



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2025

Sommario

- 1. Presentazione della Relazione**
- 2. L'azienda Socio Sanitaria Locale N.7**
 - 2.1 Chi siamo
 - 2.2 La struttura organizzativa dell'Azienda
 - 2.3 Cosa facciamo
 - 2.4 Contesto esterno
- 3. Risorse Finanziarie e umane dell'Azienda ASL Sulcis Iglesiente**
- 4. I Principali Risultati Raggiunti**
 - 4.1. Assistenza ospedaliera
 - 4.2. Indicatori di Esito
 - 4.3. Assistenza Territoriale
- 5. Performance Organizzativa**
- 6. Performance Individuale**
- 7. La Partecipazione dei cittadini e degli utenti**
- 8. Analisi di Genere e Pari Opportunità**
- 9. Processo Di Misurazione Valutazione Performance**

1. PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE

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

Il documento rappresenta da un lato, uno strumento di miglioramento gestionale grazie al quale l'amministrazione può programmare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando progressivamente il funzionamento del ciclo della performance e dall'altra uno strumento di accountability attraverso il quale l'amministrazione può rendicontare a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato e gli eventuali scostamenti, e le relative cause, rispetto agli obiettivi programmati.

In questa prospettiva, nella predisposizione della Relazione devono essere privilegiati elementi quali:

- la sinteticità;
- la chiarezza espositiva;
- la comprensibilità;

anche facendo ampio ricorso a rappresentazioni grafiche e tabellari dei risultati per favorire una maggiore leggibilità delle informazioni.

La presente relazione illustra i risultati raggiunti dalla ASL Sulcis Iglesiente nel corso dell'anno 2025 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 del Direttore Generale n. 55 del 31/01/2025 avente ad oggetto - *“Approvazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione della ASL n. 7 del Sulcis Iglesiente per il triennio 2025 – 2027”*.

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.

A seguito della modifica all'articolo 10 del d.lgs. n. 150/2009 operata dal D.Lgs. 74/2017, le Amministrazioni sono tenute al rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente, ovvero 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

La ASL n. 7 del Sulcis nasce con decorrenza 1 gennaio 2022, a seguito della ridefinizione dell'assetto organizzativo del Servizio Sanitario Regionale per effetto della L.R. 24/2020, integrata dalla Legge Regionale n° 32 del 23 dicembre 2020, con Deliberazione G.R. n. 46/30 del 25.11.2021, e delle successive modifiche intervenute 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, che ha portato al Commissariamento delle otto Aziende Socio-Sanitarie Locali, dell'Azienda Ospedaliera ARNAS "G.Brotzu", dell'AREUS e delle due Aziende Ospedaliere Universitarie.

La denominazione della "ASL n. 7 del Sulcis", ai sensi dell'art. 5 comma 32 della L. R. n. 1 del febbraio 2023 (Legge di stabilità), è stata variata con l'aggiunta della parola "*Iglesiente*"

Ai sensi della L.R n. 8/25 citata, la Giunta Regionale nell'anno 2025, con Delibera n. 23/7 del 27/04/2025, ha nominato il Commissario Straordinario della ASL Sulcis Iglesiente, per la durata di sei mesi disponendo, con delibera D.G.R. n. 55/1 del 24/10/2025, la proroga degli stessi fino alla nomina dei nuovi Direttori Generali.

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 68/5 del 31/12/2025 è stato nominato il dott. Paolo Cannas quale Direttore Generale della Asl Sulcis Iglesiente, con decorrenza dal 01/01/2026.

La ASL Sulcis Iglesiente è un'Azienda dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale ai sensi del D.Lgs 502/92 e s.m.i.

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.

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:

- P.O. Sirai a Carbonia - Stabilimento DEA I° livello, multi-specialistico e punto di riferimento per le attività di Emergenza-Urgenza;
- 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);
- P.O. Santa Barbara a Iglesias - Stabilimento nodo della rete territoriale regionale, e destinata a 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

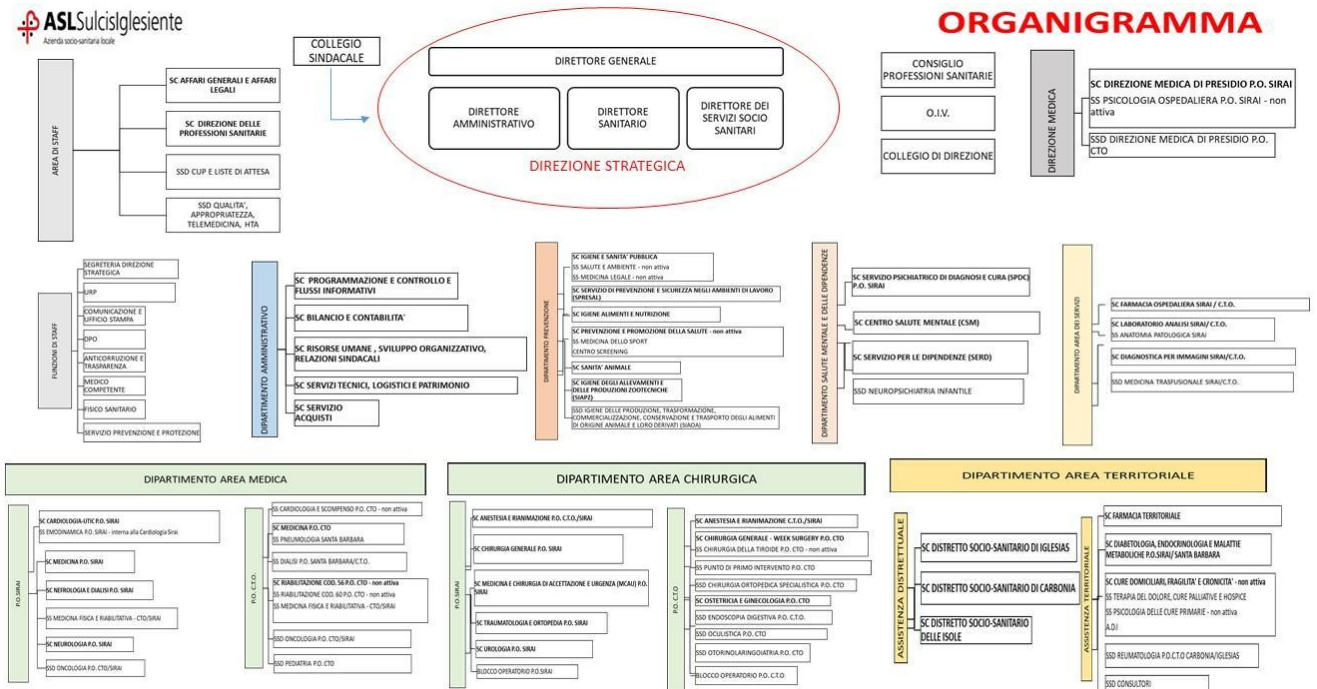
Il Direttore Generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.

Nell'anno 2025, come indicato nel paragrafo 2.1., a seguito del Commissariamento delle 8 ASL, con D.G.R. n.23/7 del 27/04/2025 ha nominato il Commissario Straordinario della ASL Sulcis Iglesiente, la quale ha provveduto alla nomina del Direttore Sanitario, con D.C.S. n° 101 del 17.06.2025 e alla nomina del Direttore Amministrativo con D.C.S. n. 102 del 17/06/2025.

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

Con Delibera DG n. 306 del 07/11/2022 è stato nominato l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), e nell'anno 2025, 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

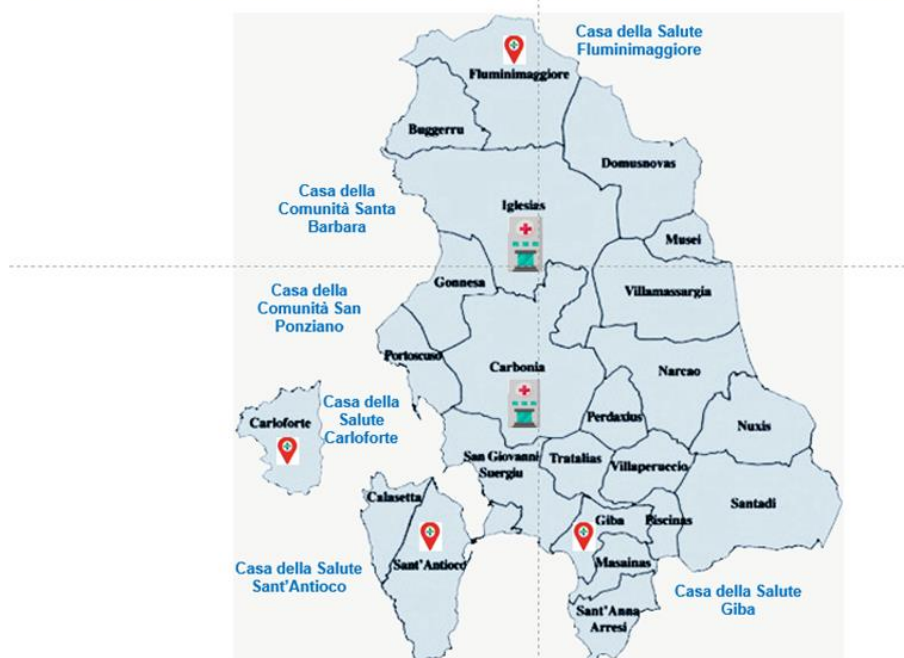
L’Azienda è parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale ed in tale ambito si caratterizza per la sua funzione pubblica di promozione e tutela della salute come diritto fondamentale dell’individuo e interesse della collettività. L’Azienda persegue lo scopo della promozione e tutela della salute, sia individuale che collettiva della popolazione residente e non residente, garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che si distinguono in tre grandi categorie:

- **Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica;**
- **Assistenza Distrettuale;**
- **Assistenza ospedaliera.**

La ASL Sulcis Iglesiasiente dovrà affrontare i cambiamenti dettati dal Servizio Sanitario Nazionale, che punta a riorganizzare e rafforzare l’assistenza territoriale e ospedaliera avviando una revisione profonda del modello organizzativo del sistema.

