

# **RELAZIONE SULLA PERFORMANCE**

## **ANNO 2022**

## Sommario

### **1. PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE**

### **2. L'AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N. 7**

#### 2.1 Chi siamo

#### 2.2 La struttura organizzativa dell'Azienda

#### 2.3 Cosa facciamo

### **3. RISORSE FINANZIARIE E UMANE**

### **4. I PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI**

#### 4.1 Assistenza ospedaliera

#### 4.2 Indicatori di Esito

#### 4.3 Assistenza territoriale

### **5. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**

### **6. PERFORMANCE INDIVIDUALE**

### **7. PROCESSO DI MISURAZIONE VALUTAZIONE PERFORMANCE**

## 1. PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE

La Relazione sulla performance è adottata ai sensi del Decreto Legislativo n. 150/2009, art. 10, comma 1, lettera b), così come modificato dal D. Lgs. n. 74 del 25/05/2017, e recepisce i contenuti delle “Linee Guida per la Relazione annuale sulla Performance. N. 3” emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica il 28/11/2018.

La presente relazione illustra i risultati raggiunti dalla ASL Sulcis Iglesiente nel corso dell'anno 2022 rispetto agli obiettivi prefissati, dettati dalle disposizioni nazionali, regionali e aziendali, e declinati nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) adottato dall'Azienda con Delibera D.G. n. 127 del 30/06/2022 “ *Approvazione del Piano Integrato e Organizzazione ASL n. 7-2022/2024*”

Più in dettaglio, la Relazione evidenzia a consuntivo i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti registrati nel corso dell'anno.

In coerenza con le indicazioni dettate nelle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica, nella stesura della presente relazione si è privilegiata la forma sintetica, la chiarezza espositiva e il ricorso a rappresentazioni tabellari dei risultati, in modo da favorire la più immediata leggibilità e fruibilità delle informazioni.

Per quanto concerne la tempistica di adozione, a seguito della modifica all'articolo 10 del d.lgs. n. 150/2009 operata dal D.Lgs. 74/2017, le amministrazioni sono tenute ad adottare la Relazione, validata dall'OIV, entro il 30 giugno di ogni anno e a pubblicarlo sul proprio sito istituzionale nella sezione *Amministrazione Trasparente*.

Si ritiene doveroso evidenziare che il 2022 è stato l'anno di nascita della ASL n. 7 del Sulcis Iglesiente.

L'assetto organizzativo della ASL Sulcis Iglesiente attraversa una fase di riorganizzazione conseguente alla riforma di cui alla L.R. n. 24/2020, la quale ha soppresso l'ATS Sardegna e costituito, con decorrenza 01/01/2022, otto nuove ASL e l'ARES Sardegna, la quale eroga i servizi tecnici e amministrativi in forma accentrata per tutte le Aziende del SSR.

La neocostituita Azienda ha ereditato le strutture e il personale dalla ex ATS Sardegna in liquidazione, pertanto la presente relazione illustra i risultati organizzativi e individuali raggiunti dalle strutture afferenti nell'anno 2022 alla ASL Sulcis Iglesiente.

## 2. L'AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N. 7

### 2.1 Chi siamo

In applicazione della L.R. 24/2020, la Asl n. 7 del Sulcis Iglesiente è stata istituita con Deliberazione G.R. n.

46/30 del 25.11.2021 con decorrenza dal 1 gennaio 2022, la cui denominazione è stata successivamente variata con l'aggiunta della parola "*Iglesiente*", ai sensi dell'art.5 comma 32 della L. R. n. 1 del Febbraio 2023 (Legge di stabilità).

L'Atto Aziendale è stato adottato con Delibera D.G. n. 139 del 05/04/2023 e divenuto efficace a seguito della valutazione positiva di conformità agli indirizzi regionali espressa con la D.G.R. n. 17/38 del 04.05.2023, a cui è seguita la Delibera di presa d'atto D.G. n. 213 del 16.05.2023.

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 Km<sup>2</sup>, (pari al 6,21% dell'intera superficie della Sardegna). La popolazione secondo la rilevazione Istat del gennaio 2022 è di 118.311 abitanti, cui vanno aggiunte le migliaia di presenze determinate dai flussi turistici nei periodi estivi.

La popolazione del territorio di competenza dell'Asl Sulcis Iglesiente è suddivisa tra 60.584 femmine e 57.727 maschi, e rappresenta il 7,92% dell'intera popolazione residente in Sardegna.

La sede legale è ubicata nel Comune di Carbonia (SU) in via Dalmazia, n. 83- CAP 09013.

Il sito ufficiale internet della azienda è all'indirizzo web: [//www.aslsulcis.it](http://www.aslsulcis.it)

L'Azienda Sanitaria Locale n. 7 del Sulcis, così come definito nell'atto aziendale, è articolata in:

- n. 2 Presidi Ospedalieri DEA I livello: P.O. Sirai - Carbonia, P.O. CTO - Iglesias ;
- n. 1 Stabilimento P.O. S.Barbara –Iglesias, quale nodo della rete territoriale regionale, Ospedale di Comunità, Casa della Salute con servizi specialistici.
- 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 La struttura organizzativa dell'Azienda

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.

