RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2022

ASL Medio Campidano

ASLMediocampidano
Azienda socio-sanitaria locale

Sommario

PREMESSA 2

1 LA ASL MEDIO CAMPIDANO 3

1.1 Il contesto esterno 3

1.2 Contesto interno e struttura organizzativa 6

1.3 Le risorse umane 7

2 MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE 10

3 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 12

3.1 Assistenza Ospedaliera 24

4 PERFORMANCE INDIVIDUALE 28

4.1 Valutazione della performance individuale 29

5 LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DEGLI UTENTI 31

6 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA 32

7 PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE 34

8 PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 35

8.1 Criticità e opportunità migliorative 35

PREMESSA

La Relazione sulla Performance, redatta ai sensi dell'art. 10, comma 1 lettera b) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e alle linee guida del 28.11.2018 è uno strumento di miglioramento gestionale grazie al quale l'amministrazione può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando progressivamente il funzionamento del ciclo della performance.

Nel documento viene descritto brevemente il contesto esterno ed interno della ASL Medio Campidano e rendicontati i risultati raggiunti in relazione agli obiettivi programmati e inseriti nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) anno 2022 pubblicato con Delibera del Direttore Generale n. 201 del 30.06.2022, evidenziando le risorse utilizzate e gli eventuali scostamenti registrati a consuntivo rispetto a quanto programmato.

Nella relazione sono riportati i risultati raggiunti rispetto a:

- **Performance organizzativa dell'Azienda -** raggiungimento degli obiettivi indicati nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO);
- **Performance organizzativa delle strutture** presenti nella ASL Medio Campidano – raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente attraverso il budget, secondo la procedura definita nel PIAO e nel Sistema di Misurazione e Valutazione della performance;
- **Performance individuale dei Direttori/Responsabili di struttura e del restante personale –** raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente mediante il budget, secondo la procedura definita nel PIAO e nel Sistema di Misurazione e Valutazione della performance;
- **Trasparenza e Prevenzione della Corruzione.**
- **La partecipazione dei cittadini e degli utenti**

1 La ASL Medio Campidano

1.1 Il contesto esterno

L'ambito territoriale della ASL Medio Campidano comprende 28 comuni (fig. 1), si estende per 1.516,19km² (il 6,3 % del territorio sardo), conta 92.163 abitanti e possiede una densità di popolazione pari a 60 abitanti per km².

Il territorioè composto prevalentemente da comuni di piccole dimensioni a fronte di pochi comuni di medio-grandi dimensioni dove si trova la maggior concentrazione della popolazione.

Esso è suddiviso in due Distretti Sanitari, Guspini e Sanluri:

- Il *Distretto Sanitario di Sanluri* comprende *21* comuni, (Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Samassi, Sanluri, Segariu, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru e Villanovafranca) con una popolazione complessiva di *41.380* abitanti distribuiti su una superficie di *583,82 km²* (densità media *71,06* abitanti per km²).
- Il *Distretto Sanitario di Guspini* è composto da *7* comuni, (Arbus, Gonnosfanadiga, Guspini, Pabillonis, San Gavino Monreale, Sardara e Villacidro) con una popolazione complessiva di *50.783* abitanti distribuiti su una superficie di *933,51 km²* (densità media *54,37* abitanti per km²).

