



2022 - 2024

Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)– ASL Sulcis

INDICE

1	Premessa	4
2	SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	4
2.1	Chi siamo	4
2.2	Cosa facciamo	5
2.3	Come Operiamo	6
2.4	Analisi di contesto	7
2.5	Amministrazione in cifre	7
3	VALORE PUBBLICO	13
3.1	Valore pubblico	13
3.2	Accessibilità digitale/procedure da semplificare e re-ingegnerizzare	14
4	PERFORMANCE	15
4.1	Obiettivi strategici	15
4.2	Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	20
4.3	Pianificazione triennale 2022 – 2024	20
4.4	Sistema di misurazione e valutazione della performance	24
4.5	Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	24
5	ANTICORRUZIONE	25
6	ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	27
6.1	Struttura organizzativa	27
6.2	Organizzazione del lavoro agile	28
6.3	Piano triennale del fabbisogno del personale	29
6.4	Formazione del personale	29
7	MONITORAGGIO	29

Si allegano i seguenti documenti:

1) Regolamento “Sistema di misurazione e valutazione della performance ATS Sardegna” Delib. n. 221 del 7/4/2020, integrato con Delib. n. 506 del 30/06/2021;

2) Piano Triennale Anticorruzione e Trasparenza 2022-2024 D.D.G. n. 60 del 29/4/2022 e suoi allegati:

- Catalogo Processi
- Tabella rischi e misure di prevenzione;
- Tabella Obblighi di pubblicazione;
- Elenco riferimenti normativi;
- Tabella Misurazione del Rischio

3. Nota ATS Sardegna avente ad oggetto:” D.P.C.M..del 23 settembre 2021 – Misure in materia di pubblico impiego – Aggiornamento sulle modalità di applicazione del lavoro agile.”

4. Piano Fabbisogno del personale

5. Piano Formativo aziendale 2022 adottato con Delibera del C.S. N. 963 del 21.12.2021

1 Premessa

Appare opportuno premettere che la Regione Sardegna, con LR n. 24/2020, ha avviato una profonda riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale, finalizzata a ridefinire il modello di governance complessiva della Sanità Sarda.

Ai sensi della citata legge regionale è cessata l'Azienda per la Tutela della Salute (ATS), istituita con L.R. n. 17/2016, e sono state istituite otto nuove aziende sanitarie aventi personalità giuridica di diritto pubblico, dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione.

In coerenza con la L.R. 24/2020, con Deliberazione G.R. n. 46/30 del 25.11.2021 è stata istituita la Asl n. 7 del Sulcis, con decorrenza dal 1 gennaio 2022.

La Riforma sanitaria regionale ha, inoltre, previsto la nascita dell'Azienda Regionale della Salute (ARES), con la specifica missione di assicurare il supporto tecnico-amministrativo alle Aziende del Sistema Sanitario Regionale, svolgendo in forma centralizzata le funzioni indicate all'art. 3 della L.R. 24/2020.

In ottemperanza al D.Lgs n. 150/2009, al D.Lgs. N. 165/2001 e all'art.6 del D.L. n. 80/2021 convertito con modificazioni dalla Legge n. 113/2021, la Asl Sulcis è tenuta obbligatoriamente all'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Il Piano integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è un documento programmatico triennale, con aggiornamento annuale.

Rappresenta un documento unico di programmazione e governance che assorbe, in un'ottica di semplificazione ed integrazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni ed in particolare, tra gli altri, il Piano della performance, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile – POLA, Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e di promozione della Trasparenza, la programmazione dei fabbisogni formativi, il Piano triennale del fabbisogno del personale.

Alla luce di quanto esposto, si ritiene necessario evidenziare che allo stato attuale, nelle more della definizione delle Linee guida della Giunta Regionale, la Asl Sulcis non ha ancora adottato l'Atto Aziendale. Ne consegue che tutti gli atti di pianificazione facenti parte del presente Piano saranno oggetto di aggiornamento.

2 SCHEDE ANAGRAFICHE DELL'AMMINISTRAZIONE

2.1 Chi siamo

L'Azienda Sanitaria Locale n.7 del Sulcis (di seguito ASL Sulcis) è un'Azienda dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale ai sensi del D.Lgs 502/92 e s.m.i.

La ASL Sulcis è stata costituita in attuazione della L.R. 24/2020 integrata dalla Legge Regionale n° 32 del 23 dicembre 2020 con DGR n. 46/30 del 25 novembre 2021, con decorrenza dal 1 gennaio 2022.

L'ambito territoriale della Azienda del Sulcis, è definito dal comma 3 art. 9 della L.R. 24/2020, e corrisponde ad una porzione dell'attuale Provincia del Sud Sardegna. Comprende 23 Comuni, con una estensione di circa 1499,67 Km², (pari al 6,21% dell'intera superficie della Sardegna); la popolazione indicata dall'Istat a gennaio 2022 è di 112.425 abitanti, cui vanno aggiunte le migliaia di presenze determinate dai flussi turistici nei periodi estivi.

La sede legale è ubicata nel Comune di Carbonia in via Dalmazia, n. 83.

Il sito ufficiale internet della azienda è all'indirizzo web: www.aslsulcis.it

L'Azienda Sanitaria Locale n. 7 del Sulcis è articolata in:

- n. 3 Presidi Ospedalieri: P.O. Sirai-Carbonia, P.O. CTO e P.O. S.Barbara –Iglesias;
- n. 3 Distretti Socio Sanitari: Carbonia, Iglesias e Isole San Pietro e Sant'Antioco.
- N. 2 Dipartimenti: Dipartimento Prevenzione e Dipartimento Salute Mentale

2.2 Cosa facciamo

L'Azienda socio-sanitaria locale del Sulcis persegue la finalità di proteggere, promuovere e tutelare la salute dei cittadini attraverso l'erogazione di servizi ed attività, gratuitamente o mediante compartecipazione (ticket), compresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*".

I LEA sono ricompresi in tre grandi categorie:

Prevenzione collettiva e sanità pubblica, cui afferiscono le seguenti attività:

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

Assistenza distrettuale, che si articola nelle seguenti aree di attività:

- A) assistenza sanitaria di base;
- B) emergenza sanitaria territoriale;
- C) assistenza farmaceutica;
- D) assistenza integrativa;

- E) assistenza specialistica ambulatoriale;
- F) assistenza protesica;
- G) assistenza termale;
- H) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
- I) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

Assistenza ospedaliera, che si articola nelle seguenti aree di attività:

- A) pronto soccorso;
- B) ricovero ordinario per acuti;
- C) day surgery;
- D) day hospital;
- E) riabilitazione;
- F) attività trasfusionali;

2.3 Come Operiamo

L'erogazione dei servizi e delle prestazioni agli utenti viene assicurata nel rispetto dei fondamentali principi e valori che possiamo riassumere come segue:

- **EGUAGLIANZA:** ogni utente ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, ceto, religione ed opinioni politiche;
- **PARTECIPAZIONE:** l'Azienda nel riconoscere la centralità del Cittadino, ne garantisce la partecipazione tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini;
- **RISPETTO** della dignità umana e della privacy;
- **EQUITA' e IMPARZIALITÀ** vengono garantite al cittadino per l'accesso e per il trattamento;
- **CENTRALITÀ DELLA PERSONA:** il cittadino è una persona con una sua specificità biologica, psicologica e sociale alla quale occorre garantire risposte basate su una valutazione multidimensionale e personalizzata delle condizioni di salute intesa come benessere psico-fisico-sociale;
- **UMANIZZAZIONE:** le prestazioni vengono erogate nel rispetto della dignità della persona, soprattutto in particolari circostanze di deficit fisico e psicologico;
- **DIRITTO DI SCELTA:** il cittadino ha il diritto, nei limiti e nelle forme previste dalla normativa, a scegliere la struttura sanitaria dove farsi curare;
- **EFFICIENZA ED EFFICACIA SANITARIA:** i servizi sanitari devono essere erogati in modo da garantire un risultato qualitativamente valido e l'economicità nell'impiego delle risorse;
- **CONTINUITA':** Il cittadino ha diritto all'erogazione dei servizi sanitari in modo continuativo;
- **TRASPARENZA:** i cittadini e le loro associazioni hanno diritto di conoscere in maniera trasparente i processi decisionali, le modalità di erogazione e accesso ai servizi come garanzia di uguaglianza e imparzialità, le modalità di gestione delle risorse finanziarie e umane in maniera ottimale nel rispetto del bene pubblico;
- **APPROPRIATEZZA:** intesa come insieme di strumenti, tempi, azioni poste in essere da professionisti competenti, supportate da evidenze scientifiche in termini di efficacia delle cure e delle procedure organizzative adottate;
- **SICUREZZA DEI PRODOTTI, PROCESSI E AMBIENTI DI LAVORO,** intesa come insieme di tecnologie, regole, procedure e comportamenti finalizzati a garantire la massima tutela per i pazienti e gli operatori che usufruiscono o lavorano nei servizi.

2.4 Analisi di contesto

Il contesto in cui opera l’Azienda è caratterizzato da una pluralità di bisogni e da rapidi mutamenti della struttura socio-demografica che comportano perciò una gestione improntata alla ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi.