La riorganizzazione assistenziale riguarda il rafforzamento del legame tra ospedale e territorio in una prospettiva rivolta alla deospedalizzazione ed il potenziamento delle cure domiciliari, l'attivazione delle Case della Comunità e dell'Ospedale di Comunità, nonché verso l'attivazione della medicina di iniziativa, ossia un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche che non aspetta il cittadino in ospedale (sanità di attesa), ma gli "va incontro" prima che le patologie insorgano o si aggravino.

Territorio Asl Sulcis Iglesiente



2.4 Contesto esterno.

L'ambito territoriale della ASL Sulcis Iglesiente, è definito dal comma 3 art. 9 della L.R. 24/2020, e comprende 23 comuni della Provincia del Sulcis Iglesiente. L'operatività dell'attuale Provincia del Sulcis Iglesiente è stata disposta, a far data dal 1 giugno 2025, con il Decreto del Presidente della Regione Sardegna del 15 maggio 2025, 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, n. 48.

Nel 2025 il comune di Teulada è passato dalla provincia del Sud Sardegna alla provincia del Sulcis Iglesiente ma, allo stato attuale, la cittadinanza non rientra nella competenza della ASL Sulcis Iglesiente.

La popolazione del territorio di competenza dell'ASL Sulcis Iglesiente al 01 gennaio 2025 è di 115.502 abitanti, cui vanno aggiunte le migliaia di presenze determinate dai flussi turistici nei periodi estivi.

La popolazione registra un decremento dello 1,1% (circa - 1253 abitanti) rispetto all'anno precedente (Istat a gennaio 2024 n. 116.755) e risulta suddivisa tra n. 58.976 femmine e n. 56.526 maschi.

L'ambito territoriale assistenziale della ASL Sulcis Iglesiente si articola in tre Distretti: il Distretto Socio Sanitario di Carbonia, che comprende 13 comuni, il Distretto Socio Sanitario di Iglesias composto da 7 comuni ed il Distretto Socio Sanitario Isole di San Pietro e Sant'Antioco che comprende 3 comuni.

Nella seguente tabella illustrativa si indicano i Comuni e la popolazione residente in ciascun Distretto al 01/01/2025:

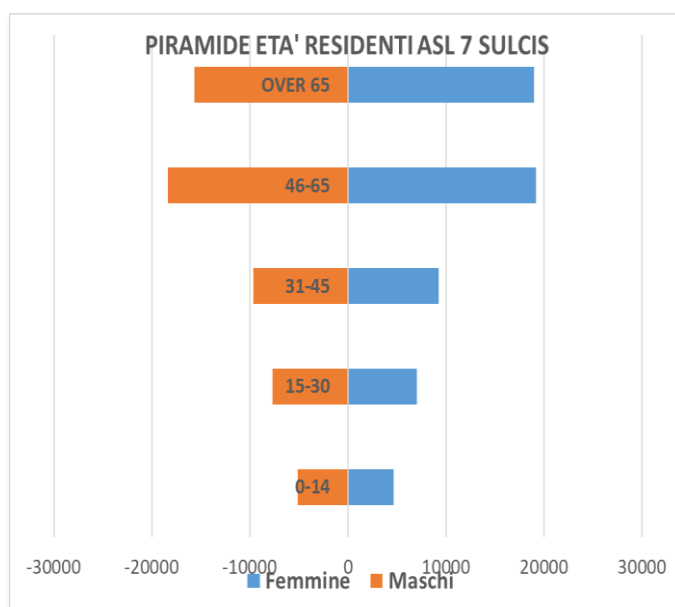
DISTRETTO	POPOLAZIONE	% SUL TOTALE
CARBONIA	53.103	46%
IGLESIAS	43.282	37%
ISOLE	19.117	17%
Totale	115.502	100%

Come si evince dalle tabelle illustrative la distribuzione della popolazione per Distretto non è omogenea, la percentuale più alta è nel Distretto di Carbonia dove 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 DI IGLESIAS				DISTRETTO DI CARBONIA				DISTRETTO DELLE ISOLE			
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE		MASCHI	FEMMINE	TOTALE		MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Buggerru	526	489	1.015	Carbonia	12.246	13.342	25.588	Sant'Antioco	5.136	5.315	10.451
Domusnovas	2.826	2.906	5.732	Giba	919	976	1.895	Calasetta	1.393	1.391	2.784
Fluminimaggiore	1.279	1.323	2.602	Masainas	566	619	1.185	Carloforte	2.897	2.985	5.882
Gonnesa	2.240	2.261	4.501	Narcao	1.526	1.471	2.997				
Iglesias	11.889	12.745	24.634	Nuxis	674	723	1.397				
Musei	770	735	1.505	Perdaxius	648	643	1.291				
Villamassargia	1.648	1.645	3.293	Piscinas	370	389	759				
				Portoscuso	2.351	2.394	4.745				
				San Giovanni Suergiu	2.787	2.777	5.564				
				Santadi	1.497	1.554	3.051				
				Sant'Anna Arresi	1.338	1.293	2.631				
				Tratalias	503	480	983				
				Villaperuccio	497	520	1.017				
TOTALE	21.178	22.104	43.282	TOTALE	25.922	27.181	53.103	TOTALE	9.426	9.691	19.117

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

La conoscenza della struttura demografica della popolazione per età e genere rappresenta il punto di partenza per la comprensione dei principali bisogni di salute degli utenti, che si differenziano a seconda delle fasi di vita delle persone.



Nel 2025 si rileva, rispetto al 2024, un decremento della popolazione per la provincia del Sulcis Iglesiente del 1,1 % (116.755 abitanti nel 2024 vs 115.502 abitanti nel 2025). Diminuisce principalmente la popolazione delle fasce di età “attive”, mentre aumenta la popolazione over 65.

Le classi di popolazione maggiormente rappresentative sono quelle dai 46 ai 64 anni e gli Over 65, che costituiscono rispettivamente il 32,5 % e il 30 % della popolazione, mentre la fascia 0-15, con la percentuale più bassa rispetto alla media nazionale e regionale, è circa pari al 8,5%.

<i>Sulcis</i>		
Popolazione totale	115.502	
Popolazione 0-14 anni	9.776	8,5%
Popolazione 15-64 anni	69.169	59,9%
Popolazione 65 anni e oltre	34.660	30,0%
Popolazione 0-4 anni	2.484	2,2%
Grandi Anziani (Popolazione >=75)	17.474	15,1%
Grandissimi Anziani (Popolazione >=85)	5.069	4,4%
Popolazione 30-59 anni	45.317	39,2%
Popolazione 46-65 anni	37.522	32,5%
Popolazione 50-74 anni	47.789	41,4%

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.

Di seguito si riportano i dati relativi alla popolazione straniera residente al 01 gennaio 2025 nell’area di competenza dell’Azienda Sulcis Iglesiente che è pari a n. 2019 abitanti, che corrisponde al 1,74% dell’intera popolazione residente nell’Area. Per quanto riguarda le differenze di genere, la componente femminile pari a n. 1193 abitanti è superiore a quella maschile pari a n. 826 abitanti.

Stranieri residenti al 1° gennaio 2025			
Territorio	Sesso		totale
	maschi	femmine	
Buggerru	8	13	21
Calasetta	15	41	56
Carbonia	189	261	450
Carloforte	41	83	124
Domusnovas	16	37	53
Fluminimaggiore	13	31	44
Giba	38	41	79
Gonnesa	13	47	60

Iglesias	252	269	521
Masainas	10	15	25
Musei	6	3	9
Narcao	25	29	54
Nuxis	17	16	33
Perdaxius	2	2	4
Piscinas	4	7	11
Portoscuso	33	38	71
San Giovanni Suergiu	24	51	75
Santadi	0	16	16
Sant'Anna Arresi	27	37	64
Sant'Antioco	58	115	173
Villamassargia	13	24	37
Villaperuccio	22	17	39
TOTALE	826	1193	2019

L'incidenza maggiore degli stranieri di fascia femminile è determinata 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

La ASL Sulcis Iglesiente, in applicazione dell'art. 25 del D. Lgs. 118/2011, e delle direttive regionali ha adottato, con Delibera del Direttore Generale n. 868 del 15/11/2024, il Bilancio Preventivo Economico annuale e pluriennale 2025 - 2027, che, successivamente è stato aggiornato, sulla base delle indicazioni dettate dalla Direzione Generale della Sanità dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, con le seguenti delibere:

- Delibera del D.G. n. 268 del 21/03/2025;
- Delibera del Commissario Straordinario n. 285 del 31/07/2025;
- Delibera di adozione definitiva del Commissario Straordinario n. 316 del 08/08/2025.

