



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2024

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

Sommario

- 1. PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE pag.3**
- 2. L'AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N.7 pag.3**
 - 2.1 Chi siamo pag. 3*
 - 2.2 La struttura organizzativa dell'Azienda pag.5*
 - 2.3 Cosa facciamo pag.5*
 - 2.4 Contesto esterno pag.6*
- 3. RISORSE FINANZIARIE E UMANE pag.10**
- 4. I PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI pag.13**
 - 4.1 Assistenza ospedaliera pag. 13*
 - 4.2 Indicatori di Esito pag.17*
 - 4.3 Assistenza territoriale pag. 20*
- 5. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA pag. 27**
- 6. PERFORMANCE INDIVIDUALE pag. 38**
- 7. LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DEGLI UTENTI pag.40**
- 8. ANALISI DI GENERE E PARI OPPORTUNITÀ pag. 42**
- 9. PROCESSO DI MISURAZIONE VALUTAZIONE PERFORMANCE pag. 433**

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 2024 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. 53 del 31/01/2024 *“Approvazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione - 2024/2026 della ASL n. 7 del Sulcis Iglesiente”*

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 sulla Performance, validata dall’OIV, entro il 30 giugno di ogni anno e a pubblicarla 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 all' assetto territoriale della nuova Provincia del Sulcis Iglesiente.

In attuazione dell'articolo 2, comma 1 lettera b) della Legge Regionale n. 7 del 2021, e della Deliberazione della Giunta Regionale n. 54/21 del 30/12/2024, con il Decreto del Presidente della Regione Sardegna del 15 maggio 2025, n. 48, è stata disposta l'operativa della Provincia del Sulcis Iglesiente a far data dal 1 giugno 2025.

Detta Provincia comprende 23 Comuni, con una estensione di circa 1.499,67 Km², (pari al 6,21% dell'intera superficie della Sardegna). La popolazione secondo la rilevazione ISTAT del 1° gennaio 2024 è di 116.755 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 0,8% (circa -947 abitanti) rispetto all'anno precedente (Istat a gennaio 2023 n. 117.702). Tale popolazione risulta suddivisa tra n. 59.618 femmine e n. 57.137 maschi.

La sede legale della ASL Sulcis iglesiente 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.

Nell'anno 2024 l'Azienda risultava strutturata dal Direttore Generale, il cui incarico è stato formalizzato con Delibera n. 1 del 10/01/2022, mentre le nomine del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo sono state formalizzate rispettivamente con Deliberazione n. 298 e n. 299 del 02/11/2022. In seguito alla cessazione del Direttore Sanitario, con Delibera del Direttore Generale n. 937 del 03/12/2024 si è provveduto alla nomina del nuovo Direttore Sanitario.

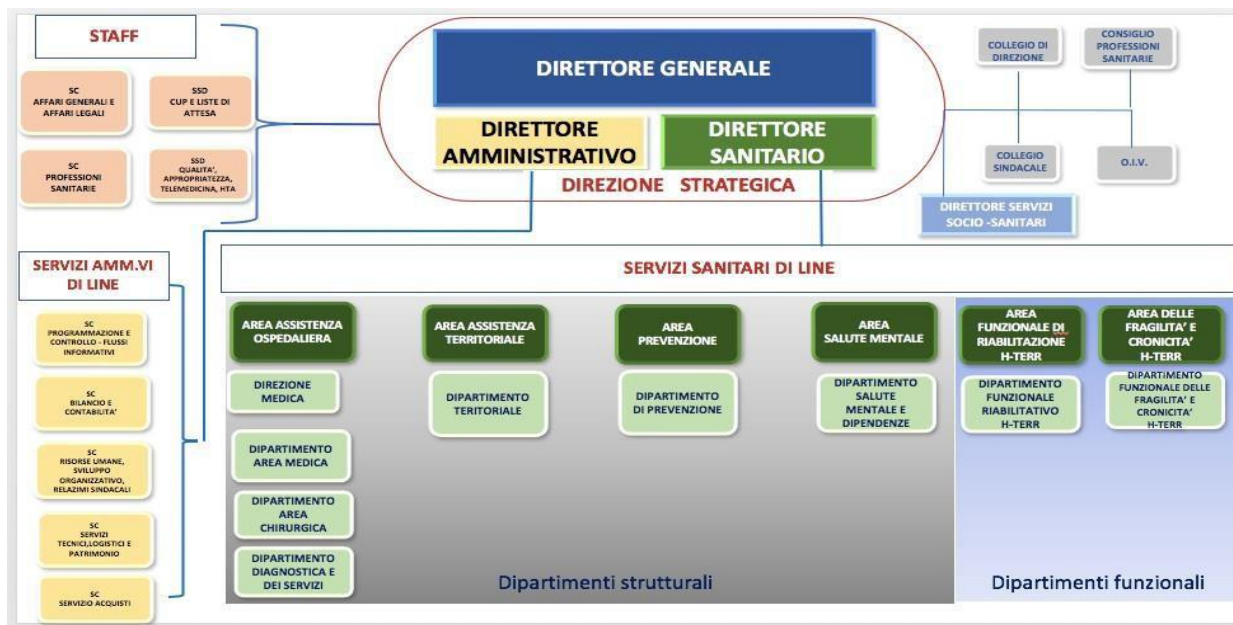
Ad oggi, in attuazione del processo di riassetto del Sistema Sanitario Regionale, avviato con la Legge Regionale n° 8 dell'11 marzo 2025, recante "Disposizioni urgenti di adeguamento dell'assetto organizzativo ed istituzionale del Sistema Sanitario Regionale – Modifiche alla Legge Regionale n° 24 dell'11 settembre 2020, le otto Aziende Socio-Sanitarie Locari, l'Azienda Ospedaliera Arnas "Brotzu", l'Areus e le due Aziende Ospedaliere Universitarie, risultano commissariate.

La Giunta della Regione Autonoma della Sardegna, con DGR n. 23/7 del 27/04/2025, ha provveduto alla nomina del Commissario Straordinario della Azienda Socio Sanitaria Locale n° 7 del Sulcis Iglesiente.

Con Deliberazione n. 226 del 15/09/2022 è stato costituito il Collegio Sindacale della ASL Sulcis Iglesiente.

Con Delibera DG n. 306 del 07/11/2022 è stato nominato l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), e con Delibera DG n. 258 del 20/03/2025 si è provveduto, in sostituzione di n. 2 componenti dimissionari, alla nomina dei nuovi componenti.

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;

2.4 Contesto esterno.

Come indicato nel paragrafo 2.1, l'ambito territoriale della Azienda del Sulcis Iglesiente comprende tre aree geografiche: Sulcis, Iglesiente e le Isole di Sant'Antioco e di San Pietro, che costituiscono l'Arcipelago del Sulcis Iglesiente.

Alle tre aree geografiche corrispondono tre Distretti socio sanitari: il Distretto di Carbonia, il Distretto di Iglesias e il Distretto delle Isole minori.

Nella seguente tabella seguente si indicano i Comuni e la popolazione residente in ciascun Distretto al 01/01/2024.

DISTRETTO DI IGLESIAS				DISTRETTO DI CARBONIA				DISTRETTO DELLE ISOLE			
	maschi	femmine	totale		maschi	femmine	totale		maschi	femmine	totale
Buggerru	529	498	1027	Carbonia	12.427	13.563	25.990	Sant'Antioco	5.182	5.388	10.570
Domusnovas	2.856	2.952	5.808	Giba	933	976	1.909	Calasetta	1.407	1.401	2.808
Fluminimaggiore	1.274	1.338	2.612	Masainas	574	627	1.201	Carloforte	2.922	2.977	5.899
Gonnesa	2.280	2.273	4.553	Narcao	1.542	1.490	3.032				
Iglesias	12.015	12.888	24.903	Nuxis	685	736	1.421				
Musei	771	728	1.499	Perdaxius	653	645	1.298				
Villamassargia	1.673	1.661	3.334	Piscinas	371	401	772				
				Portoscuso	2.374	2.418	4.792				
				San Giovanni Suergiu	2.809	2.792	5.601				
				Santadi	1.521	1.583	3.104				
				Sant'Anna Arresi	1.345	1.292	2.637				
				Tratalias	507	480	987				
				Villaperuccio	487	511	998				
TOTALE	21.398	22.338	43.736	TOTALE	26.228	27.514	53.742	TOTALE	9.511	9.766	19.277

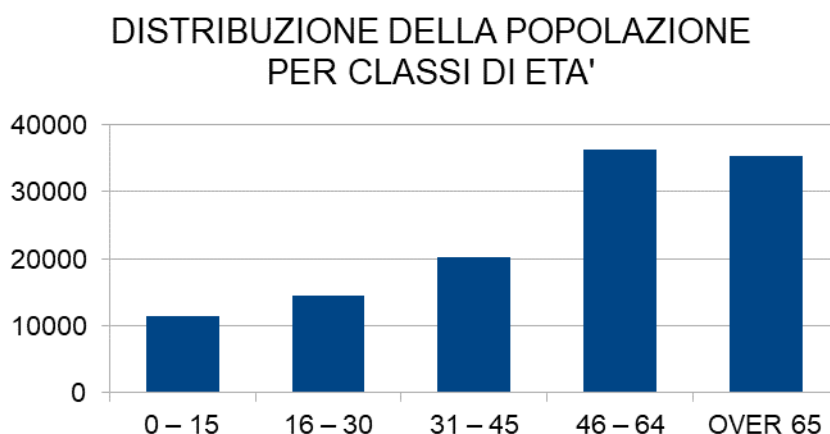
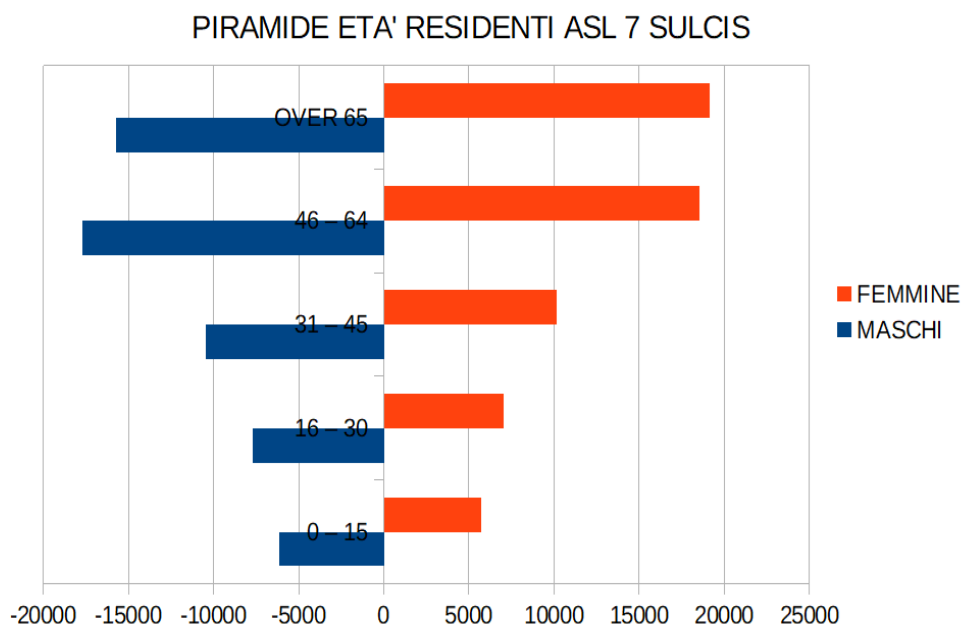
Come si evince dalle tabelle esplicative la distribuzione della popolazione per Distretto non è omogenea, la percentuale più alta è nel Distretto di Carbonia ove si concentra il 46% della popolazione, seguono il Distretto di Iglesias con una percentuale del 37% e la parte residua del 17% nel Distretto delle Isole Minori.