Detto contesto negli anni 2020 e 2021 è stato reso ancor più difficoltoso a causa del diffondersi dell’emergenza pandemica per COVID-19 che, a partire da febbraio 2020, ha fortemente condizionato tutto il Sistema Sanitario Regionale ed Aziendale, rendendo necessario mettere in atto drastiche misure di contenimento e contestualmente avviare un processo di riorganizzazione dei servizi sanitari per rendere adeguata l’offerta ai bisogni della popolazione sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Un secondo aspetto che ha influenzato l’operatività della Asl Sulcis è la riforma del Sistema Sanitario Regionale che, come indicato in premessa con la LR n. 24 del 11 settembre 2020, ha definito la disgregazione della Azienda per la Tutela della Salute e la nascita delle nuove ASL.

La riforma del Sistema Sanitario Regionale ha comportato per detta Azienda la necessità di adottare rapide soluzioni per fronteggiare i mutamenti organizzativi in atto, assicurando sempre un sistema incentrato sull’integrazione di numerosi fattori tra loro complementari, quali la gestione del rischio clinico, i percorsi assistenziali, la gestione del personale e l’accountability verso il cittadino.

2.5 Amministrazione in cifre

Tenuto conto che l’andamento dell’attività dell’ASL Sulcis negli anni 2020 e 2021 è stato fortemente condizionato dalla necessità di fronteggiare l’emergenza pandemica, si indicano di seguito alcuni dati di attività relativi alla :

- **assistenza ospedaliera** garantita dai Presidi Ospedalieri: Sirai di Carbonia, CTO e S.Barbara di Iglesias;
- **assistenza territoriale** garantita dai Distretti Socio Sanitari di: Carbonia, Iglesias e Isole San Pietro e Sant’Antioco;
- **attività di specialistica ambulatoriale** dei Presidi Ospedalieri e dalle strutture private convenzionate .

1 Dati di attività – Assistenza ospedaliera

Struttura Erogante	Erogatore	2021 Totale				2020 Totale				Delta su totale dimessi		Delta su totale dimessi (Netto COVID)	
		Totale dimessi	2 - Day Hospital	1 - Ricovero Ordinario	Di cui totale dimessi COVID	Totale dimessi	2 - Day Hospital	1 - Ricovero Ordinario	Di cui totale dimessi COVID	Assoluto	%	Assoluto	%
P.O. Sirai	0801 - Cardiologia	652	76	576		560	49	511		92	16%		
P.O. Sirai	0901 - Chirurgia Generale	823	104	719		968	48	920		-145	-15%		
P.O. Sirai	1801 - Ematologia	176	176			164	164			12	7%		
P.O. Sirai	2601 - Medicina Generale	1070		1070		1498	5	1493	1	-428	-29%	-1	100
P.O. Sirai	2901 - Nefrologia					87	87			-86	-99%		
P.O. Sirai	3201 - Neurologia	343	36	307		310	21	289		33	11%		

P.O. Sirai	3601 - Ortopedia E Traumatologia	538	20	518	0	555	15	540	1	-17	-3%	-1	100
P.O. Sirai	4001 - Psichiatria	331		331		325	2	323		6	2%		
P.O. Sirai	4301 - Urologia	426	112	314		510	94	416		-84	-16%		
P.O. Sirai	4901 - Terapia Intensiva	77		77		62		62		15	24%		
P.O. Sirai	5001 - Unità Coronarica	55	1	54		63	2	61		-8	-13%		
P.O. Sirai	6401 - Oncologia	284	284			278	278			6	2%		
P.O. Santa Barbara	2901 - Nefrologia						1			0			
P.O. Santa Barbara	6801 - Pneumologia	36	36			52	52			-16	-31%		
P.O. C.T.O.	0901 - Chirurgia Generale	372	145	227		314	115	199		58	18%		
P.O. C.T.O.	2601 - Medicina Generale	879	69	810	6	963	65	898	3	-84	-9%	3	50%
P.O. C.T.O.	3101 - Nido	275		275		303		303		-28	-9%		
P.O. C.T.O.	3401 - Oculistica	566	566			515	515			51	10%		
P.O. C.T.O.	3601 - Ortopedia E Traumatologia	423	182	241		219	178	41		204	93%		
P.O. C.T.O.	3701 - Ostetricia E Ginecologia	641	122	519		708	65	643		-67	-9%		
P.O. C.T.O.	3801 - Otorinolaringoiatria	139	39	100		105	43	62		34	32%		
P.O. C.T.O.	3901 - Pediatria	372	123	249		388	127	261		-16	-4%		
P.O. C.T.O.	4901 - Terapia Intensiva	33		33		47		47		-14	-30%		

Struttura	Erogatore	2021				2020				Delta Peso medio		Delta (Netto Covid)	
		Peso Medio	2 - Day Hospital	1 - Ricovero Ordinario	Di cui Covid	Peso Medio	2 - Day Hospital	1 - Ricovero Ordinario	Di cui Covid	Assoluto	Percentuale	Assoluto	Percentuale
P.O. Sirai	0801 - Cardiologia	1,3	1,16	1,44		1,17	1,02	1,32		0,13	11%		
P.O. Sirai	0901 - Chirurgia Generale	0,97	0,8	1,15		1	0,85	1,14		-0,02	-2%		
P.O. Sirai	1801 - Ematologia	0,88	0,88			0,86	0,86			0,02	2%		
P.O. Sirai	2601 - Medicina Generale	1,07		1,07		0,95	0,89	1,01		0,12	13%		
P.O. Sirai	2901 - Nefrologia	1,15	1,15			1,18	1,18			-0,03	-3%		
P.O. Sirai	3201 - Neurologia	0,95	0,82	1,08		0,96	0,84	1,07		-0,01	-1%		
P.O. Sirai	3601 - Ortopedia E Traumatologia	1,19	0,86	1,51		1,08	0,75	1,41		0,1	10%		
P.O. Sirai	4001 - Psichiatria	0,67		0,67		0,74	0,77	0,71		-0,06	-8%		
P.O. Sirai	4301 - Urologia	1,11	1,01	1,21		1,15	1,15	1,15		-0,04	-3%		
P.O. Sirai	4901 - Terapia Intensiva	2,98		2,98		3,41		3,41		-0,42	-12%		
P.O. Sirai	5001 - Unità Coronarica	1,82	2,3	1,33		0,85	0,52	1,19		0,96	113%		

P.O. Sirai	6401 - Oncologia	0,77	0,77			0,77	0,77			0	0%		
P.O. Santa Barbara	2901 - Nefrologia					0,61	0,61			-0,61	-100%		
P.O. Santa Barbara	3401 - Oculistica									0			
P.O. Santa Barbara	4901 - Terapia Intensiva									0			
P.O. Santa Barbara	6801 - Pneumologia	0,89	0,89			1	1			-0,11	-11%		
P.O. C.T.O.	0901 - Chirurgia Generale	1,01	0,78	1,23		1,03	0,79	1,26		-0,02	-2%		
P.O. C.T.O.	1101 - Chirurgia Pediatrica									0			
P.O. C.T.O.	2601 - Medicina Generale	1,03	0,81	1,25	0,66	1,12	1,04	1,2	0,56	-0,09	-8%	0,1	17,80%
P.O. C.T.O.	3101 - Nido	0,18		0,18		0,16		0,16		0,01	7%		
P.O. C.T.O.	3401 - Oculistica	0,84	0,84			0,84	0,84			0	0%		
P.O. C.T.O.	3601 - Ortopedia E Traumatologia	1,05	0,83	1,26		1,21	0,84	1,58		-0,16	-13%		
P.O. C.T.O.	3701 - Ostetricia E Ginecologia	0,58	0,62	0,55		0,6	0,66	0,54		-0,02	-3%		
P.O. C.T.O.	3801 - Otorinolaringoiatria	0,77	0,95	0,59		0,81	0,91	0,72		-0,05	-6%		
P.O. C.T.O.	3901 - Pediatria	0,52	0,57	0,46		0,51	0,53	0,48		0,01	2%		
P.O. C.T.O.	4901 - Terapia Intensiva	3,69		3,69		3,1		3,1		0,6	19%		

Macrostruttura	Specialità	2021		2020		Delta degenza media		Delta degenza media COVID	
		Degenza Media	Di Cui Covid	Degenza Media	Di Cui Covid	Assoluto	%	Assoluto	%
P.O. C.T.O.	09 - Chirurgia Generale	3,14		2,69		0,45	16,73%		
P.O. C.T.O.	26 - Medicina Generale	8,8	3,75	8,06	1,75	0,74	9,18%	2	114,29%
P.O. C.T.O.	31 - Nido	2,78		3,01		-0,23	-7,64%		
P.O. C.T.O.	36 - Ortopedia E Traumatologia	4,24		6,49		-2,25	-34,67%		
P.O. C.T.O.	37 - Ostetricia E Ginecologia	3,41		3,54		-0,13	-3,67%		
P.O. C.T.O.	38 - Otorinolaringoiatria	1,27		1,53		-0,26	-16,99%		
P.O. C.T.O.	39 - Pediatria	3,29		4		-0,71	-17,75%		
P.O. Sirai	08 - Cardiologia	7,12		6,57		0,55	8,37%		
P.O. Sirai	09 - Chirurgia Generale	7,12		5,83		1,29	22,13%		
P.O. Sirai	26 - Medicina Generale	8,27		6,66	2	1,61	24,17%	-2	-100,00%

