

**ASL N. 7 DEL SULCIS IGLESIENTE**  
**RELAZIONE SULLA PERFORMANCE**  
**ANNO 2023**

**Ai sensi del Decreto Legislativo n. 150/2009 e s.m.i**

Sommario

<b>1. PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE.....</b>	<b>3</b>
<b>2. L'AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N. 7.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1 Chi siamo.....</b>	<b>3</b>
<b>2.2 La struttura organizzativa dell'Azienda.....</b>	<b>5</b>
<b>2.3 Cosa facciamo.....</b>	<b>7</b>
<b>3. RISORSE FINANZIARIE E UMANE.....</b>	<b>8</b>
<b>4. I PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI.....</b>	<b>11</b>
<b>4.1 Assistenza ospedaliera.....</b>	<b>11</b>
<b>4.2 Indicatori di Esito.....</b>	<b>15</b>
<b>4.3 Assistenza territoriale.....</b>	<b>16</b>
<b>5. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....</b>	<b>20</b>
<b>6. PERFORMANCE INDIVIDUALE.....</b>	<b>32</b>
<b>7. LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DEGLI UTENTI.....</b>	<b>34</b>
<b>8. PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE.....</b>	<b>36</b>
<b>9. PROCESSO DI MISURAZIONE VALUTAZIONE PERFORMANCE.....</b>	<b>36</b>

## **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 2023 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. 133 del 31/03/2023 “*Approvazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione ASL n. 7- 2023/2025*”

Più in dettaglio, la Relazione evidenzia a consuntivo i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse umane a disposizione, 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*.

## **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 "ASL n. 7 del Sulcis" 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 ed è 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 del Direttore Generale della ASL Sulcis Iglesiente n. 213 del 16.05.2023.

L’ambito territoriale della Azienda del Sulcis Iglesiente, 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 1.499,67 Km<sup>2</sup>, (pari al 6,21% dell’intera superficie della Sardegna). La popolazione

secondo la rilevazione ISTAT del 1° gennaio 2023 è di 117.702 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 presenta un decremento dello 0,5% (circa -609 abitanti) rispetto all'anno precedente (Istat a gennaio 2022 n. 118.311). Tale popolazione risulta suddivisa tra n. 60.071 femmine e n. 57.631 maschi.

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 Iglesiente, così come definito nell'Atto Aziendale, è articolata in:

**A. Presidi Ospedalieri:**

- 1) P.O. Sirai a Carbonia, Stabilimento DEA I° livello, multi-specialistico e punto di riferimento per le attività di Emergenza-Urgenza;
- 2) P.O. CTO a Iglesias, Stabilimento DEA I° livello, sede del polo materno infantile e, con funzioni di assistenza programmata, sede di Punto Primo di Intervento (PPI);
- 3) P.O. Santa Barbara a Iglesias, Stabilimento nodo della rete territoriale regionale, e sarà sede dell'Ospedale di Comunità, Casa di comunità con servizi specialistici, polo riabilitativo e Hospice.

**B. Distretti Socio Sanitari:**

- 1) Distretto Socio-Sanitario di Carbonia;
- 2) Distretto Socio-Sanitario di Iglesias;
- 3) Distretto Socio-Sanitario Isole di San Pietro e Sant'Antioco.

**C. Dipartimenti:**

- 1) Dipartimento di Prevenzione;
- 2) Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze;
- 3) Dipartimento Funzionale Riabilitativo Ospedale-Territorio (da attivare come da Atto Aziendale);
- 4) Dipartimento Funzionale delle Fragilità e della Cronicità (da attivare come da Atto Aziendale).

## 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.

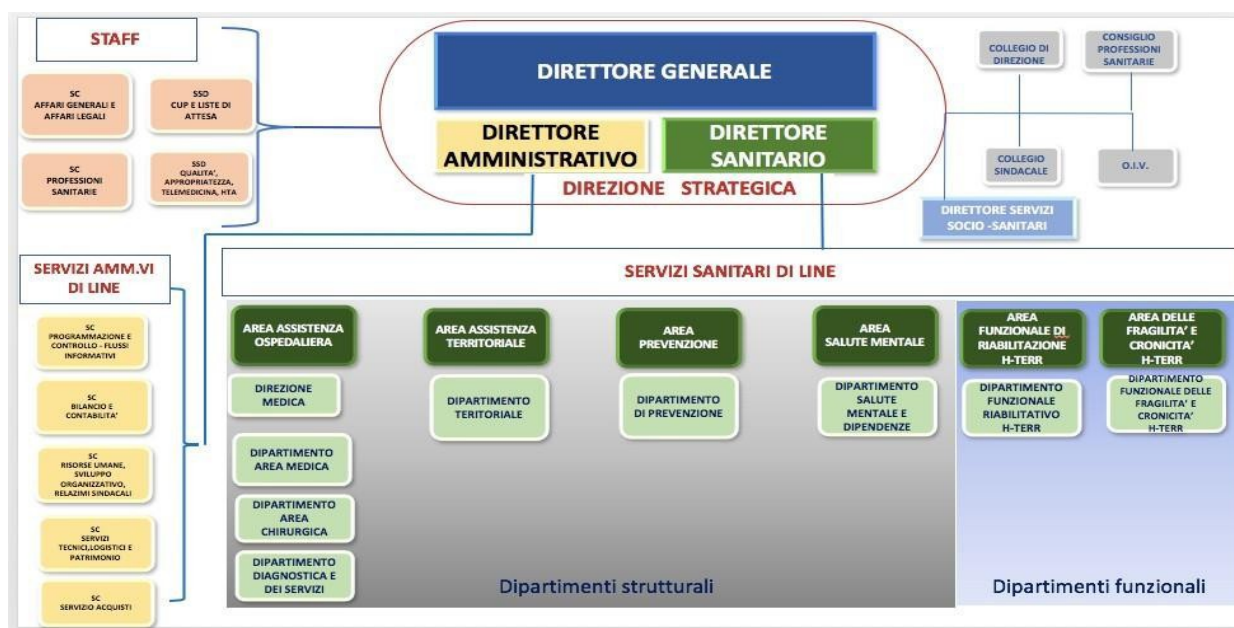
Ad oggi, l'Azienda risulta strutturata dal Direttore Generale, il cui incarico è stato formalizzato con Delibera n. 1 del 10/01/2022, dal Direttore Sanitario nominato con Deliberazione n. 298 del 02/11/2022, dal Direttore Amministrativo nominato con deliberazione n. 299 del 02/11/2022.

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 centralizzato, le funzioni di supporto tecnico-amministrativo per tutte le Aziende Sanitarie.

Di seguito si riporta il modello organizzativo rappresentato nell'Atto Aziendale, 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**

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

Con la DGR n. 10/33 del 16/03/2023 avente ad oggetto "Attribuzione provvisoria alle Aziende Sanitarie Regionali delle risorse destinate al finanziamento indistinto della spesa sanitaria di parte corrente per l'esercizio 2023", e con la nota dell'Assessorato alla Sanità prot. n. 23041 del 12/10/2022, sono state fornite le indicazioni per la compilazione dei Bilanci di Previsione 2023-2025 e aggiornati i dati relativi agli stanziamenti provvisori. Successivamente, la Direzione Generale dell'Assessorato alla Sanità ha fornito ulteriori indicazioni operative con le note prot. n. 682 del 10/01/2023, prot. n. 9009 del 28.03.2023 e prot. n. 9431 del 31.03.2023.

In applicazione dell'art. 25 del D.Lgs. 118/2011, e delle direttive regionali sopra richiamate la ASL Sulcis Iglesiente ha adottato, con Delibera del Direttore Generale n. 323 del 15 novembre 2022, il Bilancio preventivo economico annuale e pluriennale 2023-2025, rimodulato e approvato in via definitiva, a seguito dell'aggiornamento degli stanziamenti regionali, con Delibera del Direttore Generale n. 195 del 09/05/2023.

La ASL Sulcis Iglesiente al 31/12/2023 conta un numero di personale dipendente complessivo pari a n. 1.407 unità, di cui a tempo indeterminato n. 1.347, e a tempo determinato n. 60.

Nelle seguenti tabelle si rappresenta il personale in servizio al 31/12/2023 presso la ASL Sulcis Iglesiente distinto per tipologia, per tipo di rapporto e per genere.

