triei	8	33	24	44	5	2	9
Ulassai	27	23	25	29	7	11	14
Urzulei	53	31	34	77	8	8	7
Ussassai	5	8	15	20	4	3	4
Villagrande Strisaili	98	85	57	142	82	40	9
Totale	**537**	**604**	**559**	**891**	**470**	**239**	**169**

Fonte: S.C. Sanità animale, ASL Ogliastra, allevamenti registrati al 31/12/2025. Gli allevamenti ovini e caprini sono contati separatamente: un allevamento con entrambe le specie compare in tutte e due le colonne.

Tabella II.B.2 – Capi allevati per specie e comune, 31/12/2025

Comune	Bovini	Ovini	Caprini	Suini	Equini	Asini	Alveari
Arzana	5.578	4.581	3.085	623	84	133	52
Bari Sardo	10	8.139	869	613	64	60	464
Baunei	674	750	4.239	437	14	68	61
Cardedu	33	2.768	904	269	23	116	297
Elini	0	0	168	84	6	0	108
Gairo	593	966	956	524	16	18	259
Girasole	155	716	71	351	6	5	36
Jerzu	223	1.939	2.645	299	14	14	616
Ilbono	75	2.964	147	276	9	38	151
Lanusei	34	3.409	1.804	2.834	58	45	531
Loceri	27	2.112	416	380	19	9	106
Lotzorai	164	2.770	88	214	5	27	58
Osini	216	2.097	354	90	3	61	19
Perdasdefogu	621	792	1.445	131	28	35	138

Comune	Bovini	Ovini	Caprini	Suini	Equini	Asini	Alveari
Seui	1.603	3.214	3.440	104	28	76	285
Talana	7.503	4.016	4.785	1.219	4	64	195
Tertenia	1.126	10.034	3.963	543	38	285	568
Tortolì	102	935	143	192	56	14	236
Triei	78	2.819	1.514	927	13	7	115
Ulassai	1.851	2.236	2.036	340	21	67	887
Urzulei	2.133	2.867	3.013	620	24	75	180
Ussassai	102	493	446	188	6	32	35
Villagrande Strisaili	8.620	14.108	4.865	2.395	34	103	450
Totale	**31.521**	**74.725**	**41.396**	**13.653**	**573**	**1.352**	**5.847**

Fonte: S.C. Sanità animale, ASL Ogliastra, dati al 31/12/2025.

B.2.2 Dati di attività

L'analisi confronta l'attività dell'intero anno 2025 con quella dei primi nove mesi del 2026 (al 30/09), sulla base dei dati trasmessi dai servizi del Dipartimento. Poiché il 2026 copre tre quarti dell'anno, la colonna «2026 su 2025» va letta rispetto al 75%: valori vicini indicano un'attività in linea con l'anno precedente, valori molto inferiori un rallentamento o un'attività concentrata nell'ultimo trimestre (come la campagna antinfluenzale), valori superiori una crescita.

Igiene e sanità pubblica. Nel 2025 il SISP ha effettuato 11.962 vaccinazioni pediatriche e dell'adulto; al 30/09/2026 sono 6.840, il 57% del valore annuo. Le vaccinazioni antinfluenzali (1.322 nel 2025, 51 al 30/09/2026) si concentrano nella campagna dell'ultimo trimestre. Le indagini epidemiologiche per malattie infettive superano già a settembre il totale dell'anno precedente (171 contro 127, +34,6%), mentre quelle per COVID-19 si sono ridotte a 15 nel 2025 e non sono riportate per il 2026. Crescono anche i sopralluoghi di igiene ambientale, sia per inconvenienti igienico-sanitari (19 contro 17) sia per attività di prevenzione (40 contro 29).

Tabella II.B.3 – Vaccinazioni, malattie infettive e igiene ambientale, anno 2025 e al 30/09/2026

Attività	Anno 2025	Al 30/09/2026	2026 su 2025
Vaccinazioni			
Vaccinazioni pediatriche e adulti	11.962	6.840	57%
Vaccinazioni antinfluenzali effettuate presso i SISP	1.322	51	4%
Vaccinazioni anti COVID-19	161	14	9%
Test di Mantoux	173	129	75%
Malattie infettive			
Indagini epidemiologiche per malattie infettive	127	171	135%
Indagini epidemiologiche per COVID-19	15	–	–
Igiene ambientale			
Sopralluoghi per inconvenienti igienico-sanitari	17	19	112%
Sopralluoghi per attività di prevenzione	29	40	138%

Fonte: S.C. Igiene e sanità pubblica, ASL Ogliastra. Le attività legate alla pandemia (certificati di isolamento e di guarigione, tabelle riepilogative) non sono più svolte.

Sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento. Le interviste PASSI passano da 144 nel 2025 a 104 al 30/09/2026 (72% del valore annuo), quelle PASSI d'Argento da 22 a 13. La numerosità ridotta del campione annuale impone di ricorrere alle stime pluriennali (sez. C.4 della Parte I).

Tabella II.B.4 – Sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento, anno 2025 e al 30/09/2026

Attività	Anno 2025	Al 30/09/2026	2026 su 2025
Interviste PASSI	144	104	72%
Interviste PASSI d'Argento	22	13	59%
Lettere di invito PASSI	330	240	73%
Lettere di invito PASSI d'Argento	44	32	73%

Fonte: S.C. Igiene e sanità pubblica, ASL Ogliastra.

Screening oncologici. Nel 2025 l'adesione agli inviti di primo livello è del 53,4% per la mammella, del 48,1% per la cervice uterina e del 27,9% per il colon-retto, sotto gli standard in tutti e tre i programmi. Nei primi nove mesi del 2026 il rapporto tra esaminati e invitati migliora per la cervice (56,9%) e soprattutto per il colon-retto (37,7%, +9,9 punti), grazie anche al coinvolgimento delle farmacie convenzionate; resta stabile per la mammella (51,6%). Il dato 2026 è provvisorio: comprende persone che hanno risposto a inviti dell'anno precedente.

Tabella II.B.5 – Screening oncologici di primo livello: inviti, esaminati e adesione, anno 2025 e al 30/09/2026

Programma	Inviti 2025	Esaminati 2025	Adesione 2025	Inviti 2026	Esaminati 2026	Adesione 2026	Standard
Mammella	3.233	1.727	53,4%	1.612	832	51,6%	≥ 60%
Cervice uterina	5.335	2.567	48,1%	2.611	1.486	56,9%	≥ 50%
Colon-retto	10.219	2.848	27,9%	5.871	2.216	37,7%	≥ 45%

Fonte: S.C. Prevenzione e promozione della salute, ASL Ogliastra. Adesione = esaminati / invitati nel periodo. Gli esami coinvolgono la S.C. Radiologia (mammella), il Consultorio, il Laboratorio analisi, l'Anatomia patologica e l'Ostetricia e ginecologia (cervice), le farmacie convenzionate, il Laboratorio analisi e la SSD Endoscopia digestiva (colon-retto).

Approfondimenti di secondo livello e screening HCV. Gli inviti al secondo livello della cervice e del colon-retto al 30/09/2026 sono già vicini al totale 2025 (282 contro 298 e 144 contro 154), mentre per la mammella si fermano a 188 contro 606. Lo screening dell'epatite C ha raggiunto 1.200 persone nel 2025; nel 2026, con la chiamata attiva, sono stati inviati 8.794 inviti e le persone esaminate sono 3.421.

Tabella II.B.6 – Screening oncologici di secondo livello, anno 2025 e al 30/09/2026

Programma	Inviti 2025	Presenze 2025	Inviti 2026	Presenze 2026
Mammella	606	556	188	176
Cervice uterina	298	261	282	261
Colon-retto	154	132	144	127

Fonte: S.C. Prevenzione e promozione della salute, ASL Ogliastra.

Programmi di promozione della salute. Aderiscono al programma «Scuole che promuovono salute» 7 scuole su 11 e al programma «Comunità attive» 8 comuni su 23, con 6 gruppi di cammino attivi; al programma «Luoghi di lavoro che promuovono salute» aderisce l'unica azienda invitata. Le adesioni sono stabili rispetto al 2025. Il sito web della struttura, il focus sugli screening e le notizie sui programmi del Piano regionale della prevenzione sono aggiornati al 30/09/2026. La prossima rilevazione di OKkio alla Salute è prevista nell'anno scolastico 2026/2027.

Tabella II.B.7 – Programmi predefiniti del Piano regionale della prevenzione, anno 2025 e al 30/09/2026

Attività	Anno 2025	Al 30/09/2026	2026 su 2025
PP1 – Scuole che promuovono salute			
Riunioni	6	3	50%
Scuole invitate (su 11 del territorio)	11	11	100%
Scuole aderenti	7	7	100%
PP2 – Comunità attive e gruppi di cammino			
Comuni invitati (su 23)	23	23	100%
Comuni aderenti	8	8	100%
Gruppi di cammino attivati	6	6	100%
Riunioni	17	5	29%
Ore di attività dei gruppi di cammino (circa)	190	50	26%
PP3 – Luoghi di lavoro che promuovono salute			
Riunioni	4	2	50%
Aziende invitate	1	1	100%
Aziende aderenti	1	1	100%

Fonte: S.C. Prevenzione e promozione della salute, ASL Ogliastra.

Igiene degli alimenti e nutrizione. I campionamenti di acque destinate al consumo umano sono 219 nel 2025 e 172 al 30/09/2026 (79% del valore annuo), con 10 e 9 provvedimenti di prescrizione, limitazione d'uso o revoca. Sono in linea anche i campionamenti di alimenti (89%) e le verifiche sulle allerte sanitarie (84%). Si riducono invece i controlli ufficiali (35 contro 77) e soprattutto i controlli nella ristorazione collettiva (2 contro 16), da recuperare nell'ultimo trimestre in coerenza con la programmazione regionale dei controlli.

Tabella II.B.8 – Attività del Servizio igiene degli alimenti e nutrizione, anno 2025 e al 30/09/2026

Attività	Anno 2025	Al 30/09/2026	2026 su 2025
Controlli ufficiali	77	35	45%
Verifiche successive (follow-up)	18	15	83%
Verifiche allerte sanitarie	38	32	84%
Controlli mense – ristorazione collettiva	16	2	12%
Campionamenti di alimenti	64	57	89%
Campionamenti di acque destinate al consumo umano	219	172	79%
Campionamenti di acqua per radioattività	26	20	77%
Campionamenti conoscitivi di acque grezze	0	0	–
Campionamenti di alimenti per radioattività	0	0	–
Provvedimenti sulle acque destinate al consumo umano	10	9	90%
Provvedimenti amministrativi (sanzioni)	24	11	46%
Provvedimenti penali (CNR comunicate in Procura)	1	1	100%
Pareri preventivi	17	9	53%

Attività	Anno 2025	Al 30/09/2026	2026 su 2025
– di cui eseguiti in loco	*6*	*3*	*50%*
Assistenza alla distruzione	1	0	0%
Rinnovo patentini per la vendita di prodotti fitosanitari	3	1	33%

Fonte: SIAN, ASL Ogliastra. Nel 2025 e nel 2026 i provvedimenti amministrativi sono costituiti da sole sanzioni, senza sospensioni di attività.

Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. L'attività dello SPRESAL resta concentrata sull'edilizia: 68 aziende ispezionate nel 2025 e 46 al 30/09/2026 (68%). Le indagini per infortunio (14) e per malattia professionale (9) sono in linea con l'anno precedente, mentre crescono i sequestri (5 contro 1) e le deleghe della Procura (8 contro 3). Si riducono i controlli in agricoltura (8 contro 21) e sulle macchine (32 contro 131), che nel 2025 avevano beneficiato del piano mirato di prevenzione in agricoltura (sez. C.6.2 della Parte I), e i controlli documentali (15 contro 110).

Tabella II.B.9 – Attività di controllo dello SPRESAL, anno 2025 e al 30/09/2026

Attività	Anno 2025	Al 30/09/2026	2026 su 2025
Aziende edili ispezionate (edilizia e amianto)	68	46	68%
Aziende agricole controllate	21	8	38%
Aziende ispezionate in altri comparti	54	26	48%
Aziende del comparto portuale, marittimo e della pesca	4	0	0%
Aziende edili o agricole controllate per la sorveglianza sanitaria	109	45	41%
Controlli sulle macchine (Titolo III D.Lgs. 81/2008)	131	32	24%
Notifiche amianto controllate	27	20	74%
Controlli documentali	110	15	14%
Controlli sullo stress lavoro-correlato	2	1	50%
Indagini per infortunio	17	14	82%
Indagini per malattia professionale	13	9	69%
Sequestri	1	5	500%
Deleghe della Procura	3	8	267%
Ricorsi avverso il giudizio del medico competente	0	3	–
Eventi formativi del Piano regionale della prevenzione	5	0	0%

Fonte: SPRESAL, ASL Ogliastra.

Nel 2025 lo SPRESAL ha contestato 23 violazioni con 21 verbali di prescrizione; al 30/09/2026 le violazioni sono già 31, per effetto soprattutto delle indagini per infortunio (17 violazioni contro 6).

Tabella II.B.10 – Provvedimenti sanzionatori dello SPRESAL per motivo dell'intervento, anno 2025 e al 30/09/2026

Motivo dell'intervento	Anno 2025			Al 30/09/2026		
	CNR	Verbali di prescrizione	Violazioni	CNR	Verbali di prescrizione	Violazioni
Piano sicurezza in edilizia	11	11	13	6	6	6
Indagini infortunio	6	6	6	5	10	17

Motivo dell'intervento	Anno 2025		Al 30/09/2026			
Piano controllo altre attività	4	4	4	5	5	8
Attività di rimozione amianto	0	0	0	0	0	0
Piano sicurezza in agricoltura	0	0	0	0	0	0
Totale	**21**	**21**	**23**	**16**	**21**	**31**

Fonte: SPRESAL, ASL Ogliastra. CNR: comunicazioni di notizia di reato.

Sanità animale. Nel 2026 crescono i controlli per la leucosi bovina (1.377 contro 664) e per il virus West Nile (48 contro 28). I controlli per brucellosi ovicaprina, brucellosi bovina e tubercolosi si fermano invece intorno al 30% del valore 2025, in relazione al calendario dei piani di risanamento e all'impegno del servizio nelle emergenze della dermatite nodulare contagiosa e della Blue Tongue (sez. C.6.1 della Parte I) [DA VERIFICARE con il servizio].