P.O.Sirai	32 - Neurologia	7,89		6,19		1,7	27,46%		
P.O.Sirai	36 - Ortopedia E Traumatologia	10,4		8,59	3	1,81	21,07%	-3	-100,00%
P.O.Sirai	43 - Urologia	7,4		5,22		2,18	41,76%		
P.O.Sirai	49 - Terapia Intensiva	15,31		15,56		-0,25	-1,61%		
P.O.Sirai	50 - Unità Coronarica	5,02		4,56		0,46	10,09%		
ARI00-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	49 - Terapia Intensiva	24,52		14,83		9,69	65,34%		
SMS - DSMD	40 - Psichiatria	9,86		13,01		-3,15	-24,21%		

Macrostruttura	Voce	2021	2020	Differenza
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	42%	48%	-6%
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	9%	10%	0%
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	5%	1%	4%
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	% Ricoveri urgenti brevi	8%	13%	-5%
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	Degenza media	8,16	6,64	1,52
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	Dimessi 0_2 giorno (dimessi vivi)	641	1.144,00	-503
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	Occupazione PL DH	0,8	0,77	0,03
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	Occupazione PL RO	0,77	0,74	0,03
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	RO - Indice di rotazione	37,39	44,53	-7,14
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	RO - Turn Over	2,29	2,18	0,11
20002900 - P.O.Santa Barbara (Iglesias)	% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	17%	38%	-21%
20002900 - P.O.Santa Barbara (Iglesias)	Occupazione PL DH	0,19	0,2	-0,01
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	39%	56%	-17%
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	15%	15%	0%
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	15%	7%	8%
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	% Ricoveri urgenti brevi	10%	11%	-1%
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	Degenza media	5,1	5,14	-0,04
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	Dimessi 0_2 giorno (dimessi vivi)	827	668	159
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	Occupazione PL DH	0,38	0,41	-0,03
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	Occupazione PL RO	0,34	0,35	-0,02
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	RO - Indice di rotazione	24,98	25,83	-0,85

20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	RO - Turn Over	9,69	9,17	0,52
ARI00- ANESTESIA E RIANIMAZIONE	Degenza media	24,52	14,83	9,69
ARI00-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	Occupazione PL RO	0,67	0,5	0,16
ARI00-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	RO - Indice di rotazione	11,25	16	-4,75
ARI00-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	RO - Turn Over	10,8	11,38	-0,58

INDICATORI DI ESITO
Interventi chirurgici tumore colon Priorità A

Struttura	2020			2021			Delta 2021-2020		
	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	Indicatore
20003000 - P.O.C.T.O. (Iglesias)	8	10	80%	2	2	100%	-6	-8	-20%
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	6	6	100%	16	18	88,90%	10	12	-11%

Interventi chirurgici tumore retto Priorità A

Struttura	2020			2021			Delta 2021-2020		
	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	Indicatore
20003000 - P.O.C.T.O. (Iglesias)	5	5	100%	4	4	100%	-1	-1	0
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	1	1	100%	6	7	85,70%	5	6	-14,30%

**Interventi tumore mammella Priorità A -
Strutture ospedaliere pubbliche**

Struttura	2020			2021			Delta 2021-2020		
	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	% Indicatore	Num	Den	Indicatore
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	8	9	88,90%	6	6	100%	-2	-3	-66%

**Proporzione di IMA trattati con PTCA entro 2
giorni**

Struttura	2021			2020			Delta
	Num	Den	Indicatore	Num	Den	Indicatore	2021-2020
20003000 - P.O.C.T.O. (Iglesias)	0	0	0	0	0	0	

20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	67	157	42,68%	72	152	47,37%	-4,69%
---------------------------------------	----	-----	--------	----	-----	--------	--------

Numero di fratture del femore operate entro
2 giorni a pazienti over 65

Struttura	2021			2020			Delta
	Num	Den	Indicatore	Num	Den	Indicatore	2021-2020
20003000 - P.O.C.T.O. (Iglesias)	1	2	50%	0	0	0%	
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	45	194	23,20%	50	200	25%	-1,80%

Percentuale parti cesarei primari (PCP)

Struttura	2021			2020			2021-2020		
	Totale dimessi PCP	Totale dimessi	Indicatore	Totale dimessi PCP	Totale dimessi	Proporzione PCP	Delta Numeratore	Delta Denominatore	Delta Indicatore
20003000 - P.O.C.T.O. (Iglesias)	61	249	24%	101	309	33%	40	60	-9%

Colecistectomia laparoscopica: degenza post-
operatoria inferiore a 3 giorni

Struttura	2021			2020			Delta 2021-2020		
	Num	Den	Proporzione	Num	Den	Proporzione	Num	Den	Proporzione
20003000 - P.O.C.T.O. (Iglesias)	50	54	92,60%	51	53	96,23%	1	-1	-3,63%
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	9	11	82%	12	15	80%	-3	-4	2%

Dati di attività – Assistenza territoriale

Tipo Struttura	Branca Specialistica	2021			2020			Delta		
		N° prestazioni per esterni	N° prestazioni equivalenti	N° prestazioni per interni	N° prestazioni per esterni	N° prestazioni equivalenti	N° prestazioni per interni	N° prestazioni per esterni	N° prestazioni equivalenti	N° prestazioni per interni
Privata	CARDIOLOGIA	5.846	41.420	-	4.307	27.155	-	1.539	14.265	0
	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	2.241	19.056	-	1.874	15.916	-	367	3.140	0
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	69.593	533.505	-	55.474	392.664	-	14.119	140.841	0
	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL. ETC.	316.285	317.308	-	271.771	265.717	-	44.514	51.591	0
	MED. FISICA E RIABILIT. - RECUPERO E RIAB. ETC.	121.371	162.947	-	107.903	138.367	-	13.468	24.580	0

	UROLOGIA		10	-	5	49	-	-4	-39	0
Privata Totale		515.336	1.074.246	-	441.334	839.868	-	74.003	234.378	-
Pubblica	ALTRO	62.439	175.084	-	44.554	134.491	-	17.885	40.593	0
	ANESTESIA	789	767	-	359	484	-	430	283	0
	CARDIOLOGIA	12.835	59.288	-	7.042	34.143	-	5.793	25.145	0
	CHIRURGIA GENERALE	865	1.576	-	160	343	-	705	1.233	0
	DERMOSIFILOPATIA	726	1.982	-	607	1.599	-	119	383	0
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	2.729	21.747	12.997	14.396	135.209	12.612	-11.667	-113.462	385
	ENDOCRINOLOGIA	646	2.652	-	568	2.506	-	78	146	0
	GASTROENTEROLOGIA - CHIR. ED ENDOSCOPI. DIGEST.	1.879	24.874	-	2.211	27.545	-	-332	-2.671	0
	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL. ETC.	497.812	437.502	51.960	289.278	254.967	56.529	208.534	182.535	-4.569
	MED. FISICA E RIABILIT. - RECUPERO E RIAB. ETC.	41.544	69.110	-	32.206	52.438	-	9.338	16.672	0
	NEFROLOGIA	19.917	670.969	-	20.172	676.604	-	-255	-5.635	0
	NEUROLOGIA	3.143	11.959	-	2.987	12.883	-	156	-924	0
	OCULISTICA	10.495	186.902	-	8.101	108.746	-	2.394	78.156	0
	ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIR. MAXILLO FACCIALE	493	1.760	-	1.764	6.734	-	-1.271	-4.974	0
	ONCOLOGIA	1.403	3.957	-	1.002	2.794	-	401	1.163	0
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	955	12.059	-	1.547	16.717	-	-592	-4.658	0
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.444	6.265	-	1.656	7.079	-	-212	-814	0
	OTORINOLARINGOIATRIA	1.939	4.403	-	1.620	3.787	-	319	616	0
	PNEUMOLOGIA	1.162	7.012	-	1.173	7.141	-	-11	-129	0
PSICHIATRIA	30	99	-	20	69	-	10	30	0	
UROLOGIA	1.211	18.799	-	1.289	21.288	-	-78	-2.489	0	
Pubblica Totale		664.511	1.719.000	64.957	432.824	1.508.095	69.141	231.687	210.905	-4.184

3 VALORE PUBBLICO

3.1 Valore pubblico

La missione strategica dell'ASL Sulcis è tutelare e promuovere la salute intesa come benessere psicofisico e sociale, dando soddisfazione ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, gestendo con efficienza le risorse disponibili per garantire con tempestività e in condizioni di sicurezza le prestazioni di prevenzione e cura efficaci, nel rispetto della persona e nell'interesse delle collettività.

L'ASL Sulcis concorre alla più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Sardegna, non limitandosi a garantire prestazioni sanitarie ma perseguendo l'obiettivo "salute" inteso quale miglioramento complessivo della qualità della vita della popolazione, secondo un approccio sinergico ed integrato con il sistema delle autonomie locali e con le altre agenzie che si occupano dello sviluppo economico, di tutela ambientale, dell'urbanistica, dei trasporti, dell'agricoltura, dello sport e tempo libero, per l'impatto che le stesse hanno sullo stato di salute.

L'Azienda persegue la propria missione attraverso una gestione imparziale tipica della pubblica amministrazione dove l'indirizzo politico riguarda il disegno complessivo delle scelte di fondo del sistema mentre le scelte gestionali sono ispirate esclusivamente dal valore delle competenze professionali, dall'attitudine all'adempimento dei compiti assegnati, dalla condivisa visione della missione aziendale.