TIPOLOGIA	M	F	TOTALE
Tempo Indeterminato tempo pieno	464	883	1347
Tempo determinato tempo pieno	19	41	60
<b>Totale complessivo</b>	<b>483</b>	<b>924</b>	<b>1407</b>

TIPOLOGIA	M	F	TOTALE
Tempo Indeterminato PART-TIME	1	7	8

Personale dirigente anno 2023 per tipo di rapporto e genere					
Dirigenza	Tempo indeterminato		Tempo determinato		TOTALE
	M	F	M	F	
Dirigenza Sanitaria- Medica	104	132	4	4	244
Dirigenza Sanitaria – Veterinaria	12	9	2	1	24
Dirigenza Sanitaria non medica	5	26		3	34
Dirigenza PTA	2	3	1	1	7
<b>Totale generale</b>	<b>123</b>	<b>170</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>309</b>

Personale comparto anno 2023 per tipo di rapporto e genere					
Comparto	Tempo indeterminato		Tempo determinato		TOTALE
	M	F	M	F	
Socio Sanitario	28	114	5	8	155
Sanitario	193	494	3	6	696
Professionale					0
Tecnico	86	32			118
Amministrativo	34	73	4	18	129
<b>Totale generale</b>	<b>341</b>	<b>713</b>	<b>12</b>	<b>32</b>	<b>1098</b>

La ASL Sulcis Iglesiente presenta una costante criticità legata alla carenza di personale che si riflette sulle principali linee di produzione aziendale. Attualmente la carenza maggiore riguarda i Dirigenti Medici, pari a circa 60 unità.



Sul punto si ritiene doveroso evidenziare che a seguito della riforma sanitaria regionale, avviata con la L.R. 24/2020, la gestione delle procedure per l'assunzione del personale rientra principalmente nelle competenze di ARES Sardegna, pertanto la ASL Sulcis Iglesiente non è autonoma nell'attuare il reclutamento del personale.

L'attuale sistema di reclutamento prevede:

- procedure concorsuali in capo all'Azienda Regionale della Salute (ARES),
- procedure di mobilità interaziendali, in capo alle ASL su delega di ARES;
- procedure di stabilizzazioni, in capo alle ASL su delega di ARES.

Si evidenzia, altresì, che il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale è adottato e aggiornato annualmente, in coerenza con l'organizzazione degli uffici e dei servizi e con la pianificazione pluriennale delle attività e delle performance, per una programmatica copertura del fabbisogno di personale, nei limiti delle risorse finanziarie fissate dalla Direzione Generale dell'Assessorato alla Sanità.

Infatti, la programmazione del fabbisogno del personale è vincolata al rispetto del tetto di spesa annuale per il personale stabilito dall'Assessorato alla Sanità. Il Piano Triennale del Fabbisogno per l'anno 2023 è stato adottato dalla ASL Sulcis Iglesiente con Delibera n. 195 del 09/05/2023, contestualmente alla approvazione del Bilancio Economico di Previsione 2023-2025 di cui costituisce documento integrante e sostanziale.

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

### ***4.1 Assistenza ospedaliera***

L'area ospedaliera gestisce la produzione e l'erogazione delle prestazioni di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno e le prestazioni ambulatoriali organizzate ed integrate con le altre attività di assistenza territoriale.

Nell'ambito della ASL Sulcis Iglesiente si registra una particolare criticità legata alla presenza di due stabilimenti ospedalieri che contribuiscono alla formazione del DEA di I livello. Questo ha inevitabilmente favorito la duplicazione di funzioni e specialità per cui è necessario, in attesa della realizzazione dell'Ospedale Unico del Sulcis Iglesiente, che da un lato l'offerta ospedaliera venga riqualificata collocando in ciascun presidio le strutture in grado di garantire la funzione a cui il Presidio stesso è preposto, dall'altro è necessario procedere all'attivazione di nuove specialità, in coerenza con l'Atto aziendale, la cui indisponibilità nella rete aziendale odierna determina talvolta ricoveri inappropriati nei reparti esistenti e/o un'elevata mobilità passiva.

Altrettanto prioritaria è la riorganizzazione delle attività all'interno dei due stabilimenti ospedalieri in modo da garantire in maniera prioritaria soprattutto le attività di emergenza-urgenza.

Ai fini del monitoraggio dell'attività ospedaliera, la ASL Sulcis Iglesiente fa riferimento ad indicatori esterni come gli indicatori di esito delle cure del Programma Nazionale Esiti di Agenas (Agenzia Nazionale per i

servizi sanitari Regionali), indicatori che rappresentano strumenti di supporto per auditing clinici ed organizzativi al fine di migliorare l'efficacia e l'equità delle cure.

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

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

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 2023

Struttura Erogante	Erogatore	Regime Ricovero	File A Dimessi 2023	File A Dimessi 2022	% Delta
			<b>8.291</b>	<b>7.587</b>	9%
20002800 – P.O.Sirai	0801 - Cardiologia	1 - Ricovero Ordinario	455	474	-4%
20002801 – P.O.Sirai	0801 - Cardiologia	2 - Day Hospital	93	85	9%
20002802 – P.O.Sirai	0901 - Chirurgia Generale	1 - Ricovero Ordinario	772	769	0%
20002803 – P.O.Sirai	0901 - Chirurgia Generale	2 - Day Hospital	139	111	25%
20002804 – P.O.Sirai	1801 - Ematologia	2 - Day Hospital	164	161	2%
20002805 – P.O.Sirai	2601 - Medicina Generale	1 - Ricovero Ordinario	804	283	184%
20002806 – P.O.Sirai	covid	1 - Ricovero Ordinario		187	
20002807 – P.O.Sirai	2601 - Medicina Generale	2 - Day Hospital	0	0	
20002808 – P.O.Sirai	2901 - Nefrologia	2 - Day Hospital	130	5	
20002809 – P.O.Sirai	3201 - Neurologia	1 - Ricovero Ordinario	257	260	-1%
20002810 – P.O.Sirai	3201 - Neurologia	2 - Day Hospital	12	17	-29%
20002811 – P.O.Sirai	3601 - Ortopedia E Traumatologia	1 - Ricovero Ordinario	498	589	-15%
20002812 – P.O.Sirai	3601 - Ortopedia E Traumatologia	2 - Day Hospital	11	28	-61%
20002813 – P.O.Sirai	4001 - Psichiatria	1 - Ricovero Ordinario	493	410	20%
20002814 – P.O.Sirai	4001 - Psichiatria	2 - Day Hospital	0	0	
20002815 – P.O.Sirai	4301 - Urologia	1 - Ricovero Ordinario	292	396	-26%
20002816 – P.O.Sirai	4301 - Urologia	2 - Day Hospital	50	125	-60%
20002817 – P.O.Sirai	4901 - Terapia Intensiva	1 - Ricovero Ordinario	69	72	-4%
20002818 – P.O.Sirai	5001 - Unità Coronarica	1 - Ricovero Ordinario	70	67	4%
20002819 – P.O.Sirai	5001 - Unità Coronarica	2 - Day Hospital	1	0	
20002820 – P.O.Sirai	6401 - Oncologia	2 - Day Hospital	281	292	-4%
20002900 – P.O.S. Barba	6801 - Pneumologia	2 - Day Hospital	35	33	6%
20003000 - P.O.Cto	0901 - Chirurgia Generale	1 - Ricovero Ordinario	110	137	-20%
20003001 - P.O.Cto	0901 - Chirurgia Generale	2 - Day Hospital	332	151	120%
20003002 - P.O.Cto	2601 - Medicina Generale	1 - Ricovero Ordinario	721	696	4%
20003003 - P.O.Cto	2601 - Medicina Generale	2 - Day Hospital	126	70	80%
20003004 - P.O.Cto	3101 - Nido	1 - Ricovero Ordinario	138	189	-27%
20003005 - P.O.Cto	3401 - Oculistica	2 - Day Hospital	678	548	24%
20003006 - P.O.Cto	3601 - Ortopedia E Traumatologia	1 - Ricovero Ordinario	42	211	-80%
20003007 - P.O.Cto	3601 - Ortopedia E Traumatologia	2 - Day Hospital	120	129	-7%
20003008 - P.O.Cto	3701 - Ostetricia E Ginecologia	1 - Ricovero Ordinario	396	397	0%
20003009 - P.O.Cto	3701 - Ostetricia E Ginecologia	2 - Day Hospital	148	87	70%
20003010 - P.O.Cto	3801 - Otorinolaringoiatria	1 - Ricovero Ordinario	3	18	-83%
20003011 - P.O.Cto	3801 - Otorinolaringoiatria	2 - Day Hospital	384	152	153%
20003012 - P.O.Cto	3901 - Pediatria	1 - Ricovero Ordinario	284	270	5%
20003013 - P.O.Cto	3901 - Pediatria	2 - Day Hospital	178	137	30%
20003014 - P.O.Cto	4901 - Terapia Intensiva	1 - Ricovero Ordinario	5	31	-84%

Dall'esame dei dati riportati emerge che nell'anno 2023 sono state erogate n. 8.291 prestazioni di ricovero, di cui n. 5409 in regime di ricovero ordinario e n. 2882 in regime di ricovero diurno, registrando un incremento di attività complessiva pari al 9% rispetto al 2022.