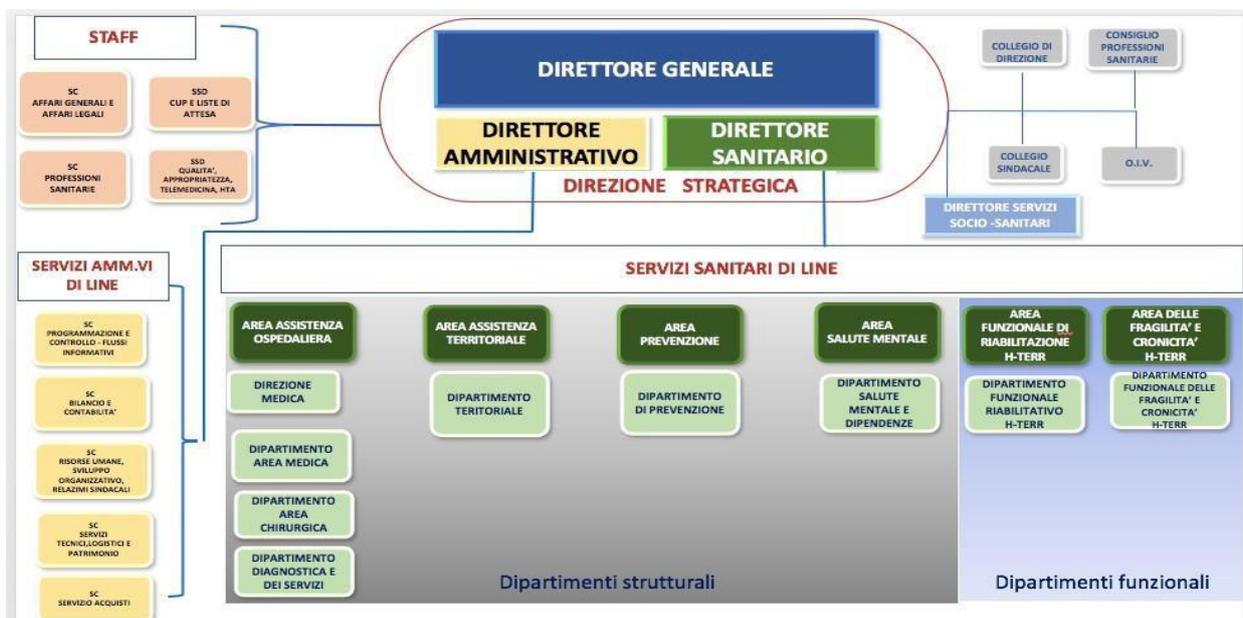
Ad oggi, l'Azienda risulta strutturata dal Direttore Generale, il cui incarico è stato formalizzato con Delibera n. 1 del 10/01/2022, dal Direttore Sanitario nominato con Deliberazione n. 298 del 02/11/2022, dal Direttore Amministrativo nominato con deliberazione n. 299 del 01/11/2022.

Con Deliberazione n. 226 del 15/09/2022 la Asl Sulcis Iglesiente ha provveduto alla costituzione del Collegio Sindacale.

Si è altresì provveduto alla istituzione e nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) della ASL 7 Sulcis con Delibera DG n. 306 del 07/11/2022.

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.

Di seguito si riporta il modello organizzativo rappresentato nell'Atto Aziendale approvato nell'anno corrente, in attuazione del quale l'Azienda ha avviato il processo di implementazione progressiva del proprio assetto organizzativo.



## 2.3 Cosa facciamo

L'Azienda socio-sanitaria locale del Sulcis Iglesiente 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:

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

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

- assistenza sanitaria di base;
- emergenza sanitaria territoriale;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza integrativa;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza protesica;
- assistenza termale;
- assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
- assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

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

- pronto soccorso;
- ricovero ordinario per acuti;

- day surgery;
- day hospital;
- riabilitazione;
- attività trasfusionali;

### 3. RISORSE FINANZIARIE E UMANE

l'Assessorato della Sanità in data 11/02/2022 ha comunicato le quote derivanti dalla ripartizione del Bilancio Preventivo ATS Sardegna, approvato con Delibera n° 862 del 15/11/2021, le quali sono state utilizzate come base per la predisposizione del bilancio preventivo delle ASL 2022 – 2024. Successivamente, con nota prot. 7260 del 23/03/2022 sono state comunicate le assegnazioni provvisorie, in seguito rettificata con nota prot. n. 12211 del 20/05/2022 e nota prot. n. 15085 del 29/06/2022.

In applicazione dell'art. 25 del D.Lgs. 118/2011, la ASL Sulcis Iglesiente ha adottato con Delibera del Direttore Generale n. 322 del 15/11/2022 il Bilancio preventivo economico annuale e pluriennale 2022-2024.

Allo stato attuale la relazione viene redatta in assenza dell'adozione definitiva del bilancio d'esercizio 2022, conseguente a fattori contingenti non gestibili dall'ASL Sulcis Iglesiente, pertanto il presente documento sarà sottoposto eventualmente ad aggiornamento dopo l'approvazione definitiva del Bilancio d'esercizio 2022.

La ASL Sulcis nel 2022 conta un numero di personale dipendente a tempo indeterminato pari a n. 1180 unità, di cui maschi n. 400 e femmine n. 780, mentre il personale a tempo determinato è pari a n. 151 unità, di cui maschi n. 45 e femmine n.106.

Di seguito si riportano le tabelle riepilogative per tipologia.

<b>TIPOLOGIA</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Totale</b>
<b>Tempo Indeterminato tempo pieno</b>	400	780	1180
<b>Tempo Determinato tempo pieno</b>	45	106	151

<b>TIPOLOGIA</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Totale</b>
<b>Tempo Indeterminato PART-TIME</b>	1	12	13

Dirigenza	Tempo indeterminato		Tempo determinato	
	M	F	M	F
Dirigenza medico veterinaria	112	148	8	5
Dirigenza sanitaria non medica	1	17		2
Dirigenza professioni sanitarie	1			
Dirigenza TPA	1	2		
<b>Totale generale</b>	<b>115</b>	<b>167</b>	<b>8</b>	<b>7</b>

Comparto	Tempo indeterminato		Tempo determinato	
	M	F	M	F
Sanitario	194	457	5	27
Professionale				
Tecnico	71	114	24	40
Amministrativo	20	42	8	32
<b>Totale generale</b>	<b>285</b>	<b>613</b>	<b>37</b>	<b>99</b>

## 4. I PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI

### 4.1 Assistenza ospedaliera

Si ritiene utile precisare che la Legge Regionale n.24/2020 ha superato l'articolazione della rete ospedaliera caratterizzata dalla presenza di presidi ospedalieri unici di area omogenea, eventualmente ripartiti in più stabilimenti, prevista dall'art. 9, comma 3, della L.R. n. 23 del 17 novembre 2014, nel disposto normativo si prevede un'unica Direzione di presidio per ASL e l'individuazione di un responsabile sanitario medico per nosocomio.