DISTRETTO	POPOLAZIONE	% SUL TOTALE
CARBONIA	53.742	46%
IGLESIAS	43736	37%
ISOLE	19.277	17%
TOTALE	116.755	100%

Composizione per genere:

DISTRETTO	MASCHI	FEMMINE	% MASCHI	% FEMMINE
CARBONIA	26.228	27.514	49%	51%
IGLESIAS	21.398	22.338		
ISOLE	9.511	9.766		
Totale	57.137	59.618		

Con riferimento alla composizione per genere nel territorio della ASL Sulcis Iglesiente i dati evidenziano che non vi sono particolari differenze nella distribuzione tra maschi e femmine.



Le fasce di età maggiormente rappresentative sono quelle dai 46- 64 anni e gli over 65, che costituiscono rispettivamente il 31% e il 30% della popolazione, mentre la fascia 0-15, con la percentuale più bassa rispetto alla media nazionale e regionale, è pari a circa il 10%.

I dati riportati nelle tabelle confermano un notevole invecchiamento della popolazione e una continua tendenza allo spopolamento di questo territorio dovuto a diversi fattori socio economici.

Riguardo alla popolazione straniera residente al 1 gennaio 2024 nell'area di competenza dell'Azienda Sulcis Iglesiente è pari a n. 1.970 abitanti che corrisponde a circa l'1,7% dell'intera popolazione residente nell'Area.

Stranieri residenti al 1° gennaio 2024			
Territorio	Sesso		totale
	maschi	femmine	
Buggerru	6	13	19
Calasetta	13	40	53
Carbonia	174	262	436
Carloforte	37	88	125
Domusnovas	10	32	42
Fluminimaggiore	9	34	43
Giba	38	37	75
Gonnesa	12	50	62
Iglesias	240	289	529
Masainas	11	15	26
Musei	5	4	9
Narcao	25	31	56
Nuxis	18	19	37
Perdaxius	2	4	6
Piscinas	5	6	11
Portoscuso	28	41	69
San Giovanni Suergiu	22	48	70
Santadi	1	17	18
Sant'Anna Arresi	25	38	63
Sant'Antioco	54	104	158
Villamassargia	12	21	33
Villaperuccio	17	13	30
TOTALE	764	1206	1970

L'incidenza maggiore degli stranieri di fascia femminile è determinato presumibilmente dall'impiego delle donne nei servizi connessi alla cura della persona (soprattutto di bambini e anziani).

3. RISORSE FINANZIARIE E UMANE DELLA ASL Sulcis Iglesiente

Allo stato attuale la relazione viene redatta tenendo conto della adozione definitiva del Bilancio d'esercizio 2022, adottato con Delibera Direttore Generale della ASL Sulcis iglesiente n. 999 del 23/12/2024, mentre, così come in tutte le ASL regionali, non è stata definita la chiusura dei bilanci d'esercizio anni 2023 e 2024.

L'Assessorato della Sanità con nota prot. 24917 del 02/10/2023 rettificata con nota prot. 25080 del 03/10/2023 e successivamente integrata con nota prot. 28051 del 06/11/2023, ha comunicato le assegnazioni per l'anno 2024 e le indicazioni per la compilazione dei Bilanci di Previsione 2024-2026. 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. 686 del 15 novembre 2023, il Bilancio preventivo economico annuale e pluriennale 2024-2026, rimodulato e approvato

in via definitiva, a seguito dell'aggiornamento degli stanziamenti regionali, con Delibera del Direttore Generale n. 470 del 17/06/2024 e successiva Delibera DG n. 538 del 04/07/2024.

Occorre sottolineare la correlazione tra controllo di gestione e la gestione della performance. Il controllo di gestione fornisce gli strumenti e le metodologie per monitorare e valutare le performance, mentre la gestione

della performance si concentra sull'utilizzo di queste informazioni per migliorare l'efficacia aziendale e raggiungere gli obiettivi strategici.

Riguardo alle risorse umane, la ASL Sulcis Iglesiente al 31/12/2024 conta un numero di personale dipendente complessivo pari a n. 1.498 unità, di cui a tempo pieno indeterminato n. 1.422 e n. 6 part-time, e a tempo pieno determinato n. 44 e part-time n. 26.

Nell'anno 2024, rispetto all'anno precedente, si registra un incremento del personale aziendale pari a 91 unità con un aumento del personale assunto a tempo indeterminato pari a n. 81 risorse e del tempo determinato pari a 10 unità.

Nelle seguenti tabelle si rappresenta il personale in servizio al 31/12/2024 presso la ASL Sulcis Iglesiente distinto per tipologia, per tipo di rapporto e per genere.

TIPOLOGIA	M	F	TOTALE
Tempo Indeterminato tempo pieno	467	955	1422
Tempo Determinato tempo pieno	13	31	44
Totale complessivo	480	986	1466

TIPOLOGIA	M	F	TOTALE
Tempo Indeterminato PART-TIME	3	3	6
Tempo Determinato PART-TIME	11	15	26
Totale complessivo	14	18	32

Personale DIRIGENZA anno 2024 per tipo di rapporto e genere				
TIPOLOGIA	Tempo indeterminato		Tempo determinato	
	M	F	M	F
Dirigenza medico veterinaria	105	138	12	18
Dirigenza sanitaria non medica	5	32		1
Dirigenza professioni sanitarie	4	0	0	0
Dirigenza TPA	2	3	0	2
Totale complessivo	116	173	12	21

Personale COMPARTO anno 2024 per tipo di rapporto e genere				
TIPOLOGIA	Tempo indeterminato		Tempo determinato	
	M	F	M	F
Sanitario	196	550	6	14
Professionale		1		
Tecnico	124	154	1	1
Amministrativo	32	82	5	10
Totale complessivo	352	787	12	25

La ASL Sulcis Iglesiente presenta una costante criticità legata alla carenza di personale che si riflette sulle principali linee di produzione aziendale.

Al fine di sopperire alla carenza di personale strutturato sia a tempo indeterminato che a tempo determinato e per garantire l'abbattimento delle liste d'attesa, la ASL Sulcis Iglesiente ha stipulato Convenzioni con altre Aziende Sanitarie e ha, altresì, conferito incarichi di lavoro autonomo di tipo libero professionale a dirigenti medici ai sensi dell'art 7, comma 6, D.Lgs. 165/2001.

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, dal Servizio Risorse Umane, Sviluppo Organizzativo e Relazioni Sindacali secondo le indicazioni fornite dall'Assessorato alla Sanità che fissa il tetto di spesa annuale e triennale che le Aziende Sanitarie sono tenute a rispettare nella programmazione.

Il Piano Triennale del Fabbisogno per l'anno 2024 è stato adottato dalla ASL Sulcis Iglesiente con Delibera n. 686 del 15/11/2023, contestualmente alla approvazione del Bilancio Economico di Previsione 2024-2026, e successive delibere di aggiornamento, 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.

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 secondo l'articolazione prevista dalla rete ospedaliera, di cui alla D.G.R. n. 59/1 del 04.12.2018.

Posti letto per stabilimento del Presidio Ospedaliero Unico ASLSulcis
OSPEDALE SIRAI CARBONIA

Descrizione Disciplina	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	Totale Posti Letto	Note
Cardiologia	14	1	1	16	
Chirurgia Generale	20	1	1	22	
Medicina Generale	32	1		33	
Neurologia	7	1		8	
Nefrologia		5		5	
Ortopedia e Traumatologia	16	1	1	18	
Psichiatria	14	1		15	
Urologia	9	1	1	11	
Rianimazione	10			10	
Unità Coronarica	5			5	
Oncologia		12		12	
Lungodegenti	11			11	Non attivi
Recupero e Riabilitazione Funzionale	20			20	Non attivi
TOTALE PL	158	24	4	186	

Posti letto per stabilimento del Presidio Ospedaliero Unico ASLSulcis
OSPEDALE CTO IGLESIAS

Descrizione Disciplina	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	Totale Posti Letto	Note
Oculistica		1	1	2	
Ortopedia e Traumatologia	10	1	1	12	
Pediatria	10	1		11	
Medicina Generale	20	2		22	
Terapia Intensiva	4			4	
Chirurgia Generale	9	1	1	11	
Ostetricia e Ginecologia	23	1	1	25	
Gastroenterologia			3	3	
Pneumologia		10		10	
Otorino	3	1	1	5	
Lungodegenti	11			11	Non attivi
Recupero e Riabilitazione Funzionale	11			11	Non attivi
TOTALE PL	101	18	8	127	

Si riportano nella seguente tabella i dati di attività maggiormente significati relativi all'anno 2024 e il confronto con il 2023.