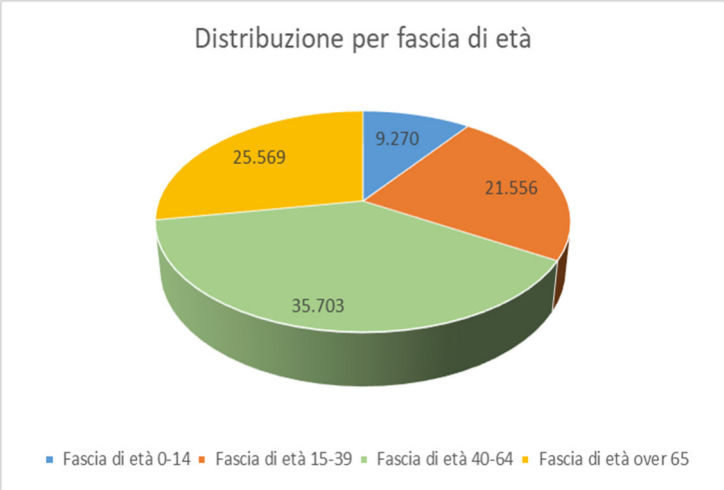
Figura 1

Figura 2

Popolazione e densità di popolazione

Comune	Maschi	Femmine	Popolazione Totale	Km	Densità
Arbus	2.910	2.959	5.869	269,12	22
Barumini	592	586	1.178	26,40	45
Collinas	384	390	774	20,83	37
Furtei	769	758	1.527	26,11	58
Genuri	149	165	314	7,51	42
Gesturi	559	594	1.153	46,83	25
Gonnosfanadiga	2.986	3.199	6.185	125,19	49
Guspini	5.452	5.608	11.060	174,67	63
Las Plassas	118	97	215	11,04	19
Lunamatrona	789	845	1.634	20,59	79
Pabillonis	1.273	1.237	2.510	37,42	67
Pauli Arbarei	283	282	565	15,14	37
Samassi	2.347	2.470	4.817	42,04	115
San Gavino Monreale	3.947	4.172	8.119	87,40	93
Sanluri	3.971	4.141	8.112	84,23	96
Sardara	1.888	1.936	3.824	56,23	68
Segariu	547	552	1.099	16,69	66
Serramanna	4.253	4.361	8.614	83,84	103
Serrenti	2.314	2.243	4.557	42,78	107
Setzu	69	64	133	7,77	17
Siddi	302	294	596	11,02	54
Tuili	464	482	946	24,59	38
Turri	200	191	391	9,60	41
Ussaramanna	253	240	493	9,76	51
Villacidro	6.558	6.658	13.216	183,48	72
Villamar	1.243	1.214	2.457	38,53	64
Villanovaforru	317	294	611	10,93	56
Villanovafranca	608	586	1.194	27,59	43
Totali	**45.545**	**46.618**	**92.163**	**1.517,33**	**1.627**

Distribuzione popolazione per fascia di età



Classe d'età	Totale	%
0-14	9.335	10%
15-39	21.556	23%
40-64	35.703	39%
65 +	25.569	28%

Tabella 2 - Distribuzione per fascia di età

La *tabella 2* evidenzia una bassa natalità che sta generando non solo una diminuzione della popolazione ma anche un forte squilibrio strutturale tra il sempre maggiore numero di anziani e il minor numero di nuovi nati. Rappresentativo di questo fenomeno è l'indice di invecchiamento, che misura in percentuale il numero di anziani (oltre 65 anni) presenti nel territorio rispetto al numero di giovani (fascia di età 0-14 anni), tale rapporto nella nostra Azienda è pari al *274%* ed è più alto sia rispetto al valore dell'indice regionale, pari al *242%,* che di quello nazionale, pari a *189.70%.*

L'elevata percentuale di invecchiamento della popolazione comporta delle conseguenze sia a livello economico che a livello sociale e assistenziale. Infatti si ha la necessità di sostenere un numero maggiore di prestazioni sanitarie e socio sanitarie, poiché vi è un aumento delle malattie croniche, per cui è indispensabile il potenziamento del territorio con una diversificazione dei servizi, puntando sull' integrazione tra ospedale e territorio e sulla tipologia delle prestazioni e dei servizi da garantire, con una notevole incidenza di erogazione di prestazioni ricadenti nell'ambito della lungodegenza e della riabilitazione.

Altri indicatori demografici che sono stati analizzati confermano il trend di invecchiamento della popolazione quali:

- **indice di ricambio della popolazione attiva** che nella nostra azienda è pari al 187%, dato dal rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni). Essendo il valore superiore a 100 significa che la struttura per età è più anziana e che quindi la popolazione inattiva è maggiore di quella attiva, e conseguentemente la popolazione è meno dinamica e con una minore possibilità di adattamento al lavoro.