Tuttavia, così come disposto nell'allegato alla Delib. G.R. n. 30/73 del 30.9.2022, avente ad oggetto "Indirizzi per l'adozione dell'Atto Aziendale delle Aziende socio-sanitarie locali", nelle more della riorganizzazione della rete ospedaliera trovano applicazione le disposizioni contenute nel Documento del 25 ottobre 2017 con il quale il Consiglio Regionale ha approvato la rete attualmente vigente.

Nei due stabilimenti della ASL Sulcis Iglesiente, ovvero SIRAI e CTO, avendo una duplicazione di funzioni e specialità, la gestione delle prestazioni di ricovero ordinario, day surgery e day hospital è stata improntata prevalentemente secondo una erogazione programmata presso il CTO, mentre l'attività del SIRAI si sviluppa maggiormente in urgenza.

Di seguito si riporta l'articolazione dei posti letto nei due stabilimenti della ASL Sulcis Iglesiente:

### Posti letto per stabilimento del Presidio Ospedaliero Unico ASSulcis

Presidio Ospedaliero	Codice Disciplina	Descrizione Disciplina	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	Totale Posti Letto	Note
Sirai - Carbonia	08	Cardiologia	14	1	1	16	
Sirai - Carbonia	09	Chirurgia Generale	20	1	1	22	
Sirai - Carbonia	26	Medicina Generale	32	1		33	
Sirai - Carbonia	32	Neurologia	7	1		8	
Sirai - Carbonia	29	Nefrologia		5		5	
Sirai - Carbonia	36	Ortopedia e Traumatologia	16	1	1	18	
Sirai - Carbonia	40	Psichiatria	14	1		15	
Sirai - Carbonia	43	Urologia	9	1	1	11	
Sirai - Carbonia	82	Rianimazione	10			10	
Sirai - Carbonia	50	Unità Coronarica	5			5	
Sirai - Carbonia	64	Oncologia		12		12	
Sirai - Carbonia	60	Lungodegenti	11			11	Non attivi
Sirai - Carbonia	56	Recupero e Riabilitazione Funzionale	20			20	Non attivi
CTO Iglesias	34	Oculistica		1	1	2	
CTO Iglesias	36	Ortopedia e Traumatologia	10	1	1	12	
CTO Iglesias	39	Pediatria	10	1		11	
CTO Iglesias	26	Medicina Generale	20	2		22	
CTO Iglesias	49	Terapia Intensiva	4			4	
CTO Iglesias	09	Chirurgia Generale	9	1	1	11	
CTO Iglesias	37	Ostetricia e Ginecologia	23	1	1	25	
CTO Iglesias	58	Gastroenterologia			3	3	
CTO Iglesias	68	Pneumologia		10		10	
CTO Iglesias	38	Otorino	3	1	1	5	
CTO Iglesias	60	Lungodegenti	11			11	Non attivi
CTO Iglesias	56	Recupero e Riabilitazione Funzionale	11			11	Non attivi
		<b>Totale PL P.U.O.</b>	<b>259</b>	<b>42</b>	<b>12</b>	<b>313</b>	

Si riportano nella seguente tabella i dati di attività maggiormente significati relativi all'anno 2022

Struttura Erogatore	Erogatore	2021 Totale				2022 Totale				Delta su totale dimessi	
		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	%
P.O. Sirai	0801 - Cardiologia	652	76	576		559	85	474		-93	0,14
P.O. Sirai	0901 - Chirurgia Generale	823	104	719		880	111	769		57	0,07
P.O. Sirai	1801 - Ematologia	176	176			161	161			-15	-0,09
P.O. Sirai	2601 - Medicina Generale	1070		1070		470		283	187	-600	-0,56
P.O. Sirai	2901 - Nefrologia	1	1			5	5			4	4,00
P.O. Sirai	3201 - Neurologia	343	36	307		277	17	260		-66	-0,19
P.O. Sirai	3601 - Ortopedia E Traumatologia	538	20	518		617	28	589		79	0,15
P.O. Sirai	4001 - Psichiatria	331		331		410		410		79	0,24
P.O. Sirai	4301 - Urologia	426	112	314		521	125	396		95	0,22
P.O. Sirai	4901 - Terapia Intensiva	77		77		72		72		-5	-0,06
P.O. Sirai	5001 - Unità Chirurgica	55	1	54		67		67		12	0,22
P.O. Sirai	6401 - Oncologia	284	284			292	292			8	0,03
P.O. Santa Barbara	6801 - Pneumologia	36	36			33	33			-3	-0,08
P.O. C.T.O.	0901 - Chirurgia Generale	372	145	227		288	151	137		-84	-0,23
P.O. C.T.O.	2601 - Medicina Generale	879	69	810	6	766	70	696		-113	-0,13
P.O. C.T.O.	3101 - Nido	275		275		189		189		-86	-0,31
P.O. C.T.O.	3401 - Oculistica	566	566			548	548			-18	-0,03
P.O. C.T.O.	3601 - Ortopedia E Traumatologia	423	182	241		340	129	211		-83	-0,20
P.O. C.T.O.	3701 - Ostetricia E Ginecologia	641	122	519		484	87	397		-157	-0,24
P.O. C.T.O.	3801 - Otorinolaringoiatria	139	39	100		170	152	18		31	0,22
P.O. C.T.O.	3901 - Pediatria	372	123	249		407	137	270		35	0,09
P.O. C.T.O.	4901 - Terapia Intensiva	33		33		31		31		-2	-0,06
<b>TOTALE</b>		<b>8512</b>	<b>2092</b>	<b>6420</b>		<b>7587</b>	<b>2131</b>	<b>5456</b>			

Dall'esame dei dati riportati emerge che nell'anno 2022 sono state erogate n. 7587 prestazioni di ricovero, di cui n. 5456 in regime di ricovero ordinario e n. 2131 in regime di ricovero diurno, registrando una lieve diminuzione di attività in regime ordinario rispetto all'anno precedente. Detto decremento è influenzato dal superamento della fase acuta della pandemia Covid19 che ha determinato nuovi protocolli sanitari volti all'assistenza dei soggetti positivi presso il proprio domicilio, mentre l'anno 2021 è stato caratterizzato da un notevole incremento di ricoveri ordinari nel reparto di Medicina del P.O. Sirai.