Tabella II.B.11 – Capi controllati per piano di sorveglianza ed eradicazione, anno 2025 e al 30/09/2026

Attività	Anno 2025	Al 30/09/2026	2026 su 2025
Peste suina africana – suini controllati	35	9	26%
Brucellosi ovicaprina	4.796	1.399	29%
Brucellosi bovina	2.242	643	29%
Leucosi bovina enzootica	664	1.377	207%
Salmonellosi	11.440	4.550	40%
Genotipizzazione	352	293	83%
West Nile	28	48	171%
Tubercolosi bovina	4.014	1.323	33%

Fonte: S.C. Sanità animale, ASL Ogliastra. Dermatite nodulare contagiosa, Blue Tongue, TSE e BSE, Usutu, influenza aviaria, anemia infettiva, controllo degli aborti e sorveglianza PSA sui selvatici: dati 2025 e 2026 [DATO DA INSERIRE].

Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche. I piani di controllo sul benessere animale (108 ispezioni) e sulla farmacosorveglianza (117) procedono in linea con il 2025 (75%), così come il monitoraggio delle zone di produzione dei molluschi bivalvi. Sono più indietro i controlli sulle sostanze vietate (7 contro 22) e il controllo ufficiale degli alimenti (7 contro 15). Tra le attività a richiesta crescono le autorizzazioni (22 contro 13) e si riducono i certificati per l'export (1 contro 14).

Tabella II.B.12 – Piani di controllo del Servizio igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, anno 2025 e al 30/09/2026

Attività	Anno 2025	Al 30/09/2026	2026 su 2025
Piano regionale benessere animale – ispezioni in allevamento	144	108	75%
Piano regionale farmacosorveglianza – ispezioni	155	117	75%
Monitoraggio zone di produzione dei molluschi bivalvi – campioni di molluschi	315	241	77%
Monitoraggio zone di produzione dei molluschi bivalvi – campioni di acqua	125	90	72%
Piano nazionale alimentazione animale – prelievi di mangimi e acqua di abbeverata	37	28	76%
Piano regionale residui – prelievi di matrici varie	16	11	69%
Piano regionale controllo ufficiale alimenti – ispezioni e audit	15	7	47%

Attività	Anno 2025	Al 30/09/2026	2026 su 2025
Piano aziendale produzione primaria latte – ispezioni	5	5	100%
Piano controlli sostanze vietate – ispezioni	22	7	32%
Piano controlli sicurezza alimentare e TSE – ispezioni	10	6	60%
Piano eradicazione PSA – ispezioni	0	0	–

Fonte: S.C. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, ASL Ogliastra.

Tabella II.B.13 – Registrazioni, autorizzazioni e attività a richiesta degli operatori, anno 2025 e al 30/09/2026

Attività	Anno 2025	Al 30/09/2026	2026 su 2025
Registrazione allevamenti di produzione primaria latte	78	37	47%
Registrazione allevamenti di produzione primaria OSM	78	36	46%
Riconoscimento di stabilimenti di trasformazione (OSA, OSM, SOA)	0	0	–
Registrazione di stabilimenti di trasformazione (OSA, OSM, SOA)	1	1	100%
Modifica di riconoscimenti e registrazioni (OSA, OSM, SOA)	0	0	–
Altre autorizzazioni (trasporto animali vivi, scorte di farmaci, strutture veterinarie, riproduzione animale)	13	22	169%
Certificati per l'export	14	1	7%
Inserimento e mantenimento di stabilimenti nelle liste per l'export	0	0	–
Analisi di laboratorio ai fini dell'export	0	0	–
Controlli ufficiali non programmati su richiesta degli operatori	0	2	–
Controlli ufficiali di follow-up	3	1	33%
Altre attività a richiesta degli operatori	0	0	–

Fonte: S.C. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, ASL Ogliastra.

Igiene della produzione degli alimenti di origine animale. Gli esami trichinoscopici negli stabilimenti di macellazione (1.138) e lo scarico dei capi macellati dalla BDN (1.911) procedono in linea con il 2025. Gli accessi di vigilanza nelle attività riconosciute si fermano a 235 contro 417 e i campionamenti di alimenti a 71 contro 135; le allerte alimentari gestite sono già 9, una in più dell'intero 2025.

Tabella II.B.14 – Attività del Servizio igiene della produzione degli alimenti di origine animale, anno 2025 e al 30/09/2026

Attività	Anno 2025	Al 30/09/2026	2026 su 2025
Accessi di vigilanza in attività riconosciute	417	235	56%
Accessi di vigilanza in attività registrate	143	102	71%
Campionamenti di alimenti (PRCUA, PRR, PRCF)	135	71	53%
Campionamenti di carcasse (Reg. CE 2073/2005)	26	16	62%
Esami trichinoscopici negli stabilimenti di macellazione	1.536	1.138	74%
Esami trichinoscopici per macellazioni a uso familiare	306	134	44%
Scarico dalla BDN dei capi macellati	2.736	1.911	70%

Attività	Anno 2025	Al 30/09/2026	2026 su 2025
Gestione delle allerte alimentari	8	9	112%
Controlli UVAC	1	1	100%
Sopralluoghi per nuovi riconoscimenti	3	2	67%
Controlli sul benessere animale alla macellazione	5	4	80%
Controlli sul benessere animale nel trasporto	2	2	100%
Controlli dell'anagrafe al macello	12	6	50%
Controlli sui sottoprodotti di origine animale (SOA) al macello	5	3	60%
Rendicontazione dei diritti sanitari, D.Lgs. 194/2008 (ore)	45	45	100%

Fonte: S.C. Igiene degli alimenti di origine animale, ASL Ogliastra. Il prelievo di emosieri al mattatoio e l'attestazione di idoneità dei suini macellati a domicilio non sono più rilevati dal servizio.

Medicina legale. Le certificazioni per patenti di guida e nautiche (92% del valore annuo) e per porto d'armi (90%) crescono rispetto al 2025. I certificati per il contrassegno di parcheggio per disabili superano già il totale dell'anno precedente (127 contro 82), in relazione all'invecchiamento della popolazione (sez. C.2 della Parte I).

Tabella II.B.15 – Attività della Medicina legale, anno 2025 e al 30/09/2026

Attività	Anno 2025	Al 30/09/2026	2026 su 2025
Certificati per patenti di guida e nautiche	379	348	92%
Certificati per porto d'armi	396	355	90%
Certificati necroscopici	352	275	78%
Certificati per trasporto salme	108	86	80%
Certificati per cremazione	36	29	81%
Certificati per contrassegno di parcheggio per disabili	82	127	155%
Certificati per elettori impediti	1	5	500%
Certificati di esonero dalle cinture di sicurezza	6	1	17%

Fonte: SSD Medicina legale, ASL Ogliastra.

B.3 Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici per il triennio 2027/2029 tengono conto del nuovo assetto organizzativo che sarà definito con il nuovo Atto aziendale e dei programmi del Piano regionale della prevenzione 2026-2031, ai quali saranno allineati dopo la sua adozione. La valutazione dei servizi ha confermato la competenza del personale e la rete di collaborazioni istituzionali del Dipartimento.

Permangono rilevanti elementi di condizionamento legati alla copertura degli incarichi: nessuna delle nove strutture del Dipartimento ha un direttore titolare (due sono coperte con incarico di sostituzione e due sono in assegnazione) e cinque sono vacanti, tra cui la SC Prevenzione e promozione della salute, da cui dipende l'adesione agli screening, e le strutture che presidiano lavoro, alimenti e ambiente (sez. D.6 della Parte I).

I dati 2026 indicano i punti su cui intervenire (sez. B.2). L'adesione allo screening del colon-retto migliora (dal 27,9% al 37,7%) ma resta sotto lo standard del 45%, come quella dello screening mammografico (51,6%

contro il 60%). Le indagini per malattie infettive crescono del 34,6% già a settembre. Alcuni controlli ufficiali (ristorazione collettiva, agricoltura, piani di risanamento veterinari) sono in ritardo rispetto al 2025.

Si dovrà operare prioritariamente per:

1. Prevenzione oncologica e prevenzione attiva;
2. Sorveglianza epidemiologica e promozione della salute;
3. Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare;
4. Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
5. Ambiente e salute;
6. Organizzazione, formazione e digitalizzazione dei servizi.

B.3.1 Prevenzione oncologica e prevenzione attiva

I tumori sono in Ogliastra la seconda causa di morte dopo le malattie del sistema circolatorio (sez. C.5 della Parte I). Nel triennio l'Azienda prosegue i programmi di screening della mammella, della cervice uterina e del colon-retto e lo screening dell'epatite C, con l'obiettivo di raggiungere gli standard di adesione. Si riportano le principali azioni da realizzare nel triennio:

- potenziamento dell'attività di screening attraverso convenzioni con altre ASL e lo sviluppo delle tecnologie informatiche e telematiche per l'interconnessione con la rete regionale;
- chiamata attiva e offerta di prossimità nei comuni interni e più svantaggiati, con il coinvolgimento dei medici di medicina generale, delle farmacie e delle Case della Comunità;
- consolidamento della consegna dei kit per lo screening del colon-retto nelle farmacie convenzionate;
- prosecuzione dello screening dell'epatite C con chiamata attiva.

B.3.2 Sorveglianza epidemiologica e promozione della salute

È necessario assicurare una costante analisi dei bisogni e della domanda di salute, anche inespressa, della popolazione e una sorveglianza epidemiologica che orienti gli interventi sui comportamenti individuali e sui contesti di vita. Si riportano le principali azioni da realizzare nel triennio:

- raggiungimento della numerosità campionaria prevista per le sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento, per disporre di stime aziendali affidabili;
- completezza dell'archivio delle schede di morte (RENCAM), riattivazione del Registro tumori previsto dalla DGR n. 25/11 del 03/05/2016 e attivazione del Centro epidemiologico aziendale in rete regionale;
- realizzazione della rilevazione OKkio alla Salute 2026/2027 sullo stato ponderale, le abitudini alimentari e l'attività fisica dei bambini delle scuole primarie;
- estensione dei programmi «Scuole che promuovono salute», «Comunità attive» e «Luoghi di lavoro che promuovono salute» alle scuole, ai comuni e alle aziende non ancora aderenti;
- sorveglianza e controllo delle malattie infettive e raggiungimento delle coperture vaccinali previste.

B.3.3 Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare

La Sanità Pubblica Veterinaria sarà 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 ha assunto particolare importanza la diffusione nel corso del 2025 della dermatite nodulare contagiosa – Lumpy Skin Disease, classificata come malattia grave di categoria A, ossia una malattia per la quale l'Azienda ha adottato immediatamente le misure di eradicazione previste dalla normativa.

Inoltre assumono ancora particolare importanza la Blue Tongue, la Peste Suina Africana e la Tubercolosi Bovina. Sono quindi obiettivi strategici da mantenere nel triennio ottenere o mantenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da tubercolosi, garantire la salute degli animali allevati dall'uomo, il controllo della popolazione animale per la prevenzione della salute animale e umana, il controllo ufficiale degli operatori del settore alimentare delle strutture che producono alimenti di origine animale e i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura.

Nell'ambito della Sanità Pubblica Veterinaria, la programmazione per il triennio 2027-2029 sarà orientata al rafforzamento delle attività di prevenzione, sorveglianza epidemiologica e controllo ufficiale, secondo i principi dell'approccio One Health, riconoscendo l'interdipendenza tra salute umana, salute animale e protezione degli ecosistemi.

In tale prospettiva, la Sanità Pubblica Veterinaria rappresenta un elemento strategico per la tutela della salute umana, non soltanto attraverso la prevenzione e il controllo delle malattie degli animali, comprese le zoonosi, ma anche attraverso la sicurezza degli alimenti di origine animale, la tutela del benessere animale, il controllo degli allevamenti e degli operatori della filiera agro-zootecnica, la prevenzione dei rischi derivanti dall'interazione uomo-animale e la gestione dei sistemi di allerta e di risposta alle emergenze sanitarie.

Particolare rilevanza assume il rafforzamento della capacità di prevenzione, individuazione precoce e gestione delle emergenze epidemiche, anche alla luce della crescente diffusione di malattie infettive cosiddette «esotiche» e della loro potenziale capacità di determinare rilevanti conseguenze sanitarie, economiche e sociali. Continuerà in parallelo l'attività di controllo delle principali malattie infettive e diffusive degli animali, con specifico riferimento alle malattie soggette a misure di eradicazione e controllo comunitarie e nazionali. A tale scopo particolare attenzione sarà inoltre dedicata alla sorveglianza epidemiologica veterinaria, quale strumento fondamentale per orientare la programmazione dei controlli sulla base del rischio, assicurare la tempestiva individuazione delle criticità e supportare i processi decisionali.

Un ulteriore ambito strategico sarà rappresentato dal rafforzamento della sicurezza alimentare lungo la filiera degli alimenti di origine animale, attraverso l'attuazione dei programmi di controllo ufficiale basati sulla valutazione del rischio, con particolare attenzione agli stabilimenti di produzione, trasformazione e commercializzazione, alla tracciabilità e rintracciabilità, alla gestione delle non conformità e alla prevenzione dei rischi microbiologici e chimici. In tale ambito sarà ulteriormente sviluppata l'integrazione tra le attività dei Servizi Veterinari e quelle degli altri Servizi del Dipartimento di Prevenzione, al fine di garantire una gestione coordinata dei rischi che possono interessare contemporaneamente la salute animale, la sicurezza alimentare, l'ambiente e la salute umana.