Divisione	Ricoveri							
	2023				2024			
	Ordinari	DH	DS	TOTALE	Ordinari	DH	DS	TOTALE
Anestesia e Rianimazione	5	0	0	5				
Chirurgia Generale	110	13	319	442	79	18	420	517
Medicina	721	120	6	847	803	79	1	883
Nido	138	0	0	138	158	0	0	158
Oculistica	0	9	669	678	0	3	805	808
Ortopedia e Traumatologia	42	0	120	162	18	2	81	101
Ostetricia e Ginecologia	396	64	84	544	318	100	77	495
Otorino	3	14	370	387	3	19	458	480
Pediatria	284	178	0	462	297	186	0	483
Pneumologia	0	35	0	35	0	40	0	40
Anestesia e Rianimazione	69	0	0	69	67	0	0	67
Cardiologia	455	34	59	548	457	19	18	494
Centro Trasfusionale	0	164	0	164	0	183	0	183
Chirurgia Generale	772	19	120	911	844	15	125	984
Medicina	804	0	0	804	927	1	0	928
Nefrologia e Dialisi	0	130	0	130	0	225	0	225
Neurologia	257	12	0	269	130	11	0	141
Oncologia	0	281	0	281	0	310	0	310
Ortopedia e Traumatologia	498	0	11	509	144	8	41	193
Psichiatria	493	0	0	493	485	0	0	485
Urologia	292	2	48	342	58	1	3	62
UTIC	70	0	1	71	64	0	0	64
TOTALE	5.404	1.075	1.807	8.286	4.852	1.220	2.029	8.101

Dall'esame dei dati riportati emerge che nell'anno 2024 sono state erogate n. 8.101 prestazioni di ricovero, di cui n. 4852 in regime di ricovero ordinario e n. 3249 in regime di ricovero diurno, registrando un'attività pressoché invariata rispetto al 2023.

In particolare dal confronto con l'anno precedente emerge una lieve diminuzione di attività in Regime Ordinario pari al -10 % e un incremento del 13% in regime Day Hospital e Day Surgery.

Si conferma la crescita dell'attività, già iniziata nel 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 Oncologia e Otorinolaringoiatria.

Per le UU.OO. di Ortopedia e Traumatologia dei PP.OO. Sirai e CTO e la U.O. di Urologia, anche nell'anno 2024, permangono pesanti criticità, le quali sono dovute essenzialmente alla carenza di personale medico che ha comportato la chiusura temporanea dell'attività chirurgica delle stesse UU.OO. e per le quali nell'anno 2025 sono state attivate delle azioni mirate ad un miglioramento dell'attività.

Indicatori di processo: vengono utilizzati nella valutazione dell'efficienza e dell'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera e sono fondati essenzialmente sulla durata della degenza e non sono correlati alla tipologia della casistica trattata.

INDICATORI OSPEDALIERI			
Macrostruttura	Voce	2023	2024
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	11%	9%
	% Ricoveri urgenti brevi	7%	6%
	Degenza media	8,16	9,08
	Occupazione Posto Letto DH	99%	111%
	Occupazione Posto Letto RO	78%	64%
	RO - Indice di rotazione	31	25,6
	RO - Turn Over	2,65	5,18
20002900 - P.O.Santa Barbara (Iglesias)	Occupazione PL DH	22%	25%
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	16%	15%
	% Ricoveri urgenti brevi	12%	8%
	Degenza media	6,97	7,11
	Dimessi 0_2 giorno (dimessi vivi)	527	349
	Occupazione PL DH	49%	48%
	Occupazione PL RO	37%	36%
	RO - Indice di rotazione	19,31	18,73
	RO - Turn Over	11,93	12,38

Di seguito si esaminano alcuni indicatori valorizzati nella tabella.

La “*Degenza media*”, una degenza media più breve, a parità di condizioni, può indicare un'organizzazione più efficiente del reparto e una migliore gestione del paziente. Non esiste un valore corretto assoluto, poiché varia a seconda del tipo di ricovero (acuti, riabilitazione ecc.), ma con riferimento ai ricoveri in regime ordinario per acuti il valore della degenza media dovrebbe essere circa 7-8 gg. Dall'esame dei dati suindicati emerge che entrambi i Presidi del CTO e Sirai registrano valori vicini ad una “corretta” degenza media.

Il “*Tasso Occupazione dei Posti Letto*”, secondo le linee guida dovrebbe essere intorno al 90%. Questo valore è un indicatore di efficienza nell'uso delle risorse ospedaliere. Un buon tasso di occupazione indica un'alta domanda di posti letto. Dai dati riportati in tabella emerge un buon tasso di occupazione nel Presidio Sirai rispetto a quello registrato nel Presidio CTO. Vari fattori possono influenzare il tasso di occupazione, come la durata della degenza media, la tipologia di pazienti ricoverati e la programmazione dei ricoveri.

“L'Indice di rotazione dei ricoveri ordinari” indica quante volte, in media, un posto letto in ospedale viene occupato da un paziente diverso durante un determinato periodo, solitamente un anno. L'indice di rotazione dei ricoveri ordinari dovrebbe essere il più alto possibile, idealmente superiore a 1. Dall'analisi dell'indicatore per entrambi i PP.OO. aziendali emerge un risultato positivo.

“L'indice dell'intervallo di Turn Over dei posti letto” evidenzia il tempo che intercorre tra la dimissione di un paziente ed il ricovero successivo, ossia il tempo in cui i letti non risultano occupati. Un alto indice di turnover indica che i posti letto vengono utilizzati in modo più intensivo. I Presidi Ospedalieri aziendali presentano un indice di turnover basso e ciò può dipendere da vari fattori come le caratteristiche dei pazienti, la durata di degenza media, la disponibilità delle risorse, in sintesi il valore è influenzato dal contesto specifico.

Per avere un quadro completo dell'efficienza di un Presidio Ospedaliero o di un singolo reparto gli indicatori devono essere valutati nell'insieme.

Per l'anno 2024, 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							
ANNO	2023			2024			Delta Indicatore
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	%
20003000 - P.O.CTO	29	101	28,7%	31	119	26,0%	-3%

L'indicatore suindicato 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.

Dal confronto dei dati registrati negli anni 2023 e 2024 emerge un decremento del numero di parti cesarei nell'anno 2024, che si traduce in un dato positivo in termini di appropriatezza delle cure per l'Azienda.

Colecistectomie laparoscopiche: degenza post operatoria inferiore ai 3 giorni

Colecistectomie laparoscopiche: degenza post operatoria inferiore ai 3 giorni							
ANNO	2023			2024			Delta Indicatore
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	%
20002800 – P.O. SIRAI	9	12	75,0%	21	23	91,0%	16%
20003000 - P.O.CTO	34	37	91,9%	47	50	94,0%	2%

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 in 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 2024 su entrambi i PP.OO., e un risultato positivo in relazione al rispetto della degenza post operatoria entro i 3 giorni.

PTCA entro 2 giorni in STEMI

PTCA entro 2 giorni in STEMI							
ANNO	2023			2024			Delta Indicatore
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	%
20002800 – P.O. SIRAI	20	26	76,9%	14	21	66,7%	-10%

Dall'esame dell'indicatore si registra un lieve decremento dell'attività nell'anno 2024 per gli interventi di angioplastica coronarica - PTCA entro 2 giorni in STEMI rispetto all'anno precedente.

Si ritiene doveroso evidenziare le criticità presenti nella Struttura di Cardiologia-Emodinamica dovute, oltre alla carenza di medici Cardiologi Interventisti, anche al numero assolutamente insufficiente di infermieri professionali.

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	2023			2024			Delta Indicatore
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	%
20002800 – P.O. SIRAI	16	203	7,9%	10	56	18,0%	31%

Per l'indicatore suindicato si registra nell'anno 2024 un ulteriore decremento dell'attività, con un miglioramento nel rispetto della tempistica dell'intervento entro i 2 gg .

La persistente carenza, oltre che di medici anestesisti, anche di medici ortopedici e cardiologi, ha inevitabilmente comportato, nella pianificazione di questo tipo di attività, 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 Aziende Sanitarie Regionali per l'acquisto di prestazioni professionali di medici ortopedici e anestesisti e 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.

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, nel corso del 2024, in attuazione del Programma di sviluppo della Rete Oncologica regionale, di cui Delibera G.R. n. 38/49 del 17.11.2023, la ASL Sulcis Iglesiente ha attivato il Centro di Accoglienza e Servizi (C.A.S.), quale punto di presa in carico del paziente oncologico nel suo percorso assistenziale. Il servizio C.A.S. è stato istituito nel mese di luglio, con Delibera del Direttore Generale n. 555 del 16/07/2024.

Sempre in attuazione degli obiettivi della Rete Oncologica, la ASL Sulcis Iglesiente, con Delibera D.G. n. 1011 del 31/12/2024, ha recepito la DGR n. 38/49 e attivato il Gruppo Interdisciplinare di Cura oncologica (GIC), il PDTA per il tumore della mammella e il PDTA per il tumore alla prostata.

In attuazione del Programma di investimenti in edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico, intervento NP37, nell'anno 2024 la ASL Sulcis Iglesiente ha avviato la realizzazione del nuovo reparto di Dialisi del P.O. CTO di Iglesias, di cui alla Delibera D.G. n. 667 del 22/08/2024, mediante l'approvazione del documento di indirizzo alla progettazione dell'opera edilizia, che rappresenta lo strumento tramite il quale la Stazione Appaltante avvia la progettazione e i successivi lavori di realizzazione.

Nell'ottica della realizzazione della implementazione dei percorsi di integrazione tra Ospedale e Territorio, la ASL Sulcis Iglesiente, con Delibera D.G. n. 454 del 06.06.2024, ha attivato i PASS (Punti di Accesso Unitario dei Servizi Sanitari Ospedalieri) presso i Presidi Ospedalieri Sirai di Carbonia e CTO di Iglesias.