Di seguito si riporta una tabella di sintesi dei dati relativi al valore della produzione indicati nel Modello CE, per i quali si ritiene opportuno precisare che gli stessi potrebbero variare in quanto il CE preconsuntivo 2025 è stato predisposto tenendo conto delle risultanze del bilancio di verifica al 31/12/2025, che allo stato attuale non sono definitive.

Tabella di sintesi del valore della produzione Modello CE 2025.

CODICE	Voce	Preconsuntivo 2025
AA0010	Contributi in c/esercizio	288.621.572,91
AA0240	Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 457.800,71
AA0270	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	4.241.316,27
AA0320	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	6.487.041,37
AA0750	Concorsi, recuperi e rimborsi	3.533.838,18
AA0940	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	1.459.111,20
AA0980	Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	4.703.108,59
AA1050	Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-
AA1060	Altri ricavi e proventi	228.942,92
AZ9999	Totale valore della produzione	308.817.130,73

COSTI DELLA PRODUZIONE anno 2025		
1)	Acquisti di beni	€ 35.325.170,15
2)	Acquisti di servizi sanitari	€ 147.924.649,91
3)	Acquisti di servizi non sanitari	€ 22.390.022,96
4)	Manutenzione e riparazione	€ 5.112.977,15
5)	Godimento di beni di terzi	€ 2.310.310,89
6)	Costi del personale	€ 87.280.476,68
7)	Oneri diversi di gestione	€ 1.140.610,87
8)	Ammortamenti	€ 4.951.212,37
9)	Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	€ -
10)	Variazione delle rimanenze	€ 1.242.095,43
11)	Accantonamenti	€ 20.030.937,41
Totale Costi della Produzione		€ 327.708.463,82

Con riferimento ai costi della produzione dalla tabella suindicata si evince che il Costo della Produzione riferito all'anno 2025 ha un valore totale pari ad euro 327.708.463,82.

Da una prima analisi dei suddetti dati emerge che il costo maggiore è dato dalle Prestazioni di Servizi pari al 45% e dal costo del Personale pari al 36% del costo totale.

La ASL Sulcis Iglesiente al 31/12/2025 conta un numero di personale dipendente complessivo pari a n. 1521 unità, secondo lo schema di seguito sotto riportato:

Profilo Professionale / Disciplina		Posti coperti al 31/12/2025
Dirigenza	Sanitaria - Medica e Veterinaria	278
	Sanitaria - non Medica	49
	Amministrativa	5
	Professionale	3
	Tecnico	0
Totale Dirigenza		335
Comparto	Amministrativo	140
	Professionale	1
	Socio Sanitario	82
	Tecnico	266
	Sanitario	697
Totale Comparto		1186
Totale complessivo		1521

Nelle seguenti tabelle si rappresenta il personale in servizio al 31/12/2025 presso la ASL Sulcis Iglesiente distinto per tipologia, per tipo di rapporto e per genere.

TIPOLOGIA	M	F	TOTALE
Tempo Indeterminato tempo pieno	478	985	1463
Tempo Determinato tempo pieno	22	36	58
Totale complessivo	500	1021	1521

Personale DIRIGENZA anno 2025 per tipo di rapporto e genere				
TIPOLOGIA	Tempo indeterminato		Tempo determinato	
	M	F	M	F
Dirigenza medico veterinaria	110	149	11	8
Dirigenza sanitaria non medica	4	35	1	5

Dirigenza professioni sanitarie	4	-	-	-
Dirigenza TPA	2	3	-	3
Totale complessivo	120	187	12	16

Personale COMPARTO anno 2025 per tipo di rapporto e genere				
TIPOLOGIA	Tempo indeterminato		Tempo determinato	
	M	F	M	F
Sanitario	187	493	6	10
Socio Sanitario	18	64		
Professionale		1		
Tecnico	117	148	1	-
Amministrativo	38	88	3	8
Totale complessivo	360	794	10	18

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;

Il Piano Triennale del Fabbisogno per l'anno 2025 è stato adottato dalla ASL Sulcis Iglesiente con Delibera del Commissario Straordinario n. 868 del 15.11.2024 e aggiornato con successiva Delibera del Commissario Straordinario n. 316 del 08/08/2025, contestualmente alla approvazione del Bilancio Economico di Previsione 2025-2027.

4. I principali risultati raggiunti

4.1. Assistenza ospedaliera

Il Presidio Ospedaliero è la struttura tecnico-funzionale con la quale l'Azienda eroga prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione in regime di ricovero, in fase acuta e post-acuta o in forma ambulatoriale. L'organizzazione ospedaliera nella ASL Sulcis Iglesiente si articola nel Presidio PO Sirai, Stabilimento DEA I° livello, multi-specialistico e punto di riferimento per le attività di Emergenza-Urgenza, nel PO CTO Stabilimento DEA I° livello, sede del polo materno infantile e, con funzioni di assistenza programmata, sede di Punto Primo di Intervento (PPI) e nel P.O. Santa Barbara a Iglesias - Stabilimento nodo della rete territoriale regionale.

La ASL Sulcis Iglesiente, in sinergia con la programmazione regionale in materia, nel prossimo triennio la intende proseguire nella riorganizzazione dell'Ospedale Santa Barbara quale Grande Casa della Salute e sede della Casa di Comunità, COT, Hospice, Terapia del dolore e Cure palliative, servizi di riabilitazione, nefrologia, CSM e Neuropsichiatria Infantile (NPI), oltre che tutti i servizi del Distretto di Iglesias.

Ai fini del monitoraggio dell'attività ospedaliera, la ASL Sulcis Iglesiente fa riferimento ad indicatori esterni del Programma Nazionale Esiti di Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali). Il PNE è uno strumento di misurazione, analisi, valutazione delle performance clinico – assistenziali delle strutture sanitarie, a disposizione della Regione e delle Aziende sanitarie per il miglioramento del SSN.

Gli indicatori del PNE si concentrano su interventi sanitari di provata efficacia che dovrebbero essere offerti a tutta la popolazione in condizioni di equità e documentano la risposta ottenuta da

un intervento, lo stato di salute, la mortalità, la morbilità, la qualità della vita e la soddisfazione del paziente.

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.

Si riportano nella seguente tabella i dati di attività maggiormente significativi relativi all'anno 2025, a confronto con i dati del 2024.

Dimessi distinti per regime di ricovero, per Presidio Ospedaliero e Unità Operative

RICOVERI		ANNO 2024			ANNO 2025			
Struttura Erogante	Erogatore	1 - Ricovero Ordinario	2 - Day Hospital	Totale dimessi	1 - Ricovero Ordinario	2 - Day Hospital	Totale dimessi	DELTA Totale dimessi
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	0801 - Cardiologia	457	37	494	456	42	498	4
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	0901 - Chirurgia Generale	844	140	984	823	134	957	-27
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	1801 - Ematologia	0	183	183	0	171	171	-12
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	2601 - Medicina Generale	927	1	928	727	1	728	-200
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	2901 - Nefrologia	0	225	225	0	147	147	-78
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	3201 - Neurologia	130	11	141	0	19	19	-122
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	3601 - Ortopedia E Traumatologia	144	49	193	12	91	103	-90
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	4001 - Psichiatria	485	0	485	456	0	456	-29
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	4301 - Urologia	58	4	62	95	38	133	71
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	4901 - Terapia Intensiva	67	0	67	72	0	72	5
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	5001 - Unità Coronarica	64	0	64	60	0	60	-4
20002800 - P.O.Sirai - (Carbonia)	6401 - Oncologia	0	310	310	0	192	192	-118
20002900 - P.O.Santa Barbara - (Iglesia)	s6801 - Pneumologia	0	40	40	0	31	31	-9
20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	0901 - Chirurgia Generale	79	438	517	63	475	538	21

20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	2601 - Medicina Generale	803	80	883	887	103	990	107
20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	3101 - Nido	158	0	158	156	0	156	-2
20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	3401 - Oculistica	0	808	808	0	2	2	-806
20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	3601 - Ortopedia E Traumatologia	18	83	101	49	110	159	58
20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	3701 - Ostetricia E Ginecologia	318	177	495	263	189	452	-43
20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	3801 - Otorinolaringoiatria	3	477	480	17	512	529	49
20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	3901 - Pediatria	297	186	483	299	42	341	-142
20003000 - P.O.Cto - (Iglesias)	4901 - Terapia Intensiva	0	0	0	0	0	0	0

Dall'esame dei dati riportati emerge che nell'anno 2025 sono state erogate n. 6734 prestazioni di ricovero, di cui n. 4435 in regime di ricovero ordinario e n. 2299 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 9 % e un decremento del 30 % in regime Day Hospital e Day Surgery.

Si conferma la crescita dell'attività, già iniziata nel 2024, per le UU.OO. di Medicina Generale de P.O. CTO e della U.O. di Chirurgia e Ortopedia e Traumatologia del P.O. CTO, e delle UU.OO. di Oncologia e Otorinolaringoiatria.

Per le UU.OO. di Ortopedia e Traumatologia del P.O. Sirai e la U.O. di Urologia, anche nell'anno 2025, permangono pesanti criticità, le quali sono dovute essenzialmente alla carenza di personale medico e infermieristico

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.

Di seguito si esaminano alcuni indicatori valorizzati nella tabella.