Altri obiettivi su cui incentrare l'attività del prossimo triennio saranno quelli di:

- contrasto all'antibiotico-resistenza attraverso il controllo dell'impiego del farmaco veterinario e la promozione dell'uso prudente degli antimicrobici;
- tutela del benessere animale attraverso il potenziamento dei controlli ufficiali lungo l'intera filiera zootecnica (allevamenti, trasporti, stabilimenti di macellazione);
- problematiche di sanità pubblica veterinaria connesse al rapporto uomo-animale, quali randagismo, rapporto con le popolazioni selvatiche e altre situazioni di potenziale rilevanza sanitaria, il tutto in collaborazione con i vari attori istituzionali interessati;
- rafforzamento dei programmi di formazione continua su legislazione sanitaria, controllo ufficiale, audit, benessere animale, zoonosi e patologie emergenti;
- potenziamento di un sistema di coordinamento strutturato tra i servizi veterinari e gli altri attori istituzionali;
- ottimizzazione dei tempi e dei processi amministrativi tramite digitalizzazione, procedure semplificate e maggiore autonomia gestionale;

- avvio di progetti sperimentali per l'integrazione dei servizi veterinari con il territorio (es. formazione scolastica nei confronti delle zoonosi e delle patologie correlate al consumo di alimenti, campagne di sensibilizzazione per il contrasto al randagismo, prevenzione delle malattie animali trasmesse da artropodi ecc.);
- controllo ufficiale degli operatori del settore alimentare, a partire dalla ristorazione collettiva, e vigilanza sulle filiere corte locali lattiero-casearia e delle carni.

B.3.4 Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Nel triennio lo SPRESAL proseguirà la vigilanza nei comparti a maggior rischio di infortuni gravi, edilizia e agricoltura, secondo il modello in tre fasi dei piani mirati di prevenzione: assistenza, vigilanza e verifica dell'efficacia. Si riportano le principali azioni da realizzare nel triennio:

- mantenimento dei controlli nei cantieri edili, compresi quelli con rimozione di amianto;
- ripresa dei controlli nelle aziende agricole e sulle macchine (Titolo III del D.Lgs. 81/2008), anche con il «Documento di buone pratiche per l'agricoltura»;
- tempestività delle indagini per infortunio e malattia professionale;
- ripresa degli eventi formativi previsti dal Piano regionale della prevenzione.

B.3.5 Ambiente e salute

La SSD interdisciplinare Salute e ambiente promuove l'approccio One Health nelle politiche aziendali e territoriali, garantisce le valutazioni istruttorie delle attività produttive soggette a valutazione o autorizzazione ambientale e informa la popolazione sui rischi ambientali con possibili effetti sulla salute. Si riportano le principali azioni da realizzare nel triennio:

- copertura dell'incarico di direzione e organizzazione della SSD Salute e ambiente;
- misurazioni del radon nei luoghi di lavoro, nelle scuole e nelle sedi aziendali, a partire dai comuni con oltre il 30% di edifici sopra il livello di riferimento (sez. C.6.4 della Parte I);
- controllo delle acque destinate al consumo umano nei mesi di picco turistico e nei periodi di siccità;
- piano aziendale per le ondate di calore e azioni informative su cambiamenti climatici, sostanze chimiche e amianto.

B.3.6 Organizzazione, formazione e digitalizzazione dei servizi

Si riportano le principali azioni da realizzare nel triennio:

- copertura degli incarichi di direzione delle strutture vacanti del Dipartimento;
- percorsi formativi per il personale sanitario e amministrativo su legislazione sanitaria, controllo ufficiale, audit, benessere animale, zoonosi, patologie emergenti e nuove normative europee;
- sistema di coordinamento strutturato tra i servizi veterinari, gli altri servizi del Dipartimento e gli attori istituzionali esterni;
- riduzione dei tempi dei processi amministrativi con la digitalizzazione e procedure semplificate;
- aggiornamento e potenziamento logistico delle sedi operative, con priorità a quelle carenti.

C. Area dell'assistenza territoriale

C.1 Indirizzi nazionali e regionali

La programmazione dell'assistenza territoriale fa riferimento agli atti riportati nella Tabella A.2.1 della Parte I, in particolare:

- il DM 77/2022 sui modelli e gli standard dell'assistenza territoriale;
- la Missione 6 del PNRR, che finanzia Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali operative territoriali, telemedicina e assistenza domiciliare;
- il Piano nazionale della cronicità;
- il Piano nazionale di governo delle liste d'attesa;
- a livello regionale, la L.R. 24/2020, che all'art. 45 istituisce l'Ospedale di Comunità, e gli atti di attuazione del DM 77/2022: la DGR n. 37/24 del 14/12/2022 e la DGR n. 27/34 del 21/05/2025.

L'assistenza territoriale dell'Asl Ogliastra si articola nel Distretto, nel Dipartimento di Salute Mentale, nel dipartimento Ospedale-Territorio.

C.2 Offerta e attività

C.2.1 Dati di struttura

Rete territoriale. Nel 2026 la rete si è ampliata con l'Ospedale di Comunità di Lanusei istituito presso il Presidio Ospedaliero 'Nostra Signora della Mercede' per il rafforzamento dell'assistenza intermedia (Misura M6C1 I1.3), e la Casa della Comunità di Lanusei (Misura M6C1 I1.1), integrando e strutturando l'offerta di prossimità sanitaria con quella della Casa della Comunità di Jerzu (PNRR M6C1-1.1). Restano da completare la Casa della Comunità hub di Tortolì, che serve un bacino di 26.620 residenti (49,6% della popolazione), e la rete delle cure palliative, che non dispone ancora di un hospice.

Tabella II.C.1 – Rete dell'assistenza territoriale, 2026

Struttura	Sede	Stato	Note
Casa della Comunità hub	Tortolì	Non attiva	Bacino servito dal poliambulatorio, dalla COT e dalla RSA
Casa della Comunità	Lanusei	Attiva dal 2026	Ha sostituito la Casa della Salute
Casa della Comunità	Jerzu	Attiva	Ha sostituito il poliambulatorio di Jerzu
Casa della Salute	Seui	Da realizzare	Finanziamento L.R. 17/2023
Ospedale di Comunità	Lanusei	Attivo dal 26/05/2026	Ricovero breve tra domicilio e ospedale
Centrale operativa territoriale	Tortolì	Attiva dal 30/06/2024	7 giorni su 7, 12 ore al giorno
Unità di continuità assistenziale	Bari Sardo	Non Attiva	Équipe mobile distrettuale
RSA e centro diurno integrato	Tortolì	Attiva	60 posti residenziali e 10 semiresidenziali
Hospice	–	Non presente	Previsto dal Programma

Fonte: Distretto; deliberazione n. 211 del 25/06/2024 (COT); sez. D.4 della Parte I.

Specialistica ambulatoriale. L'offerta è assicurata dalle strutture pubbliche dell'Azienda (Case della Comunità di Lanusei e Jerzu, poliambulatori di Tortolì e Seui, ambulatori del PO) e da sette strutture private accreditate, per laboratorio, radiologia, riabilitazione e attività ambulatoriale della Casa di cura Tommasini.

Tabella II.C.2 – Strutture di specialistica ambulatoriale

Struttura	Natura	Anno di apertura
Poliambulatorio di Tortolì	Pubblica	1988
Poliambulatorio di Seui	Pubblica	1988
Casa della Comunità di Lanusei (ex Casa della Salute)	Pubblica	2026
Casa della Comunità di Jerzu (ex poliambulatorio)	Pubblica	2026
Ambulatori del PO di Lanusei	Pubblica	1956
Consultorio familiare di Tortolì	Pubblica	1990
Consultorio familiare di Lanusei	Pubblica	1993
Centrale operativa territoriale	Pubblica	2024
Antes Soc. coop. sociale	Privata accreditata	2010
Laboratorio Analisi Cliniche Srl	Privata accreditata	1971
Laboratorio radiologico Dr. Pilia Srl, Lanusei	Privata accreditata	1981
Studio radiologico Dr. Pilia, Tortolì	Privata accreditata	2018
Studio radiologico Radiolab Srl	Privata accreditata	1989
C.F.R. Srls	Privata accreditata	2024
Ambulatori della Casa di cura Tommasini	Privata accreditata	1981

Fonte: modello STS11 2026, aggiornato con le Case della Comunità di Lanusei e Jerzu

Residenzialità, semiresidenzialità e riabilitazione. La RSA di Tortolì è di proprietà dell'Azienda ed è gestita da una cooperativa privata. Accoglie persone non autosufficienti, di norma anziane, che non possono essere assistite a domicilio. I posti di alta intensità sono destinati a pazienti in fase terminale o clinicamente instabili, come quelli con malattie neurologiche degenerative in fase avanzata o dimessi stabilizzati dalla rianimazione. La riabilitazione ex art. 26 della L. 833/1978 è erogata da cinque centri privati accreditati AIAS.

Tabella II.C.3 – Strutture residenziali, semiresidenziali e di riabilitazione

Struttura	Tipologia	Posti	Note
RSA di Tortolì	Residenziale, alta intensità	10	Pazienti terminali o clinicamente instabili
RSA di Tortolì	Residenziale, media e bassa intensità	38	Non autosufficienza e cronicità
RSA di Tortolì	Comunità integrata per anziani	12	
Centro diurno integrato (RSA)	Semiresidenziale	10	
AIAS Arzana	Riabilitazione residenziale	20	Anche ambulatoriale e domiciliare
AIAS Lanusei	Riabilitazione semiresidenziale	20	Anche ambulatoriale e domiciliare

Struttura	Tipologia	Posti	Note
AIAS Lotzorai	Riabilitazione semiresidenziale	15	Anche ambulatoriale e domiciliare
AIAS Perdasdefogu	Riabilitazione ambulatoriale e domiciliare	–	
AIAS Tertenia	Riabilitazione ambulatoriale e domiciliare	–	

Fonte: Modelli STS11 2026 e RIA11 2025.

Salute mentale e dipendenze. Il Dipartimento di salute mentale e dipendenze è costituito da un Centro di salute mentale (UO SC), da un SerD (UO SC) e da una Neuropsichiatria Infantile (UO SC), integrati da strutture residenziali e semiresidenziali private accreditate.

Tabella II.C.4 – Strutture del Dipartimento di salute mentale e dipendenze

Struttura	Sede	Natura	Posti
Centri di salute mentale	Tortolì, Lanusei, Jerzu, Seui	Pubblica	–
SerD	Tortolì, Lanusei	Pubblica	–
Neuropsichiatria Infantile	Bari Sardo	Pubblica	_
Comunità «Ahora» (strutture 1 e 2)	Arzana	Privata accreditata	32
Comunità «In Cima»	Ussassai	Privata accreditata	16
Comunità «Andala»	Gairo	Privata accreditata	16
Casa famiglia	Lanusei	Privata accreditata	10
Centro diurno	Lanusei	Privata accreditata	10 (semiresidenziali)
Totale posti			**84**

Fonte: modelli STS11 2026 e STS24 2025

C.2.2 Dati di attività

Specialistica ambulatoriale prodotta dall'ASL. Tra gennaio e luglio 2026 le strutture pubbliche dell'Azienda hanno erogato 394.454 prestazioni, per un valore di 4,63 milioni di euro: il 4,8% di numero di prestazioni e il 4,6% di valore in meno rispetto allo stesso periodo del 2025. Il calo si concentra nei primi due mesi dell'anno (−11,8% in valore); da marzo a luglio la riduzione è dell'1,7%.

L'andamento è diverso per branca:

- **Medicina fisica e riabilitazione:** le prestazioni scendono da 8.129 a 2.748 (−66,2%). Il calo dipende principalmente dalla nuova codifica regionale, che ha unificato alcune prestazioni, e non da una riduzione dell'attività erogata.
- **Radiologia diagnostica:** −13,4%.
- **Ortopedia:** −12,3%.
- **Nefrologia:** a fronte di volumi stabili (+2,4%), il valore scende del 18,8%
- **Branche in crescita:** chirurgia generale (+35,0%), oncologia (+27,3%), gastroenterologia (+14,5%), endocrinologia (+78,3%), dermatologia (+50,3%), urologia (+64,4%) e neurologia, che passa da 34 a 650 prestazioni.
- **Cardiologia:** riduce i volumi (−9,8%) ma aumenta il valore (+24,8%), per un maggior peso delle prestazioni strumentali.

Tabella II.C.5 – Prestazioni specialistiche prodotte dalle strutture pubbliche dell'ASL per branca, gennaio-luglio 2025 e 2026

Branca	Prestazioni 2025	Prestazioni 2026	Variazione	Valore 2025 (euro)	Valore 2026 (euro)	Variazione
Laboratorio di analisi	329.920	319.598	−3,1%	1.522.937	1.563.454	+2,7%
Nefrologia (dialisi)	5.401	5.528	+2,4%	937.972	761.608	−18,8%
Radiologia diagnostica	11.101	9.618	−13,4%	577.635	527.360	−8,7%
Altre prestazioni	27.987	22.399	−20,0%	643.830	496.698	−22,9%
Cardiologia	6.810	6.142	−9,8%	194.384	242.504	+24,8%
Chirurgia generale	2.191	2.958	+35,0%	96.118	152.756	+58,9%
Gastroenterologia ed endoscopia digestiva	1.315	1.506	+14,5%	79.422	109.506	+37,9%
Ortopedia e traumatologia	4.738	4.157	−12,3%	108.359	100.329	−7,4%
Ostetricia e ginecologia	2.183	2.395	+9,7%	63.211	70.381	+11,3%
Oncologia	2.711	3.452	+27,3%	54.033	68.240	+26,3%
Medicina fisica e riabilitazione	8.129	2.748	−66,2%	143.968	60.658	−57,9%
Urologia	1.027	1.688	+64,4%	50.356	50.315	−0,1%
Dermosifilopatia	1.412	2.122	+50,3%	35.357	50.313	+42,3%
Neurologia	34	650	n.s.	743	42.759	n.s.
Endocrinologia	720	1.284	+78,3%	17.951	29.675	+65,3%
Neurochirurgia	709	1.108	+56,3%	17.082	26.339	+54,2%
Radioterapia	95	67	−29,5%	98.191	69.259	−29,5%
Altre branche	7.757	7.034	−9,3%	215.472	211.613	−1,8%
Totale	**414.240**	**394.454**	**−4,8%**	**4.857.020**	**4.633.765**	**−4,6%**

Fonte: flusso della specialistica ambulatoriale (file C), Abaco; prestazioni erogate a residenti e non residenti. «Altre prestazioni» comprende le prestazioni del Pronto soccorso non seguite da ricovero. «Altre branche» comprende odontostomatologia, anestesia, otorinolaringoiatria, pneumologia, oculistica, chirurgia vascolare, psichiatria, chirurgia plastica e prestazioni senza branca. n.s. = variazione non significativa. Le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione 2026 non sono confrontabili con il 2025 per la nuova codifica regionale.