- **indice di dipendenza strutturale** (o totale) è un indicatore di rilevanza sociale ed economica e rappresenta il numero di individui non autonomi a causa dell'età (età inferiore ai 15 anni e superiore ai 65) ogni 100 individui potenzialmente indipendenti (età 15-64). L'indice di dipendenza nella ASL Medio Campidano è pari a 164; essendo un valore alto è sinonimo di un numero elevato di ragazzi e anziani di cui la popolazione attiva deve occuparsi. Tale rapporto esprime il carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva: valori superiori al 50% indicano una situazione di squilibrio generazionale. Inoltre l'indicatore, esprimendo la composizione della popolazione, evidenzia un maggior peso della componente senile rispetto a quella giovanile.

1.2 Contesto interno e struttura organizzativa

Con la legge Regionale n. 24 del 11.09.2020 di Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore", è stata istituita l'Azienda socio sanitaria locale n. 6 del Medio Campidano.

La struttura organizzativa della Asl Medio Campidano, rappresentata nell'Atto Aziendale approvato con Delibera di Giunta Regionale n.3/38 del 27.01.2023, è stata definita in ottemperanza alle linee guida regionali per la redazione degli atti aziendali delle aziende sanitarie. In essa sono aggregate competenze professionali e risorse umane tecnologiche e strutturali, per l'esercizio di definite attività di amministrazione, programmazione, committenza e produzione, collegate a processi sanitari, oppure a quelli strumentali o di supporto.

Ai fini della performance dell'anno 2022, considerato che l'atto aziendale è stato attuato con Delibera del Direttore Generale n. 116 del 22.03.2023, le strutture alle quali è stato assegnato il budget sono quelle attive che afferivano al perimetro della ex Area Socio Sanitaria Locale n. 6.

Si rappresenta di seguito la struttura organizzativa:

Gli organi della ASL Medio Campidano:

- Direttore Generale coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;
- Collegio sindacale;
- Collegio di direzione;
- OIV

Staff della Direzione Generale

- SC Ufficio di Staff
- SS Programmazione e Controllo di gestione

Dipartimento di Prevenzione Sud Sardegna

- SC Igiene e Sanità Pubblica
- SC Prevenzione e Promozione della Salute
- SC Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro
- SC Sanità Animale
- SC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
- SC degli Alimenti di Origine Animale
- SC Igiene delle Produzioni Zootecniche

Dipartimento di Salute Mentale e dipendenze Sud Sardegna

- SC Cure territoriali Centri di Salute Mentale Sanluri

- SC Neuropsichiatria Carbonia-Sanluri
- SSD Dipendenze Patologiche Sanluri
- SC REMS

Presidio Ospedaliero Nostra Signora di Bonaria San Gavino Monreale

- SC Direzione di Presidio
- SC Ostetricia e Ginecologia
- SC Medicina Generale
- SC Cardiologia
- SC Nefrologia e Dialisi
- SC Chirurgia Generale
- SC Ortopedia e Traumatologia
- SC Urologia
- SC Recupero e Riabilitazione Funzionale
- SC Pronto Soccorso e Osservazione Breve
- SSD Pediatria
- SSD Oncologia
- SSD Gastroenterologia

Area Territoriale:

- SC Diabetologia
- SC Distretto di Guspini
- SC Distretto di Sanluri

Si specifica che i Dipartimenti di Prevenzione Sud Sardegna e Salute Mentale e Dipendenze Sud Sardegna erano dei dipartimenti a scavalco e afferenti alle seguenti tre aziende: ASL Medio Campidano, ASL Cagliari e ASL Sulcis, ossia le ex Aree che costituivano il Sud Sardegna.

1.3 Le risorse umane

La ripartizione sotto riportata consente di illustrare la consistenza del personale della ASL per profilo professionale, ruolo e categoria. Il numero dei dipendenti della Asl n. 6 del Medio Campidano risulta essere, al 31.12. 2022, 812 di cui 111 a tempo determinato e 701 a tempo indeterminato.