	Altri Indicatori Ospedalieri			
Macrostruttura	Voce	2024	2025	Differenza
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	59,00%	31,39%	-28%
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	9,00%	2,13%	-7%
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	9,00%	20,52%	12%

20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	% Ricoveri urgenti brevi	6,00%	31,43%	25%
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	Degenza media	9,08	7,03	-2,05
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	Dimessi 0_2 giorno (dimessi vivi)	341	450	109,00
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	Occupazione PL DH	111,00%	61,33%	-50%
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	Occupazione PL RO	64,00%	47,71%	-16%
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	RO - Indice di rotazione	25,6	61,78	36,18
20002800 - P.O.Sirai (Carbonia)	RO - Turn Over	5,18	19,83	14,65
20002900 - P.O.Santa Barbara	Occupazione PL DH	25,00%	24,45%	-1%
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	15,00%	20,97%	6%
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	% DRG LEA (all. B.P.S) non appropriati	11,00%	17,30%	6%
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	% ricoveri DH Medici Finalità diagnostiche (T9)	10,00%	8,61%	-1%
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	% Ricoveri urgenti brevi	8,00%	41,17%	33%
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	Degenza media	7,11	4,21	-2,90
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	Dimessi 0_2 giorno (dimessi vivi)	349	469	120,00
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	Occupazione PL DH	48,00%	53,07%	5%
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	Occupazione PL RO	36,00%	22,25%	-14%
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	RO - Indice di rotazione	18,73	13,49	-5,24
20003000 - P.O.Cto (Iglesias)	RO - Turn Over	12,38	27,63	15,25
ARI00- ANESTESIA E RIANIMAZIONE	Degenza media	14,96	12,06	-2,90
ARI00-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	Occupazione PL RO	69,00%	59,45%	-10%
ARI00-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	RO - Indice di rotazione	16,75	18	1,25
ARI00-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	RO - Turn Over	6,84	8,22	1,38

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 2025, dall'analisi degli indicatori aggregati per stabilimento emerge una situazione pressoché invariata rispetto all'anno precedente.

Accessi al Pronto Soccorso nei Presidi Ospedalieri della ASL Sulcis Iglesiente

Tabelle: Numero accessi anno 2025 per modalità di arrivo e per codice triage.

Pronto Soccorso P.O. SIRAI Carbonia	ROSSO	ARANCIONE	AZZURRO	VERDE	BIANCO	NERO	EX GIALLO	TOT.
ALTRO	20	38	179	224	12	1	0	474
C.O. 118	660	1479	3610	2399	37	20	0	8205
DECISIONE PROPRIA	138	609	2914	4819	228	3	0	8711
MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	10	48	268	197	0	0	0	523
MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE CON PROPOSTA RICOVERO	0	0	2	1	0	0	0	3
MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIA TRA LIBERA SCELTA	8	34	135	70	0	0	0	247
MEDICO SERVIZI TERRITORIALI CON PROPOSTA RICOVERO	0	0	1	0	0	0	0	1
MMG/PLS CON PROPOSTA DI RICOVERO	0	3	6	6	0	0	0	15
SPECIALISTA	9	46	110	55	1	0	0	221
SPECIALISTA OSPEDALIERO CON PROPOSTA RICOVERO	1	5	1	0	0	0	0	7
TRASFERITO DA ALTRO ISTITUTO	6	17	50	2	0	1	0	76
TOTALE NUMERO CASI:	852	2279	7276	7773	278	25	0	18483

Punto Primo Intervento P.O. CTO Iglesias	ROSSO	ARANCIONE	AZZURRO	VERDE	BIANCO	NERO	EX GIALLO	TOT.
ALTRO	0	3	28	41	6	0	0	78
C.O. 118	5	31	36	100	0	0	0	172
DECISIONE PROPRIA	53	823	4624	7362	313	1	0	13176
MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	2	28	77	89	3	0	0	199
MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE CON PROPOSTA RICOVERO	0	0	0	0	0	0	0	0
MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIA TRA LIBERA SCELTA	5	23	82	85	3	0	0	198
MMG/PLS CON PROPOSTA DI RICOVERO	0	0	1	0	0	0	0	1
SPECIALISTA	1	17	75	54	2	0	0	149
SPECIALISTA OSPEDALIERO CON PROPOSTA RICOVERO	0	1	1	1	0	0	0	3
TRASFERITO DA ALTRO ISTITUTO	0	2	1	0	0	0	0	3
TOTALE NUMERO CASI:	66	928	4925	7732	327	1	0	13979

Assistenza Specialistica Strutture Pubbliche Ospedaliere - Fonte File C

codstrutt	DENOMINAZIONE_STRUTTURA	Branca	BrancaSpecialistica	PRESTAZIONI 2024	PRESTAZIONI 2025
200028	P.O.SIRAI CARBONIA	01	Anestesia		120
		02	Cardiologia	3193	3462
		03	Chirurgia Generale		499
		04	Chirurgia Plastica	59	90
		06	Dermosifilopatia	108	8
		08	Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica	9256	9953
		09	Endocrinologia	255	1621
		10	Gastroenterologia-Chirurgia ed endoscopia digestiva	210	220
		11	Lab.Analisi Chimico cliniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	155521	166922
		12	Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	2899	3931
		13	Nefrologia	12173	17007
		14	Neurochirurgia		1402
		15	Neurologia	342	297
		16	Oculistica	2229	335
		18	Oncologia	401	2416
		19	Ortopedia e Traumatologia	591	3096
		20	Ostetricia e Ginecologia	270	264
23	Psichiatria	349	383		
25	Urologia	559	2321		
26	Altro	31115	18233		

codstrutt	DENOMINAZIONE_STRUTTURA	Branca	BrancaSpecialistica	PRESTAZIONI 2024	PRESTAZIONI 2025
200030	P.O.CTO IGLESIAS	01	Anestesia	30	725
		02	Cardiologia	1181	873
		03	Chirurgia Generale	1	528
		04	Chirurgia Plastica	3	2
		05	Chirurgia Vascolare-Angiologia	16	4
		06	Dermosifilopatia	153	676
		08	Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica	7620	8407
		09	Endocrinologia		25
		10	Gastroenterologia-Chirurgia ed endoscopia digestiva	2561	3726
		11	Lab.Analisi Chimico cliniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	933	926
		12	Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	7592	12992
		14	Neurochirurgia		4
		15	Neurologia	71	35
		16	Oculistica	3939	4419
		18	Oncologia	512	806
		19	Ortopedia e Traumatologia	716	2997
		20	Ostetricia e Ginecologia	872	1362
21	Otorinolaringoiatria	2633	4425		
22	Pneumologia	343	27		
23	Psichiatria		12		
26	Altro	16254	7792		

codstrutt	DENOMINAZIONE_STRUTTURA	Branca	BrancaSpecialistica	PRESTAZIONI 2024	PRESTAZIONI 2025
200029	P.O.SANTA BARBARA IGLESIAS	02	Cardiologia	827	867
		06	Dermosifilopatia	340	1255
		08	Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica		1
		09	Endocrinologia	762	3446
		10	Gastroenterologia-Chirurgia ed endoscopia digestiva		8
		11	Lab.Analisi Chimico cliniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	244976	234879
		12	Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	1	297
		13	Nefrologia	6761	7512
		15	Neurologia	195	254
		22	Pneumologia	3171	3045
		23	Psichiatria	9	
		26	Altro	17730	11751

4.2 Indicatori di Esito

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

Parti con taglio cesareo primario

Parti con taglio cesareo primario							
ANNO	2024			2025			Delta Indicatore %
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	
20003000 - P.O.CTO	31	119	26,1%	28	122	23,0%	-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 riflettono una pratica clinica più appropriata.

Dal confronto dei dati registrati negli anni 2024 e 2025 emerge un decremento del numero di parti cesarei nell'anno 2025, 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	2024			2025			Delta Indicatore %
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	
20002800 – P.O. SIRAI	21	28	75,0%	16	16	100%	33,0%
20003000 - P.O.CTO	47	50	94,0%	51	52	98%	4%

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 risultato positivo in relazione al rispetto della degenza post operatoria entro i 3 giorni.

PTCA entro 2 giorni in STEMI

PTCA entro 2 giorni no STEMI								
ANNO		2024		2025			Delta Indicatore %	
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore		
20002800 – P.O. SIRAI (CARBONIA)	14	21	66,7%	11	19	58%	-13%	

Dall'esame dell'indicatore si registra un lieve decremento dell'attività nell'anno 2025 per gli interventi di angioplastica coronarica - PTCA entro 2 giorni no 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.

Al fine di sopperire alla carenza dei medici cardiologi la ASL Sulcis Iglesiente ha attivato una Convenzione con l'ARNAS G. Brotzu per l'acquisto di prestazioni professionali di Dirigenti medici specialisti in Cardiologia, di cui alla delibera n. 306 del 02/04/2025.

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	2024			2025			
STRUTTURA	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Numeratore	Denominatore	% Indicatore	Delta Indicatore %
20002800 – P.O. CTO (Iglesias)	7	53	13,2%	39	46	84%	70%

Per l'indicatore suindicato si registra nell'anno 2025 un incremento dell'attività con un miglioramento anche nel rispetto della tempistica dell'intervento (entro i 2 gg).