Fondamentale è la relazione con i vari stakeholder che entrano nel sistema di produzione dei servizi: privato accreditato, organismi e istituzioni del Terzo Settore, forme di associazionismo strutturato e gruppi di auto-mutuo aiuto. Un ruolo di rilievo viene riconosciuto alle Amministrazioni locali cui spetta una funzione di garanzia dei bisogni delle comunità.

La visione strategica dell'Azienda è sviluppare integrazioni, alleanze e strategie sia all'interno dell'organizzazione con lo sviluppo dei processi di aziendalizzazione e responsabilizzazione della dirigenza su obiettivi e risultati, sia all'esterno per arricchire il capitale sociale esistente e migliorare l'offerta dei servizi.

Tale processo vede coinvolti anche i cittadini e le loro organizzazioni, le forze sociali e gli organismi di volontariato, a garanzia della legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa e della umanizzazione delle cure.

3.2 Accessibilità digitale/procedure da semplificare e re-ingegnerizzare

Per quanto riguarda le politiche di sviluppo e gestione dell'innovazione digitale, si evidenzia che l'ASL Sulcis è inserita in un contesto caratterizzato da una forte regia regionale che, ai sensi dell'art. 8 della LR 24/2020, si avvale di Ares per l'attuazione delle attività inerenti la sanità digitale.

Pertanto le azioni ed i progetti volti ad assicurare la capacità dei sistemi informatici di erogare servizi e fornire informazioni fruibili anche da parte di coloro che, a causa di disabilità o dell'età (ultrasessantacinquenni), necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari sono intraprese a livello regionale e generalmente coinvolgono la nostra azienda nelle fasi esecutive.

Nell'ambito della sanità digitale, la programmazione regionale è "finalizzata a garantire l'implementazione dell'utilizzo della cartella elettronica e del fascicolo sanitario elettronico per le ricerche epidemiologiche, a consentire l'integrazione delle reti sanitarie per qualificare le attività di Health technology assessment (HTA) e per creare network dematerializzati di logistica sanitaria".(art. 8 LR 24/2020)

Sempre all'Ares è assegnato il compito della elaborazione del Piano regionale triennale di sanità digitale per la individuazione di una bozza di livelli essenziali della sanità digitale (LEAD).

Nell'ambito della ASL Sulcis, a livello infrastrutturale, sarà perseguita l'implementazione di sistemi di supporto agli assistiti e visitatori come sportelli automatici, totem multifunzione, sistemi di accoglienza e tagliacode, geolocalizzazione assistiti e navigazione indoor assistita.

Pertanto in applicazione delle indicazioni regionali e di Ares saranno garantiti i seguenti interventi:

- evoluzione del **Fascicolo Sanitario Elettronico**
- ampia diffusione di applicativi software di cartella clinica informatizzata in tutti i setting assistenziali, alla informatizzazione dei **PDTA** (percorsi diagnostica terapeutici assistenziali), delle **reti delle patologie** e della presa in carico dei **cronici**;
- capillare **dematerializzazione** della documentazione sanitaria ed amministrativa;
- realizzazione di un sistema per la gestione e la programmazione delle attività in materia di

prevenzione;

- diffusione sistemica dei sistemi di **telemedicina** in accordo con le linee guida nazionali e regionali;
- **all'empowerment del paziente**, mediante sia l'evoluzione di sistemi di interazione con il sistema sanitario soprattutto in mobilità (app) e l'utilizzo di sistemi di rilevazione (anche in remoto) di parametri vitali e clinici;
- diffusione di **strumenti di governance** per finalità di ricerca, programmazione e gestione sanitaria basate su piattaforme di data warehouse (viste di sintesi per area/ambito, viste di dettaglio, indicatori di appropriatezza e performance generali e specifici);

Nell'ambito aziendale, inoltre, si prevede un sempre più esteso utilizzo delle Piattaforme abilitanticondivise a livello nazionale dalle PA così come raccomandato da AgID.

Tra le Piattaforme abilitanti interessate si evidenziano:

- **CIE**: carta d'identità elettronica, rilasciata dalle amministrazioni comunali su supporto informatico;
- **SPID**: sistema pubblico di identità digitale, che abilita l'accesso ai servizi, fornendo a questi ultimi dati identificativi certificati, attraverso credenziali classificate su tre livelli di sicurezza;
- **PagoPa**: sistema di gestione elettronica dei pagamenti verso la PA, che, interconnettendo tutti i prestatori di servizi di pagamento alle Pubbliche amministrazioni, consente al cittadino di effettuare il pagamento scegliendo lo strumento preferito e fornisce alle PA i flussi per la rendicontazione e la riconciliazione automatica;
- **FatturaPA**: sistema che gestisce la fatturazione elettronica passiva della PA, integrando la stessa elettronica nei processi contabili e consentendo l'automazione del ciclo dell'ordine;
- **NSO**: sistema di smistamento automatico degli ordini.
- **ANPR** (Anagrafe nazionale della popolazione residente): anagrafe centrale di tutta la popolazione residente in Italia, realizzata in conformità di quanto stabilito dall'art. 62-ter del CAD.

4 PERFORMANCE

Con il decreto legge 80 del 9 giugno 2021, il Piano della Performance rientra tra i documenti ricompresi nel più articolato Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

La presente sottosezione dedicata alla Performance viene sviluppata in coerenza ai principi fissati dal D.Lgs. n.150/2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", che prevede l'adozione di un documento programmatico triennale denominato "Piano della Performance" che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, definendo gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle prestazioni dell'Amministrazione, dei dirigenti e dei dipendenti non dirigenti, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi.

Detta sottosezione ha la finalità di rendere partecipe gli stakeholder degli obiettivi che l'Azienda Sanitaria Locale del Sulcis si è prefissata per il triennio 2022-2024 garantendo ampia trasparenza e diffusione delle informazioni.

4.1 Obiettivi strategici

Si ritiene doveroso evidenziare che il processo di programmazione delle attività sanitarie e sociosanitarie posto in essere dalla Regione Sardegna nel corso del biennio 2020 - 2021 è stato notevolmente influenzato dagli interventi necessari a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-CoV-2.

La ASL del Sulcis ha posto in essere, a partire dal marzo 2020, una serie di azioni e di interventi efficaci per il contrasto della Pandemia da CoViD 19, articolati in più linee di attività:

- ✓ interventi di prevenzione e tutela rivolti agli operatori sanitari e socio sanitari e alla popolazione assistita con particolare riferimento agli ospiti di strutture residenziali e semi residenziali destinate a cittadini non autosufficienti;
- ✓ interventi in attuazione del Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid – 19 negli ambienti di lavoro, sottoscritto il 14 marzo 2020 ed integrato il 24 aprile 2020, protocollo elaborato su invito del Presidente del Consiglio dei Ministri, tra Governo e parti sociali.
- ✓ interventi di prevenzione e tutela negli ambienti di lavoro, costituiti anche da vaccinazioni, test sierologici e tamponi antigenici rivolti a lavoratori pubblici e privati ed a lavoratori stranieri.
- ✓ attività di monitoraggio della circolazione del virus SARS-CoV-2, attraverso la sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale nonché con le Unità Speciali di Continuità Assistenziale;

Particolarmente efficaci sono stati gli interventi connessi alla campagna vaccinale anti Covid 19 che, avviata il 20 dicembre 2020, si è sviluppata nel corso dell'anno 2021 raggiungendo a dicembre dello stesso anno l' 85% della popolazione vaccinata sul totale dei residenti.

Considerato che la sottosezione della Performance rappresenta in modo schematico e integrato il collegamento tra le linee programmatiche Regionali e la programmazione aziendale, si illustrano di seguito gli obiettivi strategici aziendali assegnati al Direttore Generale della ASL n. 7 del Sulcis e approvati dalla Giunta Regionale con **D.G.R. n. 14/30 del 29/04/2022 “Obiettivi dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie Regionali. Anno 2022.**

OBIETTIVI STRATEGICI ANNO 2022:

MACROAREA	AREA DI PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	NOTE	VALORE ATTESO
ATTIVITA' AMMINISTRATIVA E INFORMATICA	Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare	Rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	Rispetto delle milestone del PNRR relative all'avanzamento procedurale e fisico degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionali.	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2022
	Area della gestione amministrativo-contabile	Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione	Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.	L'obiettivo si considera perseguito se tutti i documenti saranno presentati nei termini, non si considera perseguito se anche solo un documento non è presentato nei termini. I documenti di programmazione regionale (bilancio preventivo economico annuale e pluriennale, programma degli investimenti etc) devono essere approvati con un'unica deliberazione.	Approvazione di tutti i documenti di programmazione entro il 15/11/2022
	Area della gestione amministrativo-contabile	Approvazione dell'Atto aziendale	Approvazione entro i termini stabiliti dalla normativa regionale (Legge 24/2020)	L'obiettivo si considera perseguito se il documento è approvato entro i termini stabiliti dalla normativa regionale (Legge 24/2020)	Approvazione atto aziendale entro i termini stabiliti
	Area della gestione amministrativo-contabile	Avvio del percorso di implementazione dell'internal auditing, coordinato a livello centrale dalla Regione e da Ares, finalizzato allo sviluppo di un approccio per processi, alla riduzione dei rischi amministrativi-contabili e alla misurazione del miglioramento organizzativo.	Attivazione della funzione		Recepimento con atto formale, entro il 31/12/2022, degli indirizzi impartiti dalla Giunta regionale e avvio della funzione.
	Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali	Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	Numero medio di giornate di ritardo	a) non e' riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo; b) e' riconosciuta per la meta' qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni; c) e' riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni; d) e' riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni.	Numero 0 giornate di ritardo
	Area della della Qualità e Governo clinico	Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie ospedaliere n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	Il valore è misurato sui flussi informativi SIRMES relativi al secondo semestre del 2022. N segnalazioni per Azienda Sanitaria Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES) L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto lo standard riferito ad entrambi gli indicatori.	>= 20 segnalazioni per Azienda Sanitaria >= 2 audit per Azienda Sanitaria
	Area della razionalizzazione e contenimento della spesa	Efficienza economico – finanziaria		Pareggio di bilancio	Ricavi = costi