In particolare dal confronto con l'anno 2022 emerge una lieve diminuzione di attività in Regime Ordinario pari al 0,86% e un incremento del 35% in regime Day Hospital.

Si evidenzia la ripresa dell'attività nel corso del 2023 per le UU.OO. di Medicina Generale dei PP.OO. Sirai e CTO e delle UU.OO. di Chirurgia dei PP.OO. Sirai e CTO, e delle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia e Otorinolaringoiatria, in particolare in regime di ricovero diurno.

Dall'esame dei dati riportati emerge che nell'anno 2023 le UU.OO. di Ortopedia e Traumatologia dei PP.OO. Sirai e CTO e la U.O. di Urologia hanno riscontrato maggiori criticità, le quali sono dovute essenzialmente alla carenza di personale medico che ha comportato la chiusura temporanea delle stesse UU.OO.

**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	2023
A7SB - STABILIMENTO SANTA BARBARA IGLESIAS	Occupazione PL DH	20,58%	19,73%
	Occupazione PL DH	31,81%	48,53%
A7CTO - STABILIMENTO CTO IGLESIAS	Occupazione PL RO	39,11%	36,87%
	RO - Turn Over	10,03	11,93
	RO - Indice di rotazione	22,15	19,31
	Degenza media	6,45	6,97
A7SIR - STABILIMENTO SIRAI CARBONIA	Occupazione PL DH	112,53%	99,28%
	Occupazione PL RO	63,84%	77,74%
	RO - Turn Over	5,16	2,65
	RO - Indice di rotazione	25,6	30,66
	Degenza media	9,1	9,25

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

#### 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

Parti con taglio cesareo primario	2022			2023			2023-2022	
	ANNO	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	
STRUTTURA							Delta Indicatore %	
20003000 - P.O.CTO		33	132	25,0%	29	101	28,7%	14,80%

L'indicatore "Parti con taglio cesareo primario" consente di calcolare la percentuale di parti cesarei primari, rispetto al totale dei parti effettuati (con nessun pregresso cesareo) in un ospedale. L'indicatore viene utilizzato per valutare la qualità dell'assistenza e il grado di "appropriatezza" delle cure prestate. Pertanto, valori più bassi possono riflettere una pratica clinica più appropriata.

Dall'esame dei dati registrati nell'anno 2023 emerge un lieve incremento del numero di parti cesarei rispetto all'anno precedente, ne consegue che nel 2024 l'Azienda dovrà porre in essere azioni volte a migliorare i risultati di detto indicatore.

### Colecistectomie laparoscopiche: degenza post operatoria inferiore ai 3 giorni

Colecistectomie laparoscopiche: degenza post operatoria inferiore ai 3 giorni							
ANNO	2022			2023			2023-2022
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Delta Indicatore %
20002800 – P.O. SIRAI (CARBONIA)	13	16	81,3%	18	24	75,0%	-7,75%
20003000 - P.O.CTO	23	26	88,5%	68	74	91,90%	3,84%

Riguardo agli interventi di "colecistectomia laparoscopica", dai dati riportati emerge una differenza di numero di interventi svolti nei due Presidi, questo è dovuto principalmente al fatto che la S.C. di Chirurgia Generale del P.O. Sirai esegue attività chirurgica d'urgenza, mentre, la S.C. Chirurgia Generale del P.O. C.T.O. effettua una attività programmata.

Dal confronto dei risultati tra i due anni emerge un incremento di interventi di colecistectomie laparoscopiche nell'anno 2023 su entrambi i PP.OO., e un risultato positivo in relazione al rispetto della degenza post operatoria entro i 3 giorni. Una lieve variazione si registra per la Chirurgia Generale del PO Sirai, la ragione è dovuta agli interventi d'urgenza, spesso vengono trattati pazienti in presenza di complicanze che necessitano di una degenza post operatoria superiore ai 3 giorni.

### PTCA entro 2 giorni in STEMI

PTCA entro 2 giorni in STEMI							
ANNO	2022			2023			2023-2022
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Delta Indicatore %
20002800 – P.O. SIRAI (CARBONIA)	16	32	50,0%	40	52	76,9%	53,80%

Dall'esame dell'indicatore si registra un risultato positivo e un incremento nell'anno 2023 di interventi di angioplastica coronarica - PTCA entro 2 giorni in STEMI rispetto all'anno precedente.

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

Numero di fratture del femore operate entro 2 giorni a pazienti over 65							
ANNO	2022			2023			2023-2022
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Delta Indicatore %
20002800 – P.O. SIRAI (CARBONIA)	41	218	18,8%	16	203	7,9%	-58,08%

Per l'indicatore suindicato si registra anche nell'anno 2023 un risultato negativo. Detto risultato è influenzato dal fatto che questo tipo di intervento necessita di una pianificazione chirurgica che coinvolge diversi professionisti, quali medici ortopedici, medici cardiologi e medici anestesisti. La criticità prevalente nell'anno 2023 è stata determinata dalla grave carenza, oltre che di medici anestesisti, anche di medici

ortopedici e cardiologi, che inevitabilmente ha comportato il differimento degli interventi non permettendo il rispetto del target previsto dall'indicatore.

L'Azienda ha posto in essere azioni dirette a sopperire la carenza di personale, attraverso la stipula di Convenzioni con altre ASL e con il reclutamento di personale con contratto di lavoro autonomo, tuttavia in alcuni periodi non è stato possibile evitare la chiusura delle UU.OO. di Ortopedia e Traumatologia dei PP.OO. SIRAI e CTO.

### **4.3 Assistenza territoriale**

La L.R. 24/2020 e il Piano Regionale dei servizi sanitari 22-24, 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 l'attivazione e il potenziamento di strutture e presidi territoriali, come le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità, rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

Con il DM 77/2022 e grazie ai finanziamenti del PNRR la macro articolazione del Distretto Socio Sanitario viene popolata da nuovi servizi e soluzioni operative (quali le Case di Comunità-CdC, gli Ospedali di Comunità-OdC e le Centrali Operative Territoriali- COT) ed è interessata dal rafforzamento di servizi già esistenti, a cui viene richiesto di rispondere ad una domanda di tutela della salute territorialmente definita.

Come illustrato nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025, nella ASL Sulcis Iglesiente sono previsti i seguenti interventi di edilizia sanitaria, finanziati con i Fondi del PNRR- Missione M6:

- Casa di Comunità «San Ponziano» di Carbonia
- Casa di Comunità «P.O. S. Barbara» di Iglesias
- Centrale Operativa Territoriale P.O. S. Barbara di Iglesias
- Centrale Operativa Territoriale 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 Salute di Giba, di S. Antioco, di Carloforte e di Fluminimaggiore, che saranno Spoke di Carbonia e Iglesias.

### **Centrale Operativa Territoriale (COT)**

La COT è uno strumento funzionale del Distretto Sanitario e rappresenta 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.

La ASL Sulcis Iglesiente nell'anno 2023 tra gli obiettivi di performance organizzativa ha assegnato ai Distretti Socio Sanitari di Carbonia e Iglesias l'obiettivo diretto a *“Garantire l'attuazione della COT Aziendale e della Casa della salute, in collaborazione con gli altri attori coinvolti.”*

L'attivazione delle COT, pur essendo un obiettivo collegato ai tempi delle opere di progettazione di natura tecnica-ingegneristica, ha coinvolto i Distretti Socio Sanitari di Carbonia e Iglesias per la parte relativa al reclutamento del personale infermieristico da assegnare alle Centrali. Il personale assegnato alle COT

dipende gerarchicamente dal Direttore del Distretto interessato.

Nella ASL Sulcis Iglesiente la progettazione preliminare ed esecutiva delle COT è stata avviata e conclusa tra l'anno 2022 e il primo semestre dell'anno 2023.

Nell'anno 2022 con la Deliberazione del Direttore Generale dell'ASL Sulcis Iglesiente n. 221 del 8/09/2022 è stato approvato il Documento Preliminare alla Progettazione (DPP) dell'intervento relativo alla realizzazione della COT e con la successiva Deliberazione del Direttore Generale dell'ASL Sulcis Iglesiente n. 235 del 21/09/2022 ne è stato approvato il cronoprogramma.