I PASS sono uno strumento volto a garantire la presa in carico del paziente, nella complessità e globalità dei bisogni, con un'attenzione particolare anche alla famiglia e al contesto di riferimento. Detto strumento ha il compito di facilitare, sulla base dei bisogni sociosanitari rilevati, in raccordo con la COT, i rapporti tra le

strutture operative di assistenza dei presidi ospedalieri e la rete territoriale costituita dal sistema SUA/PUA/UVT.

4.3 Assistenza territoriale

Con il Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022, recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, 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.

In attuazione del DM 77/2022, della L.R. 24/2020, e del Programma Regionale di Sviluppo 2024/2029, adottato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 4/13 del 22 gennaio 2025, nel quale è previsto l'obiettivo strategico 2.1.1.3 "Preso in carico del paziente e case di comunità, ospedale di comunità", L'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, con Deliberazione n. 27/34 del 21.05.2025, ha adottato le Linee Guida metodologiche per l'operatività delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali (COT), definendo i requisiti organizzativi e funzionali di dette strutture.

Come illustrato nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2026, 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.

L'attivazione delle COT ha coinvolto i Distretti Socio Sanitari di Carbonia e Iglesias per la parte relativa al reclutamento del personale infermieristico da assegnare alle Centrali Operative. Il personale assegnato alle

COT dipende gerarchicamente dal Direttore del Distretto interessato.

In applicazione alle linee programmatiche nazionali e regionali sopra richiamate, la ASL Sulcis Iglesiente risulta assegnataria dell'intervento di "Ristrutturazione e messa a norma di una porzione del piano zero destinato ad ospitare la Centrale Operativa Territoriale (COT) del P.O. Santa Barbara di Iglesias" e dell'intervento di "Ristrutturazione e messa a norma dei locali ubicati al piano primo palazzina ex suore del P.O. Sirai di Carbonia, per la realizzazione della COT di Carbonia.

La Asl Sulcis Iglesiente con Deliberazione del Direttore Generale n. 458 del 07/06/2024, ha realizzato le Centrali Operative Territoriali (COT) del P.O. Sirai di Carbonia e del P.O. S. Barbara di Iglesias.

La COT di Carbonia è stata individuata dalla Direzione Generale come "COT Aziendale" e la COT di Iglesias è stata individuata come "COT zonale".

Per il reclutamento del personale infermieristico da assegnare alle Centrali, pari a n. 8 operatori, di cui 5 assegnati alla sede della COT Aziendale di Carbonia e 3 assegnati alla COT zonale di Iglesias, è stata espletata una selezione interna, detto personale è stato propedeuticamente formato con un progetto Formativo intraaziendale.

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).

I principi che orientano lo sviluppo delle Case della Comunità sono l'equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della sanità d'iniziativa, e il principio della qualità dell'assistenza declinata nelle sue varie dimensioni (es., appropriatezza, sicurezza, coordinamento/continuità, efficienza, tempestività).

Sempre nell'ambito dei progetti del P.N.R.R. (Missione 6 Salute, investimento C1-1.1), per la ASL Sulcis Iglesiente è prevista la realizzazione di n. 2 Case della 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.

Nel corso dell'anno 2024 sono proseguiti i lavori di ristrutturazione e messa a norma di detti interventi edilizi, con Delibera D.G. n. 551 del 29/09/2023 è stato approvato il Piano di fattibilità della Casa di Comunità del Poliambulatorio San Ponziano Carbonia e con la Delibera D.G. n. 648 del 12/08/2024 è stato approvato il Progetto Definitivo relativo alla ristrutturazione e messa a norma di una porzione del piano secondo del P.O. Santa Barbara di Iglesias.

Allo stato attuale, con Delibera del Direttore Generale n. 262 del 20/03/2025 sono stati approvati i cronoprogrammi procedurali e finanziari delle Case della Comunità di S. Ponziano di Carbonia e PO S. Barbara di Iglesias.

Al fine di sopperire alla carenza di medici di assistenza primaria, la ASL Sulcis Iglesiente ha avviato il Progetto denominato "ASCOT Distretto di Carbonia- Comune di Sant'Anna Arresi", di cui alla Delibera n. 1029 del 31/12/2024, finalizzato alla realizzazione, negli ambiti carenti di assistenza primaria, di ambulatori territoriali straordinari, non sostitutivi ma integrativi, rivolti alla platea di cittadini privi di medico del ruolo unico a ciclo di scelta.

Nel territorio della ASL Sulcis Iglesiente si evidenzia un progressivo aumento della popolazione anziana caratterizzata dalla co-presenza di più patologie ad andamento cronico-degenerativo, che necessitano di interventi integrati socio sanitari appropriati. A tale scopo è stato sviluppato, in collaborazione con la Scuola di Specializzazione di Geriatria dell'Università degli Studi di Cagliari, uno studio per la valutazione dei bisogni di salute indirizzato alla popolazione anziana.

A seguito di detto studio è stato approvato, con Delibera del Direttore Generale n. 836 del 06.11.2024, il Progetto denominato "Potenziamento degli interventi di assistenza primaria "Geriatric ASL Sulcis Open Day (GerSOD) Categorizzazione e gestione della fragilità del paziente anziano nel territorio" – Attività di supporto dei Medici di Cure primarie dei Comuni della ASL Sulcis Iglesiente.

Sempre nell'ambito dell'assistenza sanitaria territoriale, nel prossimo triennio la ASL Sulcis Iglesiente intende potenziare la gestione del servizio telefonico del nuovo Numero Europeo Armonizzato (NEA)116-117, divenuto operativo nel mese di settembre 2024.

Alla ASL Sulcis Iglesiente è stato affidato il ruolo Aziendale di capofila del progetto, infatti, in questa prima fase, l'attivazione riguarderà in Sardegna solo i 23 Comuni afferenti a questa ASL.

Il numero 116117 è un servizio telefonico gratuito, a disposizione di tutta la popolazione, attivo H24 per 7 giorni a settimana, a chiamata rapida che non necessita di prefisso, raggiungibile da telefono fisso o mobile. Permette agli utenti chiamanti di entrare in contatto con un operatore sanitario o tecnico, opportunamente formato, che fornisce assistenza e/o informazioni per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti, gestisce la domanda a bassa intensità assistenziale, centralizza le chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale, facilita l'accesso della popolazione ai servizi sanitari e socio-sanitari territoriali.

La Asl Sulcis Iglesiente opera attraverso una rete capillare di strutture territoriali, che di seguito si riportano.

Strutture territoriali (Modello ministeriale STS11)

STRUTTURE TERRITORIALI AMBULATORIALI	
DISTRETTO DI IGLESIAS	
CODICE STRUTTURA NSIS	DENOMINAZIONE
160426	POLIAMBULATORIO IGLESIAS
169001	CASA DELLA SALUTE - FLUMINIMAGGIORE
162026	POLIAMBULATORIO BUGGERRU
160426	PUNTO PRELIEVI GONNESA
160526	POLIAMBULATORIO DOMUSNOVAS

DISTRETTO DI CARBONIA	
CODICE STRUTTURA NSIS	DENOMINAZIONE
170626	POLIAMBULATORIO CARBONIA
179003	CASA DELLA SALUTE GIBA
172426	POLIAMBULATORIO DI NARCAO
172526	POLIAMBULATORIO SANTADI
164026	CENTRO PER DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE (CDCD)

DISTRETTO ISOLE	
CODICE STRUTTURA NSIS	DENOMINAZIONE
179002	CASA DELLA SALUTE SANT'ANTIOCO
179001	CASA DELLA SALUTE CARLOFORTE

Tra i servizi sanitari territoriali, merita particolare attenzione l'attività svolta dal Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) costituito nella ASL Sulcis Iglesiente nel mese di febbraio 2024 presso il Poliambulatorio del Presidio Sirai.

Il CDCD è un servizio ambulatoriale costituito da una equipe multidisciplinare che, oltre alla funzione di diagnosi precoce e cura di persone con disturbi neurocognitivi, provvede alla presa in carico dei bisogni del paziente e delle famiglie, interagendo in rete con gli altri attori coinvolti.

Il servizio fornisce un inquadramento diagnostico attraverso:

- visita neurologica
- valutazione cognitiva con test specifici
- valutazione neuropsicologica
- valutazione psico-sociale del contesto
- relazionale e familiare.

Nell'ottica della prevenzione e della informazione e sostegno alle famiglie, nel 2024 presso il CDCD aziendale si è tenuto il primo ciclo di incontri psicoeducazionali rivolto ai familiari dei pazienti con disturbi cognitivi, conclusosi a giugno 2024, e nel mese di settembre 2024, nella giornata dedicata all'Alzheimer è stato organizzato un evento per i cittadini, in collaborazione con il Comune di Carbonia, intitolato "Camminata per le Demenze".

Dati di attività del Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) dal mese di attivazione marzo 2024.

CENTRO DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE CDCD (Codice struttura 164026)	Descrizione prestazione	N. Prestazioni ANNO 2024
	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	413
	VISITA NEUROLOGICA	254
	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA	254
	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	140
	Totale	1061

Dati di attività assistenza territoriale 2024

Distretto	Struttura	Branca	Descrizione Branca Specialistica	PRESTAZIONI ANNO 2023	PRESTAZIONI ANNO 2024
Distretto Iglesias	POLIAMBULATORIO IGLESIAS (cod struttura 160426)	01	Anestesia	128	
		02	Cardiologia	2568	2784
		03	Chirurgia Generale	417	266
		06	Dermosifilopatia	417	359
		11	Lab. Analisi Chimico cliniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	27227	31614
		12	Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	30	46
		13	Nefrologia	19	120
		15	Neurologia	803	1238
		16	Oculistica	3693	4471
		17	Odontostomatologia-Chirurgia Maxillo Facciale	154	786
		18	Oncologia	42	49
		21	Otorinolaringoiatria	226	228
		25	Urologia	9	9
		26	Altro	5887	7619
	POLIAMBULATORIO DOMUSNOVAS (cod struttura 160526)	11	Lab. Analisi Chimico cliniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	35351	37978
	POLIAMBULATORIO BUGGERU (cod struttura 162026)	13	Nefrologia	999	1075
		26	Altro	135	17
	CASA DELLA SALUTE FLUMINIMAGGIORE (cod struttura 169001)	02	Cardiologia		464
		03	Chirurgia Generale	1	
		04	Chirurgia Plastica	1	11
		06	Dermosifilopatia	8	8
		08	Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica	123	137
		11	Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	26034	33200
		15	Neurologia	170	57
		16	Oculistica	399	188
		20	Ostetricia e Ginecologia	219	230
		26	Altro	1020	956
	TOTALE			106080	123910