Il dato positivo che si è registrato nell'anno 2025 deriva dalle azioni poste in essere dalla Asl Sulcis Iglesiente al fine di sopperire alla persistente carenza, oltre che di medici anestesisti, anche di medici ortopedici e cardiologi, attraverso la stipula di Convenzioni con altre Aziende Sanitarie Regionali per l'acquisto di prestazioni professionali in equipe di medici ortopedici e anestesisti, Delibera DG n. 255 del 18/03/2025.

Sempre al fine di fronteggiare la mancanza di personale medico, che non consente di eseguire gli interventi di traumatologia ortopedica presso la S.C. di Ortopedia Traumatologia del P.O. Sirai di Carbonia e la SSD di Chirurgia Specialistica Ortopedica CTO di Iglesias, la ASL Sulcis Iglesiente ha attivato un Progetto finalizzato ad evitare ai pazienti con fratture ossee i notevoli disagi legati ai trasferimenti degli stessi in altre Aziende Sanitarie Ospedaliere della Regione Sardegna.

Detto progetto sperimentale è frutto della collaborazione con l'ARNAS Brotzu che garantirà le prestazioni professionali che necessitano attraverso una equipe medica formata da Dirigenti Medici di Ortopedia e di Anestesia, di cui alla Delibera D.G. n. 349 del 17/04/2025.

4.3 Assistenza territoriale

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

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

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

STRUTTURE TERRITORIALI AMBULATORIALI DISTRETTO ISOLE	
CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE
179002	CASA DELLA SALUTE SANT'ANTIOCO
179001	CASA DELLA SALUTE CARLOFORTE

Come illustrato nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025 - 2027, nella ASL Sulcis Iglesiente sono previsti i seguenti interventi di edilizia sanitaria, finanziati con i Fondi del PNRR-Missione M6:

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

In attuazione del DM 77/2022, della L.R. 24/2020, e del Programma Regionale di Sviluppo 2024/2029, L' Assessorato 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

In applicazione del nuovo modello organizzativo previsto dal DM 77/2022, in un'ottica di prossimità e di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche, 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".

Le COT – Centrali operative Territoriali, in ottemperanza al DM77/2022 hanno l'obiettivo di garantire continuità, accessibilità e integrazione tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali.

Le due Centrali operative di Carbonia e Iglesias assicurano infatti la connessione tra ospedale e territorio, accompagnando il paziente nel passaggio dalle cure ospedaliere a quelle territoriali comprese quelle residenziali e domiciliari.

Nel mese di maggio 2025 la Asl Sulcis Iglesiente ha realizzato un evento formativo denominato "Il ruolo della COT nella rete dei servizi" volto alla acquisizione per il personale coinvolto delle conoscenze dei nuovi sistemi di integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera attraverso la gestione dei setting da parte della COT.

Nel corso dell'anno 2025, sono proseguiti anche i lavori di ristrutturazione e messa a norma degli interventi edilizi finanziati dal PNRR di competenza dell'ASL n. 7 del Sulcis Iglesiente: - M6C1 1.1 Casa della Comunità (CdC) S.Ponziano di Carbonia (CUP B44E21013110006); - M6C1 1.1 Casa della Comunità (CdC) P.O. S.Barbara di Iglesias (CUP B34E21015580006); - M6C1 1.3 Ospedale di Comunità (CUP B34E21015560006), con Delibera del Direttore Generale n. 262 del 20/03/2025 sono stati aggiornati i cronoprogrammi integrando gli stessi con gli importi di assegnazione del Fondo per l'avvio delle Opere Indifferibili (FOI) e con i fondi di cui alla Legge Regionale n. 18/2024.

Tenuto conto del progressivo aumento nell'ambito territoriale della ASL Sulcis Iglesiente della popolazione anziana caratterizzata dalla co-presenza di più patologie ad andamento cronico-degenerativo, si rende necessario sviluppare interventi integrati socio sanitari appropriati.

In questa ottica l'Azienda ha proseguito anche nel 2025 con l'attività del "Progetto sulla gestione dei pazienti critici assistiti a domicilio" che consiste in un progetto di Assistenza Domiciliare di III Livello per i pazienti di Area Critica affetti da gravi patologie in assistenza ventilatoria permanente, mediante la presa in carico e l'impegno di Medici e degli infermieri delle UU.OO. di Rianimazione degli Ospedali di Carbonia e Iglesias volontariamente aderenti al progetto.

L'attuazione del Progetto consente di svolgere il processo di cura esclusivamente presso il domicilio dei pazienti presi in carico, con l'effetto di ottenere una contestuale riduzione degli accessi all'ospedale e pertanto delle ospedalizzazioni improprie e delle infezioni ad esse collegate.

La ASL Sulcis Iglesiente ha aderito al programma di interventi del Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027 (PNES) – area "Contrastare la povertà sanitaria" - il quale prevede la realizzazione di Progetti con lo scopo di rafforzare i servizi socio sanitari e rendere più equo l'accesso attraverso un modello di lavoro basato sulla prossimità alla popolazione vulnerabile e sulla presa in carico della persona in una dimensione interdisciplinare.

La Asl Sulcis Iglesiente, all'interno del Piano di interventi, approvato con Delibera n.790 del 15.10.2024, ha previsto di costituire due equipe multidisciplinari sanitarie e socio-sanitarie, una stabile, con funzioni principalmente organizzative, e una variabile, che nei presidi individuati e

con ambulatori mobili si recheranno presso i comuni della Asl con il compito di presa in carico degli assistiti, promuovere la tutela della salute e supportare la pratica di corretti stili di vita.

Nell'ambito di quest'area la Asl Sulcis Iglesiente intende realizzare 7 progetti:

- 1) Costituzione delle equipe multidisciplinari per attività clinica
- 2) Dotazione di farmaci ed erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitari
- 3) Co-progettazione realizzata da ETS e ASL funzionale all'erogazione delle prestazioni;
- 4) Mediazione di sistema;
- 5) Investimento strutturale, tecnologico, strumentale e di risorse umane funzionale alla implementazione delle attività di outreach;
- 6) Acquisizione di protesi odontoiatriche per persone in povertà sanitaria;
- 7) Produzione di materiale per attività di educazione sanitaria presso la popolazione target

Nell'anno 2025 si è proseguito nella realizzazione di detti Progetti con l'approvazione di un "Avviso pubblico di Manifestazione di Interesse per l'individuazione di Enti del terzo settore per la realizzazione del Progetto IN.4k.2_02 "Co-progettazione realizzata da ETS e ASL funzionale all'erogazione delle prestazioni". CUP B61J24001270006 all'interno del Programma Nazionale Equità nella salute 2021-2027 (PNES) – Area contrastare la povertà sanitaria", di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 123 del 20.02.2025. Le azioni per la realizzazione dei Progetti sono proseguite nell'anno 2025 con l'adozione delle seguenti Deliberazioni:

- Delibera Presa d'atto e Approvazione Piano degli interventi presentato dalla ASL SULCIS Iglesiente nell'ambito del Programma Nazionale Equità nella salute 2021- 2027 (PNES);
- Progetto 1 "Costituzione equipe multidisciplinare per attività clinica": Deliberazione del Commissario Straordinario n. 520 del 24/10/2025 – Deliberazione del Commissario Straordinario n. 717 del 17/12/2025 – Deliberazione del Direttore Generale n. 103 del 09/02/2026;
- Progetto 3 "Co-progettazione realizzata da ETS e ASL funzionale all'erogazione di prestazioni": Deliberazione del Commissario Straordinario n. 362 del 28/08/2025 – Deliberazione del Direttore Generale n. 110 del 11/02/2026 – Deliberazione del Direttore Generale n. 111 del 11/02/2026;

- Progetto 7 “Produzione di materiale per attività di educazione sanitaria presso la popolazione target”: Deliberazione del Commissario Straordinario n. 275 del 29/07/2025
 – Deliberazione del Commissario Straordinario n. 683 del 05/12/2025.

Nell’anno 2025, in riferimento alle criticità che persistono nell’ambito della assistenza sanitaria di base la ASI Sulcis Iglesiente ha attivato, presso la Casa della Comunità di Giba, l’ASCOT (Ambulatorio Straordinario di Continuità Territoriale) a tutela dei cittadini rimasti senza medico di medicina generale a seguito del pensionamento del precedente titolare.

Dati di attività assistenza territoriale 2025

Di seguito l’elenco e l’attività svolta nell’anno 2025 dalle strutture private accreditate con la ASL Sulcis Iglesiente.

CODICE STRUTTURA	STRUTTURA ACCREDITATA	BRANCA	BRANCA SPECIALISTICA
360208	REM DR.CARLO SABA & C s.a.s.	8	Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica
360209	STUDIO RADIOLOGICO SYNCHRON SRL	8	Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica
360303	STUDIO CARDIOLOGICO SASSU S.R.L.	2	Cardiologia
360411	LAB.SUD IGLESIAS SAS DI OMBRETTA GHIGLIERI &C.	11	Lab.Analisi Chimico cliniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.
360512	STUDIO F.K.T.IGLESIENTE srl	12	Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi
360512	STUDIO F.K.T.IGLESIENTE srl	26	Altro
370126	STUDIO DI RADIOLOGIA MEDICA E TERAPIA FISICA DR.MARCO PUDDU & C.s.a.s.	5	Chirurgia Vascolare-Angiologia
370126	STUDIO DI RADIOLOGIA MEDICA E TERAPIA FISICA DR.MARCO PUDDU & C.s.a.s.	8	Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica
370126	STUDIO DI RADIOLOGIA MEDICA E TERAPIA FISICA DR.MARCO PUDDU & C.s.a.s.	25	Urologia
370178	CENTRO DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA FISIOACTIVE S.R.L.S. CARBONIA	12	Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi
370208	STUDIO RAD.S.PAOLO DR.CORPINO	2	Cardiologia
370208	STUDIO RAD.S.PAOLO DR.CORPINO	8	Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica
370326	CENTRO MEDICO DR.LABATE ANGELO	12	Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi
370411	LAB.SUDCARBONIA DI GIACOMINA ALESSANDRA & C SAS	11	Lab.Analisi Chimico cliniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.
370711	L.A.C. CALABRO' s.r.l.	11	Lab.Analisi Chimico cliniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.