MACROAREA	AREA DI PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	NOTE	VALORE ATTESO
APPROPRIATEZZA CLINICA E SANITA' DIGITALE	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	Ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche	Numero prestazioni ricadenti del PRGLA gestite in agende informatizzate CUP/ totale prestazioni erogate ricadenti nel PRGLA*100 Numero prestazioni ricadenti del PRGLA gestite in agende informatizzate CUP con classe di priorità indicata/prestazioni ricadenti nel PRGLA gestite in agende informatizzate CUP*100	Piano regionale di governo delle liste di attesa DGR 62/24 del 04/12/2020 (il peso di ciascuno standard è pari al 50%)	Erogazione ≥ 90% delle prestazioni di cui al PRGLA gestite in agende informatizzate CUP Erogazione ≥ 90% delle prestazioni di cui al PRGLA gestite in agende informatizzate CUP con classe di priorità indicata
	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso.	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	Il dato sarà calcolato al netto di eventuali chiusure obbligate da specifici provvedimenti di rango regionale o nazionale	100,00%
	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo (ASL 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	DGR n. 23/15 del 29/04/2020 di recepimento degli accordi tra Stato - Regione e le Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di donazione e trapianti d'organi, tessuti e cellule sanciti nelle sedute della Conferenza Stato - Regioni del 14 dicembre 2017, del 24 gennaio 2018, 8 marzo 2018, e in particolare l'accordo del 14 dicembre 2017 con il quale sono stati individuati i principi generali che sottendono alla predisposizione degli obiettivi (Obiettivo per tutte le ASL esclusa Sassari)	OLBIA ≥ 32% NUORO ≥ 30% OGLIASTRA ≥ 20% ORISTANO ≥ 15% CAGLIARI ≥ 15% SULCIS ≥ 15% MEDIO CAMPIDANO ≥ 15%
	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	Conseguimento del risparmio di sangue ed emoderivati con la riduzione del consumo tramite implementazione di PDTA aziendali secondo i programmi di Patient Blood Management (PBM).	Adozione di una delibera aziendale di approvazione del PDTA	• DM 2 novembre 2015. "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti." • Linee guida per il Patient Blood Management a cura del Centro Nazionale Sangue (27/10/2016) • DGR n. 52/27 del 23/12/2019 "Piano regionale sangue, emocomponenti e farmaci plasmaderivati - Triennio 2019/2021"	1 / 1

MACROAREA	AREA DI PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	NOTE	VALORE ATTESO
PREVENZIONE	Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	Lo standard di adesione reale previsto dal sistema di monitoraggio LEA è pari al 50% per lo screening cervicale e coloretale, e al 60% per lo screening mammografico. Considerati i livelli di adesione reale per ciascuno dei tre screening registrati nel 2019 (anno pre-pandemia Covid 19) e considerata la regressione delle attività del 2020 causata dalla pandemia, si propone di riportare l'adesione reale in tutte le ASL, come minimo, al livello medio regionale per ciascuno screening registrato nel 2019. Adesione reale al 2019: screening cervicale 29,4%; screening coloretale 14,9%; screening mammografico 25,1%. L'obiettivo si intende raggiunto in proporzione al raggiungimento dello standard riferito ai tre indicatori (1/3 per ciascuno screening).	screening cervicale: tasso di adesione reale ≥ 30% in tutte le ASL; screening coloretale: tasso di adesione reale ≥ 15% in tutte le ASL; screening mammografico ≥ 25% in tutte le ASL
	Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	Attivare gli 8 Piani Mirati di Prevenzione (PMP) con l'attuazione, per ciascuno di essi, dei seminari di avvio, della formazione e dell'informazione/comunicazione (come previsto per il 2022 nel PRP 2020-2025) in ogni sede SpreSAL	Numeratore: numero di PMP attivati da parte di ogni sede SpreSAL di ciascuna ASL x 100 Denominatore: numero complessivo di PMP (n. 8) da attivare da parte di ogni sede SpreSAL di ciascuna ASL	Informazioni relative all'attivazione dei PMP da inserire nelle Schede di rilevazione dei dati relativi alle attività di vigilanza e prevenzione svolte dagli SpreSAL	100% (= 8/8 x 100)
	Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO	(N. interviste caricate in piattaforma / N. interviste target definito dall'ISS) *100	Periodo di rilevazione gennaio -dicembre 2022. Rif. DPCM 3 marzo 2017 "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie"	80% delle interviste previste per il raggiungimento del target stabilito dall'ISS per ciascuna sorveglianza
	Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (RENCAM) per almeno tre annualità consecutive, comprese tra il 2017 e il 2020	(N. schede codificate/N. annuale deceduti residenti)*100	L'obiettivo è funzionale all'avvio e consolidamento del Registro Tumori regionale (DGR 25/11 del 3.5.2016; Determinazione DG Sanità n.1245 del 07.11.2018). Fonte n. deceduti: ISTAT, anagrafe comunale	80,00%

MACROAREA	AREA DI PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	NOTE	VALORE ATTESO
ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	Implementare il processo di revisione del sistema regionale dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e alla bassa intensità di cura, anche attraverso la riqualificazione della produzione diretta di servizi pubblici	• Adozione di un "Piano aziendale di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti" ai sensi della DGR 13/12 del 09/04/2021. • Adozione di un piano aziendale degli acquisti di servizi residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti da erogatori privati accreditati che valorizzando la riduzione del fabbisogno nel livello di cura SRP1 ed il contestuale aumento del fabbisogno nel livello di cura livello SRP2 e SRP3	<ul style="list-style-type: none"> • DGR n. n. 66/22 del 23.12.2015 "Programmazione nel settore della Salute mentale per l'anno 2016, definizione del percorso per il raggiungimento degli obiettivi di programmazione di cui alla Delib. G.R. 53/8 del 29.12.2014." • DGR n. 25/31 "Programmazione nel settore della salute mentale." • DGR n. 23/32 del 22.06.2021 "Programmazione nel settore della salute mentale. Modifica della deliberazione della Giunta regionale n. 25/31 del 22.5.2018." • DGR n. 13/12 del 9.04.2021 "Determinazione dei tetti di spesa per l'acquisto da parte dell'Azienda regionale della Salute delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dalle strutture private accreditate per il triennio 2021-2022-2023. Approvazione degli schemi tipo di contratto." • Deliberazione del Commissario Straordinario di ATS n. 30 del 16/11/2020 "Approvazione Piano Preventivo delle Attività 2021-2023". • Deliberazione del Commissario Straordinario di ATS n. 429 del 03/06/2021 "Correzione errore materiale Deliberazione n. 30 del 16/11/2020 "Approvazione Piano Preventivo Delle Attività 2021- 2023". • Piano degli acquisti ATS (estremi da acquisire) • Nota ARIS prot. n. 28017 del 4/11/2021 "Piano di riqualificazione dell'offerta di servizi residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale ai sensi della DGR 13/12 del 9.04.2021" 	2 / 2

4.2 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Gli obiettivi “strategici” hanno le seguenti caratteristiche:

- sono, di norma, riferiti all’Azienda nella sua complessità;
- sono a basso indice di reversibilità;
- hanno, di norma, un arco temporale pluriennale;
- richiedono, di norma, l’apporto operativo di più aree, servizi, strutture.

Gli obiettivi “operativi” sono assegnati ai dirigenti o responsabili di unità organizzativa e la loro definizione avviene in maniera integrata con il processo di programmazione economico- finanziaria e di bilancio, nel rispetto del principio secondo il quale un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se vi è congruità tra le azioni da porre in essere e le risorse disponibili.

Conformemente a quanto disciplinato dal D.lgs. 150/2009 la scelta degli obiettivi operativi tiene conto delle indicazioni che seguono:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione aziendale, alle strategie dall’Azienda;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- che apportino un miglioramento alla qualità dei servizi erogati e agli interventi;
- riferiti ad un arco temporale determinato (di norma 1 anno);
- confrontabili temporalmente all’interno della stessa Azienda;
- correlati alla quantità e qualità delle risorse disponibili.