Distretto	Struttura	Branca	Descrizione Branca Specialistica	PRESTAZIONI ANNO 2023	PRESTAZIONI ANNO 2024
Distretto Isole Sant'Antioco e San Pietro	CASA DELLA SALUTE CARLOFORTE (cod struttura 179001)	01	Anestesia	60	60
		03	Chirurgia Generale	72	1
		09	Endocrinologia	21	49
		11	Lab.Analisi Chimico cliniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	34450	39345
		12	Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	4602	4864
		13	Nefrologia	656	1058
		15	Neurologia	60	
		18	Oncologia	34	
		26	Altro	402	317
	CASA DELLA SALUTE SANT'ANTIOCO (cod struttura 179002)	02	Cardiologia		1546
		03	Chirurgia Generale	40	51
		11	Lab.Analisi Chimico cliniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	37716	48688
		12	Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	20	4
		15	Neurologia	178	97
		16	Oculistica	692	1793
		17	Odontostomatologia-Chirurgia Maxillo Facciale	330	143
		18	Oncologia	35	68
		19	Ortopedia e Traumatologia		1
		26	Altro	1318	1412
				TOTALE	80686

Distretto	Struttura	Branca	Descrizione Branca Specialistica	PRESTAZIONI ANNO 2023	PRESTAZIONI ANNO 2024
Distretto Carbonia	POLIAMBULATORIO CARBONIA (cod struttura 170626)	01	Anestesia	190	150
		02	Cardiologia	1485	1547
		03	Chirurgia Generale	7	1
		06	Dermosifilopatia	11	9
		08	Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica	1	2
		09	Endocrinologia		5
		11	Lab. Analisi Chimico cliniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	43860	66037
		12	Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	15654	17287
		15	Neurologia	269	419
		16	Oculistica	1068	1300
		17	Odontostomatologia-Chirurgia Maxillo Facciale	992	2197
		18	Oncologia	355	317
		19	Ortopedia e Traumatologia	6	102
		21	Otorinolaringoiatria	693	537
		23	Psichiatria	7	
	26	Altro	6667	8697	
	POLIAMBULATORIO NARCAO (cod struttura 172426)	11	Lab. Analisi Chimico cliniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	1198	1104
	POLIAMBULATORIO SANTADI (cod struttura 172526)	11	Lab. Analisi Chimico cliniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	1154	1481
	CASA DELLA SALUTE GIBA (cod struttura 179003)	01	Anestesia	140	190
		06	Dermosifilopatia	1	2
		11	Lab. Analisi Chimico cliniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	20154	29718
		12	Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	9917	10157
		16	Oculistica	387	
		17	Odontostomatologia-Chirurgia Maxillo Facciale	104	74
		18	Oncologia	78	105
		19	Ortopedia e Traumatologia	100	30
		26	Altro	1039	1577
				TOTALE	105537

Di seguito l'elenco e l'attività svolta nell'anno 2024 dalle strutture private accreditate con la ASL Sulcis Iglesiente.

Strutture private accreditate	Descrizione Branca specialistica
360208 - Studio Radiologico Rem Dr. Carlo Saba & C. S.A.S. (Iglesias)	08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica 20 - Ostetricia E Ginecologia
360209 - Studio Radiologico Synchron Srl (Carbonia)	08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica
360303 - Studio Cardiologico Sassu S.R. (Iglesias)	02 - Cardiologia
360411 - Laboratorio Analisi Sud Iglesias Sas Di Ombretta Ghiglieri & C. (Iglesias)	11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica-Genetica-Immunematologia E S. Trasl.
360512 - Studio F.K.T. Iglesiente Srl (Iglesias)	12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi
370126 - Studio Di Radiologia Medica E Terapia Fisica Dr. Marco Puddu & C. Sas (Carbonia)	05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia
	25 - Urologia
	05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia
	08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica
370178 - Centro Di Medicina Fisica E Riabilitativa Fisioactive S.R.L.S. Carbonia (Carbonia)	12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi
370208 - Studio Radiologico S. Paolo Dr. Corpino (Carbonia)	08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica 02 - Cardiologia
370326 - Centro Di Medicina Fisica E Riabilitativa Dr. Labate Angelo Carbonia (Carbonia)	05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia
	12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi
370411 - Laboratorio Analisi L.A.B. Sud Carbonia S.A.S. (Carbonia)	11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica-Genetica-Immunematologia E S. Trasl.
370711 - Laboratorio Analisi L.A.C. Calabro' S.R.L. (Carbonia)	11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica-Genetica-Immunematologia E S. Trasl.
370926 - Studio Radiologico As. At Di Atzori Armando Di Mariangela Aste & C Sas (Carbonia)	05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia 08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica
371012 - Studio Professionale Di Fisioterapia Forma Mentis Sant'Antioco (Sant'Antioco)	12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi

Dati attività anno 2024

Prestazioni per esterni - Strutture Private		2023	2024	
Codice branca	Descrizione Branca Specialistica	Quantità	Quantità	DELTA %
02	Cardiologia	7.542	4.826	-36,01%
05	Chirurgia Vascolare-Angiologia	2.810	2.634	-6,26%
08	Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica	59.233	58.154	-1,82%
11	Lab. Analisi Chimico cliniche e microbiologiche	317.179	333.592	5,17%
12	Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzio	110.575	113.482	2,63%
	Totale	497.339	512.688	3,09%

5. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

In coerenza con le Aree strategiche definite nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2026 adottato con Delibera del Direttore Generale della ASL Sulcis Iglesiente n. 53 del 31/01/2024, di seguito si riporta una sintesi degli obiettivi assegnati alle Strutture aziendali per l'anno 2024, con i relativi indicatori e la percentuale di raggiungimento rispetto al target assegnato.

Di seguito si riportano le Aree Strategiche:

- Sanità Pubblica e Promozione della Salute Umana
- Area della Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare
- Livello di erogazione dei LEA - volumi e appropriatezza delle prestazioni
- Equilibrio economico – finanziario
- Performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione
- Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio e migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino

Si dà atto che nell'anno 2024, pur essendosi verificato 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 dai Responsabili delle strutture in seguito alla contrattazione avvenuta con la Direzione Generale.

Area Sanità Pubblica e Promozione della Salute Umana e Area della Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare.

Area Sanità Pubblica e Promozione della Salute Umana e Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza alimentare			
Obiettivi assegnati al Servizio Igiene Sanità Pubblica(SISP)	Indicatori	Target	% Raggiungimento
Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (ReNcaM) fino al 2022	(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%
Garantire l'organizzazione e il funzionamento delle Commissioni relative alle pratiche per invalidità civile e patenti speciali.	Rendicontazione alla Direzione Aziendale dei seguenti dati: - numero di sedute settimanali - numero di pazienti settimanali - numero di casi definiti per seduta	N. 5 Report	100%
Obiettivi assegnati al Servizio SPRESAL	Indicatori	Target	% Raggiungimento
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 2024 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 2024 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 e aziende edili/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%
Obiettivi assegnati al Servizio Sanità Animale(SSA)	Indicatori	Target	% Raggiungimento
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%
Piano di selezione genetica (PSG)	N° di ovini maschi destinati alla riproduzione registrati in Banca dati Nazionale Zootecnica / N° di ovini maschi destinati alla riproduzione genotipizzati registrati in Banca Dati Nazionale Zootecnica	Ottenere almeno l'85% dei capi maschi genotipizzati, destinati alla riproduzione, presenti nella Banca dati Nazionale Zootecnica.	100%
Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST ovicaprine. Campionamenti.	Percentuale di ovini e caprini morti con età superiore a 18 mesi testati per TSE rispetto all' obiettivo di campionamento	Ottenere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per TSE, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL	100%
Effettuazione dei controlli sugli stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini per il mantenimento/ottenimento dello status di territorio indenne da infezione da MTCP	n° stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini controllati/ n° stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini programmati (da controllare) nell'anno 2024	100% del programmato 2024	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 IIb), III / n° di allevamenti ovini attivi	Almeno il 90% degli allevamenti ovini attivi classificabili in BDN come livello I, II (IIa e IIb), III	100%
Obiettivi assegnati al Servizio Igiene degli Alimenti di Origine Animale e loro derivati (SIAOA)	Indicatori	Target	% Raggiungimento
Garantire le verifiche di appropriatezza e di efficacia sull'attività di controllo ufficiale.	Numero di verifiche di efficacia eseguite nel 2024 sull'attività di controllo ufficiale/ numero totale di verifiche programmate per il 2024 sull'attività di controllo ufficiale *100	100%	100%
Garantire la categorizzazione del rischio negli stabilimenti riconosciuti	Numero di stabilimenti categorizzati nel 2024/numero totale di stabilimenti da categorizzare programmati nel 2024*100	80%	100%
Garantire il campionamento di alimenti al fine di ridurre i rischi alimentari batteriologici e/o chimici	Numero di campioni effettuati nel 2024/Numero totale dei campioni programmati per il 2024*100	100%	100%
Obiettivi assegnati al Servizio Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAPZ)	Indicatori	Target	% Raggiungimento
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 farmacovigilanza per farmacie(distribuzione)	n. farmacie controllate/n. farmacie target definito dal piano di Farmacovigilanza 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 CAPRINI verificati/n. Allevamenti CAPRINI programmati previsti dal PRBA (Dati Classyfarm)	100%	100%
Garantire la partecipazione ad attività di formazione dei Dirigenti Veterinari nelle materie di competenza nella tematica di Benessere Animali	n di Dirigenti Veterinari che hanno svolto il corso di II livello su Benessere Animale/n°Dirigenti Veterinari in Servizio	50%	100%
Obiettivi assegnati al Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)	Indicatori	Target	% Raggiungimento
Controllo acque minerali, di sorgente e ad usi alimentari	n. controlli effettuati/n. controlli programmati(Piano locale/regionale)	100%	100%
Controllo acque destinate al consumo umano	n. controlli effettuati/n. controlli programmati(Piano locale/regionale)	100%	100%
Controllo prodotti fitosanitari	n. controlli effettuati/n. controlli programmati(Piano locale/regionale)	100%	100%
Controlli mense collettive (scolastiche e aziendali)	n. controlli effettuati/n. controlli programmati(Piano locale/regionale)	100%	100%

Nell'ambito dell'Area Sanità Pubblica e Promozione della Salute Umana si illustra il grado di raggiungimento dell'obiettivo, assegnato ai Direttori Generali dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità, inerente i "programmi di screening oncologico organizzato".

DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	VALORE ATTESO	NOTE
Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato Includere nei percorsi di screening oncologico organizzato i centri di secondo livello ubicati presso l'ARNAS Brotzu e AOU Cagliari	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	screening cervicale: tasso di adesione reale \geq 38% screening coloretale: tasso di adesione reale \geq 25% screening mammografico \geq 35%	Considerati i livelli di adesione reale per ciascuno dei tre screening registrati nel 2019 (anno pre-pandemia Covid 19): screening cervicale 29,4%; screening coloretale 14,9%; screening mammografico 25,1%, e considerate le attività di recupero poste in essere nel 2021 e 2022 con gli appositi Piani aziendali, si pone l'obiettivo di un miglioramento della copertura per i tre programmi di screening rispetto al dato medio regionale del 2019 (base line). Si sottolinea che tale obiettivo è comunque inferiore rispetto al valore di copertura considerato accettabile: 50% per lo screening cervicale e coloretale e 60% per lo screening mammografico. L'obiettivo si intende raggiunto in proporzione al raggiungimento dello standard riferito ai tre indicatori (1/3 per ciascuno screening).

Si evidenzia che l'attività relativa allo screening del colon retto svolta nell'anno 2024 ha superato il valore atteso.

- popolazione bersaglio annua: 19794
- inviti: n.14368
- test I livello effettuati: 6061
- tasso di adesione: 31%

Screening della cervice uterina: Valore atteso 38%

Premesso che il Servizio di Anatomia Patologica è stato riattivato nel corso dell'anno 2024, si evidenzia che è stato possibile riavviare il programma oncologico della cervice uterina a partire dalla fine del mese di dicembre 2024. L'attività svolta in detto limitato arco temporale ha permesso di eseguire n. 161 test I livello rispetto al numero degli inviti trasmessi pari a n. 1003 raggiungendo il valore del 16%.

L'attività dello screening mammografico è stata sospesa nel mese di maggio. La impossibilità di proseguire nella gestione dell'attività di screening mammografico deriva dalla carenza del personale in servizio da dedicare a detta attività, in quanto nel corso dell'anno 2024 sono intervenute cessazioni a vario titolo del personale dipendente, con lunghi periodi anche di assenza per ferie prepensionamento, che non è stato possibile sostituire. Tuttavia l'attività svolta in detto periodo ha permesso di eseguire n. 1194 mammografie rispetto al numero degli inviti trasmessi pari a n. 4578 raggiungendo il valore del 26%.

- popolazione bersaglio annua: 10217
- inviti: n.4578
- mammografie effettuate: 1194
- tasso di adesione: 12%

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

Di seguito si riporta il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alle Strutture Ospedaliere afferenti ai PP.OO. Sirai e CTO. La percentuale di raggiungimento è calcolata sulla media del risultato raggiunto dalle Unità operative/Servizi 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'ASSL che presentano un valore critico medio, scarso e molto scarso	% di colecistomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg	90%	100%
Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute e il MEF	% 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%	72%
Migliorare la performance degli indicatori di esito/processo individuati dal treemap del PNE per ogni struttura ospedaliera dell'ASSL che presentano un valore critico medio, scarso e molto scarso	Numero parti cesarei primari/numero parti con nessun pregresso cesareo*100	Miglioramento dell'indicatore rispetto al 2023	100%
Migliorare il grado di umanizzazione delle cure nella ASSL	N parti in analgesia/n. Totale parti senza cesareo	70%	100%
Garantire il miglioramento della qualità dell'assistenza ai pazienti	Attivazione Comitato Controllo Infezioni del sito chirurgico	Report annuale monitoraggio di attività del Comitato	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. Visita cardiologica, endocrinologica, fisiologica, gastroenterologica, ginecologica, neurologica, oculistica, oncologica, ortopedica, otorinolaringoiatra, pediatrica, pneumologica,	>60%	100%
Garantire il miglioramento della qualità dell'assistenza ai pazienti (obiettivo assegnato in condivisione alle UU.OO. Chirurgia, Oncologia, Radiodiagnostica, Medicina Riabilitativa)	Attivare almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche DGR 34/49 del 17.11.2023	Entro il 30/11/2024	100%
	N. di consulenze effettuate su totale delle richieste	90%	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%
Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	SULCIS ≥ 25%	sterilizzato
Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA- Strutture Ospedaliere aziendali	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate- prime visite 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	85%	97%
	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate-prestazioni strumentali 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	95%	100%
Partecipazione ai corsi di formazione PNRR M6C2 2.2 b) PNRR M6C2 1.3.1 (b)	Percentuale di partecipanti ai corsi in infezioni ospedaliere (PNRR M6C2 2.2 b)	52%	100%
Percentuale dei documenti sanitari in formato digitale firmati digitalmente.	N. LDO indicizzate/ N. ricoveri	80%	sterilizzato
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'ASSL 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'ASSL 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'ASSL 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%
Partecipazione ai 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 2023	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 31/10/2024	100%
Garantire il miglioramento della qualità dell'assistenza ai pazienti (obiettivo assegnato in condivisione alle UU.OO. Chirurgia, Oncologia, Radiodiagnostica, Medicina Riabilitativa)	Attivare almeno 2 Gruppi interdisciplinari di cure oncologiche DGR 34/49 del 17.11.2023	Entro il 30/11/2024	100%
Migliorare il ricorso all'assistenza ospedaliera attraverso la qualificazione dell'attività di accettazione sanitaria e dell'attività di Osservazione Breve e prima diagnostica	% 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%
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%
Partecipazione ai corsi di formazione PNRR M6C2 2.2 b) PNRR M6C2 1.3.1 (b)	Percentuale di partecipanti ai corsi in infezioni ospedaliere (PNRR M6C2 2.2 b)	52%	100%
Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) e revisione di un processo critico attraverso FMEA di Area	n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie ospedaliere	n. segnalazioni	100%
Percentuale dei documenti sanitari in formato digitale firmati digitalmente.	N. LDO indicizzate/ N. ricoveri	80%	sterilizzato
Obiettivi assegnati alle Strutture della Area dei 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 effettuate entro 24 ore dalla richiesta per pazienti interni e pronto soccorso	100%	100%
	Radiologia: % di prestazioni di diagnostica strumentale refertate entro 24 ore dalla richiesta per pazienti interni e pronto soccorso	≥95%	100%
	Radiologia: % di TAC refertate 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 2023	100%
Garantire il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni Diagnostiche strumentale e di laboratorio	LABORATORIO: % di prestazioni di diagnostica strumentale effettuate entro 24 ore dalla richiesta per pazienti interni e pronto soccorso	90%	100%
	LABORATORIO: % di prestazioni di diagnostica strumentale refertate entro 24 ore dalla richiesta per pazienti interni e pronto soccorso	90%	100%
	LABORATORIO: % di prestazioni di diagnostica strumentale effettuate entro 24 ore dalla richiesta per pazienti esterni	90%	100%
Garantire il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni Diagnostiche strumentale e di laboratorio	Attivazione Anatomia Patologica	Entro il 31/10/2024	100%
Elaborare un sistema dedicato alla prevenzione di errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione.	Redazione di un progetto operativo contenente strumenti (es. braccialetti identificativi) e procedure di identificazione e abbinamento univoci del paziente, dei campioni di sangue e delle unità trasfusionali	1 progetto	100%
Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	Garantire potenziamento screening mammografico	Screening mammografico ≥ 35%	50%
Obiettivi assegnati ai Distretti Socio Sanitari	Indicatori	Target	% Raggiungimento
Garantire il rispetto dei tempi per l'individuazione delle sedi della medicina generale e della pediatria di libera scelta entro termini congrui che consentano il rispetto delle scadenze per la pubblicazione sul BURAS dell'elenco degli incarichi vacanti, da parte della Regione, previsti dagli Accordi collettivi nazionali: MMG e PLS entro il 15 febbraio dell'anno.	SEDI MMG e PLS entro 15.02.2024	Rispetto dei termini	100%

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

Nell'anno 2024 è stato sterilizzato l'obiettivo relativo all'incremento delle donazioni di organi nella Regione Sardegna, "Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica". Questo obiettivo è stato assegnato dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ai Direttori Generali, e che in sede di negoziazione di budget la Direzione della ASL Sulcis Iglesiente ha ribaltato alla U.O. di Anestesia e Rianimazione. Nell'ambito di detta U.O. è stato individuato il Coordinatore Locale Trapianti aziendale che svolge attività di monitoraggio delle terapie intensive e dei reparti dei due Presidi CTO e Sirai, al fine di migliorare il processo di procurement attivo e incrementare il numero di osservazioni (CAM) per potenziare la disponibilità di organi all'interno della rete regionale/nazionale trapianti.

L'attività di Coordinamento è volta alla formazione del personale medico, mediante partecipazione al corso TPM, e al monitoraggio dell'attività della terapia intensiva in relazione ai ricoveri effettuati, al numero dei decessi con diagnosi primaria o secondaria di lesioni encefaliche acute, attraverso il coinvolgimento dei reparti, in particolare quello di Neurologia e Pronto Soccorso, deputati alla segnalazione dei pazienti con lesioni encefaliche acute e come tali potenziali donatori d'organo.

Il target richiesto a livello regionale per la ASL Sulcis nell'anno 2024 è pari o superiore al 25% di segnalazioni rispetto al totale dei decessi per lesioni encefaliche acute, il numero di segnalazioni, pertanto, varia in funzione dei decessi per lesioni encefaliche codificate nelle SDO.