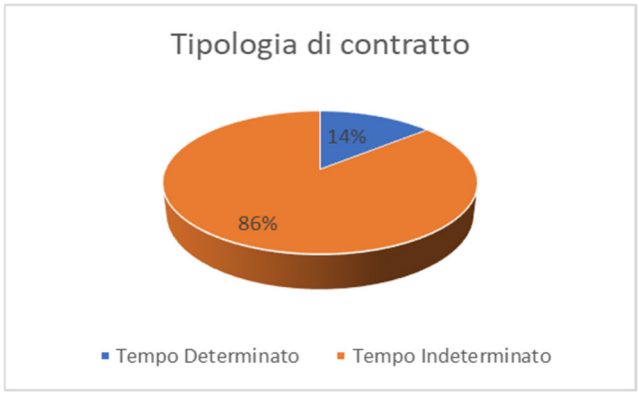
Di seguito la tabella con la distribuzione del personale suddivisa per ruolo:

Tabella 3

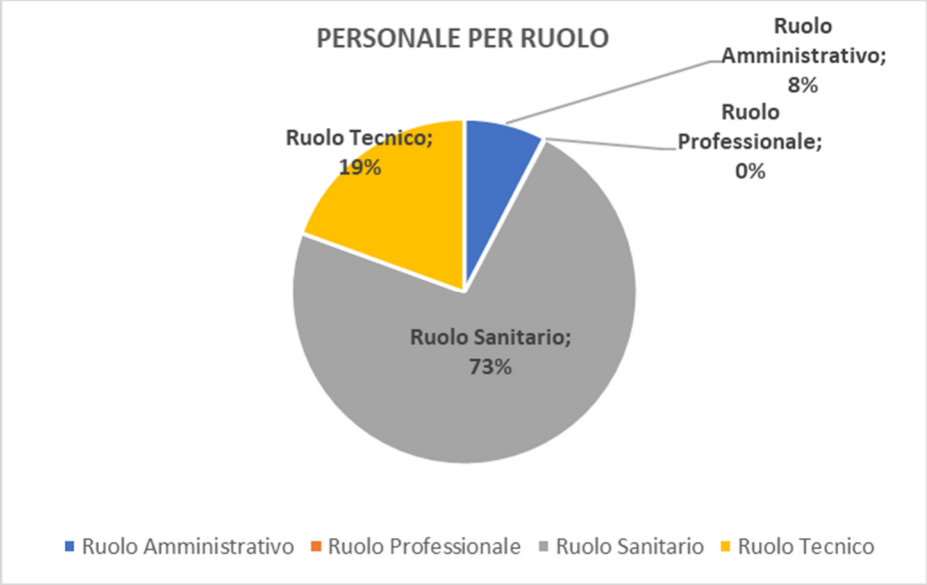
Ruolo	Tempo Determinato	Tempo Indeterminato	Totale
Amministrativo	**27**	**35**	**62**
Comparto	*27*	*34*	*61*
Dirigenza	*0*	*1*	*1*
Professionale	**0**	**1**	**1**
Comparto	*0*	*1*	*1*
Sanitario	**34**	**557**	**591**
Comparto	*22*	*354*	*376*
Dirigenza medica e veterinaria	*8*	*186*	*194*
Dirigenza sanitaria non medica	*4*	*17*	*21*
Tecnico	**50**	**108**	**158**
Comparto	*50*	*107*	*157*
Dirigenza	*0*	*1*	*1*
Totale	**111**	**701**	**812**

La *tabella 3* evidenzia come la maggior parte dei dipendenti sia nel ruolo comparto, con una notevole carenza di personale dirigente.

Nel ruolo amministrativo la percentuale dei dipendenti del comparto è pari al 7,64%, nel ruolo professionale è pari al 0,12%, nel ruolo sanitario è pari al 72,78% e nel ruolo tecnico è pari al 19,46%.