4.3 Pianificazione triennale 2022 – 2024

L’ASL Sulcis, tenuto conto del mandato istituzionale, della propria missione e di quanto emerge dall’analisi del contesto esterno, nonché della peculiarità del periodo emergenziale che sta influenzando anche l’attività dell’anno in corso, intende continuare a gestire “l’emergenza pandemica” e programmare la propria attività per il triennio 2022-2024 verso le aree strategiche illustrate nella figura che segue:

Area Strategica 1	Area Strategica 2	Area Strategica 3	Area Strategica 4	Area Strategica 5	Area Strategica 6
Prevenzione	Livello di erogazione dei LEA - volumi e appropriatezza delle prestazioni	Sostenibilità Economica	Sanità Digitale	Gestione dell’emergenza pandemica	Performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione

Nelle tabelle che seguono vengono schematicamente indicati per ogni singola Area, alcuni obiettivi e relativi indicatori, valori di raggiungimento (target) che l’Azienda si impegna a raggiungere nel triennio, fatte salve le modifiche organizzative e di programmazione che, vista la pandemia che ha fortemente condizionato tutto il Sistema Sanitario e l’attività assistenziale erogata, potranno essere necessari nel periodo.

Area Strategica 1 : PREVENZIONE

Area Strategica 1 : PREVENZIONE		Target		
Obiettivi operativi	Indicatori	2022	2023	2024
Contrastare le malattie infettive prevenibili attraverso il consolidamento dei programmi vaccinali anche in periodo di Emergenza-COVID	Tasso di copertura vaccinale per MPR (I^dose)	Standard	mantenimento	mantenimento
	Tasso di copertura vaccinale per MPR (II^dose bambini 5-6 anni)	Standard	mantenimento	mantenimento
	Tasso di copertura vaccinale per meningococco C (entro 24^ mese di vita)	Standard	mantenimento	mantenimento
	Tasso di copertura vaccinale per 1^ dose HPV	Standard	mantenimento	mantenimento
Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	tasso di adesione reale $\geq 25\%$	miglioramento	miglioramento
	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	tasso di adesione reale $\geq 30\%$	miglioramento	miglioramento
	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	tasso di adesione reale $\geq 15\%$	miglioramento	miglioramento
Garantire il recupero delle attività di audit e sorveglianza in Sanità Pubblica, Sanità Animale, Sicurezza alimentare	% attività audit/sorveglianza recuperati rispetto ad audit e controlli previsti nel cronoprogramma	100% del programmato	mantenimento	mantenimento
Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (RENCAM) per almeno tre annualità consecutive, comprese tra il 2017 e il 2020	(N. schede codificate/N. annuale deceduti residenti)*100	80%	mantenimento	mantenimento
Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO	(N. interviste caricate in piattaforma / N. interviste target definito dall'ISS) *100	80% delle interviste previste per il raggiungimento del target stabilito dall'ISS per ciascuna sorveglianza	mantenimento	mantenimento
Mantenere azioni per garantire terr. regionale indenne da tubercolosi, brucellosi bovina, bufalina, brucellosi ovi-caprina e leucosi bovina enzootica	% controlli programmati su aziende e animali	100% del programmato	100% del programmato	100% del programmato
Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura	Numero di interventi ispettivi in aziende edili , agricole e altri comparti/n. interventi ispettivi programmati sec. Piano locale/regionale	100% degli interventi programmati	mantenimento	mantenimento
Promuovere un'attività attraverso l'accertamento all'attività sportiva motoria della salubre idoneità	n. visite di medicina sportiva (agonistica e non agonistica)	miglioramento	miglioramento	miglioramento
	tutela sanitaria dell'attività sportiva per i portatori di disabilità			

Area Strategica 2 :Livello di erogazione dei LEA - volumi e appropriatezza delle prestazioni

Area Strategica 2 :Livello di erogazione dei LEA - volumi e appropriatezza delle prestazioni		Target		
Obiettivi operativi	Indicatori	2022	2023	2024
Migliorare l'assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica, attraverso il rispetto dei requisiti di qualità previsti dal DM 70/2015	Degenza Media neonati sani (DRG 391)	3,5	mantenimento	mantenimento
	Degenza Media parti fisiologici	3,5	mantenimento	mantenimento
Garantire il Governo delle Liste d'Attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio al fine di garantire la tempestiva esecuzione della prestazione, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche	% delle 64 prestazioni per l'accesso con codici B e D erogate entro il tempo standard	>60%	miglioramento	miglioramento
Ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche	Numero prestazioni ricadenti del PRGLA gestite in agende informatizzate CUP/totali prestazioni erogate ricadenti nel	90%	mantenimento	mantenimento
Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso.	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	100%	mantenimento	mantenimento
Garantire qualità clinica ed efficienza nel trattamento chirurgico per migliorare il recupero funzionale riducendo il rischio di complicanze	% interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2 gg / N° interventi per frattura del femore *100	miglioramento	miglioramento	miglioramento
Migliorare il ricorso all'assistenza ospedaliera attraverso la qualificazione dell'attività di accettazione sanitaria e dell'attività di Osservazione Breve e prima diagnostica (O.B.)	% accessi PS non seguiti da ricovero	70%	miglioramento	miglioramento
Migliorare il ricorso all'assistenza ospedaliera attraverso la qualificazione dell'attività di accettazione sanitaria e dell'attività di Osservazione Breve e prima diagnostica (O.B.)	% di abbandoni dal Pronto Soccorso	<10%	miglioramento	miglioramento
Miglioramento degli indicatori PNE	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg	miglioramento	miglioramento	miglioramento
Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012	% DRG a rischio di inappropriatazza in DO	<13%	mantenimento	mantenimento
Garantire il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni Diagnostiche strumentale e di laboratorio	DIAGNOSTICA STRUMENTALE: % di prestazioni di diagnostica strumentale <i>effettuate</i> entro 24 ore dalla richiesta per pazienti interni e pronto soccorso	100%	mantenimento	mantenimento
	DIAGNOSTICA STRUMENTALE: % di prestazioni di diagnostica strumentale <i>refertate</i> entro 24 ore dalla richiesta per pazienti interni e pronto soccorso	>=95%	mantenimento	mantenimento
Migliorare appropriatezza prescrittiva richiesta esami PS e Radiologia	Attivare meccanismi di comunicazione - confronto fra Radiologia e PS	esito positivo	mantenimento	mantenimento

Area Strategica 3: Sostenibilità Economica

Area Strategica 3 :Sostenibilità Economica		Target		
Obiettivi strategici	Indicatori	2022	2023	2024
Riqualificare l'assistenza protesica, alla luce dei nuovi LEA di cui al DPCM/2017, migliorando l'appropriatezza prescrittiva, garantendo la personalizzazione degli interventi e contenendone la spesa	Spesa protesica totale	Valore definito in linea BEP	Valore definito in linea BEP	Valore definito in linea BEP
Governare l'assistenza integrativa per renderla appropriata	Spesa per assistenza integrativa	Valore definito in linea BEP	Valore definito in linea BEP	Valore definito in linea BEP
Garantire il perseguimento dei target di risparmio assegnati	Mantenimento della spesa e dei consumi dei DM per il raggiungimento del valore target	mantenimento	mantenimento	mantenimento
Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	Numero medio di giornate di ritardo	Numero 0 giornate di ritardo	mantenimento	mantenimento
Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali	Numero di ordini su CdRIL DA99999999/numero totale ordini	3%	mantenimento	mantenimento

Area Strategica 4: Sanità Digitale

Area Strategica 4: Sanità Digitale		Target		
Obiettivi strategici	Indicatori	2022	2023	2024
Garantire l'innovazione tecnologica e lo sviluppo della Sanità Digitale	Specialità con attivazione televisita	Programma Regionale	Programma Regionale	Programma Regionale
	Servizi di sanità digitale avviati (es. prenotazione, cambio medico, ecc.)	Esito positivi	Miglioramento	Miglioramento
	Pubblicazione nell'Area della Trasparenza del sito aziendale di quanto di competenza	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
	Monitoraggio periodico degli obblighi di pubblicazione	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
	Applicazione del Regolamento aziendale su accesso agli atti/accesso civico	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio favorendo le azioni di governance finalizzate alla continuità assistenziale	Programmazione attività n. 2 COT Aziendali in collaborazione con i servizi coinvolti	Esito positivo	mantenimento	mantenimento
	Implementazione della procedura dimissioni protette con estensione a tutte le UO Ospedaliere	Esito positivo	mantenimento	mantenimento

Area Strategica 5: Gestione dell'emergenza pandemica

Area Strategica 5: Gestione dell'emergenza pandemica		Target
Obiettivi strategici	Indicatori	2022
Contrastare le malattie da SARS COV 2 attraverso l'attuazione del Piano Vaccinale anti-COVID 19 e successive modifiche su tutto il territorio aziendale	Adeguamento alle nuove direttive Ministeriali e Regionali	Esito Positivo
Potenziare le strategie della Sorveglianza sanitaria per l'epidemia da Coronavirus in linea con le disposizioni Ministeriali e Regionali	Implementazione del sistema di sorveglianza	Esito Positivo
	N tamponi effettuati entro 48 h da richiesta/N tamponi richiesti	98%
	N tamponi refertati entro 24 h da accettazione /N tamponi effettuati	98%
Promuovere l'analisi e la revisione delle attività per garantire opportune misure di sicurezza ed appropriati percorsi COVID 19 dedicati	Attuale: Mantenimento percorsi per pazienti/utenti secondo indirizzi gestione emergenza COVID	Esito Positivo
Garantire flessibilità operativa e professionale nella riorganizzazione delle strutture, funzioni e attività connesse all'emergenza pandemica secondo le direttive Regionali e Aziendali	Attivazione reparti COVID richiesti in fase di emergenza	Esito Positivo
	Attivazione dei PL COVID richiesti in fase di emergenza	Esito Positivo
	Integrazione del personale a supporto dei reparti COVID	Esito Positivo
Garantire la sicurezza dei lavoratori nel periodo di emergenza covid in aderenza alle indicazioni regionali	Organizzazione percorso di sorveglianza sanitaria per gli operatori	Esito Positivo
Promuovere l'analisi e revisione delle attività Territoriali per garantire le opportune misure di sicurezza ed attivare eventuali percorsi COVID 19	Potenziamento della rete di assistenza territoriale	Esito Positivo
Sviluppare innovazione nelle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni	Implementazione Linee Guida modalità Lavoro agile	Esito Positivo