Il 95,2% delle prestazioni è erogato a residenti in Ogliastra. Le prestazioni ai non residenti sono 19.060, in calo dell'8,8%, ma il loro valore cresce dell'1,0%, trainato dai pazienti delle altre ASL sarde.

Tabella II.C.6 – Prestazioni specialistiche prodotte dall'ASL per residenza dell'assistito, gennaio-luglio 2025 e 2026

Residenza	Prestazioni 2025	Prestazioni 2026	Variazione	Valore 2025 (euro)	Valore 2026 (euro)	Variazione
Ogliastra	393.333	375.394	−4,6%	4.486.635	4.259.820	−5,1%
Altre ASL sarde	14.441	13.953	−3,4%	261.239	274.165	+4,9%
Altre regioni, estero o non indicata	6.466	5.107	−21,0%	109.146	99.779	−8,6%
Totale	**414.240**	**394.454**	**−4,8%**	**4.857.020**	**4.633.765**	**−4,6%**

Fonte: flusso della specialistica ambulatoriale (file C), Abaco.

Mobilità passiva specialistica. Tra gennaio e luglio 2026 i residenti in Ogliastra hanno ricevuto 62.721 prestazioni specialistiche in strutture di altre aziende sarde, per un valore di 2,57 milioni di euro. È una spesa pari al 60% di quella prodotta dall'ASL per i propri residenti nello stesso periodo.

Quasi il 90% del valore si concentra su tre aziende: ARNAS Brotzu (30,8%), ASL Nuoro (28,9%) e ASL Cagliari (28,0%). Nell'ASL Cagliari pesano il PO San Marcellino e il poliambulatorio di Muravera (5.687 prestazioni, 207.000 euro), riferimento per i comuni del sud dell'Ogliastra.

Tabella II.C.7 – Mobilità passiva specialistica per azienda erogatrice, gennaio-luglio 2026

Azienda erogatrice	Prestazioni	Valore (euro)	Quota sul valore
ARNAS G. Brotzu (Cagliari)	21.993	791.282	30,8%
ASL Nuoro	12.372	741.193	28,9%
ASL Cagliari	15.758	717.593	28,0%
AOU Cagliari	9.318	199.224	7,8%
AOU Sassari	772	34.101	1,3%
ASL Gallura	798	32.604	1,3%
Altre ASL (Oristano, Sassari, Sulcis, Medio Campidano)	1.710	49.284	1,9%
Totale	**62.721**	**2.565.281**	**100%**

Fonte: flusso della specialistica ambulatoriale (file C), Abaco

Per branca, radioterapia e medicina nucleare (20,5% del valore) sono prestazioni non disponibili in Ogliastra: per queste la mobilità è fisiologica. Circa il 59% del valore riguarda invece branche presenti in Azienda:

- radiologia, 28,2%;
- laboratorio, 18,2%, con la metà delle prestazioni in mobilità;
- cardiologia, 5,2%;
- oculistica, 4,5%;
- gastroenterologia, 2,7%.

Tabella II.C.8 – Mobilità passiva specialistica per branca, gennaio-luglio 2026

Branca	Prestazioni	Valore (euro)	Quota sul valore	Valore medio per prestazione (euro)
Radiologia diagnostica	7.314	723.899	28,2%	99,0
Laboratorio di analisi	31.912	465.837	18,2%	14,6
Radioterapia	1.795	372.283	14,5%	207,4
Medicina nucleare	242	154.923	6,0%	640,2
Cardiologia	2.513	133.374	5,2%	53,1
Oculistica	1.844	114.267	4,5%	62,0
Altre prestazioni	4.774	97.913	3,8%	20,5
Ostetricia e ginecologia	1.295	73.059	2,8%	56,4
Gastroenterologia ed endoscopia digestiva	1.067	69.497	2,7%	65,1
Medicina fisica e riabilitazione	2.027	56.985	2,2%	28,1
Altre branche	7.938	303.243	11,8%	38,2
Totale	**62.721**	**2.565.281**	**100%**	**40,9**

Fonte: flusso della specialistica ambulatoriale (file C), Abaco.

Assistenza domiciliare integrata e cure palliative. Al 30/09/2026 il servizio ADI segue 3.179 persone di 65 anni e oltre, pari al 21,1% dei residenti di questa fascia d'età (15.095). È più del doppio del target nazionale del 10% (circa 1.510 assistiti), già raggiunto nei primi nove mesi dell'anno. Il dato conferma gli standard aziendali superiori a quelli del DM 77/2022 indicati dal Programma 2026-2028.

Tabella II.C.9 – Indicatori dell'assistenza domiciliare

Indicatore	2026	Riferimento
Assistiti in ADI con 65 anni e oltre	3.179 (al 30/09)	1.510 (10% dei residenti di 65 anni e oltre)
Quota di residenti di 65 anni e oltre assistiti in ADI	21,1% (al 30/09)	≥ 10%
Dimissioni ospedaliere con attivazione dell'ADI	144 (gennaio-luglio)	

Fonte: servizio ADI, dato al 30/09/2026; residenti di 65 anni e oltre al 01/01/2026 (ISTAT); schede di dimissione ospedaliera del PO di Lanusei.

Riabilitazione ex art. 26. Nel 2025 i centri AIAS hanno assistito:

- 24 utenti in regime residenziale e 24 in regime semiresidenziale;
- 301 utenti a domicilio;
- 14.261 accessi ambulatoriali, il 7,0% in meno rispetto al 2024 ma l'8,9% in più rispetto al 2023.

Tabella II.C.10 – Attività di riabilitazione ex art. 26, 2023-2025

Regime	Unità di misura	2023	2024	2025
Residenziale	Utenti	21	23	24
Semiresidenziale	Utenti	24	25	24
Ambulatoriale	Accessi	13.094	15.336	14.261
Extramurale e domiciliare	Utenti	291	307	301

Fonte: modello RIA11 2023-2025.

Telemedicina. Dal 2024 è attivo il telemonitoraggio dei pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con frequenti riacutizzazioni. Il progetto, finanziato con fondi aziendali, è partito con 40 pazienti e terminerà nel 2027 per proseguire sulla piattaforma regionale Pohema.

Da settembre 2025 è attiva la piattaforma regionale di televisita per i pazienti diabetici.

Il telemonitoraggio domiciliare dello scompenso cardiaco, previsto nella programmazione è particolarmente rilevante tenuto conto della chiusura del reparto di Cardiologia chiuso.

C.3 Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici sono identificati nelle seguenti linee:

1. Riorganizzazione dell'assistenza distrettuale;
2. Potenziamento dell'integrazione ospedale-territorio;
3. Riorganizzazione del Dipartimento di salute mentale e dipendenze;
4. Ammodernamento strutturale e tecnologico;

Gli obiettivi strategici saranno perseguiti attraverso I seguenti obiettivi operativi:

- Attivazione delle Case di Comunità;
- Potenziamento dell'Ospedale di Comunità;
- Riorganizzazione dell'integrazione Ospedale-Territorio;
- Implementazione della Centrale Operativa Territoriale;
- Governo delle Liste di Attesa.

C.3.1 Riorganizzazione dell'assistenza distrettuale

Nel triennio 2027/2029 si individuano i seguenti obiettivi prioritari e strategici:

- realizzazione e completamento della rete delle Case della Comunità, modello di intervento integrato e multidisciplinare in cui MMG, PLS, infermieri, assistenti sociali e altri professionisti lavorano in équipe e offrono risposte integrate ai cittadini.

L'Azienda intende ampliare strategicamente l'offerta attraverso:

- l'attivazione della Casa della Comunità di Tortolì;
- implementazione della Casa di Comunità di Lanusei e di Jerzu;
- la realizzazione della Casa della Comunità di Seui (finanziamento L.R. 17/2023);
- la realizzazione della Casa della Comunità di Villagrande Strisaili (da finanziare).

- Implementazione dell'Ospedale di Comunità di Lanusei;
- la realizzazione dell'Ospedale di Comunità di Arzana (finanziato);
- consolidamento della Centrale operativa territoriale (COT), con funzioni centrali di coordinamento dei percorsi del paziente e di Hub digitale per la salute di comunità (Virtual Hospital). Tale modello integra tecnologia, assistenza territoriale e governance sanitario permettendo una presa in carico integrata e personalizzata dei pazienti cronici e fragili valorizzando le risorse locali e digitali in un modello sostenibile e scalabile;
- Centro di Assistenza e Urgenza (CAU dell'Asl Ogliastra, con sede a Tortolì): struttura territoriale H24 dedicata alla gestione dei problemi sanitari acuti a bassa complessità per ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso;
- rafforzamento del sistema assistenziale territoriale con la figura dell'infermiere di famiglia e comunità (IFEC), con l'obiettivo di intercettare precocemente fragilità e complessità riducendo le discontinuità assistenziali;
- consolidamento degli standard raggiunti dall'azienda nell'assistenza domiciliare integrata (ADI), con l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza al fine di conservare lo standard aziendale;
- potenziamento e implementazione dei consultori famigliari;
- attivazione di un Hospice con 8 posti letto, struttura residenziale territoriale completa la rete delle cure palliative;
- potenziamento degli ambulatori infermieristici periferici;

- efficientamento del governo liste di attesa, secondo le indicazioni regionali;
- implementazione dei sistemi di telemedicina per una migliore gestione domiciliare della salute;
- ampliamento e collegamento del numero di emergenza 116/117 al numero di emergenza di pronto intervento sociale del PLUS Ogliastra (0782 600710);
- attuazione del protocollo regionale sulla violenza di genere “Progetto Sostenere in Rete” (Regione Sardegna).

C.3.2 Potenziamento dell'integrazione ospedale-territorio

Fondamentale importanza riveste l'integrazione dell'assistenza ospedaliera con quella territoriale, attraverso percorsi che favoriscano la continuità dei processi di cura come espressione della presa in carico globale della persona, con equità di accesso, appropriatezza e tempestività degli interventi.

Assistenza distrettuale e sovraffollamento del Pronto soccorso. Il Piano regionale per la gestione del sovraffollamento in Pronto soccorso (DGR n. 16/15 dell'08/04/2026) considera il sovraffollamento un problema del sistema e non della sola area dell'emergenza, e riconosce nella rete territoriale prevista dal DM 77/2022 il principale strumento di protezione del PS. In Ogliastra questo vale in modo particolare. Tra gennaio e agosto 2026 gli accessi in codice 4 e 5 sono 3.963, il 31,8% del totale, e gli accessi pediatrici nei codici minori crescono del 29,0%. Al Presidio la degenza media sale da 6,0 a 7,1 giorni, anche per i pazienti che, conclusa la fase acuta, attendono una sistemazione (sez. D.2.2). Il Distretto interviene quindi su entrambe le estremità del percorso del paziente: prima che arrivi in ospedale e quando deve lasciarlo.

In ingresso, il Distretto intercetta la domanda a bassa complessità prima che si rivolga al PS. Le Case della Comunità di Lanusei e di Jerzu sono il punto di accesso di prossimità per i bisogni sanitari e sociosanitari; in esse la sanità di iniziativa dei medici di medicina generale, dei pediatri e degli infermieri di famiglia e comunità previene le riacutizzazioni dei pazienti cronici, che oggi rappresentano una quota rilevante degli accessi urgenti. L'attivazione della Casa della Comunità hub di Tortolì è la priorità del triennio, perché serve il bacino più popoloso e quello con il maggiore afflusso turistico, dove nasce la parte più ampia della domanda estiva. Completano l'offerta in ingresso:

- la continuità assistenziale e la guardia medica turistica, rafforzate nei mesi estivi secondo il piano estivo aziendale;
- la Centrale Medica Integrata regionale, che rivaluta in telemedicina le chiamate a bassa urgenza ricevute dal 112/118.

Questa offerta è efficace se il cittadino la conosce: per questo l'Azienda la accompagna con azioni di informazione sull'uso appropriato del PS, come chiede il Piano regionale.

In uscita, il Distretto riduce il boarding e le degenze prolungate per motivi non clinici. La COT di Tortolì governa i passaggi tra setting e raccorda il PASS del Presidio, il PUA, l'UVT e i servizi sociali dei Comuni e del PLUS, così che il percorso di dimissione inizi nelle prime ore del ricovero e non al suo termine. Dal 26/05/2026 l'Ospedale di Comunità di Lanusei accoglie i pazienti stabilizzati che non possono ancora rientrare a domicilio e quelli che, provenienti dal domicilio o dal PS, richiedono un'assistenza infermieristica continuativa a bassa intensità clinica.

L'assistenza domiciliare integrata segue il 21,1% dei residenti con 65 anni e oltre, il doppio del target nazionale (sez. C.2.2). Questo livello di copertura, insieme alle misure regionali per le dimissioni protette («Ritornare a casa plus» e «Mi prendo cura»), permette di dimettere precocemente e in sicurezza.

Il governo integrato. Le due direttrici funzionano solo se il Distretto e il Presidio lavorano come un'unica rete. Il Distretto partecipa con un proprio referente all'Unità di crisi aziendale per il sovraffollamento, prevista dal Piano regionale anche per i picchi turistici, e concorre al cruscotto aziendale dei flussi con i dati di COT, ADI e

Ospedale di Comunità. L'efficacia dell'assistenza distrettuale sarà misurata con gli indicatori del Piano regionale:

- la quota di accessi impropri al PS secondo la definizione AGENAS;
- il tasso di accessi in codice bianco o verde nei giorni feriali tra le 8:00 e le 20:00, per 100 residenti;
- la percentuale di abbandoni, salita al 6,0% nel 2026;
- l'attivazione dei PASS entro 72 ore dal ricovero;
- la quota di dimissioni protette, oggi al 12,6% dei dimessi.

Telemedicina. La telemedicina consente l'erogazione di prestazioni a distanza attraverso dispositivi digitali, software e reti di telecomunicazione, a sostegno di una sanità distribuita, più vicina al vissuto quotidiano dei cittadini e meno incentrata sull'ospedale.