Il grafico sopra riportato rappresenta la percentuale dei dipendenti suddivisa per tipologia di contratto, il personale a tempo indeterminato è pari al 86%, mentre il restante 14% è a tempo determinato: questo è dovuto al fatto che nell'ultimo anno si è dovuto ricorrere all'assunzione di risorse umane con contratto a tempo determinato, in particolare nel ruolo tecnico e amministrativo, sia per far fronte alle esigenze sanitarie e assistenziali, ma in particolare per sostituire il personale assente per quiescenza e per ricostituire tutta la parte amministrativa, in capo precedentemente all'unica azienda sanitaria ATS.



Il Piano triennale del fabbisogno del personale (PTFP 2023/2025) rappresenta la programmazione strategica delle risorse umane al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti alla comunità.

La giusta allocazione delle risorse umane e delle relative competenze professionali permette all'azienda di perseguire al meglio gli obiettivi di valore pubblico.

Dipendenti Asl Medio Campidano	Numero al 31.12.2022
Numero totale dipendenti	812
Numero dipendenti ruolo ammininistrativo	62
Numero dipendenti ruolo professionale	1
Numero dipendenti ruolo sanitario	591
Numero dipendenti ruolo tecnico	158
Numero femmine	572
Numero maschi	240
Età media dipendenti	49
Numero dirigenti	217
Età media dirigenti	48
% dirigenti donne (sul totale dirigenti)	61%
% dirigenti uomini (sul totale dirigenti)	39%
% dirigenza (sul totale personale)	27%

In riferimento alla ridistribuzione del personale, essendo l'Azienda di recente istituzione, e composta prevalentemente da risorse umane di nuova assunzione, non si è potuto nell'anno 2022 attuare una politica di riallocazione delle stesse, al fine di ampliare le loro competenze.

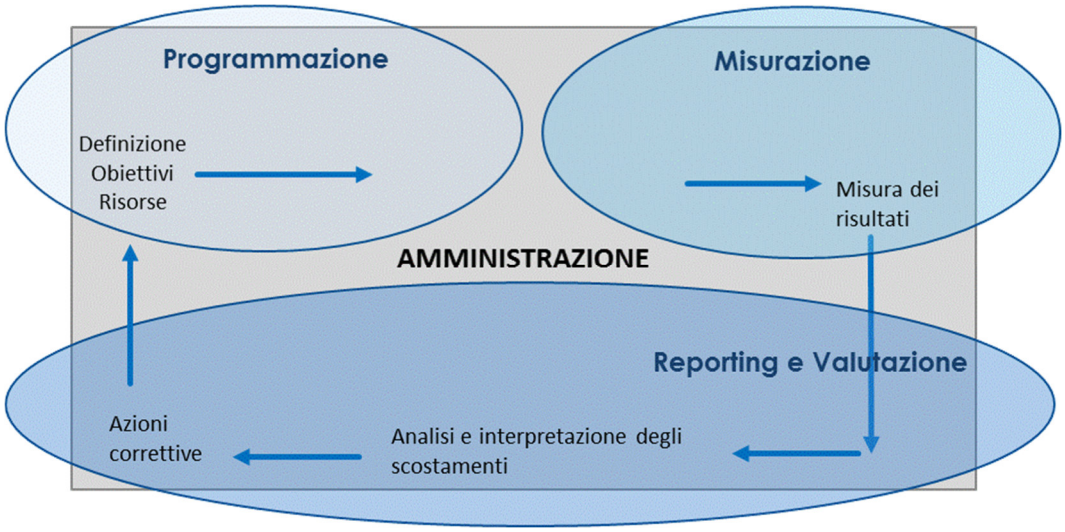
Nell'esercizio 2022, il processo di riorganizzazione delle aziende sanitarie in 8 entità differenti, e la redistribuzione delle funzioni prima in capo alla ex ATS e dal 01.01.2022 in capo alle singole Aziende, ha reso necessario l'incremento della dotazione di personale.