Di seguito si riportano i dati relativi all'anno 2024 trasmessi al Centro Regionale Trapianti Sardegna:

Decessi entro 72 ore: terapia intensiva: n. 0; degenza ordinaria: n. 1

Decessi oltre le 72 ore: terapia intensiva: n. 0; degenza ordinaria: n. 7

Decessi con lesioni encefaliche acute: n. 8

Numero segnalazioni morte encefalica: n. 0

Dai dati indicati emerge che nessuno dei pazienti con diagnosi SDO di lesione encefalica acuta è andato in contro a osservazione (CAM), in quanto dall'esame dei casi clinici il decesso è avvenuto per cause extracerebrali oltre le 72h dal ricovero.

Si ritenuto opportuno sterilizzare l'obiettivo in esame, considerata la criticità oggettiva nel raggiungimento dello stesso dovuta a necessarie variazioni organizzative dei Presidi aziendali, come quella derivante dalla chiusura del reparto di Neurologia nel primo trimestre del 2024, con conseguente riduzione della presa in

carico dei pazienti con lesioni encefaliche acute, con maggiore probabilità di decesso entro le 72h dal ricovero, che vengono trasportati verso l'hub dell'Arnas Brotzu.

Si ritiene, altresì, doveroso illustrare le motivazioni della sterilizzazione dell'obiettivo relativo all'incremento dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico(FSE), in particolare l'indicatore *“Percentuale dei documenti sanitari in formato digitale firmati digitalmente”*. Anche questo obiettivo è stato assegnato ai Direttori Generali, con Deliberazione n. 2/7 del 18/01/2024, che la ASL Sulcis Iglesiente ha provveduto ad assegnare alle UU.OO dell'Area Medica e Chirurgica.

Nell'ambito ospedaliero l'obiettivo della indicizzazione dei documenti sanitari è incentrato sui reparti di degenza e del Pronto Soccorso, relativamente alla Lettera di Dimissione Ospedaliera (LDO) e del Verbale di pronto soccorso (VPS).

Con Decreto Assessoriale n. 31 del 11.11.2024 l'indicatore in esame è stato eliminato a causa delle criticità di natura tecnica, che riguardano prevalentemente interventi di informatizzazione e adeguamento dell'infrastruttura ICT, riscontrate a livello regionale in tutte le Aziende Sanitarie.

Area dell'Equilibrio economico finanziario

Area Equilibrio economico finanziario			
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. (Obiettivo assegnato ai Servizi Ordinatori aziendali)	Numero medio di giornate di ritardo n° Fatture registrate entro i 20 giorni dall'assegnazione/n°to tale Fatture ricevute	100%	100%
Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e contabili. Decreto Assessoriale n. 31 del 11.11.2025. (Obiettivo assegnato alla SC Bilancio e Contabilità)	Chiusura del bilancio anno 2022	Rispetto dei termini fissati dalla Direzione Assessorato RAS	100%
	Chiusura preconsuntivo anno 2023	Rispetto dei termini fissati dalla Direzione Assessorato RAS	100%
Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione. (Obiettivo assegnato alla SC Programmazione e Controllo, Acquisti beni e Servizi, Risorse Umane e Servizi Tecnici Logistici)	Adozione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.	Adozione di tutti i documenti di programmazione entro il 15/11/2024	100%
Predisporre una Procedura Operativa per la gestione del Sistema Autorizzativo nella ASL Sulcis Iglesiente. (Obiettivo assegnato alla SC Bilancio e Contabilità e Programmazione e Controllo)	Adozione Procedura Operativa sul Sistema Autorizzativo	Entro il 31/12/2024	100%
Garantire le tempistiche previste dal vigente Regolamento Magazzini_ATS Sardegna. Linee Guida Decreto RAS n. 1 del 09.01.2014. (Obiettivo assegnato ai Servizi farmaceutici Ospedalieri e Territoriale, alla SC Acquisti di beni e servizi)	Adozione Delibera approvazione conti giudiziali (art. 6 punto g)	Entro il 28/02/2025	100%
Razionalizzazione spesa farmaceutica per acquisti diretti (Obiettivo assegnato ai Servizi di Farmacia Ospedaliera e Territoriale)	Invio report semestrale alla Direzione Aziendale e alla SC Programmazione e Controllo	Report semestrali (consuntivo a gennaio)	100%
Rispetto delle milestone del PNRR (Obiettivo assegnato alla SC Servizi Tecnici e Logistici e Patrimonio)	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2024	100%

Dall'esame dei risultati ottenuti rispetto ai target annuali associati ai singoli obiettivi sopra riportati si riscontra un raggiungimento pari al 100% del valore atteso.

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
Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF contenendone la spesa. (Obiettivo assegnato UU.OO Area Chirurgica e Area	% 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. (Obiettivo assegnato UU.OO Area Chirurgica e Area Medica)	Chiusura atti operatori entro 30 gg. con inserimento descrizione intervento nella procedura informatica del blocco operatorio SOWEB	>=95%	50%
	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%
Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi. (Obiettivo assegnato alla SC Programmazione e Controllo)	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. (Obiettivo assegnato alla SC Programmazione e Controllo)	Numero di report relativi all'attività in regime ordinario, DH e DS	4 Report	100%
Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi. (Obiettivo assegnato alla SC Programmazione e Controllo)	Gli indicatori sono calcolati complessivamente sui flussi SDO (file A), SAM (file C), SDF (file F), PS (file L,) ADI (File O) dell'intero anno 2024.	5/5	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. Assegnato alle SC Area Amministrativa. (Obiettivo assegnato alle Strutture Area Amministrativa)	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%
Predisporre Regolamento aziendale: "Percorso di tutela di accesso alternativo alle prestazioni specialistiche del cittadino" (Obiettivo assegnato alla SC Affari Generali e Legali)	Elaborazione e adozione del Regolamento Percorso di Tutela in collaborazione con il Servizio CUP Liste d'Attesa	Adozione atto deliberativo entro il 01/11/2024	100%
Adozione del Regolamento per il Controllo sulle autocertificazioni. (Obiettivo assegnato alla SC Affari Generali e Legali e alla SC Risorse Umane)	Adozione della Delibera	Entro il 31/12/2024	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. Assegnato alle strutture Area Amministrativa, Area Salute Mentale e Area Prevenzione	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. (Assegnato alle Direzioni mediche di Presidio, ai Servizi Area di Prevenzione , SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale, Distretti Socio Sanitari)	Relazione sulle misure adottate in merito ai processi con rischio specifico mappati nel PTPCT	Trasmissione relazione entro il 31/12/2024	100%
Prevenzione del rischio in materia di salute e sicurezza sul lavoro . D.Lgs. 81/08, articolo 37. (Obiettivo assegnato a tutte le UU.OO. Ospedaliere, ai Servizi Area Territoriale e Amministrativa , Prevenzione e Salute Mentale)	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%
Predisporre Regolamento per la gestione dei magazzini economici (Obiettivo assegnato alla SC Acquisti di Beni e Servizi)	Adozione regolamento con atto deliberativo	entro il 31/12/2024	100%
Predisporre Regolamento per la gestione dei magazzino farmaceutico (Obiettivo assegnato al Servizio Farmaceutico Ospedaliero e Territoriale)	Adozione regolamento con atto deliberativo	entro il 31/12/2024	50%
Predisporre Regolamento per la disciplina e il funzionamento delle Casse Economiche in base all'attuale assetto organizzativo della ASL Sulcis Iglesiente. (Obiettivo assegnato alla SC Acquisti di Beni e Servizi)	Adozione regolamento con atto deliberativo	entro il 31/12/2024	100%
Adozione dei Regolamenti aziendali per la gestione del Parco Auto e delle Squadre di Emergenza (Obiettivo assegnato alla SC Servizi Tecnici e Logistici)	Adozione Regolamenti con atto deliberativo	Entro il 31/10/2024	100%

In merito agli obiettivi relativi *“all’Area della qualità del dato”* per l'anno 2024 emerge un grado di raggiungimento positivo.

Gli obiettivi riportati in detta Area fanno riferimento agli 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.

In riferimento agli obiettivi strategici relativi all'Area della trasparenza integrità e anticorruzione, la ASL Sulcis Iglesiente, nell'anno 2024, al fine di garantire una effettiva correlazione con gli obiettivi di performance organizzativa, ha per quanto possibile, traslato le azioni e le misure di prevenzione della corruzione in obiettivi organizzativi.

In particolare è stato assegnato l'obiettivo volto a garantire la partecipazione del personale alla formazione in materia di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e quello relativo alla stesura della Relazione sulle misure adottate nell'anno in merito ai processi con rischio specifico mappati nel PTPCT.

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

Nell'ambito degli obiettivi relativi all'Area della Trasparenza, nell'anno 2024 sono stati adottati diversi Regolamenti aziendali ai fini di una corretta gestione interna dell'Azienda. Infatti, la definizione di regole di comportamento, di procedure operative e di politiche aziendali, assicura un ambiente di lavoro più ordinato, trasparente ed efficiente.

Si ritiene utile richiamare l'attività svolta dall' Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) in materia di trasparenza. In particolare, tra le altre funzioni, detto Organismo promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza da parte dell'Azienda mediante la *“Attestazione annuale sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione in relazione alle delibere A.N.A.C.”*

La Attestazione anno 2024 è pubblicata in “*Amministrazione Trasparente*” nella sezione “*Controlli e rilievi sull'Amministrazione*” sottosezione “*OIV, Nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe*” raggiungibile al seguente link: <https://www.aslsulcis.it/wp-content/uploads/2024/07/attestazione-griglia-trasparenza-2024.pdf>.

Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio e migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino

Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio e Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino			
Obiettivi assegnati alle Strutture	Indicatori	Target	% Raggiungimento
Attivazione del Sistema della Telemedicina (Obiettivo assegnato alle UU.OO. di Medicina Generale Sirai e CTO, Nefrologia e Dialisi, Cardiologia, Oncologia, Reumatologia e i Distretti Socio sanitari)	Garantire erogazione prestazioni in modalità Televisita	10%	sterilizzato
Implementazione della Procedura Operativa Ospedaliera della Teleradiologia adottata con Delib. DG n. 54 del 14/4/2022. (Obiettivo assegnato al Servizio di Radiodiagnostica)	Potenziamento prestazioni eseguite in teleradiologia	Miglioramento rispetto al 2023	100%
Potenziamento del Sistema della Telemedicina per i pazienti con DMT1. (Obiettivo assegnato alla SC Diabetologia)	Numero pazienti DMT1 in DATA MANAGEMENT / Numero totale di pazienti DMT1 seguiti dal centro	70%	100%
Potenziamento del Sistema della Telemedicina per i pazienti con prescrizione di Monitoraggio Flash della Glicemia (FGM) ((Obiettivo assegnato alla SC Diabetologia)	Numero pazienti in collegamento aggiornato/ Numero pazienti con prescrizione di FGM seguiti al Centro	80%	100%
Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio favorendo le azioni di governance finalizzate alla continuità assistenziale (Obiettivo assegnato all U.O.Neurologia, Distretti Socio Sanitari)	Implementazione della procedura dimissioni protette % pazienti presi in carico ADI	40%	100%
Garantire adozione di Progetti per favorire l'integrazione Ospedale-Territorio (Obiettivo assegnato alla SC Direzioni Professioni Sanitarie)	Predisporre un progetto per l'apertura di un Ambulatorio di Stomatoterapia	Entro il 31/12/2024	100%
	Predisporre un progetto per l'apertura di un Ambulatorio PICC Team (cateteri venosi centrali inseriti perifericamente)	Entro il 31/12/2024	100%
	Predisporre una proposta di progetto per la riapertura della piastra ambulatoriale presso il PO Sirai	Entro il 31/12/2024	100%
Garantire adozione di Progetti per favorire l'integrazione Ospedale-Territorio	Garantire l'attuazione delle COT e della Casa della Salute	attivazione	100%

Con riferimento all'obiettivo relativo alla Telemedicina, nel corso dell'anno 2024 per la Asl Sulcis Iglesiente non è stato possibile attivare detta modalità nelle Unità Operative di UU.OO. di Medicina Generale Sirai e CTO, di Nefrologia e Dialisi, di Cardiologia, di Oncologia, e nemmeno nell'ambito dell'assistenza territoriale, a causa della mancanza di una piena implementazione degli interventi e dei processi tecnici necessari, la cui gestione rientra nelle competenze del Dipartimento di Sanità Digitale di ARES Sardegna, pertanto, si auspica che nel prossimo anno, con il supporto delle strutture competenti, si possa dare l'avvio al sistema della Telemedicina.

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 tecnologica necessaria sono affidate ad Dipartimento SaDIT di Ares Sardegna.

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. (Obiettivo assegnato al Servizio SERD, CSM, NPI)	Relazione di mappatura dei soggetti inseriti in strutture residenziali.	Entro il 31/12/2024	100%
Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSMD rivolti a persone che presentano problematiche di doppia diagnosi e co-morbidità 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) (Obiettivo assegnato al Servizio SERD, CSM, NPI)	% di pazienti presi in carico nell'area dipendenze patologiche	Mantenimento nel III Quad. del numero di pazienti presi in carico nel I quad. 2024 a parità di risorse	100%
Garantire la partecipazione del personale del comparto alla formazione specifica di pertinenza del Servizio (Obiettivo assegnato al Servizio SERD)	Garantire la partecipazione all'evento formativo "Segreto professionale, Privacy e Riservatezza nell'Agire Professionale dei SERD"	>=50% del personale	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 (Obiettivo assegnato al Servizio CSM NPI)	Revisione delle procedure dei percorsi di doppia diagnosi nei servizi di Salute mentale	Revisione procedura entro il 31/12/24	100%
Garantire la partecipazione alla formazione specifica del personale del comparto assegnato al Servizio (Obiettivo assegnato al Servizio SPDC e CSM)	Partecipazione del personale del comparto all'evento formativo "comunicazione come strumento professionale nella promozione della fiducia tra utenti e operatori". Erogati da Ares Sardegna (anche in modalità FAD)	50% del personale Entro il 31/12/2024	100%
	Partecipazione del personale del comparto alla formazione in materia di Rianimazione cardiopolmonare, ai fini del corretto utilizzo del DAE in dotazione al Servizio . Erogati da Ares Sardegna	50% del personale Entro il 31/12/2024	100%
Partecipazione ai corsi di formazione PNRR M6C2 2.2 b) PNRR M6C2 1.3.1 (b) (Obiettivo assegnato alla Servizio SPDC)	Personale del comparto_ Percentuale di partecipanti al corso in infezioni ospedaliere (PNRR M6C2 2.2 b)	52% del personale	100%
Garantire la partecipazione alla formazione specifica del personale del comparto assegnato al Servizio (Obiettivo assegnato al Servizio NPI)	Garantire la partecipazione all'evento formativo (anche in modalità FAD): progetto di Formazione & Coaching sulle dinamiche nel gruppo di lavoro -2° livello	50% del personale Entro il 31/12/2024	100%

Nell'anno 2024 le Strutture interessate per l'Area Salute Mentale e Dipendenze hanno raggiunto un risultato positivo.

Nella seguente tabella riepilogativa si indicano i risultati della performance organizzativa conseguita da ciascuna struttura nel 2024.

STRUTTURA	% Performance Organizzativa 2024
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	72,72
CHIRURGIA GENERALE P.O. SIRAI	96,42
CHIRURGIA GENERALE E WEEK SURGERY - CTO	97,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PO SIRAI	98,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PO CTO	95,35
OCULISTICA	93,00
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	95,13
OTORINOLARINGOIATRIA	100,00
UROLOGIA	87,98
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	94,07
MEDICINA GENERALE PO CTO	100,00
PEDIATRIA	100,00
NEFROLOGIA E DIALISI	100,00
CARDIOLOGIA E UTIC	89,36
NEUROLOGIA	90,00
ONCOLOGIA	100,00
REUMATOLOGIA	92,50
MEDICINA RIABILITATIVA CTO e SIRAI	100,00
SC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI SIRAI-CTO	94,00
MEDICINA TRASFUSIONALE	100,00
LABORATORIO ANALISI CTO e SIRAI	100,00
DIREZIONE PRESIDIO OSPEDALIERO SIRAI	94,00
DIREZIONE PRESIDIO OSPEDALIERO CTO	94,00
DISTRETTO CARBONIA	100,00
DISTRETTO DI IGLESIAS	97,00
DISTRETTO ISOLE	100,00
SC DIABETOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE	100,00
CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	91,70
CONSULTORI	89,00
DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	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	93,00
SERVIZIO ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE	93,00
SERVIZI TECNICI LOGISTICI E PATRIMONIO	91,70
SERVIZIO RISORSE UMANE SVILUPPO ORGANIZZATIVO E RELAZIONI SINDACALI	100,00
BILANCIO E CONTABILITÀ	100,00
ACQUISTI DI BENI E SERVIZI	100,00
AFFARI GENERALI E AFFARI LEGALI	100,00
PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	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 Titolari 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 2024 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 2024 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 2024 è stato di valore pari a 8,8.

Nella tabella seguente si riportano i dati che emergono dalla soddisfazione dell'utente per singola struttura oggetto di rilevazione.

Si precisa che per alcune U.O. non è stato possibile rilevare il dato per la mancata compilazione dei questionari.

INDICE GRADIMENTO MEDIO anno 2024		
STRUTTURA	Valore atteso =>7	Numero Questionari
CHIRURGIA GENERALE PO CTO	9	825
CHIRURGIA GENERALE PO SIRAI	9	285
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PO SIRAI	10	15
OSTETRICIA	9	90
OTORINOLARINGOIATRIA	8	135
PEDIATRIA	10	30
MEDICINA GENERALE PO SIRAI	6	105
MEDICINA GENERALE PO CTO	9	315
CARDIOLOGIA	10	60
PRONTO SOCCORSO	8	1056
DISTRETTO SOCIO SANITARIO IGLESIAS	9	336
DISTRETTO SOCIO SANITARIO CARBONIA	9	312
DISTRETTO SOCIO SANITARIO ISOLE	9	108
PSICHIATRIA	9	15

8. ANALISI DI GENERE E PARI OPPORTUNITÀ

L'analisi di genere e le pari opportunità sono concetti strettamente legati che mirano a garantire che uomini e donne abbiano gli stessi diritti, opportunità e trattamenti in tutti gli ambiti della vita.

L'analisi di genere è un metodo che valuta come le politiche, i programmi e le azioni influenzano donne e uomini in modo diverso. Questo approccio permette di identificare eventuali disparità e di sviluppare interventi mirati a ridurle.

Le pari opportunità si riferiscono al principio di uguaglianza di trattamento e opportunità per tutti gli individui, indipendentemente dal loro genere, razza, religione, orientamento sessuale, ecc.

In sintesi, l'analisi di genere e le pari opportunità sono strumenti essenziali per creare una società più giusta ed equa, in cui uomini e donne possano godere degli stessi diritti e opportunità.

Dall'analisi di genere del personale della ASL Sulcis Iglesiente si evince che nel 2024 il personale dipendente femminile è pari a n. 1006 che rappresenta il 67% delle risorse umane, inoltre il numero di dirigenti donne è pari a n. 194 che rappresenta il 60% del totale dei dirigenti.

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

Sempre al fine di rispettare la parità di genere, così come previsto dal decreto 150/2021, si riporta di seguito una tabella di dettaglio.

Indicatori	2024
% donne rispetto al totale del personale	67%
% dirigenti donne sul totale dei dirigenti	60%
% dirigenti donne con incarico di struttura complessa sul totale delle strutture complesse	44%
% dirigenti donne con incarico di struttura semplice dipartimentale sul totale delle strutture semplici dipartimentali	57%
% dirigenti donne con incarico di struttura semplice sul totale delle strutture semplici	struttura semplice non attivate
Età media del personale femminile dirigente	48 anni
Età media del personale femminile comparto	51 anni

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

La presente relazione sulla performance è pubblicata sul sito istituzionale della ASL Sulcis Iglesiente al seguente Link: <https://www.aslsulcis.it/amministrazione-trasparente/> nella apposita sezione "Amministrazione Trasparente - Performance". Nella stessa sezione viene pubblicato ogni altro documento previsto per legge o che si ritenga necessario al fine di assicurare la piena conoscibilità delle attività della ASL Sulcis Iglesiente e del suo sistema di misurazione e valutazione della performance da parte dei portatori di interesse.