Per i pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è stato attivato un progetto aziendale di telemonitoraggio che assicura il controllo costante dei parametri vitali a 40 pazienti con storia di riacutizzazioni frequenti. Il progetto si concluderà a maggio 2027 e il telemonitoraggio dei pazienti con BPCO proseguirà sulla piattaforma regionale Pohema

Da settembre 2025 è attivo in Ogliastra il progetto regionale di telemedicina sulla piattaforma Pohema, già utilizzata in diverse regioni, che consente televisita, teleconsulto tra professionisti e telemonitoraggio domiciliare dei parametri vitali con dispositivi connessi allo smartphone del paziente. Le attività sono registrate in una banca dati nazionale che alimenta il Fascicolo sanitario elettronico.

Sono in fase di attivazione la televisita e il teleconsulto per i pazienti della Diabetologia, che già telemonitora parte dei propri pazienti con sistemi dedicati, e sono stati consegnati alla COT i dispositivi per l'assistenza in telemedicina.

Nel triennio si prevede inoltre di attivare il telemonitoraggio domiciliare dei pazienti con scompenso cardiaco, per prevenire gli episodi acuti, ottimizzare la terapia, ridurre accessi in Pronto soccorso e ricoveri e migliorare la qualità di vita di pazienti e caregiver.

C.3.3 Riorganizzazione del Dipartimento di salute mentale e dipendenze

La L.R. 24/2020 assegna le funzioni di tutela della salute mentale e delle dipendenze alle aziende socio-sanitarie locali. Per il triennio 2027/2029 è necessario proseguire con il completamento organizzativo del Dipartimento di salute mentale e dipendenze (DSMD) e delle strutture previste, a partire dalla attivazione della SC Neuropsichiatria infantile. Il DSMD è il fulcro del sistema e garantisce l'integrazione tra ospedale e territorio, enti locali, enti accreditati e terzo settore.

Le richieste di assistenza per la salute mentale sono in costante aumento, anche per effetto della crescita delle malattie croniche, e aumentano i casi di disagio psichico in bambini, adolescenti, giovani adulti e persone fragili. Le aree emergenti – disturbi del neurosviluppo, disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, comorbilità con l'uso di sostanze – richiedono nuovi modelli di intervento, anche attraverso lo sviluppo di percorsi di riabilitazione psichiatrica. I servizi territoriali, centro dell'assistenza psichiatrica, devono rimodulare la loro attività integrando e responsabilizzando le diverse competenze professionali.

Si riportano le principali azioni da realizzare nel triennio:

- riorganizzazione degli interventi per intensità terapeutico-riabilitativa e assistenziale, con servizi territoriali di primo e secondo livello in grado di rispondere a condizioni cliniche specifiche, come i disturbi perinatali e i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione;
- destinazione di spazi dedicati alla gestione dell'emergenza psichiatrica in Pronto soccorso;
- potenziamento della Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza;

- riorientamento del Servizio per le dipendenze verso i più giovani, in chiave preventiva e di riduzione del tempo «senza cure»;
- applicazione delle attuali disposizioni agli istituti penitenziari, con l'attivazione delle procedure operative per garantire la presa in carico e la continuità terapeutica durante la detenzione e nella fase del post-rilascio;
- riattivazione del Centro Diurno per i pazienti psichiatrici gestito internamente.

C.3.4 Ammodernamento strutturale e tecnologico

Nel corso degli ultimi anni l'azienda ha potenziato e migliorato le strutture destinate all'attività dell'assistenza territoriale. Nel 2024 è stata collaudata ed è entrata in funzione la Centrale Operativa territoriale finanziata con i fondi PNRR e nel 2025 sono stati avviati i lavori inerenti la realizzazione della Casa di Comunità di Jerzu, finanziata con gli stessi fondi, entrata in operatività nel maggio 2026. Il rafforzamento della rete territoriale trova concreta attuazione negli ulteriori interventi realizzati nel 2026, inizialmente non programmati, che hanno permesso l'attivazione della Casa della Comunità di Lanusei e l'Ospedale di Comunità. Entrambe le strutture beneficiano dei finanziamenti del PNRR (Fondo NGEU) afferenti alla Missione 6 Salute - Componente 1 (M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale): nello specifico, la Casa della Comunità di Lanusei risponde all'Investimento M6C1 I1.1 ("Case della Comunità e presa in carico della persona"), mentre l'Ospedale di Comunità si colloca all'interno dell'Investimento M6C1 I1.3 ("Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture").

Con i finanziamenti del PN Equità, sono stati avviati i lavori di ristrutturazione i locali del SERD di Lanusei che si concluderanno entro il 2026 (finanziamento da€ 93.605,09) mentre sono in corso di progettazione i lavori di ristrutturazione del CSM di Lanusei e in fase di avvio della progettazione quelli del CSM e del Serd di Tortolì (per ognuna delle tre strutture un finanziamento di € 293.605,09). Si prevede l'apertura del polo della Salute Mentale a Lanusei.

Attualmente, sulla struttura del poliambulatorio di Tortolì sono in fase di avvio i lavori per la ristrutturazione della parte vecchia e risulta in corso l'adeguamento antincendio della stessa parte (con la quale verrà ultimata la ristrutturazione della palestra con la realizzazione di due livelli), finanziate con fondi FSC 2007/13 e FSC 2014/20. Con un nuovo intervento, verrà altresì avviato il completamento della palestra, con ultimazione del primo livello (finanziato con fondi FSC 21-27 per un importo di € 650.000,00).

Il finanziamento ottenuto con la LR 17/2023 per la realizzazione della Casa della Salute nei locali dell'amministrazione di Seui, per € 800.000,00, è attualmente in fase di avvio della progettazione.

Si segnalano inoltre alcuni altri interventi finanziati con altre linee di intervento che permetteranno di effettuare lavori di completamento della Casa di Comunità di Lanusei.

D. Area dell'assistenza ospedaliera

D.1 Indirizzi nazionali e regionali

La programmazione dell'assistenza ospedaliera fa riferimento agli atti riportati nella Tabella A.2.1 della Parte I, in particolare il DM 70/2015 sugli standard ospedalieri, la rete ospedaliera regionale vigente (documento n. 16 del Consiglio regionale del 25/10/2017), il Piano nazionale di governo delle liste d'attesa e la rete oncologica regionale (DGR n. 38/49 del 17/11/2023). Gli obiettivi tengono conto degli indicatori del Programma nazionale esiti (PNE) e del Nuovo sistema di garanzia dei LEA (NSG).

Nella rete regionale il Presidio ospedaliero Nostra Signora della Mercede di Lanusei è un presidio di base – nodo della rete ospedaliera regionale (NROR)- con DEA di I livello, in un'area qualificata come «piccola comunità in area geograficamente isolata». L'offerta ospedaliera per i residenti è completata dalla casa di cura privata accreditata, Clinica Tommasini S.R.L., con sede in Jerzu e dagli ospedali di riferimento di Nuoro e Cagliari.

D.2 Offerta e attività

D.2.1 Dati di struttura

Il PO di Lanusei dispone di 115 posti letto autorizzati, invariati tra il 2025 e il 2026: 104 di degenza ordinaria, 6 di day hospital e 5 di day surgery.

Tabella II.D.1 – Posti letto del PO Nostra Signora della Mercede, 2026

Disciplina	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale	Stato
Medicina generale	3	0	28	31	Attivo
Medicina generale (nefrologia)	0	0	2	2	Attivo
Chirurgia generale	0	2	24	26	Attivo
Ortopedia e traumatologia	0	1	10	11	Attivo
Ostetricia e ginecologia	0	2	14	16	Attivo; punto nascita chiuso
Nido	0	0	6	6	Punto nascita chiuso
Cardiologia	1	0	5	6	Degenza chiusa; attivo il day hospital
Unità coronarica	0	0	4	4	Degenza chiusa; attivo il day hospital
Pediatria	2	0	5	7	Degenza chiusa; attivo il day hospital
Terapia intensiva	0	0	4	4	Attivo
Terapia semintensiva	0	0	2	2	Attiva
Totale	**6**	**5**	**104**	**115**	

Fonte: modello HSP12, anni 2025 e 2026. I posti letto sono quelli autorizzati: i reparti di Cardiologia e Pediatria sono chiusi per carenza di medici e il punto nascita non è attivo

La Casa di cura Tommasini dispone di 66 posti letto accreditati: 12 di geriatria, 12 di medicina generale, 14 di recupero e riabilitazione funzionale, 20 di lungodegenza e 8 di day surgery

D.2.2 Dati di attività

L'analisi confronta i primi sette mesi del 2026 con lo stesso periodo del 2025, sulla base delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) per data di dimissione. Il confronto a parità di periodo evita le distorsioni della proiezione annua, che sarebbero rilevanti per la forte stagionalità dell'attività. Per l'intero anno 2025 il PO ha registrato 3.840 dimessi, di cui 637 non residenti, e i residenti hanno avuto 4.170 ricoveri in altre aziende sarde.

Attività del PO di Lanusei. Tra gennaio e luglio 2026 i dimessi sono 1.843, il 21,3% in meno rispetto allo stesso periodo del 2025. Il calo riguarda tutte le discipline di degenza tranne la Terapia intensiva, ed è più marcato in Ortopedia (−28,2%) e Chirurgia (−24,3%). Il valore della produzione scende meno dei dimessi (−12,6%).

Tabella II.D.2 – Dimessi e valore per disciplina e regime, PO di Lanusei, gennaio-luglio 2025 e 2026

Disciplina	Ordinari 2025	Ordinari 2026	Var.	Day hospital 2025	Day hospital 2026	Var.	Valore 2025	Valore 2026
Medicina generale	909	759	−16,5%	63	19	−69,8%	2.828.351 €	2.401.197 €
Chirurgia generale	556	421	−24,3%	10	17	+70,0%	1.533.335 €	1.196.494 €
Ortopedia e traumatologia	471	338	−28,2%	8	11	+37,5%	1.097.619 €	1.120.870 €
Ostetricia e ginecologia	67	43	−35,8%	160	153	−4,4%	280.091 €	233.261 €
Terapia intensiva	30	31	+3,3%	–	–	–	100.367 €	157.560 €
Cardiologia	–	–	–	68	50	−26,5%	101.992 €	84.488 €
Pediatria	–	–	–	–	1	–	0 €	346 €
Nido	1	–	−100,0%	–	–	–	173 €	0 €
Totale	**2.034**	**1.592**	**−21,7%**	**309**	**251**	**−18,8%**	**5.941.927 €**	**5.194.217 €**

Fonte: SDO, PO Nostra Signora della Mercede, dimessi gennaio-luglio per data di dimissione. Medicina generale comprende le divisioni 01 e 03.

Il calo dei dimessi non dipende dai posti letto autorizzati, che sono invariati, ma dall'**allungamento della degenza media**, cresciuta da 6,0 a 7,1 giorni nei ricoveri ordinari. In Ortopedia i letti restano occupati al 95% e le giornate sono praticamente le stesse (2.037 contro 2.010), ma la degenza media passa da 4,3 a 5,9 giorni: con gli stessi letti si trattano meno pazienti. Medicina generale e Ortopedia lavorano vicino alla saturazione; Chirurgia ha margini (58%); Ostetricia e ginecologia, con il punto nascita chiuso, utilizza il 7% dei posti letto ordinari.

Tabella II.D.3 – Giornate, degenza media e occupazione dei posti letto, ricoveri ordinari, gennaio-luglio 2025 e 2026

Disciplina	Posti letto ordinari (HSP12)	Giornate 2025	Giornate 2026	Degenza media 2025	Degenza media 2026	Occupazione 2025	Occupazione 2026
Medicina generale	30	6.261	5.678	6,9	7,5	98%	89%
Chirurgia generale	24	3.339	2.949	6,0	7,0	66%	58%
Ortopedia e traumatologia	10	2.037	2.010	4,3	5,9	96%	95%
Ostetricia e ginecologia	14	291	221	4,3	5,1	10%	7%
Terapia intensiva	4	319	395	10,6	12,7	38%	47%
Totale ricoveri ordinari	**82**	**12.248**	**11.253**	**6,0**	**7,1**		

Fonte: SDO e modello HSP12. Occupazione = giornate / (posti letto ordinari autorizzati × 212 giorni). Medicina generale comprende 30 posti letto (divisioni 01 e 03).

L'allungamento delle degenze dipende anche dal ricovero di pazienti che, conclusa la fase acuta, restano ricoverati in attesa di una sistemazione coerente con la crescita della lungodegenza nella Casa di cura convenzionata e con l'attivazione, dal 26/05/2026, dell'Ospedale di Comunità di Lanusei.

Provenienza dei pazienti e mobilità attiva. I non residenti dimessi dal PO passano da 378 a 227 (−39,9%). Quasi dimezzano i pazienti provenienti dalle altre ASL sarde, in particolare Nuoro e Cagliari, mentre i pazienti di altre regioni e stranieri restano stabili.

Tabella II.D.4 – Dimessi del PO per residenza, gennaio-luglio 2025 e 2026

Residenza del paziente	Dimessi 2025	Dimessi 2026	Variazione	Valore 2026
Ogliastra	1.965	1.616	−17,8%	4.512.960 €
Altre ASL della Sardegna	320	166	−48,1%	504.667 €
Altre regioni	34	40	+17,6%	132.457 €
Estero	24	21	−12,5%	44.134 €
di cui non residenti (mobilità attiva)	378	227	−39,9%	681.257 €
Totale	**2.343**	**1.843**	**−21,3%**	**5.194.217 €**

Fonte: SDO, PO Nostra Signora della Mercede.

L'andamento mensile mostra due fenomeni opposti nei mesi estivi: i ricoveri dei residenti calano (da 257 a gennaio a 179 a luglio 2026), mentre quelli di pazienti di altre regioni e stranieri crescono fino a 21-23 al mese, contro 2-4 nei mesi invernali. Il picco estivo della mobilità attiva è interamente legato al turismo.

Tabella II.D.5 – Dimessi del PO per mese e residenza, gennaio-luglio 2025 e 2026

Mese	Residenti 2025	Residenti 2026	Altre ASL sarde 2025	Altre ASL sarde 2026	Altre regioni ed estero 2025	Altre regioni ed estero 2026
Gennaio	281	257	38	29	3	2
Febbraio	282	240	43	16	1	3
Marzo	281	240	38	21	3	4
Aprile	264	260	59	27	6	7
Maggio	279	231	52	28	8	6
Giugno	300	209	50	24	16	16
Luglio	278	179	40	21	21	23

Fonte: SDO, PO Nostra Signora della Mercede.