2 Misurazione e Valutazione della performance

La gestione aziendale è orientata al perseguimento degli obiettivi definiti dagli indirizzi nazionali, regionali e dal Direttore Generale nel PIAO, dove sono individuate le Dimensioni e le Aree della performance a cui sono associati gli obiettivi.

Con la fase di misurazione degli obiettivi vengono quantificati i risultati raggiunti dall'azienda nel suo complesso, i contributi delle articolazioni organizzative e dei gruppi (performance organizzativa), i contributi individuali (performance individuali). La misurazione avviene a conclusione del ciclo della performance relativa all'anno 2022. Nella fase di valutazione si formula, invece, un "giudizio" complessivo sulla performance in base al livello misurato di raggiungimento degli obiettivi rispetto ai target prefissati, considerando i fattori (interni ed esterni) che possono aver influito positivamente o negativamente sul grado di raggiungimento degli obiettivi medesimi, anche al fine di un miglioramento nel successivo ciclo.

Il ciclo della Performance



Il ciclo della performance si conclude con la redazione della relazione annuale sulla performance che dev'essere validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione e adottata con deliberazione del Direttore Generale.

La Regione Autonoma della Sardegna (RAS) con le deliberazioni n. 14-28 e 14-30 del 29.04.2022 ha assegnato al Direttore Generale della ASL Medio Campidano gli obiettivi annuali, modificati successivamente con la deliberazione n. 25-14 del 02.08.2022. Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è stato adottato dal Direttore Generale con deliberazione n. 201 del 30.06.2022.

Il Piano è un documento unico che riunisce tutta la programmazione finora inserita dalle Pubbliche amministrazioni in piani differenti (Piano della performance, Piano del lavoro agile (POLA), Piano della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT), Piano del fabbisogno del personale e Piano della Formazione del Personale e ha durata triennale.

Esso definisce dunque gli elementi fondamentali "Obiettivi, Indicatori e Target" su cui si basa la misurazione, la valutazione della Performance.

Il ciclo della Performance all'interno dell'azienda è stato attivato attraverso la definizione degli obiettivi e la negoziazione avvenuta per motivi di riorganizzazione nei mesi di Settembre e Ottobre 2022, attraverso le schede di budget, le quali riportano al loro interno gli obiettivi, gli indicatori e i target di riferimento sia nel valore atteso che nel valore minimo.

Per quanto concerne invece la misurazione e la valutazione della performance si è proceduto cosi come previsto nel Regolamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della performance adottato dal Direttore Generale con Delibera n. 358 del 10.10.22.

3 Performance organizzativa

La performance organizzativa viene attuata al fine di concretizzare la mission aziendale.

La performance organizzativa è stata misurata attraverso gli indicatori definiti nel PIAO, utilizzando come fonti le basi dati fornite da SARDEGNA IT, o mediante software a disposizione dell'Azienda quali ABACO e SOWEB, tramite i quali sono stati elaborati i dati relativi alla produzione, consumi e costi; per quanto riguarda gli indicatori inerenti agli obiettivi dei dipartimenti di prevenzione e salute mentale i dati sono stati forniti dalle stesse strutture.

Le dimensioni individuate sono le seguenti: utente e processi interni.

Le aree strategiche, individuate dalla RAS con le deliberazioni n. 14-28 e 14-30 del 29.04.2022 e n. 25-14 del 02.08.2022, e riportate nel PIAO 2022-2024 sono le seguenti:

- Area della Sanità pubblica e della Promozione della salute umana;
- Area della Qualità e governo clinico;
- Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare;
- Area del Mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR;
- Area della Razionalizzazione e contenimento della spesa;
- Area della Riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare;
- Area di performance della Gestione amministrativo-contabile;

Si riportano di seguito gli obiettivi strategici annuali, suddivisi per dimensione, assegnati dalla RAS.

Dimensione Utente

In riferimento alla dimensione utente l'azione dell'azienda è tesa a garantire l'accessibilità, la fruibilità e l'appropriatezza assistenziale, infatti l'azienda è responsabile del continuo miglioramento della qualità dei servizi e degli standard assistenziali.