Area Strategica 6: Performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione

Area Strategica 6: Performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione		Target		
Obiettivi strategici	Indicatori	2022	2023	2024
Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono	% di SDO validate e/o chiuse nel FILE A/Numero totale SDO del periodo	100%	mantenimento	mantenimento
Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	Chiusura atti operatori entro 30 gg. con inserimento descrizione intervento nella procedura informatica del blocco operatorio SOWEB	>=95%	mantenimento	mantenimento
	Numero errori di 1° e 2° livello rilevati per i flussi A dell'anno al termine previsto/Numero totale dei record flussi A dell'anno *100	>=95%	mantenimento	mantenimento
Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	N. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie ospedaliere n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	>= 20 segnalazioni per Azienda Sanitaria >= 2 audit per Azienda Sanitaria	mantenimento	mantenimento
Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2022-2024 approvato con la DDG n. 60 del 29/04/2022	Attuazione alle misure di gestione del rischio corruttivo di propria competenza di ciascuna struttura aziendale previste nell'Allegato 1 del PTPCT	Esito positivo	mantenimento	mantenimento

4.4 Sistema di misurazione e valutazione della performance

Appare doveroso premettere che, in attuazione della Legge Regionale 24/2020, nell'ottica di omogeneizzazione del Servizio Sanitario Regionale nei suoi vari aspetti amministrativo, giuridico e finanziario, con Deliberazione del Commissario Straordinario ATS n. 998 del 23/12/2021 è stata disposta nelle ASL la vigenza dei regolamenti attuali fino a modifica da parte delle aziende competenti.

Allo stato attuale per la ASL Sulcis riguardo ai tempi e ai modi dell'assegnazione degli obiettivi e delle fasi di negoziazione di budget si rimanda al Regolamento "Sistema di misurazione e valutazione della performance ATS Sardegna" adottato dal Commissario Straordinario ATS Sardegna con Deliberazione n. 221 del 7/4/2020, integrato con Delib. n. 506 del 30/06/2021. (allegato n. 1)

Di seguito si indicano le fasi del Processo di Misurazione e Valutazione della Performance:

- Definizione di obiettivi, indicatori e valori attesi: traduzione degli obiettivi strategici in obiettivi operativi tramite la stesura delle Schede Budget
- Collegamento fra obiettivi ed allocazione risorse
- Monitoraggio in corso di esercizio ed eventuale attivazione di interventi correttivi
- Misura e valutazione della performance organizzativa ed individuale
- Utilizzo dei sistemi premianti
- Rendicontazione e pubblicazione dei risultati della performance

4.5 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Secondo quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, e dall'articolo 10, comma 1, lett. a), del D.Lgs 150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione e di bilancio di previsione. L'integrazione e il collegamento tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione e di bilancio viene realizzata tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione e di pianificazione delle performance;

- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi: dal Servizio Bilancio al Servizio Programmazione e Controllo, all'Organismo Indipendente di Valutazione, agli Uffici ordinatori e alle singole Strutture aziendali sanitarie e non sanitarie;
- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, primo fra tutti il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

L'elaborazione del bilancio di previsione deve avvenire nel terzo trimestre dell'anno precedente a quello di riferimento, in modo da poter essere adottato entro il 15 novembre.

Il fine è quello di creare un valido strumento che costituisca la base per la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi economici alle varie strutture aziendali.

5 ANTICORRUZIONE

1) Gli obiettivi strategici del PTPCT

L'ASL n. 7 Sulcis, consapevole delle gravi conseguenze che i fenomeni corruttivi possono causare anche in termini di fiducia degli utenti-cittadini, intende impegnarsi proficuamente nel contrastare il fenomeno della *maladministration*.

Il Piano, come tutti gli strumenti che focalizzano la propria attenzione sul funzionamento dell'organizzazione, rappresenta occasione di miglioramento per il recupero della reputazione e della fiducia, a maggior ragione per questa Azienda che, in quanto *nuova* Azienda, ancora in fase di strutturazione sia organizzativa che di personale, può diventare modello ed esempio per la "best practice" in materia di lotta alla corruzione e per la trasparenza.

In questa fase di predisposizione dell'organizzazione aziendale la Asl Sulcis ha provveduto ad adottare il PTPCT con D.D.G. n. 60 del 29/04/2022, che si allega al presente atto.(Allegato n. 2).

Il Piano assume quindi il ruolo di strumento attraverso il quale poter individuare le strategie funzionali alla prevenzione ed al contrasto della corruzione intesa nel più ampio significato di cattiva amministrazione, con l'obiettivo di fornire ai vertici aziendali una rilevante guida nella definizione dell'organizzazione aziendale ancora da definirsi.

In considerazione della sua natura strategica il Piano non può essere visto come un'attività che si esaurisce con la sua compilazione ed approvazione ma va sempre inteso come un insieme di azioni e strumenti, finalizzati alla prevenzione, che vengono di volta in volta affinati, modificati o sostituiti in relazione al rischio corruttivo ed alla risposta ottenuta dalla loro applicazione, ai mutamenti dell'ambiente interno ed esterno e alle indicazioni contenute nei Piani Nazionali Anticorruzione e negli altri atti di indirizzo relativi a materie di competenza della Regione Sardegna competente in materia di programmazione sanitaria regionale.

2) Gli attori del Sistema Aziendale di Prevenzione della Corruzione e trasparenza

Con Deliberazione del Direttore Generale ASL Sulcis n. 8 del 14/02/2022, si è provveduto a nominare nella persona della Dott.ssa Paola Massidda, il Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza al quale spetta il condimento di autonomia, indipendenza ed esclusività predisporre, attuare e monitorare le misure anticorruzione e la trasparenza.

Il Direttore Generale, coadiuvato dai Direttori Amministrativo e Sanitario, partecipa attivamente alla analisi ed alla gestione del rischio, individuando gli obiettivi di valore da perseguire con il PTPCT.

La gestione del rischio corruttivo e della trasparenza si basa necessariamente sulla rete interna di collaborazioni e di responsabilità di cui i Dirigenti sono, ognuno per la sua competenza, i principali responsabili della attuazione delle misure generali e specifiche di prevenzione della corruzione e della trasmissione dei flussi informativi che garantiscano la possibilità di pubblicazione dei dati nella apposita sezione del sito web “ Amministrazione Trasparente”.

Il collegio Sindacale e l’ Organismo interno di valutazione sono fondamentali riferimenti per il controllo sulle aree a maggior rischio proprio con riferimento al fenomeno della maladministration, uno, e sul rispetto delle misure di prevenzione generale e all’attuazione del valore delle best practice attraverso la necessaria integrazione tra Piano anticorruzione e performance, l’altro.

Allo stato attuale non è stato ancora adottato l’atto aziendale della ASL Sulcis e mancano importanti figure quali il Collegio sindacale e l’OIV, fondamentali per l’attuazione del Piano anticorruzione prima ancora che per l’integrazione tra i diversi atti pianificatori aziendali.

3) Le aree rischio , la mappatura dei processi , la ponderazione del rischio e le misure di prevenzione della corruzione

La mappatura dei processi , l’individuazione e ponderazione del rischio corruttivo e le misure per il trattamento dello stesso sono riportate nelle schede allegate che per i motivi detti sono del tutto provvisorie e suscettibili di modifica e integrazione a seguito della definizione dell’organizzazione aziendale.

L’integrazione tra Piano Anticorruzione e della Trasparenza e Performance è garantita con i seguenti obiettivi :

- Adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione Trasparenza e della Relazione annuale sui risultati dell’attività svolta.
- Mappatura (conferma /aggiornamento) processi e valutazione/misurazione dei rischi: a) con riferimento alla prevenzione della corruzione b) con riferimento alla protezione dei dati.
- Predisposizione delle procedure per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori esposti alla corruzione al fine di individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell’etica e della legalità.
- Predisposizione di un programma formativo generale sui temi dell’etica e della legalità e di un programma specifico rivolto ai dirigenti e ai dipendenti addetti alle aree maggiormente a rischio individuate nel relativo PTPCT.
- Garantire la qualità delle informazioni pubblicate nel sito istituzionale nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurando l’integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l’omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali.
- Garanzia del rispetto della normativa in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico.
- Individuazione, in ossequio a quanto previsto dalla normativa vigente e dai regolamenti aziendali, dei termini per la conclusione dei procedimenti di competenza, monitoraggio periodico sul rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti, e trasmissione di un report al Responsabile del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione Trasparenza

4) IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA

La trasparenza rientra a pieno titolo tra le misure generali di prevenzione della corruzione, incidendo trasversalmente su gran parte dei processi mappati dalla Amministrazione. In attesa di definizione dell'organizzazione aziendale, nella tabella allegata sugli "oneri di pubblicazione" vengono distinti gli oneri informativi che, alla luce delle linee di indirizzo sugli atti aziendali restano o saranno di competenza dell'Azienda Sanitaria Locale, indicando, quando è possibile, il responsabile della pubblicazione dei dati.