Dimissioni e continuità assistenziale. Nel 2026 il 12,6% delle dimissioni prosegue in un setting assistenziale protetto: ADI, RSA o riabilitazione (232 dimissioni, contro 245 nel 2025, pari al 10,5%). Le dimissioni con attivazione dell'ADI sono stabili (143 e 144), a fronte di un numero di dimessi inferiore.

Tabella II.D.6 – Dimessi del PO per modalità di dimissione, gennaio-luglio 2025 e 2026

Modalità di dimissione	Dimessi 2025	Dimessi 2026	Quota 2026
Al domicilio	1.843	1.392	75,5%
Al domicilio con attivazione dell'ADI	143	144	7,8%
In RSA	59	41	2,2%
Trasferimento in riabilitazione	43	47	2,6%
Trasferimento ad altro ospedale per acuti	71	57	3,1%
Dimissione volontaria	31	38	2,1%

Modalità di dimissione	Dimessi 2025	Dimessi 2026	Quota 2026
Deceduti	144	120	6,5%
Altre modalità	9	4	0,2%
Totale	**2.343**	**1.843**	**100%**

Fonte: SDO, PO Nostra Signora della Mercede.

Casa di cura Tommasini. I ricoveri di residenti nella Casa di cura convenzionata crescono da 993 a 1.237 (+24,6%), soprattutto in day hospital di medicina generale (da 134 a 371), day surgery (da 516 a 566) e lungodegenza (da 25 a 46). Il valore cresce meno dei ricoveri (+8,4%, da 1,91 a 2,07 milioni di euro), perché l'aumento si concentra nelle prestazioni a minore complessità.

Tabella II.D.7 – Ricoveri di residenti nella Casa di cura Tommasini, gennaio-luglio 2025 e 2026

Disciplina	Regime	Dimessi 2025	Dimessi 2026	Variazione	Valore 2026
Medicina generale	Ordinario	53	53	0,0%	122.607 €
Medicina generale	Day hospital	134	371	+176,9%	91.199 €
Geriatria	Ordinario	132	138	+4,5%	314.397 €
Geriatria	Day hospital	65	0	−100,0%	0 €
Recupero e riabilitazione funzionale	Ordinario	68	63	−7,4%	454.918 €
Lungodegenza	Ordinario	25	46	+84,0%	129.976 €
Day surgery	Day hospital	516	566	+9,7%	961.575 €
Totale		**993**	**1.237**	**+24,6%**	**2.074.671 €**

Fonte: SDO, Casa di cura Tommasini, residenti ASL Ogliastra.

Mobilità passiva. I ricoveri dei residenti in altre aziende sarde scendono da 2.401 a 1.957 (−18,5%), per un valore di 6,45 milioni di euro (−20,8%). Le destinazioni principali restano ASL Cagliari, ASL Nuoro e ARNAS Brotzu, che insieme accolgono l'80% dei ricoveri fuori ASL.

Tabella II.D.8 – Ricoveri di residenti in altre aziende sarde per azienda erogatrice, gennaio-luglio 2025 e 2026

Azienda erogatrice	Dimessi 2025	Dimessi 2026	Variazione	Quota 2026	Valore 2026
ASL Cagliari	778	673	−13,5%	34,4%	1.851.837 €
ASL Nuoro	661	515	−22,1%	26,3%	1.691.329 €
ARNAS G. Brotzu	509	384	−24,6%	19,6%	1.530.783 €
AOU Cagliari	278	259	−6,8%	13,2%	705.991 €
ASL Gallura	52	50	−3,8%	2,6%	249.538 €
AOU Sassari	75	39	−48,0%	2%	249.795 €
ASL Oristano	28	20	−28,6%	1%	122.206 €
ASL Medio Campidano	4	8	+100,0%	0,4%	33.528 €
ASL Sulcis	7	6	−14,3%	0,3%	8.814 €
ASL Sassari	9	3	−66,7%	0,2%	4.869 €
Totale	**2.401**	**1.957**	**−18,5%**	**100%**	**6.448.691 €**

Fonte: SDO, mobilità passiva intraregionale, residenti ASL Ogliastra. È esclusa la mobilità extraregionale.

Le discipline confermano il peso delle carenze dell'offerta locale. L'area cardiologica (Cardiologia e Unità coronarica) conta 221 ricoveri fuori ASL e 1,13 milioni di euro, la prima voce per valore, conseguenza diretta della chiusura del reparto di Cardiologia. L'area materno-infantile (Ostetricia e ginecologia, Nido, Pediatria, Chirurgia pediatrica, Neonatologia e Terapia intensiva neonatale) conta 543 ricoveri: comprende i parti delle residenti, che avvengono fuori ASL, e una Pediatria in crescita (+17,2%). Chirurgia generale e Ortopedia, presenti nel PO, totalizzano 419 ricoveri fuori ASL.

Tabella II.D.9 – Ricoveri di residenti in altre aziende sarde per disciplina, gennaio-luglio 2025 e 2026

Disciplina di dimissione	Dimessi 2025	Dimessi 2026	Variazione	Valore 2026
Ostetricia e ginecologia	286	248	−13,3%	501.053 €
Chirurgia generale	224	233	+4,0%	676.126 €
Ortopedia e traumatologia	201	186	−7,5%	948.661 €
Urologia	126	120	−4,8%	347.203 €
Cardiologia	179	117	−34,6%	611.521 €
Neurologia	158	115	−27,2%	129.071 €
Pediatria	93	109	+17,2%	186.092 €
Unità coronarica	102	104	+2,0%	515.160 €
Nido	129	102	−20,9%	71.653 €
Otorinolaringoiatria	104	74	−28,8%	241.544 €
Oculistica	84	46	−45,2%	71.028 €
Medicina generale	60	45	−25,0%	86.476 €
Recupero e riabilitazione funzionale	60	45	−25,0%	128.094 €
Ematologia	62	44	−29,0%	186.506 €
Altre discipline	533	369	−30,8%	1.748.505 €
Totale	**2.401**	**1.957**	**−18,5%**	**6.448.691 €**

Fonte: SDO, mobilità passiva intraregionale. Le prime 14 discipline per numero di dimessi nel 2026.

Quadro complessivo dei ricoveri dei residenti. Considerando insieme PO, Casa di cura convenzionata e altre aziende sarde, i ricoveri dei residenti scendono da 5.359 a 4.810 (−10,2%). Un terzo della riduzione registrata dal PO e dalla mobilità passiva è assorbito dalla Casa di cura Tommasini. La quota di ricoveri effettuati fuori ASL scende dal 44,8% al 40,7%, ma resta la prima destinazione.

Tabella II.D.10 – Ricoveri dei residenti per luogo di ricovero, gennaio-luglio 2025 e 2026

Luogo di ricovero	Dimessi 2025	Dimessi 2026	Variazione	Quota 2025	Quota 2026
PO di Lanusei	1.965	1.616	−17,8%	36,7%	33,6%
Casa di cura Tommasini	993	1.237	+24,6%	18,5%	25,7%
Altre aziende della Sardegna	2.401	1.957	−18,5%	44,8%	40,7%
Totale ricoveri dei residenti	**5.359**	**4.810**	**−10,2%**	**100%**	**100%**

Fonte: elaborazione Controllo di gestione su SDO. Esclusa la mobilità extraregionale.

Pronto soccorso. Tra gennaio e agosto 2026 il Pronto soccorso del PO registra 12.460 accessi, il 3,0% in più rispetto allo stesso periodo del 2025 (12.095). Crescono soprattutto gli accessi di pazienti di altre regioni e stranieri (+8,3%), che rappresentano l'11,0% del totale. Gli accessi senza prestazioni registrate, per i quali il flusso delle prestazioni non riporta residenza, codice di triage ed esito, salgono da 45 a 146.

Tabella II.D.11 – Accessi al Pronto soccorso per residenza, gennaio-agosto 2025 e 2026

Residenza	Accessi 2025	Accessi 2026	Variazione	Quota 2026
Ogliastra	10.089	10.288	+2,0%	82,6%
Altre ASL sarde	701	661	–5,7%	5,3%
Altre regioni ed estero	1.260	1.365	+8,3%	11,0%
Accessi senza prestazioni registrate (*)	45	146	+224,4%	1,2%
Totale	**12.095**	**12.460**	**+3,0%**	**100%**

Fonte: flusso EMUR-PS (Abaco)

La stagionalità è la caratteristica principale della domanda. Ad agosto 2026 gli accessi con prestazioni sono 2.064, il 73% in più rispetto a febbraio (1.192). I pazienti di altre regioni e stranieri passano da 17 a gennaio a 488 ad agosto, quasi uno su quattro accessi del mese.

Tabella II.D.12 – Accessi al Pronto soccorso per mese e residenza, gennaio-agosto 2025 e 2026

Mese	Totale 2025	Totale 2026	Residenti 2026	Altre ASL sarde 2026	Altre regioni ed estero 2025	Altre regioni ed estero 2026
Gennaio	1.365	1.279	1.199	63	24	17
Febbraio	1.320	1.192	1.130	41	25	21
Marzo	1.348	1.466	1.376	62	39	28
Aprile	1.350	1.412	1.292	55	73	65
Maggio	1.380	1.502	1.279	63	89	160
Giugno	1.531	1.609	1.290	81	217	238
Luglio	1.778	1.790	1.333	109	343	348
Agosto	1.978	2.064	1.389	187	450	488
Senza prestazioni registrate	45	146				
Totale	**12.095**	**12.460**	**10.288**	**661**	**1.260**	**1.365**

Fonte: flusso EMUR-PS (Abaco). Mese della data di triage; gli accessi senza prestazioni registrate non sono attribuiti al mese.

Quasi un terzo degli accessi (31,8%) è classificato come urgenza minore o non urgenza: è una domanda che in parte potrebbe trovare risposta nella rete territoriale (continuità assistenziale, Case della Comunità, guardia medica turistica). Gli accessi in codice rosso scendono da 420 a 341.

Tabella II.D.13 – Accessi al Pronto soccorso per codice di triage, gennaio-agosto 2025 e 2026

Codice di triage	Accessi 2025	Accessi 2026	Variazione	Quota 2026
1 – Emergenza (rosso)	420	341	–18,8%	2,7%
2 – Urgenza (arancione)	3.479	3.410	–2,0%	27,4%
3 – Urgenza differibile (azzurro)	4.399	4.598	+4,5%	36,9%
4 – Urgenza minore (verde)	3.200	3.347	+4,6%	26,9%
5 – Non urgenza (bianco)	547	616	+12,6%	4,9%
Triage non eseguito o giunto cadavere	5	2		0,0%
Accessi senza prestazioni registrate	45	146	+224,4%	1,2%
Totale	**12.095**	**12.460**	**+3,0%**	**100%**

Fonte: flusso EMUR-PS (Abaco). Scala nazionale di triage a cinque codici.

I motivi di accesso confermano il profilo del PS come presidio dell'emergenza di un territorio turistico. Il trauma è il primo problema specifico (3.365 accessi, il 27,0% del totale, +3,4%), con 470 accessi di pazienti di altre regioni e stranieri. Crescono il dolore addominale (+7,6%) e i sintomi ostetrico-ginecologici (+18,4%), mentre calano il dolore toracico (–6,5%), la dispnea (–15,7%) e le alterazioni del ritmo (–20,8%): una parte della casistica cardiorespiratoria potrebbe rivolgersi direttamente ad altri ospedali, in assenza di un reparto di Cardiologia attivo nel PO.

Tabella II.D.14 – Accessi al Pronto soccorso per problema principale, gennaio-agosto 2025 e 2026

Problema principale	Accessi 2025	Accessi 2026	Variazione	Quota 2026
Trauma	3.253	3.365	+3,4%	27,0%
Dolore addominale	1.363	1.466	+7,6%	11,8%
Dolore toracico	739	691	–6,5%	5,5%
Febbre	517	522	+1,0%	4,2%
Dispnea	503	424	–15,7%	3,4%
Sintomi o disturbi ostetrico-ginecologici	343	406	+18,4%	3,3%
Sintomi o disturbi urologici	216	228	+5,6%	1,8%
Altri sintomi del sistema nervoso	101	170	+68,3%	1,4%
Alterazioni del ritmo	202	160	–20,8%	1,3%
Sindrome neurologica acuta	137	152	+10,9%	1,2%
Altri sintomi o disturbi	4.091	4.108	+0,4%	33,0%
Altri problemi	585	622	+6,3%	5,0%
Accessi senza prestazioni registrate	45	146	+224,4%	1,2%
Totale	**12.095**	**12.460**	**+3,0%**	**100%**

Fonte: flusso EMUR-PS (Abaco), problema principale rilevato al triage

Gli accessi esitati in ricovero nel PO scendono da 1.606 a 1.451 (dal 13,3% all'11,6% degli accessi), coerentemente con il calo dei ricoveri. I trasferimenti ad altri ospedali salgono a 253; il dolore toracico resta la principale causa specifica (56 trasferimenti, 54 nel 2025), in assenza di un reparto di Cardiologia attivo nel PO. Gli abbandoni registrati passano da 423 a 744 (dal 3,5% al 6,0% degli accessi), soprattutto quelli durante gli accertamenti, che quasi raddoppiano. Anche gli accessi senza prestazioni registrate, che triplicano, potrebbero comprendere abbandoni prima della visita.

Tabella II.D.15 – Accessi al Pronto soccorso per esito, gennaio-agosto 2025 e 2026

Esito	Accessi 2025	Accessi 2026	Variazione	Quota 2026
Dimissione a domicilio	7.644	7.395	–3,3%	59,3%
Dimissione a strutture ambulatoriali o territoriali	1.998	2.362	+18,2%	19,0%
Ricovero nel PO	1.606	1.451	–9,7%	11,6%
Trasferimento ad altro ospedale	238	253	+6,3%	2,0%
Abbandono prima della visita	116	148	+27,6%	1,2%
Abbandono durante gli accertamenti	307	596	+94,1%	4,8%
Rifiuto del ricovero o dell'OBI	93	94	+1,1%	0,8%
Decesso in PS o giunto cadavere	8	14	+75,0%	0,1%
Osservazione breve intensiva	40	1	–97,5%	0,0%
Accessi senza prestazioni registrate	45	146	+224,4%	1,2%

Esito	Accessi 2025	Accessi 2026	Variazione	Quota 2026
Totale	**12.095**	**12.460**	**+3,0%**	**100%**

Fonte: flusso EMUR-PS (Abaco).