**Indicatori di processo:** vengono utilizzati nella valutazione delle attività ospedaliere e sono fondati essenzialmente sulla durata della degenza e non sono correlati alla tipologia della casistica trattata.

MACROSTRUTTURA	DESCRIZIONE	2022	2021
A7SB - STABILIMENTO SANTA BARBARA IGLESIAS	Occupazione PL DH	0,3%	18,9%
A7CTO - STABILIMENTO CTO IGLESIAS	Occupazione PL DH	39,1%	37,5%
	Occupazione PL RO	40,3%	35,0%
	RO - Turn Over	9,41	9,71
	RO - Indice di rotazione	21,16	24,45
	Degenza media	6,48	5,36
	Giorni DegMediaPreoperatoria	0,65	0,58
A7SIR - STABILIMENTO SIRAI CARBONIA	Occupazione PL DH	32,4%	129,3%
	Occupazione PL RO	71,6%	76,6%
	RO - Turn Over	3,27	2,29
	RO - Indice di rotazione	29,00	37,39
	Degenza media	8,91	8,16
	Giorni DegMediaPreoperatoria	3,18	3,50
ALTRE STRUTTURE ASL SULCIS- PSICHIATRIA	Occupazione PL DH	0,0%	0,0%
	Occupazione PL RO	86,4%	59,9%
	RO - Turn Over	1,44	6,59
	RO - Indice di rotazione	31,37	22,20
	Degenza media	9,41	9,86

Dall'analisi degli indicatori aggregati per stabilimento emerge una situazione pressoché invariata rispetto all'anno precedente.

Detta situazione risente, anche nel 2022, della costante carenza di personale nei vari reparti della ASL Sulcis Iglesiente che non ha permesso una regolare ripresa dell'attività ospedaliera.

## 4.2 Indicatori di Esito

Gli indicatori di esito documentano la risposta ottenuta da un intervento, lo stato di salute, la mortalità, la morbosità, la qualità della vita e la soddisfazione del paziente.

Parti con taglio cesareo primario							
ANNO	2022			2021			2022-2021
	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	
STRUTTURA							Delta Indicatore %
20003000 - P.O.CTO	33	132	25,0%	61	249	25,0%	0

Dall'esame dell'indicatore emerge che il dato è rimasto pressoché invariato.

Colecistectomie laparoscopiche: degenza post operatoria inferiore ai 3 giorni							
ANNO	2022			2021			2022-2021
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Delta Indicatore %
20002800 – P.O. SIRAI (CARBONIA)	13	15	87,3%	9	11	82,0%	6,4%
20003000 - P.O.CTO	23	26	88,0%	50	54	92,0%	-4,3%

Relativamente agli interventi di Colecistectomia laparoscopica, si evidenzia l'incremento positivo per il P.O. Sirai nel rispetto della degenza post operatoria entro 3 giorni.

PTCA entro 2 giorni in STEMI							
ANNO	2022			2021			2022-2021
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Delta Indicatore %
20002800 – P.O. SIRAI (CARBONIA)	32	40	80,0%	20	40	50,0%	60%

Dall'esame dell'indicatore si registra un forte incremento nell'anno 2022 della capacità di intervento con PTCA entro 2 giorni in STEMI rispetto all'anno precedente, dovuta ad una maggiore stabilità gestionale del reparto.

Numero di fratture del femore operate entro 2 giorni a pazienti over 65							
ANNO	2022			2021			2022-2021
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Delta Indicatore %
20002800 – P.O. SIRAI (CARBONIA)	41	217	18,0%	45	194	23,2%	-22,4%

Dal confronto dell'indicatore nei due anni si registra un aumento degli interventi per frattura di femore e contestualmente un valore negativo in merito al rispetto dell'intervallo di tempo tra il ricovero e l'intervento chirurgico, che non deve essere superiore ai 2 giorni. Detto risultato è influenzato dal fatto che questo tipo di intervento necessita di una pianificazione chirurgica che coinvolge diversi professionisti, quali medici cardiologi, medici radiologi, e soprattutto medici anestesisti. La criticità prevalente che condiziona il risultato di questo indicatore, infatti, è determinata dalla carenza di anestesisti in questa Azienda che causa a volte il differimento dell'intervento, non permettendo il rispetto del target dell'indicatore.

### 4.3 Assistenza territoriale

La L.R. 24/2020 e il Piano Regionale dei servizi sanitari 2022-24, adottato con Delibera RAS n. 9/22 del 24/03/2022 prevedono per il prossimo triennio la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali attraverso all'attivazione e il potenziamento di strutture e presidi territoriali, come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

Come illustrato nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022-2024, nella ASL Sulcis Iglesiente sono previsti i seguenti interventi di edilizia sanitaria, finanziati con i Fondi del PNRR-Missione M6:

- Casa della Comunità «San Ponziano» di Carbonia
- Casa della Comunità «P.O. S. Barbara» di Iglesias
- Centrale Operativa Territoriale P.O. S. Barbara di Iglesias
- Centrale Operativa P.O. Sirai di Carbonia
- Ospedale della Comunità P.O. S. Barbara di Iglesias

Le due Case di Comunità agiranno come Hub rispetto alle Case della Comunità di Giba, di S. Antioco, di Carloforte e di Fluminimaggiore, che saranno Spoke di Carbonia e Iglesias.

Le Centrali Operative Territoriali rappresentano il pilastro organizzativo della rete territoriale e della sua interconnessione con le altre reti, con funzione di coordinamento e raccordo tra i diversi servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale.

Nell'anno 2022 i Distretti Socio Sanitari, di Carbonia, Iglesias e Isole Minori, ai quali era stato assegnato l'obiettivo di *“Garantire l'attuazione della COT Aziendale e della Casa della salute”*, il cui valore atteso era rappresentato *“dall'adozione degli atti preparatori entro il 31/12/2022”*, hanno raggiunto pienamente il target atteso.