370926	AS.AT. ATZORI ARMANDO & C.s.a.s.	8	Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica
--------	----------------------------------	---	---

Dati attività anno 2025:

CODICE STRUTTURA	STRUTTURA ACCREDITATA	Branca	BRANCA SPECIALISTICA	QUANTITA' PRESTAZIONI 2025
360208	REM DR.CARLO SABA & C s.a.s.	8	Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica	16065
360209	STUDIO RADIOLOGICO SYNCHRON SRL	8	Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica	5310
360303	STUDIO CARDIOLOGICO SASSU S.R.L.	2	Cardiologia	5322
360411	LAB.SUD IGLESIAS SAS DI OMBRETTA GHIGLIERI &C.	11	Lab.Analisi Chimico cliniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	56631
360512	STUDIO F.K.T.IGLESIENTE srl	12	Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	32185
360512	STUDIO F.K.T.IGLESIENTE srl	26	Altro	4
370126	STUDIO DI RADIOLOGIA MEDICA E TERAPIA FISICA DR.MARCO PUDDU & C.s.a.s.	5	Chirurgia Vascolare-Angiologia	541
370126	STUDIO DI RADIOLOGIA MEDICA E TERAPIA FISICA DR.MARCO PUDDU & C.s.a.s.	8	Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica	15353
370126	STUDIO DI RADIOLOGIA MEDICA E TERAPIA FISICA DR.MARCO PUDDU & C.s.a.s.	25	Urologia	1
370178	CENTRO DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA FISIOACTIVE S.R.L.S. CARBONIA	12	Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	14633
370208	STUDIO RAD.S.PAOLO DR.CORPINO	2	Cardiologia	236
370208	STUDIO RAD.S.PAOLO DR.CORPINO	8	Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica	13959
370326	CENTRO MEDICO DR.LABATE ANGELO	12	Medicina fisica e riabilitazione-Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	13263
370411	LAB.SUDCARBONIA DI GIACOMINA ALESSANDRA & C SAS	11	Lab.Analisi Chimico cliniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	89466
370711	L.A.C. CALABRO' s.r.l.	11	Lab.Analisi Chimico cliniche e microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e istologia patologica-Genetica-Immunoematologia e s.Trasf.	164561
370926	AS.AT. ATZORI ARMANDO & C.s.a.s.	8	Diagnostica per immagini-Radiologia Diagnostica	6897

5. Performance Organizzativa

In coerenza con le Aree strategiche definite nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027 adottato con Delibera del Direttore Generale della ASL Sulcis Iglesiente n. 55 del 31/01/2025, di seguito si riporta una sintesi degli obiettivi assegnati alle Strutture aziendali per l'anno 2025, con i relativi indicatori e la percentuale di raggiungimento rispetto al target assegnato.

Di seguito si riportano le Aree Strategiche:

1. Sanità Pubblica e Promozione della Salute Umana
2. Area della Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare
3. Livello di erogazione dei LEA - volumi e appropriatezza delle prestazioni e abbattimento liste d'attesa;
4. Razionalizzazione e contenimento della spesa
5. Performance della qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione
6. Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio e Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino
7. Area della Sanità digitale e innovazione tecnologica
8. Area della Formazione del personale

Si dà atto che nell'anno 2025, 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 il Commissario Straordinario.

Area Sanità Pubblica e Promozione della Salute Umana.

Area Sanità Pubblica e Promozione della Salute Umana			
Obiettivi assegnati al Servizio Igiene Sanità Pubblica(SISP)	Indicatori	Target	% Raggiungimento
Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	Screening cervice (N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	tasso di adesione reale \geq 38%	100%
	Screening colorettales (N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	tasso di adesione reale \geq 25%	100%
	Screening mammografico (N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	tasso di adesione reale \geq 35%	non raggiunto
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 1 dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	\geq 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)	\geq 90%	100%
Riduzione dei tempi di attesa per le commissioni Invalidi civili	N° rendicontazione prodotte	N. 4 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 dalle imprese, dell'informazione/comunicazione, come stabilito per il 2023 dal Piano 2023-2025	Numeratore: numero di PMP realizzati da parte di ogni SPRESAL di ciascuna ASL con l'attuazione delle attività stabilite per il 2023 nel PRP x 100 Denominatore: numero complessivo di PMP (n. 8) da realizzare da parte di ogni SPRESAL di ciascuna ASL	100% (=8/8 x 100)	100%
Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura	Numero di interventi ispettivi in aziende agricole 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%

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".

Si evidenzia che l'attività relativa allo screening del colon retto svolta nell'anno 2025 ha superato il valore atteso:

Screening della cervice uterina: Valore atteso 25%

- popolazione bersaglio annua: 19733
- inviti: n. 19773
- presenze n. 7105
- tasso di adesione: 36%

Nell'anno 2025 si è registrato un risultato positivo anche riguardo alla attività relativa allo screening della cervice uterina, che di seguito si riporta:

- popolazione bersaglio annua: n. 10442
- inviti: n. 10602
- presenze: n. 4017
- tasso di adesione: 38,47%

In merito all'attività dello screening della mammella si evidenzia che l'attività è ripartita da settembre 2025 dopo un blocco di circa un anno. L'impossibilità di proseguire nella gestione dell'attività di screening mammografico deriva dalla carenza del personale in servizio da dedicare a detta attività. Tuttavia si riporta l'attività svolta in detto periodo:

- popolazione bersaglio annua: 10169
- inviti: n. 2391
- presenze: 781
- tasso di adesione: 7,68%

Area strategica della Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare

Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare			
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%
Decreto dell'Assessore dell'Igiene e Sanità e della Assistenza sociale della Regione Sardegna n° 21 prot. N° 5244 del 16 luglio 2025 – Dermatite Nodulare Contagiosa dei Bovini (Lumpy Skin Disease. Piano di vaccinazione ufficiale obbligatoria in Regione Sardegna.	n° stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini controllati/ n° stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini programmati (da controllare) nell'anno 2025	Vaccinare per la Lumpy Skin Disease almeno il 80 % del patrimonio bovino presente sul territorio	100%
Piano di risanamento brucellosi bovina – ovina e tubercolosi bovina. Attuazione delle disposizioni del D.Ig n° 136/2022 e D.M. 2 maggio 2024, recante "adozione dei programmi nazionali obbligatori per la brucellosi e tubercolosi nei bovini e per la brucellosi negli ovi-caprini".	n° stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini/ controllati/ n° stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini programmati (da controllare) nell'anno 2025	Il 100% dei controlli programmati effettuati nell'anno 2025	100%
Effettuazione dei controlli sugli stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini per il mantenimento/ottenimento dello status di territorio idoneo da infezione da MTCR	n° stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini controllati/ n° stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini programmati (da controllare) nell'anno 2025	100% del programmato 2025	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 (Ila e Iib), III, IV/ n° di allevamenti ovini attivi	Almeno il 90% degli allevamenti ovini attivi classificabili in BDN come livello I, II (Ila e Iib), III, IV	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 2025 sull'attività di controllo ufficiale/ numero totale di verifiche programmate per il 2025 sull'attività di controllo ufficiale *100	100%	100%
Garantire la categorizzazione del rischio negli stabilimenti riconosciuti	Numero di stabilimenti categorizzati nel 2025/numero totale di stabilimenti da categorizzare programmati nel 2025*100	80%	100%
Garantire il campionamento di alimenti al fine di ridurre i rischi alimentari batteriologici e/o chimici	Numero di campioni effettuati nel 2025/Numero totale dei campioni programmati per il 2025*100	100%	100%
Garantire i Controlli ufficiali nella filiera delle carni suine in relazione alla peste suina africana.- PSA(Regolamento (UE) 20)17/625 e Piano Regionale)	N. di controlli ufficiali eseguiti PSA nel 2025/numero totale di verifiche programmate per il 2025	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.	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%
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%

Area Strategica: Livello di erogazione dei LEA - volumi e appropriatezza delle prestazioni e abbattimento liste d'attesa.

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.

Nell'anno 2025 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".

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 19/21 del 09/04/2025 è stato fissato per la ASL Sulcis Iglesiente il target del 30% per il rapporto tra segnalazioni di morte encefalica e decessi per lesione encefalica acuta.

Nell'ambito di detta U.O. il Coordinatore Locale Trapianti aziendale 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.

In base ai dati definitivi trasmessi dalla Regione, il valore registrato per l'ASL 7 nell'anno 2025 è il seguente:

- Indicatore di Efficacia: Il tasso di identificazione dei casi di morte encefalica è risultato pari al 7,14% sul totale dei decessi con codice SDO riferito a lesione encefalica acuta. Il dato registrato (7,14%) evidenzia uno scostamento significativo rispetto al target del 30% definito a livello regionale.