Prestazioni erogate e valore. Nel 2026 il PS eroga 36.350 prestazioni, per un valore tariffario di 1,37 milioni di euro: a fronte del 3,0% di accessi in più, le prestazioni calano del 15,6% e il valore dello 0,7%. Le prestazioni per accesso scendono da 3,6 a 3,0, con una riduzione in tutti i codici di triage.

Accessi pediatrici. Con il reparto di Pediatria chiuso, gli accessi di bambini fino a 14 anni crescono da 1.439 a 1.764 (+22,6%), soprattutto in codice 3, 4 e 5 (+29,0%). I bambini di altre regioni ed estero arrivano a 79 ad agosto 2025 e a 118 ad agosto 2026. Solo 5 bambini all'anno sono ricoverati nel PO; i trasferimenti salgono da 62 a 70, con uno spostamento verso Cagliari.

Tabella II.D.16 – Accessi pediatrici (0-14 anni) e trasferimenti per ospedale di destinazione, gennaio-agosto 2025 e 2026

	2025	2026	Variazione
Accessi di bambini 0-14 anni	1.439	1.764	+22,6%
– di cui codici 1 e 2	255	241	–5,5%
– di cui codici 3, 4 e 5	1.181	1.523	+29,0%
– di cui residenti in altre regioni o all'estero	207	266	+28,5%
Ricoverati nel PO	5	5	=
Trasferiti ad altro ospedale	**62**	**70**	**+12,9%**
– PO San Michele, ARNAS Brotzu (Cagliari)	22	42	
– PO San Francesco (Nuoro)	36	23	
– PO Microcitemico (Cagliari)	2	5	
– PO San Martino (Oristano)	1	–	
– AUO Sassari	1		

Fonte: flusso EMUR-PS; destinazione dei trasferimenti comunicata dalla Direzione di presidio.

D.3 Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici per il triennio 2027/2029 tengono conto dell'analisi dei servizi aziendali condotta per il Dipartimento delle attività cliniche medico-chirurgiche, e per il Dipartimento dei servizi. La valutazione ha messo in evidenza che, nonostante le criticità operative, le UUOO sono riuscite a garantire un'ampia gamma di prestazioni, dimostrando un'efficace integrazione multidisciplinare e professionale tra i reparti dei dipartimenti

Permangono rilevanti elementi di condizionamento legati al deficit organico di dirigenti medici e personale infermieristico presso diverse strutture aziendali. Tale carenza ha determinato una contrazione dell'offerta assistenziale, concretizzatasi nella continuata sospensione delle attività del Punto Nascita e dei regimi di degenza ordinaria nei settori di Cardiologia e Pediatria per indisponibilità di personale medico. La carenza di figure specialistiche incide altresì sui livelli di autonomia nella gestione dell'alta complessità clinica, determinando un potenziale incremento del rischio clinico nei casi critici. Nel corso dell'ultimo esercizio si è registrata una contrazione della dotazione dirigenziale pari a 10 unità (Sez. D.7, Parte I).

I dati 2026 confermano queste criticità (sez. D.2). Nei primi sette mesi i dimessi del PO calano del 21,3%, per l'allungamento della degenza media da 6,0 a 7,1 giorni; il 40,7% dei ricoveri dei residenti avviene fuori ASL; la

mobilità attiva dalle altre ASL sarde quasi si dimezza (da 320 a 166 dimessi). Gli accessi al Pronto soccorso crescono del 2,2% e ad agosto superano del 73% quelli di febbraio.

Gli obiettivi danno attuazione alla linea strategica definita dall'azienda e dovrà operare prioritariamente, anche nel rispetto del nuovo atto aziendale, per :

1. Riorganizzazione della assistenza ospedaliera;
5. Miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera;
2. Definire e governare le reti di cura;
3. Migliorare la qualità e sicurezza delle cure;
4. Ammodernamento strutturale e tecnologico;

D.3.1 Riorganizzazione assistenza ospedaliera

Per il triennio 2027/2029 è necessario prioritariamente riorganizzare l'assistenza ospedaliera, adeguandola al nuovo modello organizzativo che verrà definito nel nuovo Atto aziendale. L'obiettivo è raggiungere un'aggregazione delle articolazioni ospedaliere con maggiore omogeneità rispetto ai processi comuni e ai profili tecnici e disciplinari.

Riapertura dei reparti di Cardiologia e Pediatria. Le direzioni delle SC Cardiologia-UTIC e Pediatria sono state assegnate (sez. D della Parte I). Nel triennio l'Azienda punta alla riapertura dei due reparti di degenza, attraverso il reclutamento dei dirigenti medici necessari a garantire la copertura dei turni, anche con convenzioni con le aziende di riferimento. La riapertura ha un bacino misurabile: nei primi sette mesi del 2026 i residenti hanno avuto 221 ricoveri in area cardiologica e 109 in Pediatria in altre aziende.

Riapertura del punto nascita. Il punto nascita del PO di Lanusei è chiuso e i parti delle residenti avvengono fuori ASL. Nel 2025 i nati residenti sono 285. Nei primi sette mesi del 2026 le residenti hanno avuto 248 ricoveri in Ostetricia e ginecologia in altre aziende sarde e 102 neonati sono stati dimessi dal Nido di altre aziende.

La chiusura obbliga le gestanti a partorire negli ospedali di Nuoro, a 47-98 minuti, o di Cagliari, a 90-139 minuti (sez. C.1 della Parte I). Per i 4.763 residenti di Talana, Urzulei, Perdasdefogu e Seui, già a oltre 45 minuti da Lanusei, il viaggio si allunga ulteriormente. Il disagio pesa su famiglie con redditi inferiori alla media regionale (sez. C.3 della Parte I), può rendere necessario il trasferimento anticipato della gestante e dei familiari vicino all'ospedale del parto e aumenta d'inverno, quando le piogge intense possono interrompere la viabilità dei comuni montani (sez. C.6.5 della Parte I).

La distanza è anche un fattore di rischio clinico. Il travaglio rapido, l'emorragia del post-partum, il distacco di placenta e le emergenze neonatali sono eventi tempo-dipendenti: con tempi di percorrenza che superano l'ora, e in alcuni comuni le due ore, aumentano la probabilità di parti avvenuti in ambulanza o a domicilio e di trasferimenti in condizioni instabili. Le gestanti in travaglio avanzato o con urgenze ostetriche continuano ad arrivare al Pronto soccorso di Lanusei, che deve stabilizzarle e trasferirle senza un punto nascita e una Pediatria attivi .

Nella riorganizzazione dell'assistenza si prevede di ampliare la gamma dei servizi offerti, potenziando la multispecialità e attivando nuovi ambulatori per specialità emergenti, tra i quali:

- attivazione/potenziamento dei posti letto di osservazione breve intensiva nel Pronto soccorso del Presidio ospedaliero, in coerenza con la ristrutturazione dell'OBI in fase di ultimazione;
- potenziamento delle cure oncologiche attraverso una migliore integrazione tra il servizio e il Centro di accoglienza e supporto (CAS);
- attivazione di servizi di telemedicina per una migliore presa in carico del paziente e la gestione delle patologie croniche;

- ambulatori infermieristici (wound care) e PICC team, dando una migliore informazione agli utenti sui servizi prestati;
- riconoscimento come centro per le malattie rare;
- attivazione di programmi di ulteriori screening;
- inserimento nella rete formativa delle scuole di specializzazione universitaria.

Pronto soccorso e picco estivo. Il piano estivo aziendale dimensiona posti letto attivi, personale e Pronto soccorso sui mesi di maggiore afflusso turistico. Ad agosto 2026 gli accessi al PS sono 2.064, il 73% in più che a febbraio, e quasi uno su quattro riguarda pazienti di altre regioni o stranieri; i ricoveri di questi pazienti crescono di circa dieci volte rispetto ai mesi invernali. Le azioni sono:

- adozione del piano estivo entro il 30 aprile di ogni anno;
- rafforzamento estivo dei turni del PS e della guardia medica turistica nei comuni costieri;
- protocolli condivisi con gli hub per i trasferimenti pediatrici e cardiologici.

In risposta alla frequente saturazione dei servizi d'emergenza-urgenza e dei reparti di degenza, l'Azienda garantisce la piena attuazione del «Piano regionale d'indirizzi per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso e dei flussi di ricovero» (DGR n. 16/15 dell'08/04/2026). La strategia triennale rimodella il percorso del paziente secondo le tre direttrici: > ingresso: decongestionamento dei flussi mediante filtro territoriale, integrazione sociosanitaria e interfacciamento COT per la quota di codici minori (32,2%); > gestione interna: governance della capacità di ricovero con Unità di Crisi, soglie di saturazione, corsie preferenziali per diagnostica/consulenze e gestione flessibile della risorsa posto letto; > uscita: riduzione del boarding assistenziale e continuità delle cure post-acute tramite gestione anticipata delle dimissioni complesse in raccordo con la COT e l'Ospedale di Comunità di Lanusei.

Il contributo dell'assistenza distrettuale alle direttrici di ingresso e di uscita, attraverso la rete prevista dal DM 77/2022, è descritto nella sez. C.3.2.

Personale. Al fine di migliorare la capacità dell'Azienda di erogare i servizi di assistenza ospedaliera si ritiene importante definire il dimensionamento del personale, adeguandolo alle reali esigenze operative mediante metodologie che tengano conto delle caratteristiche assistenziali delle diverse specialità e del livello di complessità. Si vuole favorire l'introduzione di strumenti di pianificazione dei turni capaci di prevenire il burnout del personale e garantire una copertura adeguata in tutte le aree, compreso il picco estivo.

D.3.2 Miglioramento appropriatezza assistenza ospedaliera

Un obiettivo prioritario è migliorare l'appropriatezza e l'efficienza dell'assistenza ospedaliera, mediante il miglioramento degli indicatori del Programma nazionale esiti (PNE) e del Nuovo sistema di garanzia (NSG) e il recupero dei livelli di degenza del 2025.

Nei primi sette mesi del 2026 la degenza media dei ricoveri ordinari è cresciuta da 6,0 a 7,1 giorni, con posti letto invariati. Medicina generale (occupazione all'89%) e Ortopedia (95%) lavorano vicino alla saturazione; Chirurgia ha margini (58%); Ostetricia e ginecologia, con il punto nascita chiuso, utilizza il 7% dei posti letto ordinari.

Si riportano le principali azioni da realizzare nel triennio:

- riduzione del tasso di ospedalizzazione, riportandolo a un valore uguale o inferiore a 160 per mille abitanti;
- riduzione della degenza media dei ricoveri ordinari ai livelli del 2025 (6,0 giorni), con monitoraggio mensile della degenza media e delle giornate di degenza oltre soglia per disciplina;

- miglioramento degli indicatori del PNE e del NSG, a partire dai DRG ad alto rischio di inappropriatezza e dai ricoveri ripetuti;
- miglioramento dei valori degli indici di complessità della casistica ospedaliera (ICM);
- conversione in regime diurno di alcune attività attualmente erogate in modo inappropriato in regime di ricovero ordinario, e conversione di alcune attività attualmente erogate in regime diurno in prestazioni ambulatoriali;
- programmazione delle sedute operatorie per Chirurgia e Ortopedia, con l'obiettivo di recuperare l'attività programmata oggi effettuata fuori ASL (419 ricoveri nei primi sette mesi del 2026);

D.3.3 Definire e governare le reti di cura

Al fine di assicurare al cittadino dell'Ogliastra un uguale accesso alle cure, con una risposta appropriata anche nelle patologie più complesse, è necessario definire e sviluppare un'«organizzazione a rete». Le aree interessate sono le urgenze cardiovascolari/infarto, la traumatologia, l'ictus, l'area neonatologica e i punti nascita, l'oncologia, la pediatria, l'area trapiantologica, l'emergenza-urgenza, la terapia del dolore e le malattie rare. La rete va intesa come un insieme di strutture legate da connessioni continue, con una riconfigurazione dell'offerta per tipologia di prestazioni, volumi e case-mix e con un coordinamento tecnico-scientifico basato su linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali condivisi, in raccordo interaziendale.

In un territorio con ospedali di riferimento a 47-139 minuti (sez. C.1 della Parte I), la collocazione del PO nelle reti tempo-dipendenti è decisiva. Le carenze dell'offerta locale si leggono nella mobilità passiva: il 40,7% dei ricoveri dei residenti avviene in altre aziende sarde, l'area cardiologica è la prima voce per valore (221 ricoveri, 1,13 milioni di euro) e l'area materno-infantile conta 543 ricoveri. Dal Pronto soccorso i trasferimenti ad altri ospedali salgono a 253, di cui 56 per dolore toracico e 70 pediatrici.

Si riportano le principali azioni da realizzare nel triennio:

- avvio/consolidamento dell'organizzazione a rete, con riconfigurazione dell'offerta per tipologia di prestazioni, volumi e case-mix delle strutture interessate;
- consolidamento della collocazione del PO nelle reti tempo-dipendenti (infarto, ictus, trauma), con protocolli condivisi con gli hub di Nuoro e Cagliari e con AREUS per i trasferimenti, e con il teleconsulto;
- sviluppo e condivisione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali;
- monitoraggio della mobilità passiva per disciplina, per distinguere quella appropriata, verso funzioni di alta specialità non presenti in Ogliastra, da quella recuperabile in loco;
- accreditamento istituzionale delle strutture inserite nelle reti.

La rete oncologica. All'interno delle reti di cura assume particolare rilievo la rete oncologica, anche perché i tumori sono la seconda causa di morte in Ogliastra (167 decessi nel 2025, il 27,0%). Il DM 2 aprile 2015, n. 70 prevede che, nel disegno globale della rete ospedaliera, siano strutturate reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post-acuti con l'attività territoriale, con obiettivi di qualità, sicurezza e umanizzazione delle cure.