Poiché la pubblicazione delle informazioni sul proprio sito istituzionale costituisce la principale modalità di attuazione della trasparenza, è importante porre l'accento sulla protezione dei dati personali in modo tale che i dati pubblicati e i modi di pubblicazione risultino pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità indicate dalla legge, in ossequio alla disciplina in materia di protezione dei dati personali. Con la recente delibera del Direttore Generale ASL Sulcis n.95 del 10.06.2022 si è proceduto alla individuazione e nomina del Responsabile del trattamento dei dati (= DPO) nella figura della ditta Karanoa s.r.l., per la consulenza e sorveglianza sul trattamento dei dati quando entri in contrasto con il diritto alla trasparenza dell'azione amministrativa.

6 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

6.1 Struttura organizzativa

Come illustrato in premessa, nelle more della elaborazione delle Linee Guida Regionali, l'Atto Aziendale della Asl n. 7 del Sulcis è in stato di elaborazione.

Ai sensi dell'art. 3 co. 1 bis, del D.Lgs n.502/92 e ss.mm.ii. e dall'art. 10, co. 1 e 3 della L.R. n. 24/2020, sono organi della Asl:

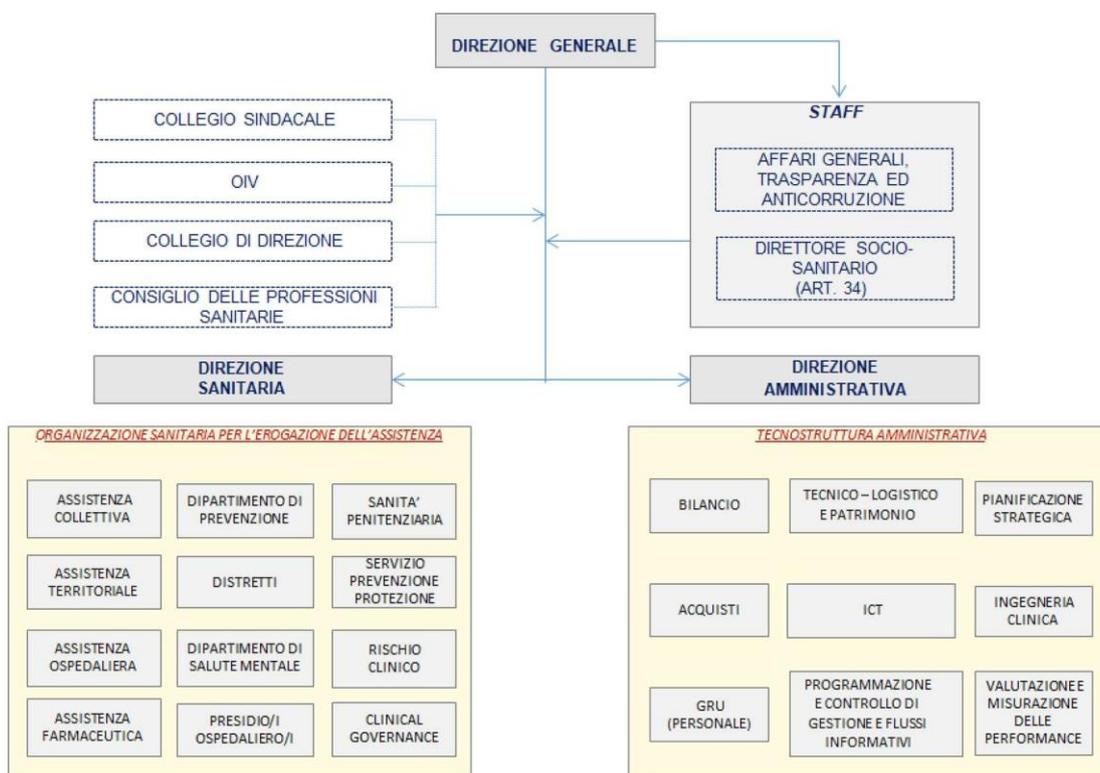
- il Direttore Generale
- il Collegio Sindacale
- il Collegio di Direzione

Il Direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.

Ad oggi, l'Azienda risulta strutturata dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo f.f., e dal Direttore Sanitario f.f.

In applicazione della citata L.R. n. 24/2020 alle Aziende socio-sanitarie locali è affidata la responsabilità dei processi assistenziali nei rispettivi territori di competenza e ad ARES in maniera centralizzata le funzioni di supporto tecnico-amministrativo per tutte le aziende sanitarie di erogazione del sistema regionale.

Nell'attesa della definitiva riorganizzazione dell'assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale, di seguito si riporta un modello non vincolante di struttura organizzativa della Asl delineata nelle Linee guida regionali, in fase di approvazione, che potrebbe essere oggetto di integrazione e/o rettifica.



Modello di organizzazione delle ASL Sulcis – Allegato n. 1 alla Delib.G.R. n. 36/47 del 31.8.2021

6.2 Organizzazione del lavoro agile

Il lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche è stato introdotto dall'art. 14 legge n. 124 del 2015 e successivamente disciplinato dall'art. 18 della legge n. 81 del 2017.

Il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), che costituisce una sezione del Piano Integrato delle attività e di organizzazione ha l'obiettivo di definire le modalità di introduzione e gestione dello smart working all'interno delle amministrazioni pubbliche.

A seguito dell'emergenza sanitaria determinata dalla pandemia da Covid-19, il lavoro agile è stato promosso nelle amministrazioni pubbliche quale "modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa" per preservare la salute dei dipendenti pubblici e, nel contempo, garantire la continuità dell'azione amministrativa.

Nella Asl Sulcis nell'arco dell'anno 2020 e 2021, quale Area Socio Sanitaria Locale facente parte della Azienda della Tutela della Salute (ATS) si è applicata la modalità di lavoro agile in ottemperanza alle disposizioni dettate con nota ATS Sardegna avente ad oggetto: "D.P.C.M. del 23 settembre 2021 – Misure in materia di pubblico impiego – Aggiornamento sulle modalità di applicazione del lavoro agile, con la quale la Direzione Amministrativa ATS ha regolamentato l'attivazione dello smart working per i dipendenti dell'Azienda.(Allegato n. 3)

Nelle more dell'adozione del Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) della Asl Sulcis, per la sezione dell'organizzazione del lavoro agile si rimanda a quanto indicato nella nota citata.

6.3 Piano triennale del fabbisogno del personale

Nelle more delle relative indicazioni regionali e dell'adozione dell'atto aziendale è in corso di definizione il nuovo Piano triennale del fabbisogno del personale della ASL Sulcis.

Pertanto, si allega il documento provvisorio del Piano triennale del fabbisogno del personale 2022 che, a seguito della definizione delle dotazioni organiche e delle assegnazioni del personale tra l'Azienda Regionale della Salute (ARES) e le Aziende Socio Sanitarie Locali, è plausibile, sarà oggetto di successivi aggiornamenti. (Allegato n. 4)

6.4 Formazione del personale

Per l'analisi del Piano formativo aziendale, si rinvia al Piano Formativo Aziendale 2022 approvato con Delibera del Commissario Straordinario ATS Sardegna n. 963 del 21.12.2021, che si allega al presente documento. (Allegato n. 5)

7 MONITORAGGIO

Il monitoraggio delle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance", si esplicita concretamente nel misurare i risultati raggiunti negli ambiti strategici delineati in questo piano 2022 – 2024 e rendicontati nella Relazione sulla Performance.

Con la rendicontazione dei risultati della performance di struttura, viene esplicitato il legame tra la realizzazione della strategia dell'Azienda e l'assegnazione degli obiettivi operativi alle strutture organizzative, anche in relazione al raggiungimento dei target degli indicatori strategici.

La rendicontazione puntuale relativa ai singoli obiettivi avviene acquisendo i dati dalle fonti ufficiali aziendali o regionali (File A, File C, consumato per CDC, ecc), mentre per gli obiettivi che implicano la definizione di linee guida, aggiornamento e predisposizione di protocolli clinico-assistenziali, ecc. , avviene recuperando la documentazione e le relazioni dalle strutture , ai fini della certificazione e del riscontro oggettivo del raggiungimento dell'obiettivo.

Il processo di valutazione di struttura è normato nel Regolamento Aziendale tutt'ora vigente "Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP)" adottato con Delib. C.S. n. 221/ 20 e integrato con Delib. C.S. n. 506/21.

Con riferimento al monitoraggio dei rischi corruttivi, durante l'anno spetta al RPC verificare l'osservanza e l'applicazione di tutte le misure di prevenzione previste nel PTPCT, le cui risultanze costituiranno di conseguenza il presupposto per la definizione del successivo Piano e della Relazione annuale sull'intera attività svolta. In relazione alle modalità di monitoraggio delle misure specifiche di prevenzione si rinvia a quanto illustrato nel relativo PTPCT allegato al presente documento.