Il CLT sottolinea che l'80% dei pazienti che vanno incontro a morte encefalica evolvono entro le 72 ore dal vulnus primario, i restanti sono pazienti che tendenzialmente cronicizzano il loro status e vanno incontro a vari gradi di neurolesioni o vanno incontro a decesso con patogenesi differente e pertanto al di fuori del campo di osservazione.

Area Livello di erogazione dei LEA - volumi e appropriatezza delle prestazioni anno 2025			
Obiettivi assegnati alle Strutture della Area Chirurgica	Indicatori	Target	% Raggiungimento
Migliorare la performance degli indicatori di esito/processo individuati dal treemap del PNE per ogni struttura ospedaliera dell'ASL che presentano un valore critico medio, scarso e molto scarso	% di colecistomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg	90%	100%
Migliorare la performance degli indicatori di esito/processo individuati dal treemap del PNE per ogni struttura ospedaliera dell'ASL che presentano un valore critico medio, scarso e molto scarso	Numero parti cesarei primari/numero parti con nessun pregresso cesareo *100	Miglioramento dell'indicatore rispetto al 2024	100%
Garantire il miglioramento della qualità dell'assistenza ai pazienti	Miglioramento attività del 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, fisiatrica, gastroenterologica, ginecologica, neurologica, oculistica, oncologica, ortopedica, otorinolaringoiatra, pneumologica, urologica	>60%	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 al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	≥ 30%	sterilizzato
Migliorare il ricorso all'assistenza ospedaliera attraverso la qualificazione dell'attività di accettazione sanitaria e dell'attività di Osservazione Breve e prima diagnostica (O.B.I)	% accessi PS non seguiti da ricovero	>=70%	100%
% di abbandoni dal Pronto Soccorso	N. abbandoni dal Pronto Soccorso x 100 / N. accessi in Pronto Soccorso	<=15%	100%
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%
Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PINGLA - Strutture Ospedaliere aziendali	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate- <i>prime visite</i> 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%	99%
	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 al corso in infezioni ospedaliere (PNRR M6C2 2.2 b)	52%	92%
Obiettivi assegnati alle Strutture Area Medica	Indicatori	Target	% Raggiungimento
Migliorare la performance degli indicatori di esito/processo individuati dal treemap del PNE per ogni struttura ospedaliera dell'ASL che presentano un valore critico medio, scarso e molto scarso	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	≤6	100%
Migliorare la performance degli indicatori di esito/processo individuati dal treemap del PNE per ogni struttura ospedaliera dell'ASL che presentano un valore critico medio, scarso e molto scarso	Infarto miocardico acuto: Proporzioni di trattati con PTCA entro 2 giorni	>=60%	100%
Migliorare la performance degli indicatori di esito/processo individuati dal treemap del PNE per ogni struttura ospedaliera dell'ASL che presentano un valore critico medio, scarso e molto scarso	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per BPCO riacutizzata	≤7	100%
Migliorare l'assistenza ostetrica e pediatrica/neonatalogica, 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 >= 0-85 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 2024	100%
Garantire il miglioramento della qualità dell'assistenza ai pazienti	Potenziamento attività CAS per pazienti oncologici	miglioramento attività rispetto anno precedente	100%
Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PINGLA	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	85%	100%
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 <i>effettuate</i> entro 24 ore dalla richiesta per pazienti interni e pronto soccorso	100%	100%
	Radiologia: % di prestazioni di diagnostica strumentale <i>referate</i> entro 24 ore dalla richiesta per pazienti interni e pronto soccorso	>=95%	100%
	Radiologia: % di TAC referate entro 3 giorni dalla richiesta per pazienti interni e pronto soccorso	100%	100%
Implementazione della Procedura Operativa Ospedaliera della Teleradiologia adottata con Delib. DG n. 54 del 14/4/2022	Potenziamento prestazioni eseguite in teleradiologia	miglioramento rispetto al 2024	100%
Garantire il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni Diagnostiche strumentale e di laboratorio	LABORATORIO: % di prestazioni di diagnostica strumentale <i>effettuate</i> entro 24 ore dalla richiesta per pazienti interni e pronto soccorso	90%	100%
	LABORATORIO: % di prestazioni di diagnostica strumentale <i>referate</i> entro 24 ore dalla richiesta per pazienti interni e pronto soccorso	90%	100%
Garantire il programma di screening per identificare le infezioni da virus dell'epatite C (HCV)	LABORATORIO: % di prestazioni di diagnostica strumentale <i>effettuate</i> entro 24 ore dalla richiesta per pazienti esterni	90%	100%
	Garantire la collaborazione per l'avvio del programma screening dell' HCV	Garantire il 100% degli esami richiesti dal Centro Screening	100%
Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato. Obiettivo assegnato alla SC Radiologia	Garantire potenziamento screening mammografico	Garantire il 100% delle richieste del Centro Screening	100%

Area Strategica della Razionalizzazione e contenimento della spesa

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%	79%
Rispetto dei termini nella redazione dei documenti di programmazione e contabili	Chiusura del bilancio anno 2023	Rispetto dei termini fissati dalla Direzione Assessorato RAS	100%
	Chiusura del bilancio anno 2024	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 15/11/2025	100%
Garantire le tempistiche previste dal vigente Regolamento Magazzini_ATS Sardegna. Linee Guida Decreto RAS n. 1 del 09.01.2014	Conciliazione dei valori economici (art. 6 punto f)	Entro il 15/02/2026	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 Ospedaliere e Territoriale, alla Sc Acquisti di beni e servizi)	Adozione Delibera approvazione conti giudiziali (art. 6 punto g)	Entro il 28/02/2026	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 al 28 febbraio)	100%
Rispetto delle milestone del PNRR (Obiettivo assegnato alla SC Servizi Tecnici e Logistici e Patrimonio)	% di completamento del cronoprogramma- Rispetto del cronoprogramma previsto indicato nel CIS. Es. il termine dei lavori di adeguamento/predisposizione dei locali destinati ad ospitare le grandi apparecchiature ad installazione fissa	100%	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

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

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 SCWFER	≥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%
Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Monitoraggio trimestrale della validità dei record del flusso A come da disciplinare SIDI	4 report	100%
Garantire il monitoraggio dell'utilizzo del budget aziendale assegnato ai Servizi ordinanti	Monitoraggio semestrale da inviare alla Direzione Aziendale e ai Servizi ordinanti	n. 2 report	100%
Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	Invio dei dati complessivi a chiusura dell'annualità di riferimento entro le scadenze definite dal disciplinare flussi. 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 2025	5/5	100%
	N. errori di 1* e 2* livello rilevati al termine previsto/N. totale record *101	≤5%	100%
Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	n. di segnalazioni nel SIRMES da parte del Facilitatore della Unità Operativa		
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.	Entro il 31/12/2025	92%
Predispone Regolamento Aziendale - SC Affari Generali	Adozione Regolamento aziendale sul Diritto di accesso agli atti amministrativi	Adozione con atto deliberativo entro il 31/10/2025	100%
	Adozione Regolamento aziendale in materia di : Commissioni patenti speciali	Adozione con atto deliberativo entro il 31/12/2025	100%
Predispone Regolamento Aziendale per la fruizione dei buoni pasto - SC Risorse Umane	Adozione Regolamento Aziendale in materia di fruizione dei buoni pasto	Adozione con atto deliberativo entro il 31/12/2025	90%
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)	Trasmissione al Responsabile Aziendale della PTPCT di una relazione illustrativa sul rispetto degli adempimenti.	Trasmissione relazione entro il 31/12/2025.	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%
Predispone Regolamento per la disciplina ACQUISTI DI BENI E SERVIZI IN REGIME DI INFUNGIBILITA'	Adozione regolamento con atto deliberativo	entro il 31/12/2025	Sterilizzato
Predispone Regolamento per la disciplina ACQUISTI per affidamento diretto ex art. 50 com.1 lett b) D.Lgs 36/2023. (Obiettivo assegnato alla SC Acquisti di Beni e Servizi)	Adozione regolamento con atto deliberativo	entro il 31/12/2025	Sterilizzato

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 2025 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> .

Si evidenzia che il grado di raggiungimento dell'obiettivo relativo all'obbligo di pubblicazione nella Sezione Amministrazione Trasparente aziendale, pari al 92% quale media aziendale di tutte le strutture coinvolte dall'indicatore, risulta influenzato dalle criticità riscontrate nell'adempimento dell'obbligo di pubblicazione da parte di alcune strutture aziendali, così come rilevato dall'OIV in sede di verifica e attestazione annuale suindicata.

L'Azienda intende porre in essere azioni mirate al miglioramento di detto obiettivo mediante una programmazione di incontri con le strutture coinvolte ai fini di un puntuale monitoraggio.