Con Deliberazione D.G. n°33 del 28/03/2022 sono stati individuati e nominati i RUP tecnici, ciascuno per ogni singola linea di intervento. Successivamente, vista la complessità delle molteplici attività inerenti la realizzazione degli interventi succitati, con Delibera n. 70 del 11/05/2022 è stato costituito apposito Tavolo Tecnico composto da figure professionali con competenze multidisciplinari. Nell'anno 2023 si sta proseguendo con la realizzazione di detti interventi, con Delibera D.G. n. 225 del 24.05.2023 si sono approvati i Progetti di Fattibilità Tecnico-Economica, Definitivo ed Esecutivo, ai sensi dell'art. 27 del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 dell'intervento “Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.), da realizzarsi presso il P.O. S. Barbara di Iglesias.

Sempre tra i principali obiettivi raggiunti nella Asl Sulcis Iglesiente nell'ambito dell'assistenza territoriale si registra nel corso dell'anno 2022, in continuità con i due anni precedenti, un'implementazione dei servizi tecnologici e del ricorso agli applicativi informatici.

Con riguardo al servizio della scelta e revoca del medico /esenzioni per la gestione delle istanze è stato utilizzato il sistema digitale della posta elettronica sistema /Anags.

Nel Punto Unico di Accesso, che rappresenta il punto di riferimento per il paziente e i suoi familiari che hanno necessità di formulare una domanda di assistenza, ai fini della valutazione multidisciplinare

dell'istanza è stato utilizzato il sistema digitale Sisar- Cartelle socio sanitarie.

Nell'Assistenza domiciliare integrata, l'attivazione dell'ADI e la gestione del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) è stato utilizzato il sistema digitale SISAR-ADI.

Nell'ambito della Assistenza integrativa/protesica le autorizzazioni per la richiesta di ausili sono state gestite sempre tramite sistema Sisar-Cartelle socio sanitarie.

Le procedure di recupero crediti sono state gestite con posta elettronica tramite la piattaforma Agenzia delle Entrate.

Si ritiene utile precisare che, ai sensi della L.R. 24/2020, per quanto riguarda la competenza per l'attuazione delle attività inerenti lo sviluppo e la gestione della sanità digitale è in carico ad Ares, pertanto la ASL Sulcis Iglesiente opera nei limiti delle dotazioni inerenti la sanità digitale messe a disposizione da Ares.

## Dati di attività 2022

L'attività ambulatoriale anche nell'anno 2022 registra un forte rallentamento in quanto risente ancora delle scelte organizzative adottate a causa della pandemia e che in parte sono state confermate anche nella fase post-pandemica.

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nella tabella successiva sono stratificate per Branca specialistica: Il confronto dei volumi di prestazioni riportati nelle tabelle evidenzia infatti una contrazione dell'attività nell'anno 2022 da parte delle strutture aziendali a fronte di una costante crescita delle prestazioni rese dalle strutture private accreditate.

<b>Prestazioni per esterni - Strutture Private</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	
<b>Branca Specialistica</b>	<b>Quantità</b>	<b>Quantità</b>	<b>DELTA %</b>
Cardiologia	5.763	7.493	30,02%
Chirurgia Vascolare-Angiologia	2.138	2.632	23,11%
Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica	65.331	61.376	-6,05%
Lab.Analisi Chimico cliniche e microbiologiche	299.131	315.388	5,43%
Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale	115.945	108.910	-6,07%
<b>Totale</b>	<b>488.308</b>	<b>495.799</b>	<b>1,53%</b>

<b>Prestazioni per esterni - Strutture Pubbliche</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	
<b>Branca Specialistica</b>	<b>Quantità</b>	<b>Quantità</b>	<b>DELTA %</b>
Anestesia	789	899	13,94%
Cardiologia	12835	12634	-1,57%
Chirurgia Generale	864	691	-20,02%
Dermosifilopatia	726	760	4,68%
Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica	2729	1099	-59,73%
Endocrinologia	646	639	-1,08%
Gastroenterologia-Chirurgia ed endoscopia digestiva	1879	1949	3,73%
Lab.Analisi Chimico cliniche e microbiologiche	497812	265839	-46,60%
Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale	41543	41910	0,88%
Nefrologia	19917	19062	-4,29%
Neurologia	3150	1483	-52,92%
Oculistica	10496	10059	-4,16%
Odontostomatologia	665	1509	126,92%
Oncologia	1403	1439	2,57%
Ortopedia e Traumatologia	955	1222	27,96%
Ostetricia e Ginecologia	1444	846	-41,41%
Otorinolaringoiatria	1939	2020	4,18%
Pneumologia	1162	1729	48,80%
Psichiatria	30	22	-26,67%
Urologia	1211	1457	20,31%
<b>Totale</b>	<b>602195</b>	<b>367268</b>	<b>-39,01%</b>

Il dato maggiormente significativo emerge per le prestazioni ambulatoriali di cardiologia e chirurgia vascolare nonché per le prestazioni chimico cliniche e microbiologiche dei Laboratori Analisi. Dette specialità hanno subito una forte contrazione dell'attività per esterni determinata da oggettive criticità nell'assetto organizzativo delle strutture per oggettive carenze di organico.

## 5. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

In coerenza con le Aree strategiche definite nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022-2024 della ASL Sulcis Iglesiente, di seguito si riporta una sintesi degli obiettivi assegnati alle Strutture per l'anno 2022, con i relativi indicatori e la percentuale di raggiungimento calcolata sulla media del risultato raggiunto da ciascuna struttura rispetto al target assegnato.

Si evidenzia che nell'anno 2022, a causa dell'attuale fase di riorganizzazione dell'assetto organizzativo della ASL Sulcis Iglesiente, non è stato possibile coinvolgere i cittadini/utenti finali nelle valutazioni della performance organizzativa.