Nell'anno 2023 con Deliberazione RAS 28/11 del 24.08.2023 sono stati definiti gli indirizzi per la costituzione delle Centrali operative Territoriali, con mandato alle Aziende sanitarie locali di identificare le COT aziendali entro 90 gg dall'approvazione della delibera medesima, nonché garantire la piena funzionalità delle COT entro il 31.03.2024, poi spostata al 30/06/2024, l'operatività delle transizioni ospedale-territorio e provvedere all'applicazione delle linee di indirizzo.

Nel secondo semestre dell'anno 2023 nella ASL Sulcis Iglesiente ha avuto inizio l'esecuzione dei lavori per la realizzazione della COT territoriale nella sede di Iglesias (PO Santa Barbara) e Carbonia (PO Sirai), di cui alle Delibere del Direttore Generale n. 333 del 29/06/2023 e n. 794 del 20/12/2023.

Nell'anno 2023 la ASL Sulcis Iglesiente ha espletato una selezione interna, rivolta al personale dipendente a tempo indeterminato, per il reclutamento del personale infermieristico da assegnare alle COT per un totale di 10 operatori di cui 5 per la COT del PO Santa Barbara e 5 per la COT PO Sirai.

### ***Casa di Comunità***

La Casa di Comunità costituisce una struttura sociosanitaria polivalente che garantisce funzioni di assistenza sanitaria primaria, prevenzione e promozione della salute, ed opera in stretto contatto con le Centrali Operative Territoriali (COT).

Nell'ambito della ASL Sulcis Iglesiente, l'intervento di edilizia sanitaria finanziato dal P.N.R.R - Missione 6 salute (risorse dell'investimento M6.C1-1.1), prevede la realizzazione di due Case di Comunità, una nel P.O. Santa Barbara di Iglesias, al secondo piano, e l'altra nel Poliambulatorio San Ponziano di Carbonia, al piano terra e piano primo.

Con riferimento all'attuazione della Casa di Comunità del Poliambulatorio San Ponziano, con Delibera del Direttore Generale della ASL Sulcis Iglesiente n. 123 del 31/03/2023, sono stati disposti l'impegno di spesa e l'affidamento per l'intervento di ristrutturazione e messa a norma del piano terra e piano primo destinati ad ospitare la Casa di Comunità. Con Delibera del Direttore Generale della ASL Sulcis Iglesiente n. 551 del 27/09/2023 è stato approvato il Piano di Fattibilità Tecnico Economica relativo all'intervento predetto.

Riguardo alla Casa di Comunità di Iglesias con la Deliberazione del Direttore Generale della ASL Sulcis Iglesiente n. 566 del 29/09/2023 è stato approvato il progetto di fattibilità tecnica ed economica relativo alla ristrutturazione e messa a norma di una porzione del piano secondo del P.O. Santa Barbara di Iglesias destinata ad ospitare la Casa di Comunità.

### **Dati di attività assistenza territoriale 2023**

Nella tabella seguente le prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni sono suddivise per Branca specialistica.

<b>Prestazioni per esterni - Strutture Private</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	
<b>Branca Specialistica</b>	<b>Quantità</b>	<b>Quantità</b>	<b>DELTA %</b>
Cardiologia	7.493	7.542	0,65%
Chirurgia Vascolare-Angiologia	2.632	2.810	6,76%
Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica	61.376	59.233	-3,49%
Lab.Analisi Chimico cliniche e microbiologiche	315.388	317.179	0,57%
Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale	108.910	110.575	1,53%
<b>Totale</b>	<b>495.799</b>	<b>497.339</b>	<b>0,31%</b>

<b>Prestazioni per esterni - Strutture Pubbliche</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	
<b>Branca Specialistica</b>	<b>Quantità</b>	<b>Quantità</b>	<b>DELTA %</b>
Anestesia	899	628	-30%
Cardiologia	12634	9735	-23%
Chirurgia Generale	691	696	1%
Dermosifilopatia	760	952	25%
Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica	1099	11525	949%
Endocrinologia	639	975	53%
Gastroenterologia-Chirurgia ed endoscopia digestiva	1949	2815	44%
Lab.Analisi Chimico cliniche e microbiologiche	265839	541.008	104%
Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale	41910	50.096	20%
Nefrologia	19062	20.576	8%
Neurologia	1483	1.730	17%
Oculistica	10059	12.045	20%
Odontostomatologia	1509	1.580	5%
Oncologia	1439	1.412	-2%
Ortopedia e Traumatologia	1222	1.590	30%
Ostetricia e Ginecologia	846	1.001	18%
Otorinolaringoiatria	2020	3.019	49%
Pneumologia	1729	2.184	26%
Psichiatria	22	15	-32%
Urologia	1457	877	-40%
<b>Totale</b>	<b>367268</b>	<b>664459</b>	<b>81%</b>

Il confronto dei volumi di prestazioni riportati nella tabella evidenzia una lieve contrazione dell'attività nell'anno 2023 da parte delle strutture private accreditate a fronte di una forte crescita delle prestazioni rese dalle strutture aziendali.

In generale si riscontra una ricrescita dell'attività ambulatoriale di tutte le branche specialistiche, e in particolare si evidenzia la ripresa dell'attività da parte delle UU.OO. di Radiologia e Diagnostica per immagini e del Laboratorio Analisi che nell'anno 2022 avevano invece subito una forte contrazione dell'attività per esterni.

## **5. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**



In coerenza con le Aree strategiche definite nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025 adottato con Delibera n. 133 del 31/03/2023 del Direttore Generale della ASL Sulcis Iglesiente, di seguito si riporta una sintesi degli obiettivi assegnati alle Strutture aziendali per l'anno 2023, con i relativi indicatori e la percentuale di raggiungimento rispetto al target assegnato.

### Area strategica Prevenzione

Obiettivi assegnati al Servizio Igiene Sanità Pubblica(SISP)	Indicatori	Target	% Raggiungimento
Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (ReNCaM) fino al 2021	(N. schede codificate/N. schede inserite) *100	90%	100%
Migliorare la copertura vaccinale in età pediatrica	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite b, pertosse, Hib)	>=90%	100%
Migliorare la copertura vaccinale in età pediatrica	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per 1 dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>=90%	100%
<b>Obiettivi assegnati al Servizio SPRESAL</b>			
Realizzare gli 8 Piani Mirati di Prevenzione (PMP) con l'attuazione, per ciascuno di essi, della formazione per le figure aziendali della prevenzione delle imprese (datori di lavoro, RLS, RLST, RSPP, ASPP, Medici Competenti, etc.), dell'assistenza alle imprese, dell'esame delle schede di autovalutazione compilate dalla imprese, dell'informazione/comunicazione, come stabilito per il 2023 nel PRP 2020-2025	Numeratore: numero di PMP realizzati da parte di ogni SPRESAL di ciascuna ASL con l'attuazione delle attività stabilite per il 2023 nel PRP x 100 Denominatore: numero complessivo di PMP (n. 8) da realizzare da parte di ogni SPRESAL di ciascuna ASL	100% (= 8/8 x 100)	100%
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 agricole/n. interventi ispettivi programmati sec. Piano locale/regionale	100%	100%
Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore di altri comparti	Numero di interventi ispettivi in aziende di altri comparti/n. interventi ispettivi programmati sec. Piano locale/regionale	100%	100%
Garantire l'inserimento degli infortuni gravi e mortali nel sistema INFORMO	Numero segnalazioni inserite/numero segnalazioni pervenute	100%	100%
<b>Obiettivi assegnati al Servizio Sanità Animale(SSA)</b>			
Ottenere i risultati attesi dalla roadmap stilata da Bruxelles	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: 1 carcassa al mese per l'ASL Sulcis	100%
		94% Recuperare i censimenti ancora mancanti tra quelli da registrare a sistema al 31 marzo	100%
Effettuazione dei controlli sugli stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini per il mantenimento/ottenimento dello status di territorio indenne da infezione da MTBC	n° stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini controllati/ n° stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini programmati (da controllare) nell'anno 2023	100% del programmato 2023	100%
Piano regionale di selezione genetica per la resistenza alla scrapie classica degli ovini. Livello di certificazione genetica delle greggi	N° di allevamenti di ovini classificati come livello I, II (IIa e lib), III / n° di allevamenti ovini attivi	Almeno il 90% degli allevamenti ovini attivi classificabili in BDN come livello I, II (IIa e lib), III	100%
<b>Obiettivi assegnati al Servizio Igiene degli Alimenti di Origine Animale e loro derivati (SIAOA)</b>			
Garantire la categorizzazione del rischio negli stabilimenti riconosciuti	Numero di stabilimenti categorizzati nel 2023/numero totale di stabilimenti da categorizzare programmati nel 2023*100	80%	100%
Garantire il campionamento di alimenti al fine di ridurre i rischi alimentari batteriologici e/o chimici	Numero di campioni effettuati nel 2023/Numero totale dei campioni programmati per il 2023*100	100%	100%
<b>Obiettivi assegnati al Servizio Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAPZ)</b>			
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	>=20% tot. stabilimenti	100%
Attività di farmacosorveglianza per farmacie(distribuzione)	n. farmacie controllate/n. farmacie target definito dal piano di Farmacosorveglianza Regionale (Dati Classyfarm)	100%	100%
Contaminazione degli alimenti (riduzione rischio farmaci, sostanze illecite o contaminanti)	n. campioni analizzati/totale campioni programmati da PRR	100%	100%
Controllo negli allevamenti finalizzati al benessere animale (adeguamento alle normative ministeriali D. Lgs 146/2001 e D. Lgs. n. 122/2011)	n. allevamenti verificati/n. Allevamenti programmati previsti dal PRBA (Dati Classyfarm)	100%	100%
<b>Obiettivi assegnati al Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)</b>			
Controllo acque minerali, di sorgente e ad usi alimentari	n. controlli effettuati/n. controlli programmati	100%	100%
Controllo acque destinate al consumo umano	n. controlli effettuati/n. controlli programmati	100%	100%
Controllo prodotti fitosanitari	n. controlli effettuati/n. controlli programmati	100%	100%
Adesione al Sistema di Sorveglianza Okkio 2023	(N di scuole coinvolte nella sorveglianza/N. di scuole campionate dall'ISS)*100	100%	100%