Area: 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
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 2024	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	miglioramento rispetto all'anno precedente	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	miglioramento rispetto all'anno precedente	100%
Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio favorendo le azioni di governance finalizzate alla continuità assistenziale (Obiettivo assegnato ai Distretti Socio Sanitari)	Aumento del volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare alla popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. Flusso FLS 21 e SISAR ADI	miglioramento rispetto all'anno precedente	100%
Garantire adozione di Progetti per favorire l'integrazione Ospedale-Territorio	Realizzazione Case di Comunità e Ospedale di Comunità	Rispetto cronoprogramma PNRR	100%
Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio favorendo le azioni di governance finalizzate alla continuità assistenziale (Obiettivo assegnato ai Distretti Socio Sanitari)	Potenziamento delle ASCOT per sopperire al fenomeno del sempre crescente numero di sedi carenti di assistenza primaria a livello regionale e nazionale	apertura/miglioramento rispetto all'anno precedente	100%
Garantire il miglioramento della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente dei servizi di cura territoriali e ambulatoriali (Obiettivo assegnato alla SC Nefrologia)	Numero totale di sedute dialitiche	miglioramento rispetto al 2024	100%
	Potenziamento attività dialisi domiciliare	miglioramento rispetto al 2024	sterilizzato

Con riferimento all'obiettivo relativo alla Telemedicina programmato nel PIAO 2025/2027, si evidenzia che nel corso dell'anno 2025 per la Asl Sulcis Iglesiente non è stato possibile assegnare in sede di negoziazione detto indicatore alle 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 gestione della acquisizione della tecnologia necessaria rientra nelle competenze del Dipartimento Dipartimento SaDIT 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.

Area della Sanità digitale e innovazione tecnologica

Area Sanità Digitale			
Obiettivi assegnati alle Strutture	Indicatori	Target	% Raggiungimento
PNRR M6C2 1.3.1 (b) incremento dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte degli operatori sanitari	a) percentuale di documenti sanitari indicizzati sul FSE;	65% dei documenti sanitari indicizzati FSE rispetto alle prestazioni erogate	100%
	b) percentuale dei documenti sanitari in formato digitale firmati digitalmente.	90% dei documenti sanitari digitali firmati digitalmente	sterilizzato
Sperimentazione telemonitoraggio dei pazienti affetti da BPCO	Trasmissione del progetto alla Direzione Generale	Trasmissione evidenza documentale	100%
Potenziamento del Sistema della Telemedicina per i pazienti con prescrizione di Monitoraggio Flash della Glicemia (FGM)	Numero pazienti in collegamento aggiornato/ Numero pazienti con prescrizione di FGM seguiti al Centro	miglioramento rispetto al 2024	100%

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

Si ritiene 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".

Allo stato attuale i documenti sanitari che devono obbligatoriamente essere firmati digitalmente sono la Lettera di Dimissione Ospedaliera (LDO), il Verbale di pronto soccorso (VPS) e i Referti di Specialistica Ambulatoriale (RSA), spiace evidenziare che anche nel corso dell'anno 2025 si sono riscontrate forti criticità nelle apparecchiature informatiche aziendali tali da non consentire agli operatori coinvolti il corretto utilizzo della firma digitale, pertanto si è ritenuto opportuno sterilizzare l'obiettivo per cause non ascrivibili alle [UU.OO.](#)

Area Formazione del Personale

Area Formazione del Personale			
Obiettivi assegnati alle Strutture	Indicatori	Target	% Raggiungimento
Formazione specifica. Evento formativo relativo alla "Riduzione dei tempi di pagamento dei debiti commerciali"	Garantire la partecipazione del personale assegnato all'evento formativo specifico	100% del personale coinvolto nelle procedure di ordini, liquidazioni, rendicontazioni e/o pagamenti.	100%
Formazione obbligatoria. Prevenzione del rischio in materia di salute e sicurezza sul lavoro. D.Lgs. 81/08, articolo 37	Garantire la formazione obbligatoria del personale assegnato in materia di salute e sicurezza sul lavoro, mediante la partecipazione ai progetti formativi erogati da Ares Sardegna(anche in modalità FAD)	50% del personale assegnato	100%
Formazione obbligatoria. Prevenzione del rischio in materia di antincendio D.M. 2/9/21	Garantire la formazione obbligatoria del personale assegnato in materia di antincendio, mediante la partecipazione ai progetti formativi erogati da Ares Sardegna(anche in modalità FAD)	30% del personale assegnato	100%
Formazione specifica. Piattaforma Syllabus: Evento formativo in materia di pari opportunità e politiche di genere	Garantire la partecipazione al corso: <i>La Cultura e il Rispetto</i> . Piattaforma del Dipartimento della Funzione Pubblica SYLLABUS	100% del personale coinvolto	100%

Si ritiene opportuno riportare il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati ai servizi afferenti all'Area della 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 31/12/2025	100%
Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSMD rivolti a persone che presentano problematiche di doppia diagnosi e co-morbilità psichiatrica e dipendenze con l'obiettivo di garantire un percorso terapeutico e riabilitativo che coinvolga tutti i servizi del DSMD. (processo circolare SERD –SPDC –CSM –NPI- PSICOLOGIA –RIABILITAZIONE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PSICHIATRICA) (Obiettivo assegnato al Servizio SERD, CSM, NPI)	Revisione di PDTA / Protocollo condiviso di presa in carico utenti UONPIA-CSM	Entro il 31/12/2025	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 "LA DEPRESSIONE MAGGIORE IN COMORBILITÀ CON IL DISTURBO DA USO DI SOSTANZE: CLINICA E TERAPIA".	50% del personale	100%
Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSMD rivolti a persone che presentano problematiche di doppia diagnosi e co-morbilità psichiatrica e dipendenze con l'obiettivo di garantire un percorso terapeutico e riabilitativo che coinvolga tutti i servizi del DSMD. (processo circolare SERD –SPDC –CSM –NPI- PSICOLOGIA –RIABILITAZIONE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PSICHIATRICA)	% di pazienti presi in carico nell'area dipendenze patologiche	Mantenimento nel III Quad. del numero di pazienti presi in carico nel I quad. 2025 a parità di risorse.	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%

Risultati Performance organizzativa 2025

Nella seguente tabella riepilogativa si indicano i risultati della performance organizzativa conseguita da ciascuna struttura nel 2025.

STRUTTURA	% Performance Organizzativa 2025
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	93,76
CHIRURGIA GENERALE P.O. SIRAI	98,01
CHIRURGIA GENERALE E WEEK SURGERY - CTO	99,80
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PO SIRAI	95,68
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PO CTO	98,46
OCULISTICA	98,92
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	94,70
OTORINOLARINGOIATRIA	100,00
UROLOGIA	100,00
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	95,00
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	94,00
MEDICINA GENERALE PO CTO	100,00
PEDIATRIA	100,00
NEFROLOGIA E DIALISI	97,00
CARDIOLOGIA E UTIC	90,00
NEUROLOGIA	94,00
ONCOLOGIA	100,00
REUMATOLOGIA	95,60
MEDICINA RIABILITATIVA CTO e SIRAI	100,00
SC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI SIRAI-CTO	100,00
MEDICINA TRASFUSIONALE	100,00
LABORATORIO ANALISI CTO E SIRAI	95,00
DIREZIONE PRESIDIO OSPEDALIERO SIRAI	100,00
DIREZIONE PRESIDIO OSPEDALIERO CTO	100,00
DISTRETTO CARBONIA	95,00
DISTRETTO DI IGLESIAS	99,67
DISTRETTO ISOLE	97,37
SC DIABETOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE METABOLOCHE	100,00
CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	92,50
CONSULTORI	100,00
DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	96,00
SERVIZIO IGIENE SANITÀ PUBBLICA	95,00
SPRESAL	100,00
SANITÀ ANIMALE	100,00
SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI (SIAOA)	97,50
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	94,44
SERVIZIO ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE	97,50
SERVIZI TECNICI LOGISTICI E PATRIMONIO	97,40
SERVIZIO RISORSE UMANE SVILUPPO ORGANIZZATIVO E RELAZIONI SINDACALI	95,50
BILANCIO E CONTABILITÀ	99,00
ACQUISTI DI BENI E SERVIZI	96,25
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 differenzia a seconda del livello organizzativo occupato nell'Azienda e, ai sensi di quanto disposto dall'art. 9 del D.lgs. 150/2009 e s.m.i., è legata alle seguenti dimensioni di valutazione:

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

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

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

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

Per il personale del comparto la valutazione è legata:

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

Nella ASL Sulcis Iglesiente anche per l'anno 2025 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 2025 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 2025 è stato di valore pari a 8,7.

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 2025		
STRUTTURA	Valore atteso =>7	Numero Questionari
CHIRURGIA GENERALE PO CTO	9	22
CHIRURGIA GENERALE PO SIRAI	9	17
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PO SIRAI	10	2
OSTETRICIA	9	14
OTORINOLARINGOIATRIA	9	7
PEDIATRIA	9	9
MEDICINA GENERALE PO SIRAI	8	4
MEDICINA GENERALE PO CTO	9	5
PRONTO SOCCORSO	7	74
DISTRETTO SOCIO SANITARIO IGLESIAS	8	17
DISTRETTO SOCIO SANITARIO CARBONIA	9	13
DISTRETTO SOCIO SANITARIO ISOLE	9	10
PSICHIATRIA	7	2
UROLOGIA	10	2

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 2025 il personale dipendente femminile è pari a n. 1021 che rappresenta il 67% delle risorse umane, inoltre il numero di dirigenti donne è pari a n. 200 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.

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.

Nell'anno 2025 l'Organismo Indipendente di Valutazione ha provveduto ad effettuare un monitoraggio intermedio della performance organizzativa volto ad una verifica in termini di

coerenza tra PIAO 2025/2027 e l'assegnazione degli obiettivi alle strutture, misure anticorruzione e trasparenza e decreto Zangrillo sulla formazione.

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 R

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.