Area Prevenzione			
Obiettivi assegnati alle Strutture	Indicatori	Target	% Raggiungimento
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	100%
Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (RENCAM) per almeno tre annualità consecutive, comprese tra il 2017 e il 2019	(N. schede codificate/N. annuale deceduti residenti)*100	80%	100%
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	100%
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%
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	100%
Ottenimento/Conservazione della qualifica di territorio ufficialmente indenne da Tubercolosi	Conservazione della qualifica al 31/12/2022	Il tasso di incidenza dello stabilimento per cui è stata confermata l'infezione nel corso dell'anno non supera lo 0,1%	100%
Garantire il campionamento di alimenti al fine di ridurre i rischi alimentari batteriologici e/o chimici	Numero di campioni effettuati nel 2022/Numero totale dei campioni programmati per il 2022*100	100%	100%
Ottenere il 100% degli obiettivi stabiliti ai sensi della road map stilata in risposta alle raccomandazioni dell'audit FVO novembre 2021	Sorveglianza attiva e passiva nel domestico raggiungendo il 100% degli obiettivi fissati dall'OEVR.	Sorveglianza attiva e passiva nel domestico raggiungendo il 100% degli obiettivi fissati dall'OEVR: 1 carcassa al mese per l'ASL Sulcis	100%
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	SPreSAL di ciascuna ASL x 100 Denominatore: numero complessivo di PMP (n. 8) da attivare da parte di ogni sede SPreSAL di ciascuna ASL Numeratore: numero di PMP attivati da parte di ogni sede SPreSAL di ciascuna ASL x 100	100% (= 8/8 x 100) ogni sede SPRESAL	100%
Garantire la corretta alimentazione delle piattaforme utilizzate	% indagini epidemiologiche Effettuate relativamente ai casi covid 19 caricate in piattaforma GCC	95%	100%
Garantire l'inserimento degli infortuni gravi e mortali nel sistema INFROMO	Numero segnalazioni inserite/numero segnalazioni pervenute	100%	100%
Garantire il campionamento di alimenti al fine di ridurre i rischi alimentari batteriologici e/o chimici	Numero di campioni effettuati nel 2022/Numero totale dei campioni programmati per il 2022*100	100%	100%
Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare e delle strutture che producono alimenti di origine animale. Consolidare il sistema di audit negli stabilimenti del settore latte-caseario	Numero di audit sugli stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte/Numero di stabilimenti del settore latte e prodotti a base di latte	>=30% tot. stabilimenti	85%
Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	(N. di persone che hanno aderito all'invito per screening cervicè/popolazione bersaglio annua)*100	≥ 30%	sterilizzato
Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	(N. di persone che hanno aderito all'invito per screening colorettales/popolazione bersaglio annua)*101	≥ 15%	sterilizzato
Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	(N. di persone che hanno aderito all'invito per screening mammografico/popolazione bersaglio annua)*102	≥ 25%	sterilizzato

Dall'esame dei risultati ottenuti rispetto ai target annuali associati ai singoli obiettivi sopra riportati emerge un andamento complessivamente positivo dell'attività svolta dalle Strutture afferenti all'Area della Prevenzione.

Meritano una precisazione gli obiettivi inerenti i "programmi screening", i quali presentano valori significativamente diversi rispetto a quelli attesi. Il termine "sterilizzato" significa che l'obiettivo non è stato raggiunto per cause non ascrivibili al Servizio. Nonostante le azioni correttive implementate durante il 2022 non si sono create le condizioni minime necessarie per il raggiungimento dell'obiettivo, e questo per gravi criticità presenti nell'organico la cui causa non è ascrivibile al Servizio.

Nel primo semestre dell'anno 2023 l'Azienda ha adottato idonee scelte organizzative che hanno assicurato l'avvio dei progetti screening coloretale e mammografico, mentre allo stato attuale è in fase di elaborazione il progetto screening cervice.

Area Sanità Digitale			
Obiettivi assegnati alle Strutture	Indicatori	Target	% Raggiungimento
Potenziamento del Sistema della Telemedicina per i pazienti con prescrizione di Monitoraggio Flash della Glicemia (FGM)	Numero pazienti in collegamento aggiornato/ Numero pazienti con prescrizione di FGM seguiti al Centro	80%	100%
Potenziamento del Sistema della Telemedicina	Garantire la rendicontazione delle prestazioni erogate in modalità Televisita	100%	100%
Garantire l'innovazione tecnologica e lo sviluppo della Sanità Digitale	Servizi di sanità digitale avviati (es. prenotazioni, cambio medico, ecc.)	Eesito positivo	100%

L'esito della valutazione finale per gli obiettivi afferenti all'Area della Sanità Digitale è positiva. In particolar modo per il Servizio di Diabetologia si sottolinea un potenziamento del sistema informatico della Telemedicina sia per i pazienti con DMT1 che per i pazienti con prescrizione di Monitoraggio Flash della Glicemia (FGM).

Area Sostenibilità Economica			
Obiettivi assegnati alle Strutture	Indicatori	Target	% Raggiungimento
Garantire il perseguimento dei target di risparmio assegnati	Mantenimento della spesa e dei consumi dei DM per il raggiungimento del valore target	mantenimento	100%
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	100%
Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali	Numero di ordini su CdRIL D A89 999 999/numero totale ordini	3%	100%
Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali	Numero di scritture di PN con dettaglio di chiave contabile completo/Numero totale di scritture di PN	95%	100%

Dall'esame dei risultati ottenuti rispetto ai target annuali associati ai singoli obiettivi sopra riportati si riscontra un raggiungimento pieno del valore atteso.