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 disamina gli obiettivi inerenti i "programmi di screening oncologico organizzato".

Obiettivo	Indicatore	Target 2023
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	Screening cervice: tasso di adesione reale $\geq$ 35% ; Screening colorettaile: tasso di adesione reale $\geq$ 20% ; Screening mammografico $\geq$ 30%

Nell'anno 2023 i valori di raggiungimento per il programma "screening del colon retto" hanno superato il valore atteso richiesto, precisamente su un popolazione target annua pari a 20.000 unità sono stati effettuati test di I livello pari a 5.202 raggiungendo un tasso di adesione del 26%.

Anche per il programma "screening mammografico" il risultato raggiunto è stato superiore al valore atteso, precisamente su un popolazione target annua pari a 10.200 unità sono stati effettuati test di I livello pari a 3.194 raggiungendo un tasso di adesione del 31%.

Mentre per il programma "screening della cervice uterina" non è stato possibile riavviare l'attività a causa dell'assenza di un Centro di lettura e refertazione dei pap-test.

Tale mancanza è dipesa dalla dismissione del Servizio di Anatomia Patologica avvenuta nel 2019.

Successivamente a detta chiusura, la refertazione dei pap-test è stata affidata alla ASL di Cagliari che, per ragioni legate ai carichi di lavoro, non ha potuto assicurare il proseguo dell'attività. La nuova convenzione per l'anatomia patologica, stipulata nel 2023 con la ASL del Medio Campidano, non ha consentito di prevedere la refertazione dei pap-test per lo screening della cervice uterina a causa della carenza di personale della stessa ASL.

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

Nella seguente Tabella "Livello di erogazione dei LEA - volumi e appropriatezza delle prestazioni" sono riportate le percentuali di raggiungimento degli obiettivi assegnati alle Strutture Ospedaliere afferenti ai P.P.O.O. Sirai e CTO. Detta percentuale di raggiungimento è calcolata sulla media del risultato raggiunto dalle Strutture ospedaliere rispetto al target assegnato.

Area Livello di erogazione dei LEA - volumi e appropriatezza delle prestazioni			
Obiettivi assegnati alle Strutture della Area Chirurgica	Indicatori	Target	% Raggiungimento
Migliorare la performance degli indicatori di esito/processo individuati dal treemap del PNE per ogni struttura ospedaliera dell'ASL che presentano un valore critico medio, scarso e molto scarso	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg	90%	100%
Migliorare la performance degli indicatori di esito/processo individuati dal treemap del PNE per ogni struttura ospedaliera dell'ASL che presentano un valore critico medio, scarso e molto scarso	% in 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 dell'indicatore rispetto all'anno precedente	sterilizzato
Migliorare la performance degli indicatori di esito/processo individuati dal treemap del PNE per ogni struttura ospedaliera dell'ASL che presentano un valore critico medio, scarso e molto scarso	Numero parti cesarei primari/numero parti con nessun progresso cesareo*100	22%	65%
Migliorare il grado di umanizzazione delle cure nella ASL	Potenziamento della modalità del parto in analgesia	Miglioramento rispetto al 2022	100%
Garantire il miglioramento della casistica e della performance dell'ospedale	Predisposizione di un Protocollo per il rispetto dei tempi di gestione del paziente in sala operatoria	entro il 30/11/2023	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%
Garantire il miglioramento della qualità dell'assistenza ai pazienti	% di infezioni del sito chirurgico/totale interventi chirurgici	<=4%	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%
Garantire il miglioramento della qualità dell'assistenza ai pazienti	Costituzione di un gruppo multidisciplinare per presa in carico del paziente oncologico -Condiviso tra UU.OO. Chirurgia e U.O. Oncologia	Definizione gruppo multidisciplinare di presa in carico entro il 31/12/2023	100%
Garantire l'efficacia e la qualità dell'attività clinico - assistenziale - Ritardo nello start time chirurgico	Ritardo medio giornaliero delle procedure chirurgiche elettive	< di 45 minuti	100%
Garantire l'efficacia e la qualità dell'attività clinico - assistenziale - Frequenza quotidiana cancellazione degli interventi elettivi	Cancellazione media	< del 15%	100%
Garantire l'efficacia e la qualità dell'attività clinico - assistenziale Riduzione del Turnover time	Tempo che intercorre tra l'uscita di un paziente da una sala operatoria e l'ingresso del successivo (escluso tempo di pulizia e set - up)	< di 25 minuti	100%
Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inapproprietezza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012	% DRG a rischio di inapproprietezza in DO	inferiore 13%	77%
Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche"(ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionali) e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo *100	75%	73%
Obiettivi assegnati alle Strutture della Area Medica	Indicatori	Target	% Raggiungimento
Migliorare la performance degli indicatori di esito/processo individuati dal treemap del PNE per ogni struttura ospedaliera dell'ASL che presentano un valore critico medio, scarso e molto scarso	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	≤ 6	100%
Migliorare la performance degli indicatori di esito/processo individuati dal treemap del PNE per ogni struttura ospedaliera dell'ASL che presentano un valore critico medio, scarso e molto scarso	Infarto miocardico acuto: Proporzioni di trattati con PTCA entro 2 giorni	>=60%	100%
Migliorare la performance degli indicatori di esito/processo individuati dal treemap del PNE per ogni struttura ospedaliera dell'ASL che presentano un valore critico medio, scarso e molto scarso	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per BPCO riacutizzata	≤ 7	100%
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%
Area di performance dell'accesso e della fruibilità dei servizi	Apertura di attività ambulatoriale per esterni U.O. Neurologia Sirai	entro il 31/12/2023	sterilizzato
Riduzione della % di ricoveri ordinari medici brevi	N. Ricoveri Ordinari Brevi/N. Ricoveri Ordinari Medici*100	<=17%	100%
Partecipazione al Progetto Integrazione Ospedale/Territorio	% di pazienti età >= 85 anni presi in carico ADI/ totale dimessi pazienti età >= 85 anni	30%	100%
Garantire il miglioramento della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente dei servizi di cura territoriali e ambulatoriali	Numero totale di sedute dialitiche	Miglioramento rispetto al 2022	100%
Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inapproprietezza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012	% DRG a rischio di inapproprietezza in DO	inferiore 13%	100%
Garantire il miglioramento della qualità dell'assistenza ai pazienti	Costituzione CAS(Centro Accoglienza Servizi) per pazienti oncologici carcinoma mammella	Costituzione e attivazione entro il 31/12/2023	sterilizzato
Garantire il miglioramento della qualità dell'assistenza ai pazienti -U.O. Reumatologia	Costituzione di un gruppo multidisciplinare per la gestione delle complicanze e delle comorbidità delle malattie reumatiche sistemiche.	Definizione e attivazione gruppo multidisciplinare entro il 31/12/2023	100%
Garantire il miglioramento della casistica e della performance dell'ospedale	Predisposizione di un Protocollo per garantire l'accesso facilitato all'artrite di nuova insorgenza	Entro il 31/12/2023	100%
Migliorare il ricorso all'assistenza ospedaliera attraverso la qualificazione dell'attività di accettazione sanitaria e dell'attività di Osservazione Breve prima diagnostica (O.B.I)	% accessi PS non seguiti da ricovero	>=70%	100%
% di abbandoni dal Pronto Soccorso	N. abbandoni dal Pronto Soccorso x 100 / N. accessi in Pronto Soccorso	<=15%	100%
Predisposizione protocollo per il miglioramento del " Boarding "	Stesura con Delibera e attuazione protocollo	Entro il 30/11/2023	100%
Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche"(ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionali) e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo *100	75%	70%
Obiettivi assegnati alle Strutture della Area Servizi	Indicatori	Target	% Raggiungimento
Garantire il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni Diagnostiche strumentale del Servizio Radiologia	Radiologia:% di prestazioni di diagnostica strumentale <i>effettuate</i> entro 24 ore dalla richiesta per pazienti interni e pronto soccorso	100%	100%
	Radiologia: % di prestazioni di diagnostica strumentale <i>referate</i> entro 24 ore dalla richiesta per pazienti interni e pronto soccorso	>=95%	100%
	Radiologia: % di TAC referate entro 3 giorni dalla richiesta per pazienti interni e pronto soccorso	100%	100%
Implementazione della Procedura Operativa Ospedaliera della Teleradiologia adottata con Delib. DG n. 54 del 14/4/2022	Potenziamento prestazioni eseguite in teleradiologia	miglioramento rispetto al 2022	100%
Garantire il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni Diagnostiche strumentale e di laboratorio	LABORATORIO: % di prestazioni di diagnostica strumentale <i>effettuate</i> entro 24 ore dalla richiesta per pazienti interni e pronto soccorso	90%	100%
	LABORATORIO: % di prestazioni di diagnostica strumentale <i>referate</i> entro 24 ore dalla richiesta per pazienti interni e pronto soccorso	90%	100%
	LABORATORIO: % di prestazioni di diagnostica strumentale <i>effettuate</i> entro 24 ore dalla richiesta per <b>pazienti esterni</b>	90%	100%
Garantire il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni Diagnostiche strumentale e di laboratorio	Attivazione Anatomia Patologica	Entro il 31/12/2023	sterilizzato