Con DGR n. 4/25 del 30/01/2018 la Regione Sardegna ha approvato i primi indirizzi per il modello organizzativo della rete oncologica regionale e ha dato mandato al Coordinamento oncologico regionale di definirla, svilupparla e aggiornarla. L'atto ha individuato i livelli della rete: Coordinamento, Comitato scientifico, presidi hub e spoke, Centri di accoglienza e supporto (CAS), Gruppi interdisciplinari di cura (GIC) e gruppi di lavoro specifici. Con DGR n. 38/49 del 17/11/2023 (Livelli e strumenti della Rete oncologica regionale) sono stati approvati l'aggiornamento del Piano della rete, il Molecular Tumor Board regionale, i regolamenti dei GIC e dei CAS e le linee di indirizzo per i PDTA oncologici.

La rete intende superare le disomogeneità territoriali, raggiungere standard diagnostico-terapeutici uniformi e sempre più elevati, semplificare l'accesso ai servizi e avvicinarli al contesto di vita della persona. Nella ASL Ogliastra opera un ambulatorio specialistico di cure oncologiche, con 5 posti di day hospital presso il Presidio ospedaliero. L'Atto aziendale prevede una SSD Oncologia nel Dipartimento di integrazione ospedale-territorio, oggi vacante (sez. D.6 della Parte I). Con deliberazione del DG n. 635 del 24/12/2024 l'ambulatorio è stato riorganizzato con due Gruppi interdisciplinari di cura e l'istituzione del CAS aziendale, individuando componenti e responsabile del coordinamento funzionale. Nel triennio è prioritaria la copertura dell'incarico di direzione della SSD Oncologia.

D.3.4 Migliorare la qualità e sicurezza delle cure

La qualità e la sicurezza delle cure sono garantite anzitutto da adempimenti normativi quali l'accreditamento istituzionale, strumento di garanzia della qualità che promuove il miglioramento continuo delle prestazioni, dell'efficienza e dell'organizzazione per la tutela della salute dei cittadini nei livelli essenziali di assistenza (Intesa Stato-Regioni sulla «Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento», in attuazione dell'art. 7, comma 1, del Patto per la salute 2010-2012). Un'ulteriore garanzia è data dalla certificazione volontaria di parte terza di unità operative o percorsi secondo le norme UNI EN ISO, in particolare la UNI EN ISO 9001:2015.

È fondamentale inoltre sviluppare un sistema di gestione del rischio clinico, della sicurezza del paziente, dell'appropriatezza e dell'umanizzazione delle cure, sulla base degli atti di indirizzo regionali.

Nel Pronto soccorso la sicurezza dipende dalla tempestività della presa in carico. Tra gennaio e agosto 2026 solo il 59,4% dei codici 2 accede al trattamento entro 15 minuti e gli abbandoni salgono dal 3,5% al 6,0% degli accessi.

Si riportano le principali azioni da realizzare nel triennio:

- potenziamento del sistema aziendale per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico;
- implementazione del Sistema informativo regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES);
- prosecuzione delle attività di certificazione volontaria di parte terza già avviate;
- realizzazione o partecipazione a programmi regionali o nazionali, o attivazione di progetti, in materia di appropriatezza e umanizzazione delle cure;
- percorsi specifici per le vittime di violenza di genere in tutti i punti di ingresso del sistema di emergenza-urgenza;
- miglioramento dei tempi di accesso al trattamento in PS, a partire dal codice 2, e riduzione degli abbandoni.

D.3.5 Ammodernamento strutturale e tecnologico

Nel corso degli ultimi anni l'azienda ha investito nel miglioramento strutturale del presidio con ammodernamento tecnologico delle attrezzature sanitarie e realizzare un piano di investimenti per l'aggiornamento delle attrezzature obsolete e per l'acquisto di nuove dotazioni, come ecografi portatili e sistemi di telemedicina, migliorare la tempistica di fornitura e la congruenza delle stesse alle reali esigenze della struttura richiedente, spesso in ambito di finanziamenti con i fondi PNRR gestiti da ARES.

Parallelamente stati ultimati, nel corso del 2026, le opere di ristrutturazione delle sale di Risonanza e Angiografo che ne hanno permesso la sostituzione con i fondi PNRR.

Nell'ottica di un miglioramento ed ottimizzazione delle prestazioni sanitarie erogate sulla base dei fabbisogni espressi dalle Unità Operative e sulla base dei finanziamenti ulteriori a quelli in essere e concessi nel corso degli ultimi 3 anni, l'azienda ha proceduto, per il triennio 2027/2029 con un piano triennale dei lavori che

favorisca il completamento delle ristrutturazioni e il potenziamento dell'operatività delle strutture ospedaliere.

Uno degli interventi programmati e in corso di progettazione è la messa a norma antincendio del Presidio Ospedaliero per le aree più datate come Rianimazione e Radiologia e della centrale di distribuzione dei gas medicali (finanziamento FSC 2014-2020 di € 2.500.000 e finanziamento FSC 21-27 per un importo di € 800.000,00).

I fondi PNRR relativi all'adeguamento sismico del P.O. sono in fase di rivalutazione da parte della RAS.

Inoltre si segnalano i nuovi investimenti finanziati con i fondi FSC 2021-27, attualmente in corso di progettazione:

• completamento della ristrutturazione del reparto di Medicina, in fase di finanziamento con fondi FSC 21-27 per un importo di € 650.000,00, e allestimento dello stesso.

• acquisto ecotomografi (Ginecologico alta fascia, chirurgico alta fascia con sonda rotante, portatile per anestesia/ rianimazione e per pronto soccorso, Cardiologico alta fascia);

Altri interventi finanziati con altre linee di intervento e attualmente in corso di realizzazione sono: adeguamento cabina MT del P.O. (lavori consegnati e in corso), sopraelevazione Hall (progettazione in corso), interventi ristrutturazione OBI pronto soccorso (lavori in fase di ultimazione) e Interventi di ampliamento Covid Pronto soccorso (progettazione in corso).

PARTE III - LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO PATRIMONIALE

Bilancio Preventivo Economico annuale e pluriennale 2027 2029

Sintesi dati economici – BEP 2027

Il Bilancio economico preventivo 2027 presenta un valore della produzione di € 155.354.272,50, sostanzialmente in linea con il 2026 (-0,15%, pari a circa € 234 mila in meno). La componente principale è costituita dai contributi in conto esercizio, che raggiungono € 139,4 milioni (+1,12%), trainati dalla quota del Fondo sanitario regionale indistinto, pari a € 129,5 milioni (+1,73%). A questa crescita si aggiungono l'aumento dei ricavi per prestazioni sanitarie, che salgono a € 6,1 milioni (+22,78%) grazie alla mobilità attiva, e quello dei ticket, pari a quasi € 2 milioni (+28%). Questi incrementi compensano quasi del tutto il minore utilizzo dei fondi vincolati degli esercizi precedenti, scesi a € 2,36 milioni (-62,68%). La riduzione non segnala una minore capacità di spesa: è una scelta di programmazione che distribuisce queste risorse in quote uguali sull'intero triennio, per accompagnare gradualmente la riorganizzazione dei servizi.

Sul versante opposto, i costi della produzione ammontano a € 151.662.293,12, anch'essi stabili (-0,20%). Il loro peso si concentra quasi interamente su tre aggregati: acquisti di beni, acquisti di servizi e costo del personale, che insieme valgono € 143,2 milioni, cioè il 94,41% del totale.

La voce più consistente è quella degli acquisti di servizi, pari a € 76,5 milioni, circa metà dei costi complessivi, con una crescita contenuta dello 0,50%. Al suo interno l'andamento è asimmetrico. I servizi sanitari crescono dell'1,07% e raggiungono € 67,5 milioni, soprattutto per l'assistenza riabilitativa (+€ 1,38 milioni) e la farmaceutica convenzionata (+€ 511 mila). I servizi non sanitari scendono invece a € 8,9 milioni (-3,60%). Prosegue inoltre la riduzione del ricorso a consulenze, collaborazioni e lavoro interinale sanitario, che cala di quasi € 1 milione (-29,49%). L'obiettivo è dare maggiore stabilità organizzativa, anche se la carenza di dirigenti medici impone ancora il ricorso a convenzioni con altre aziende.

Il costo del personale, pari a € 52,3 milioni (circa un terzo dei costi), è la voce con il maggiore incremento in valore assoluto: +€ 851 mila, pari a +1,65%. L'aumento si concentra nella dirigenza medica (+€ 809 mila, +4,45%) e riflette il potenziamento dell'organico previsto dal Piano triennale del fabbisogno di personale. In questo quadro rientrano le 65 nuove unità tra infermieri e operatori socio-sanitari destinate alle Case della Comunità di Lanusei e Jerzu e all'Ospedale di Comunità di Lanusei.

Gli acquisti di beni valgono € 14,4 milioni e si riducono del 4,90% (-€ 740 mila). Sono composti quasi interamente da beni sanitari, in particolare farmaci ed emoderivati per € 9,9 milioni, approvvigionati in larga parte tramite l'Hub del farmaco, e dispositivi medici per € 3,3 milioni.

Nel complesso, la differenza tra valore e costi della produzione, pari a € 3,69 milioni, copre interamente l'IRAP. Il bilancio chiude così in pareggio per ciascun anno del triennio 2027-2029, in coerenza con le indicazioni regionali.

Conto economico preventivo 2027-2029: sintesi per macrovoci

Nel triennio il conto economico preventivo resta sostanzialmente stabile. Il valore della produzione passa da € 155,35 milioni nel 2027 a € 155,77 milioni nel 2028 (+€ 416,5 mila, +0,27%) e a € 155,78 milioni nel 2029. I contributi in conto esercizio (A.1) ne costituiscono circa il 90% e crescono di € 187 mila nel 2028. La variazione

più rilevante riguarda la compartecipazione alla spesa (A.6), che sale di € 705 mila nel 2028 (+35,3%), mentre si riducono i ricavi per prestazioni (A.4, –€ 280 mila) e i concorsi, recuperi e rimborsi (A.5, –€ 195 mila). Sul lato dei costi, l'incremento del 2028 (+€ 416,5 mila) si concentra negli acquisti di servizi non sanitari (+€ 980 mila, +11,0%), in parte compensato dall'azzeramento della variazione delle rimanenze (–€ 397 mila) e dalla lieve riduzione dei servizi sanitari (–€ 160 mila). Il costo del personale è mantenuto costante sul livello 2027 (€ 52,34 milioni, pari a circa il 35% dei costi della produzione), con il ruolo sanitario che ne assorbe il 78%. In tutti e tre gli esercizi la differenza tra valore e costi della produzione, pari a € 3,69 milioni, copre integralmente l'IRAP, in assenza di componenti finanziarie, rettifiche e partite straordinarie: il risultato di esercizio è quindi in pareggio. La Tabella A.1 riporta la sintesi per macrovoci del modello CE.

Tabella A.1 – Conto economico preventivo 2027-2029, sintesi per macrovoci (valori in euro)

Codice	Voce	2027	2028	2029
	A) VALORE DELLA PRODUZIONE			
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	139.372.952,91	139.560.294,54	139.560.294,54
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	–160.000,00	–160.000,00	–160.000,00
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	2.356.263,67	2.356.263,67	2.356.263,67
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	6.107.295,87	5.826.976,65	5.826.976,65
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	3.295.676,54	3.100.521,54	3.100.521,54
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	1.996.241,51	2.700.881,52	2.707.747,52
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	2.327.652,00	2.327.652,00	2.327.652,00
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00	0,00	0,00
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	58.190,00	58.190,00	58.190,00
AZ9999	**Totale valore della produzione (A)**	**155.354.272,50**	**155.770.779,92**	**155.777.645,92**
	B) COSTI DELLA PRODUZIONE			
BA0010	B.1) Acquisti di beni	14.367.773,13	14.368.137,13	14.368.137,13
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	76.475.124,08	77.295.044,37	77.295.044,37
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	1.842.634,56	1.842.634,56	1.842.634,56
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	1.577.158,64	1.577.158,64	1.577.158,64
BA2080	**Costo del personale**	**52.344.970,05**	**52.344.970,05**	**52.344.970,05**
BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	40.746.621,09	40.746.621,09	40.746.621,09
BA2230	B.6) Personale del ruolo professionale	140.057,63	140.057,63	140.057,63
BA2320	B.7) Personale del ruolo tecnico	7.425.888,64	7.425.888,64	7.425.888,64
BA2410	B.8) Personale del ruolo amministrativo	4.032.402,69	4.032.402,69	4.032.402,69
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	913.093,66	906.227,66	913.093,66
BA2570	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	28.247,00	28.247,00	28.247,00
BA2580	B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	2.299.405,00	2.299.405,00	2.299.405,00

Codice	Voce	2027	2028	2029
BA2630	B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0,00	0,00	0,00
BA2660	B.13) Variazione delle rimanenze	396.911,00	0,00	0,00
BA2690	B.14) Accantonamenti dell'esercizio	1.416.976,00	1.416.976,14	1.416.976,14
BZ9999	**Totale costi della produzione (B)**	**151.662.293,12**	**152.078.800,55**	**152.085.666,55**
CZ9999	C) Totale proventi e oneri finanziari	0,00	0,00	0,00
DZ9999	D) Totale rettifiche di valore di attività finanziarie	0,00	0,00	0,00
EZ9999	E) Totale proventi e oneri straordinari	0,00	0,00	0,00
XA0000	**Risultato prima delle imposte (A – B ± C ± D ± E)**	**3.691.979,37**	**3.691.979,37**	**3.691.979,37**
YA0010	Y.1) IRAP	3.691.979,37	3.691.979,37	3.691.979,37
YA0060	Y.2) IRES	0,00	0,00	0,00
YA0090	Y.3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	0,00	0,00	0,00
YZ9999	**Totale imposte e tasse (Y)**	**3.691.979,37**	**3.691.979,37**	**3.691.979,37**
ZZ9999	**RISULTATO DI ESERCIZIO**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

Fonte: elaborazione sul modello CE del Bilancio economico preventivo 2027-2029. Il costo del personale (BA2080) è dettagliato per ruolo (B.5-B.8). Le voci C, D ed E sono riportate per totale.