<b>Area Livello di erogazione dei LEA - volumi e appropriatezza delle prestazioni</b>			
<b>Obiettivi assegnati alle Strutture</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Target</b>	<b>% Raggiungimento</b>
Migliorare l'assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica, attraverso il rispetto dei requisiti di qualità previsti dal DM 70/2015	Degenza Media neonati sani	3,5	100%
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%	100%
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Apertura di attività ambulatoriale per esterni U.O. Ortopedia Sirai	entro il 31/12/2022	100%
Miglioramento degli indicatori PNE	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg	miglioramento rispetto al 2021	dato costante tra 2021 e 2022
Miglioramento degli indicatori PNE	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	≤ 6	100%
Miglioramento degli indicatori PNE	Infarto miocardico acuto: Proporzioni di trattati con PTCA entro 2 giorni	>=60%	100%
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%	78%
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%	100%
	DIAGNOSTICA STRUMENTALE: % di prestazioni di diagnostica strumentale <i>refertate</i> entro 24 ore dalla richiesta per pazienti interni e pronto soccorso	>=95%	100%
Migliorare appropriatezza prescrittiva richiesta esami PS e Radiologia	Attivare meccanismi di comunicazione - confronto fra Radiologia e PS	esito positivo	100%
Garantire il miglioramento della casistica e della performance dell'ospedale	Potenziamento attività chirurgica otorinolaringoiatrica pediatrica	miglioramento del 10% rispetto al 2021	100%
Garantire il miglioramento della casistica e della performance dell'ospedale	Incremento n. sedute operatorie	miglioramento del 10% rispetto al 2021	100%
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%	100%
Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente dei servizi di ricovero e cura ospedalieri, territoriali e ambulatoriali, dei servizi diagnostici e dei servizi amministrativi	Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (ISTAT ICD10 Cod.140-208)	5000	100%
Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente dei servizi di ricovero e cura ospedalieri, territoriali e ambulatoriali, dei servizi diagnostici e dei servizi amministrativi	Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa, fra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte del Servizio di cure palliative, è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati presi in carico a domicilio alla Rete e con assistenza conclusa.	≥ 80%	100%
Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente dei servizi di ricovero e cura ospedalieri, territoriali e ambulatoriali, dei servizi diagnostici e dei servizi amministrativi	N° prestazioni di Cure Palliative erogate nell'anno (sia mediche che infermieristiche)	5000	100%

L'esito della misurazione non è stato positivo per l'indicatore inerente la “% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 gg” che come media del risultato raggiunto dalle Chirurgie dei due Stabilimenti CTO e SIRAI non ha registrato un miglioramento rispetto all'anno precedente.

Anche l'obiettivo “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”, calcolato come media del risultato raggiunto dalle Strutture dei due Stabilimenti CTO e SIRAI, presenta uno scostamento tra il risultato raggiunto pari al 78% e il target programmato pari al 100%. L'Azienda al fine di migliorare il grado di raggiungimento dell'indicatore in esame intende, nel corso dell'anno 202, attivare un percorso di formazione per il personale della Dirigenza Medica in materia di “Utilizzo appropriato dello strumento SDO”.

Area Performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione			
Obiettivi assegnati alle Strutture	Indicatori	Target	% Raggiungimento
Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF contenendone la spesa	% di SDO validate e/o chiuse nel FILE A/Numero totale SDO del periodo	100%	100%
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%	80%
	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%	100%
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	90%
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	100%
Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2022-2024 approvato con la DDG n. 60 del 29/04/2022	Divulgazione del PTPCT al personale della Struttura	Trasmissione al RPTC evidenza documentale della presa visione del PTPCT da parte del personale afferente alla Struttura	100%
Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Monitoraggio trimestrale della validità dei record del flusso A e C come da disciplinare SIDI	4 report	100%
	Monitoraggio degli Errori rilevati nei flussi A dell'anno al termine previsto/Numero totale dei record flussi A dell'anno *100	4 report	100%

In merito all'Area della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione sono stati assegnati due obiettivi aziendali “Divulgazione del PTPCT al personale della Struttura” e “Attuazione delle misure di gestione del rischio corruttivo di propria competenza previste nell'Allegato 1 del PTPCT” con target pari al 100% ed è stato raggiunto pienamente da tutte le strutture interessate dall'indicatore.

<b>Area Salute Mentale e Dipendenze</b>			
<b>Obiettivi assegnati alle Strutture</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Target</b>	<b>% Raggiungimento</b>
Garantire la mappatura e la riclassificazione dei soggetti inseriti nei processi assistenziali per la riprogrammazione delle risorse.	Relazione di mappatura dei soggetti inseriti in strutture residenziali.	Entro il 31/12	100%
Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSMD rivolti a persone che presentano problematiche di doppia diagnosi e comorbidità psichiatrica e dipendenze con l'obiettivo di garantire un percorso terapeutico e riabilitativo che coinvolga tutti i servizi del DSMD. (processo circolare SERD –SPDC –CSM –NPI- PSICOLOGIA –RIABILITAZIONE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PSICHIATRICA)	% di pazienti presi in carico nell'area dipendenze patologiche	Mantenimento nel III Quad. del numero di pazienti presi in carico nel I quad. 2022 a parità di risorse	100%
Garantire la ripresa delle attività di specialistica ambulatoriale in fase post-emergenza Covid 19	% n. pazienti presi in carico nei CSM nel IV trim. 2022/n. pazienti presi in carico nel IV trim. 2019	90%	100%
Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi adulti e la NPI afferenti al DSMD con l'obiettivo di garantire un percorso terapeutico e riabilitativo nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta	Revisione di PDTA condivisi per la gestione clinica degli utenti del servizio NPI	Approvazione preliminare da parte dei Direttori delle UONPIA SUD Sardegna entro il 31/12	100%
Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi adulti e la NPI afferenti al DSMD con l'obiettivo di garantire un percorso terapeutico e riabilitativo nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta	Revisione di procedure per il passaggio dai servizi per l'età evolutiva all'età adulta	Verbale di riunione di conoscenza del documento nel servizio entro il 31/12	100%

Anche per l'Area Salute Mentale si è registrato da parte delle Strutture afferenti all'Area un raggiungimento pieno del valore atteso.

Di seguito la tabella riepilogativa dei risultati della performance organizzativa conseguita da ciascuna struttura a valenza budgetaria nel 2022.