Dall'esame delle percentuali di raggiungimento indicate, esclusi gli obiettivi sterilizzati, emerge un andamento generale positivo.

Si chiarisce che il termine "sterilizzato" indica che l'obiettivo non è stato raggiunto per cause non ascrivibili alla U.O./ Servizio.

Dall'esame degli obiettivi inerenti il "Livello di Erogazione dei LEA" si rileva la sterilizzazione dell'indicatore di esito relativo alla "percentuale di interventi di frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento inferiore o uguale a 2 giorni". La scelta di sterilizzare detto obiettivo deriva dalla grave carenza di personale medico delle varie professionalità coinvolte nell'intervento chirurgico del femore (Medici Ortopedici, Medici Anestesisti, Medici Cardiologi) che ha comportato la chiusura del reparto di Ortopedia e Traumatologia del SIRAI e CTO per alcuni periodi dell'anno 2023, come indicato al paragrafo 4.2.

Analoghe motivazioni hanno determinato la sterilizzazione dell'obiettivo inerente la Costituzione del CAS (Centro Accoglienza Servizi) per i pazienti oncologici del carcinoma alla mammella.

Il CAS è una struttura prevista nell'ambito della Rete Oncologica volta a dare assistenza, orientamento e supporto al paziente malato di cancro, garantendo la presa in carico del paziente oncologico ed accompagnandolo nel percorso di cura.

La mancata attivazione del CAS nell'anno 2023 è dovuta principalmente alla carenza di personale che non ha consentito alla ASL Sulcis Iglesiente di dedicare le risorse necessarie all'espletamento delle attività del Centro. Detto obiettivo è stato riproposto nell'anno 2024 e si prevede il suo pieno raggiungimento.

Per le medesime motivazioni non è stato possibile attivare il servizio di Anatomia Patologica. La ASL Sulcis Iglesiente, come previsto nell'atto aziendale, intende ripristinare il servizio di Anatomia Patologica, quale struttura semplice della SC Laboratorio Analisi, che sarà ubicato nel P.O. Sirai a supporto dell'attività chirurgica e oncologica, che si intendono potenziare, e che, indispensabilmente, utilizzano le prestazioni di questo servizio.

Proseguendo nell'analisi degli obiettivi indicati nella tabella "Livello di Erogazione dei LEA", si evidenzia una criticità per le strutture afferenti all'Area Chirurgica riguardo al raggiungimento dell'obiettivo volto a *"Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012"*.

Si può definire un ricovero improprio o inappropriato quando la scelta assistenziale ricade sul ricovero ospedaliero mentre avrebbe potuto ricadere, con pari efficacia, minor rischio iatrogeno (complicanze dovute a farmaci o trattamenti medici in generale), e maggiore economicità (minor consumo di risorse), su un altro livello di assistenza considerato meno impegnativo rispetto alla assistenza ospedaliera.

L'Indicatore di inappropriatezza del setting assistenziale si basa sull'elenco dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime ordinario, di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012.

La percentuale di raggiungimento, calcolato come media del risultato raggiunto dalle Strutture dei due Stabilimenti CTO e SIRAI, registra nell'anno 2023 un valore pari al 77% rispetto al target programmato del 100%.

Al fine di migliorare detto risultato occorre porre in essere iniziative diversificate e capaci di agire su vari aspetti e dimensioni del problema. Di fondamentale importanza è, ad esempio, l'attività di audit clinico e processi di autovalutazione interne alle singole strutture di ricovero, l'attività di formazione degli operatori, il potenziamento della assistenza territoriale con il coinvolgimento della medicina di base (MMG, PLS), la produzione sistematica e periodica di reportistica (con diverso livello di dettaglio) che documenti le attività erogate, occorre indicare con precisione le attività che possono trovare più adeguata collocazione (appropriatezza) in setting assistenziali definiti e meno impegnativi rispetto al ricovero ospedaliero (ospedali di comunità, case di comunità, prestazioni ambulatoriali).

La ASL Sulcis Iglesiente nel corso dell'anno 2023 ha implementato la produzione sistematica e periodica di reportistica delle attività erogate contenente l'indicazione dell'andamento trimestrale della percentuale del rischio inappropriata per ciascuna struttura ospedaliera. Visto il valore raggiunto nella misurazione annuale, la ASL Sulcis Iglesiente intende attivare nel prossimo anno ulteriori azioni volte ad un potenziamento dell'attività di formazione degli operatori e ad una ridefinizione del proprio assetto organizzativo al fine di migliorare il processo di appropriatezza.

Nel 2023 nella ASL Sulcis Iglesiente si rileva un andamento positivo dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, volti a garantire una continuità assistenziale in un'ottica di integrazione ospedale territorio.

Nell'ambito delle UU.OO Ospedaliere di Medicina Generale e Neurologia si è potenziata l'integrazione ospedale e territorio nella gestione dei pazienti di età  $\geq$  85 anni dimessi da detti reparti al fine della loro presa in carico da parte dell'ADI.

Come indicato nella tabella relativa al "Livello di Erogazione dei LEA", nel corso del 2023 alle UU.OO. dell'Area Chirurgica del P.O. Sirai di Carbonia e del CTO di Iglesias è stato assegnato l'obiettivo della stesura di un "*Protocollo per il rispetto dei tempi di gestione del paziente in sala operatoria*" al fine di garantire il contenimento dei c.d. "tempi morti" nella gestione delle sale operatorie. Detto obiettivo è stato pienamente raggiunto con l'adozione dei rispettivi protocolli.

L'adozione del Protocollo è finalizzata ad assicurare un contenimento dei costi e la razionalizzazione delle risorse a disposizione, in un'ottica di massimizzazione ed efficientamento degli asset strutturali e di impiego del personale.

Analogamente si è registrato un risultato positivo nella qualità dell'assistenza ai pazienti mediante lo strumento della costituzione di gruppi multidisciplinari per la presa in carico del paziente.

I gruppi multidisciplinari sono costituiti da un insieme di specialisti di discipline diverse che partecipano alla definizione e all'attuazione pratica del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale dei pazienti.

Nella ASL Sulcis Iglesiente, nel corso del 2023, è stato organizzato un gruppo multidisciplinare per la presa in carico del paziente con patologie oncologiche mediante l'individuazione delle diverse figure professionali coinvolte, nello specifico afferenti alle UU.OO. di Endoscopia Digestiva, Chirurgia Generale, Oncologia Medica e Medicina Riabilitativa.