STRUTTURA	% PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2022
DIREZIONE MEDICA UNICA DI PRESIDIO	90
<b>AREA CHIRURGICA</b>	<b>100</b>
ANESTESIA E RIANIMAZIONE CARBONIA-IGLESIAS	95
CHIRURGIA GENERALE P.O. SIRAI	87,5
CHIRURGIA GENERALE PP.OO. IGLESIAS	83
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA P.O. SIRAI	92,3
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PP.OO. IGLESIAS	96
OCULISTICA PP.OO. IGLESIAS	100
OSTETRICIA E GINECOLOGIA PP.OO. IGLESIAS	78,7
OTORINOLARINGOIATRIA PP.OO. IGLESIAS	100
UROLOGIA P.O. SIRAI	100
ENDOSCOPIA DIGESTIVA P.O. SIRAI e P.O. CTO	100
BLOCCO OPERATORIO P.O. CTO	100
BLOCCO OPERATORIO P.O. SIRAI	100
<b>AREA MEDICA</b>	
CARDIOLOGIA E UTIC P.O. SIRAI	100
MEDICINA GENERALE C.T.O.	100
MEDICINA GENERALE P.O. SIRAI	97,2
NEUROLOGIA P.O. SIRAI	90
NEFROLOGIA E DIALISI CARBONIA E IGLESIAS	100
PEDIATRIA P.O. IGLESIAS	92,2
PNEUMOLOGIA P.O. IGLESIAS	100
ONCOLOGIA P. O. CARBONIA	100
MEDICINA RIABILITATIVA PP.OO. SIRAI -CTO	100
PRONTO SOCCORSO SIRAI-CTO	100
<b>AREA SERVIZI</b>	
RADIOLOGIA PP.OO. CTO-SIRAI	100
SERVIZIO CENTRO TRASFUSIONALE CARBONIA IGLESIAS	100
LABORATORIO ANALISI SIRAI -CTO	100
<b>AREA TERRITORIALE</b>	
DISTRETTO DI CARBONIA	100
DISTRETTO DI IGLESIAS	100
DISTRETTO DELLE ISOLE	100
DIABETOLOGIA	99,55
STRUTTURA SEMPLICE INTERDISTRETTUALE CONSULTORI	100
SERVIZIO TERAPIA DEL DOLORE, CURE PALLIATIVE E HOSPICE	100
<b>AREA AMMINISTRATIVA</b>	
SERVIZIO GIURIDICO AMMINISTRATIVO	100
PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	100
<b>DIPARTIMENTO PREVENZIONE</b>	
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	100
SERVIZIO IGIENE SANITA' PUBBLICA	100
SERVIZIO SANITA' ANIMALE	100
SIAOA	100
SIAPZ	100
SIAN	100
SPRESAL	100
PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	100
<b>DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE</b>	
SERD	100
SPDC	100
CSM	100
NPI	100

## 6. PERFORMANCE INDIVIDUALE

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

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

- a) al livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla propria struttura organizzativa;
- b) al raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- c) alle competenze manageriali e professionali dimostrate nel rispetto delle norme e dei regolamenti vigenti;
- d) alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi;
- e) alla capacità dimostrata nel rispetto dei tempi del ciclo della performance

*Per i Dirigenti e Titolati di Incarico professionale /Organizzazione la valutazione è legata:*

- a) al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali o di gruppo assegnati; nel caso in cui questi non siano assegnati corrispondono agli obiettivi della struttura di appartenenza;
- b) alla qualità del contributo apportato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza;
- c) alle competenze manageriali e professionali dimostrate nel rispetto delle norme e dei regolamenti vigenti;
- d) alle competenze professionali ed i comportamenti organizzativi dimostrati;

*Per il personale del comparto la valutazione è legata:*

- a) al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali o di gruppo assegnati; nel caso in cui questi non siano assegnati corrispondono agli obiettivi della struttura di appartenenza;
- b) alla qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza; alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi;
- c) alle competenze professionali ed i comportamenti organizzativi dimostrati

L'attività di valutazione annuale viene effettuata attraverso l'applicativo G.U.R.U. che è un sistema software HRMS (Human Resource Management System) .

L'attività di valutazione è articolata in quattro fasi:

1. *Co-Valutazione*: il co-valutatore nei casi in cui è previsto esprime la valutazione sugli item della scheda;
2. *Valutazione*: il valutatore, chiusa la fase 1 Co-valutazione, esprime la valutazione sugli item della scheda confermando o variando quanto indicato nella fase 1;
3. *Commenti del valutato*: il valutato prende visione della valutazione espressa nella scheda di valutazione e può esprimere le proprie osservazioni;
4. *Colloquio*: il valutatore, a seguito di eventuali osservazioni del valutato, può variare la valutazione degli item della scheda.

Al termine del processo di valutazione il valutatore e il valutato firmano le schede. Tali schede definitive vengono trasmesse al Servizio Risorse Umane, cui competono gli adempimenti conseguenti (liquidazione della premialità, archiviazione nel fascicolo del dipendente).

Nell'ambito della valutazione individuale potrebbero sorgere dei contrasti tra i soggetti responsabili ed i valutati, a tal fine è costituito un apposito Collegio di conciliazione, il quale è chiamato a pronunciarsi sulla corretta applicazione del sistema.

Il Valutato può rivolgersi al Collegio di conciliazione esclusivamente per vizi procedurali e non di merito entro 3 giorni lavorativi dalla firma della scheda di valutazione finale.

Il Collegio di Conciliazione è composto da quattro membri:

- Direttore del Dipartimento Risorse Umane che svolge funzione di presidente
- un componente scelto dal Direttore Generale
- un componente scelto dal valutato
- un segretario verbalizzante scelto dal Direttore Generale

Il Collegio di conciliazione adotta la propria decisione entro 15 giorni dalla ricezione della scheda di valutazione .

## **7. PROCESSO DI MISURAZIONE VALUTAZIONE PERFORMANCE**

Allo stato attuale riguardo ai tempi e ai modi dell'assegnazione degli obiettivi e delle fasi di negoziazione di budget la Asl Sulcis Iglesiente non ha adottato un proprio Regolamento, pertanto risulta tutt'ora vigente il 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.

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
- Misura e valutazione della performance organizzativa ed individuale
- Utilizzo dei sistemi premianti
- Rendicontazione e pubblicazione dei risultati della performance

L'anno 2022 pur essendo stato caratterizzato da un ritardo nell'avvio del ciclo della performance, a causa della riorganizzazione dell'assetto organizzativo della neocostituita Azienda, le schede di budget sono state tutte formalmente sottoscritte in seguito alla contrattazione avvenuta tra il Direttore Generale e i Direttori di S.C.