Sempre nell'ottica del miglioramento dell'assistenza ai pazienti è stato attivato, altresì, un team multidisciplinare tra le UU.OO. di Reumatologia, Pneumologia e la Endoscopia con l'istituzione di corsie preferenziali per i pazienti affetti da patologie reumatologiche e comorbilità polmonari e gastro-intestinali.

### Area Strategica Sanità Digitale

Area Sanità Digitale			
Obiettivi assegnati alle Strutture	Indicatori	Target	% Raggiungimento
Attivazione del Sistema della Telemedicina	Garantire erogazione prestazioni in modalità Televisita nelle UU.OO: - Medicina Generale Sirai e CTO - Nefrologia e Dialisi - Cardiologia - Oncologia - Reumatologia	10%	sterilizzato
Potenziamento del Sistema della Telemedicina nella SC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI SIRAI-CTO. Di cui alla Delibera ASL Sulcis n. 54 del 14/04/2022	Potenziamento prestazioni eseguite in Teleradiologia	Miglioramento rispetto al 2022	100%
Potenziamento del Sistema della Telemedicina nella SC DIABETOLOGIA 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%
	Garantire la rendicontazione delle prestazioni erogate in modalità Televisita	100%	100%
Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) e revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	1. n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie ospedaliere	≥3 segnalazioni	100%

L'esito della valutazione finale per gli obiettivi afferenti all'Area della Sanità Digitale è prevalentemente positivo.

Nella SC Diagnostica per Immagini dei PP.OO. SIRAI e CTO, nonostante la chiusura di alcuni reparti avvenuta nel corso dell'anno 2023, che hanno comportato una diminuzione di attività, si è registrato un costante numero di esami eseguiti in modalità di teleradiologia.

Nella 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).

Dai dati sopra riportati emerge il pieno raggiungimento nell'ambito della ASL Sulcis Iglesiente dell'obiettivo relativo alla Implementazione del Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità Regionale (SIRMES).

Il SIRMES è lo strumento informatico che raccoglie e gestisce le informazioni sugli eventi che si verificano in tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale relativamente alla sicurezza del paziente e alla gestione del rischio clinico.

Nell'anno 2023 alle Aziende Sanitarie è stato assegnato un target pari a n. 50 segnalazioni, n. 5 audit da realizzare su eventi segnalati col Sirmes e la redazione di n. 1 FMEA per area (chirurgica-medica-servizi ed emergenza urgenza).

La ASL Sulcis Iglesiente ha eseguito n. 63 segnalazioni trasmesse dalle UU.OO. Ospedaliere e registrate su Sistema informativo SIRMES, ha svolto n.5 AUDIT report e ha realizzato n. 4 FMEA per le quattro aree, di cui per l'Area Medica: Percorso Dimissioni Difficili - Medicina; per l'Area Chirurgica: Trasferimento Interospedaliero in complicità/emergenza vascolare - Chirurgia; per l'Area Emergenza-Urgenza: Trasferimento Interospedaliero in accidente cerebro-vascolare-P. Soccorso; per l'Area Servizi: Percorso di Gestione della Cartella Clinica cartacea - DMPO.

Con riferimento all'obiettivo relativo alla Telemedicina, la ASL Sulcis Iglesiente, nell'anno 2023, aveva programmato il potenziamento dell'applicazione di detto sistema informatico, mediante l'erogazione delle prestazioni in modalità di televisita nelle Strutture di Medicina Generale Sirai e CTO, Nefrologia e Dialisi, Cardiologia, Oncologia e Reumatologia.

Non è stato possibile raggiungere il risultato atteso per cause non gestibili della ASL Sulcis Iglesiente.

Si ritiene opportuno, infatti, precisare che, ai sensi dell'art. 8 della L.R. 24/2020, le attività inerenti la sanità digitale, la promozione e la gestione di nuove modalità di diagnosi e di cura senza lo spostamento fisico del paziente e l'acquisizione della tecnologia necessaria sono affidate ad Ares.

### **Area Strategica della Sostenibilità Economica**

<b>Area Sostenibilità Economica</b>			
<b>Obiettivi assegnati alle Strutture</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Target</b>	<b>% Raggiungimento</b>
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 n° Fatture registrate entro i 20 giorni dall'assegnazione/n° totale Fatture ricevute	100%	100%
Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali	Numero di ordini su CdRIL DA99999999/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%
Efficienza economico – finanziaria	Pareggio di bilancio	ricavi=costi	sterilizzato

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

L'obiettivo relativo al pareggio di bilancio è stato sterilizzato, in quanto allo stato attuale, non risulta chiuso il Bilancio d'esercizio 2023 per cause non imputabili alla ASL Sulcis Iglesiente.

**Area Performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione.**

Area Performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione			
Obiettivi Area Qualità del dato	Indicatori	Target	% Raggiungimento
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%
	Monitoraggio trimestrale della validità dei record del flusso A e C come da disciplinare SIDI	4 report	100%
Garantire il monitoraggio trimestrale del volumi di attività per C.D.R.	Numero di report relativi all'attività in regime ordinario, DH e DS	4 Report	100%
Obiettivi Area di Trasparenza integrità e anticorruzione	Indicatori	Target	% Raggiungimento
Garantire l'alimentazione della Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale di ASL Sulcis Iglesiente	Pubblicazione nella Sezione "Amministrazione Trasparente" della documentazione prevista nell'elenco degli obblighi di cui al D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.e.i.	100%	100%
Prevenzione del rischio corruttivo ai sensi del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2023-2025 approvato con la DDG n. 133 del 31/03/2023	Garantire la formazione del personale assegnato in materia di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza mediante la partecipazione ai progetti formativi erogati da Ares Sardegna( anche in modalità FAD)	50% del personale assegnato	100%
Garantire la diminuzione del livello di rischio per episodi corruttivi nelle aree a rischio generale e specifico	Relazione sulle misure adottate in merito ai processi con rischio specifico mappati nel PTPCT	Trasmissione relazione entro il 31/12/2023	100%
Prevenzione del rischio in materia di salute e sicurezza sul lavoro. D.Lgs. 81/08, articolo 37	Garantire la formazione obbligatoria del personale assegnato in materia di salute e sicurezza sul lavoro, mediante la partecipazione ai progetti formativi erogati da Ares Sardegna( anche in modalità FAD)	50% del personale assegnato	100%

In merito agli obiettivi relativi all'Area della qualità del dato" per l'anno 2023 emerge un grado di raggiungimento positivo.

Gli obiettivi riportati in detta Area riportano gli indicatori individuati nel Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Il sistema informatico NSIS è stato creato a livello nazionale per garantire l'acquisizione di un patrimonio condiviso di dati, elaborati a livello aziendale, regionale, nazionale.

Ogni Azienda Sanitaria è tenuta alla raccolta, verifica, inserimento e trasmissione dei dati relativi ai Flussi Informativi Sanitari NSIS e SIDI (ad esempio Flusso SDO- Schede Dimissioni Ospedaliere, Flusso C-Specialistica ambulatoriale, Flusso EMUR-Emergenza Urgenza) che costituiscono oggetto di debito informativo dell'Azienda verso la Regione e da questa verso il Ministero della Salute.

Analogo andamento positivo si registra in merito agli obiettivi afferenti all'Area della Trasparenza Integrità e Anticorruzione.

La ASL Sulcis Iglesiente nell'anno 2023, al fine di garantire una effettiva correlazione tra gli obiettivi di performance organizzativa e gli obiettivi strategici relativi all'anticorruzione e trasparenza, ha per quanto possibile, traslato le azioni e le misure di prevenzione della corruzione in obiettivi organizzativi.

In particolare è stato assegnato l'obiettivo diretto a garantire la formazione del personale in materia di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.



La formazione del personale, infatti, costituisce un valido strumento di prevenzione della corruzione, in quanto garantisce una maggiore consapevolezza del fenomeno corruttivo e, pertanto, aiuta a contrastarlo e prevenirlo.

## Area Salute Mentale e Dipendenze

Area Salute Mentale e Dipendenze			
Obiettivi assegnati alle Strutture	Indicatori	Target	% Raggiungimento
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 31/12/2023	100%
Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSMD rivolti a persone che presentano problematiche di doppia diagnosi e co-morbilità psichiatrica e dipendenze con l'obiettivo di garantire un percorso terapeutico e riabilitativo che coinvolga tutti i servizi del DSMD. (processo circolare SERD –SPDC –CSM –NPI)- PSICOLOGIA –RIABILITAZIONE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PSICHIATRICA)	% 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%
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%
Implementare le attività previste dal Piano nazionale delle Demenze e recepite con DGR n. 20/77 del 30/06/2022.	Adozione protocollo di intervento psichiatrico nel paziente demente con disturbi comportamentali gravi.	Adozione protocollo entro il 30/12/2023	100%
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Trasmissione a ARIS del sopra citato Piano, con relativa valorizzazione dei risparmi derivanti dalla sua implementazione e contestuale richiesta di aumento dei tetti di spesa per pari importo.</li> <li>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</li> </ul>	3/3	100%

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

Nella ASL Sulcis Iglesiente in data 25 luglio 2023 è stata aperta la struttura residenziale psichiatrica (SRP2), in appalto (co-gestita), "Il Girasole" presso il Comune di Fluminimaggiore, che presenta n. 8 posti letto e nell'anno 2023 ha registrato n. 835 giornate utilizzate.

La Riabilitazione Psichiatrica svolge la funzione di assicurare i programmi riabilitativi finalizzati all'acquisizione e al mantenimento di abilità e competenze, atte a favorire le autonomie e la cittadinanza attiva. L'implementazione dell'attività riabilitativa semiresidenziale mira a rafforzare la rete di cure costituita da tutte le Unità Operative Psichiatriche del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze della ASL Sulcis Iglesiente.

Nella seguente tabella riepilogativa si indicano i risultati della performance organizzativa conseguita da ciascuna struttura nel 2023.

STRUTTURA	% Performance Organizzativa 2023
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	88,89
CHIRURGIA GENERALE P.O. SIRAI	98,44
CHIRURGIA GENERALE E WEEK SURGERY - CTO	100,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PO SIRAI	95,38
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PO CTO	99,35
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	87,47
OTORINOLARINGOIATRIA	99,50
UROLOGIA	100,00
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	100,00
BLOCCO OPERATORIO SIRAI	100,00
BLOCCO OPERATORIO CTO	100,00
SC MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E URGENZA (MCAU) SIRAI	100,00
MEDICINA GENERALE PO SIRAI	100,00
MEDICINA GENERALE PO CTO	95,07
PEDIATRIA	100,00
NEFROLOGIA E DIALISI	100,00
CARDIOLOGIA E UTIC	95,83
NEUROLOGIA	94,38
ONCOLOGIA	100,00
REUMATOLOGIA	93,75
MEDICINA RIABILITATIVA CTO e SIRAI	100,00
SC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI SIRAI-CTO	100,00
MEDICINA TRASFUSIONALE	100,00
LABORATORIO ANALISI CTO E SIRAI	100,00
DIREZIONE PRESIDIO UNICO OSPEDALIERO	94,12
DISTRETTO CARBONIA	100,00
DISTRETTO DI IGLESIAS	95,00
DISTRETTO ISOLE	100,00
SC DIABETOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE METABOLOCHE	98,80
CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	100,00
AFFARI GENERALI E AFFARI LEGALI	100,00
PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	100,00
DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	100,00
CONSULTORI	100,00
SERVIZIO IGIENE SANITÀ PUBBLICA	100,00
SPRESAL	100,00
SANITÀ ANIMALE	100,00
SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI (SIAOA)	100,00
SERVIZIO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE (SIAPZ)	100,00
SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE (SIAN)	100,00
SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE SERD	100,00
SPDC	100,00
CSM	100,00
NEURO PSICHIATRIA INFANTILE NPI	100,00
SERVIZIO ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	100,00
SERVIZIO ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE	100,00
SERVIZI TECNICI LOGISTICI E PATRIMONIO	100,00
SERVIZIO RISORSE UMANE SVILUPPO ORGANIZZATIVO E RELAZIONI SINDACALI	100,00
BILANCIO E CONTABILITÀ	100,00
ACQUISTI DI BENI E SERVIZI	100,00

## **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 e, 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:***

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

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

- 1) 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;
- 2) alla qualità del contributo apportato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza;
- 3) alle competenze manageriali e professionali dimostrate nel rispetto delle norme e dei regolamenti vigenti;
- 4) alle competenze professionali ed i comportamenti organizzativi dimostrati;

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

- 1) 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;
- 2) alla qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza; alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi;
- 3) alle competenze professionali ed i comportamenti organizzativi dimostrati.

Nella ASL Sulcis Iglesiente anche per l'anno 2023 l'attività di valutazione individuale è stata 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. LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DEGLI UTENTI

La ASL Sulcis Iglesiente, sulla base degli indirizzi emanati dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP), ha applicato il modello di valutazione partecipativa, il quale promuove la partecipazione dei cittadini utenti alla valutazione delle performance organizzative, attraverso le indagini di Customer Satisfaction, che rappresenta la percezione e la valutazione di quanto un'organizzazione sia in grado di mantenere le promesse comunicate rispetto al target di riferimento, in particolare ai servizi erogati.

- La rilevazione della qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari per l'anno 2023 è stata fatta sulle seguenti aree:
- Accessi in Pronto Soccorso
- Ricoveri Ospedalieri
- Visite Ambulatoriali con l'utilizzo della cartella clinica SISAR
- Accessi in Guardia Medica

Il software adottato per la rilevazione del grado di soddisfazione dell'utente per le prestazioni sanitarie ricevute dal paziente è perfettamente integrato con i sistemi SISAR (PSWEB, ADTWEB e AMBWEB) che gestiscono tali processi.

Con il sistema adottato, i sistemi SISAR coinvolti (PSWEB, ADTWEB e AMBWEB), generano per ciascun accesso un codice univoco all'interno del territorio regionale (token).

Questo codice è consegnato al paziente unitamente al link a cui collegarsi per effettuare il questionario di gradimento.

Nello specifico queste informazioni sono inserite nelle seguenti stampe:

- Verbale di dimissione di Pronto Soccorso
- Lettera di dimissione di Ricovero
- Referto Prestazione Ambulatoriale
- Referto accesso in Guardia Medica.

Bisogna precisare che i risultati ottenuti sono espressi su un numero limitato di valutazioni, essendo molto differenziati dal punto di vista quantitativo per ogni singola struttura potrebbero evidenziare dei risultati poco significativi statisticamente.

L'indice di gradimento della ASL Sulcis Iglesiente nel suo complesso nell'anno 2023 è stato di valore pari a 8. Nella tabella seguente si riportano i dati che emergono dalla soddisfazione dell'utente per singola struttura oggetto di rilevazione.

STRUTTURA	INDICE GRADIMENTO MEDIO Valore atteso =>7
CHIRURGIA GENERALE PO CTO	9
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PO CTO	8
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PO SIRAI	8
OCULISTICA	8
OSTETRICIA	9
OTORINOLARINGOIATRIA	9
UROLOGIA	9
PEDIATRIA	9
MEDICINA GENERALE PO SIRAI	8
MEDICINA GENERALE PO CTO	9
CARDIOLOGIA	9
NEUROLOGIA	7
PRONTO SOCCORSO	7
DISTRETTO SOCIO SANITARIO IGLESIAS	8
DISTRETTO SOCIO SANITARIO CARBONIA	8
DISTRETTO SOCIO SANITARIO ISOLE	9

## 8. PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE

Le pari opportunità sono un principio giuridico inteso come l'assenza di ostacoli alla partecipazione economica, politica e sociale di un qualsiasi individuo per ragioni connesse al genere, religione e convinzioni personali, razza e origine etnica, disabilità, età, orientamento sessuale o politico. La discriminazione basata su religione o convinzioni personali, handicap, età o tendenze sessuali nei confronti di persone appartenenti a gruppi considerati oppressi è proibita.

Il Bilancio di genere è strumento fondamentale di rendicontazione delle politiche pubbliche in ottica di genere, siano esse direttamente o meno rivolte ad assottigliare il divario di genere e a contrastare le discriminazioni. È inoltre strumento teso a diffondere in tutte le articolazioni dell'azienda e a tutti i livelli una maggiore attenzione e sensibilizzazione rispetto al tema della parità e al contrasto delle discriminazioni di genere.

Dall'analisi di genere del personale della ASL Sulcis Iglesiente si evince che nel 2023 il personale dipendente femminile è pari a n. 924 che rappresenta il **66%** delle risorse umane, inoltre il numero di dirigenti donne è pari a n. 179 che rappresenta il **58%** del totale dei dirigenti.

Vista la alta percentuale di presenza femminile non è necessario ristabilire un equilibrio di genere.

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

La misurazione e valutazione della performance permette alle persone che lavorano nelle strutture aziendali di comprendere i propri punti di forza e di debolezza, di individuare le criticità e adottare azioni correttive e quindi migliorare la performance dell'organizzazione medesima.

Il processo di verifica è parte integrante del Ciclo di Gestione della Performance ed è stato portato a termine dall'Organismo Indipendente di Valutazione in osservanza alle disposizioni contenute nel Sistema di Misura e Valutazione vigente.

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 2023 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.