Di seguito si riporta la tabella con la misurazione degli obiettivi strategici, previsti nel PIAO, inerenti a tale dimensione, e afferenti a diverse aree di performance:

Dimensione	Area	Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso	Valore raggiunto
Utente	Area di performance della Sanità pubblica e della Promozione della salute umana	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua) *100	screening cervicale: tasso di adesione reale ≥ 30%; screening colorettale: tasso di adesione reale≥15%; screening mammografico ≥25%	Screening cervicale= 47%; screening colorettale=33%; screening mammografico=34%
Utente	Area di performance della Sanità pubblica e della Promozione della salute umana	Attivare gli 8 Piani Mirati di Prevenzione (PMP) con attuazione, per ciascuno di essi, dei seminari di avvio, della formazione dell'informazione/comunicazione (come previsto per il 2022nel PRP 2020-2025) in ogni sede SpreSAL	Numeratore: numero di PMP attivati da parte di ogni sede SPreSAL di ciascuna ASL x 100Denominatore: numero complessivo di PMP (n. 8) da attivare da parte di ogni sede SpreSAL di ciascuna ASL	100% (= 8/8 x 100)	100%
Utente	Area di performance della Sanità pubblica e della Promozione della salute umana	Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO	(N. interviste caricate in piattaforma / N. interviste target definito dall'ISS) *100	80% delle interviste previste per il raggiungimento del target stabilito dall'ISS per ciascuna sorveglianza	PASSI 104/90=115%; PASSI D'ARGENTO 26/24=108%
Utente	Area di performance della Sanità pubblica e della Promozione della salute umana	Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (RENCAM) per almeno tre annualità consecutive, comprese tra il 2017 e il 2020	(N. schede codificate/N. annuale deceduti residenti) *100	80%	93%
Utente	Area della Qualità e governo clinico	Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie ospedali e ren. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	>= 20 segnalazioni>= 2 audit	Valore del 100% sia per gli audit che per le segnalazioni
Utente	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende “pubbliche” (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale, a differenza delle agende "esclusive" che sono prenotabili da alcuni operatori) e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo.	75%	66,6%

Dimensione	Area	Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso	Valore raggiunto
Utente	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso.	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	100%	100%
Utente	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	Implementare il processo di revisione del sistema regionale dei servizi pubblici residenziali e semi residenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e alla bassa intensità di cura, anche attraverso la riqualificazione della produzione diretta di servizi pubblici	Adozione di un "Piano aziendale di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semi residenziali per la tutela della salute mentale degli adulti" ai sensi della DGR 13/12del 09/04/2021.• Adozione di un piano aziendale degli acquisti di servizi residenziali e semi residenziali per la tutela della salute mentale degli adulti da erogatori privati accreditati che valorizzando la riduzione del fabbisogno nel livello di cura SRP1 ed il contestuale aumento del fabbisogno nel livello di cura livello SRP2 e SRP3	2/2	100%

Dimensione	Area	Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso	Valore raggiunto
Utente	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	MEDIO CAMPIDANO ≥ 15%	44%
Utente	Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR	Conseguimento del risparmio di sangue ed emoderivati con la riduzione del consumo tramite implementazione di PDTA aziendali secondo i programmi di Patient Blood Management (PBM).	Adozione di una delibera aziendale di approvazione del PDTA	1/1	Deliberazione del direttore generale n. 316 del 15.09.2022

Screening

Solo dall'inizio del 2022 è cominciata la ripresa post-pandemica della prevenzione oncologica, attraverso gli screening organizzati per il rilancio di queste attività e delle attività in genere.

Considerando che le prime due cause di morte, in tutta Italia e in Sardegna, sono riconducibili alle malattie cardiovascolari e ai tumori (e in Sardegna queste si manifestano in modo equivalente e corrispondono al 30% dei decessi), si comprende l'importanza della prevenzione secondaria, cioè la promozione di corretti stili di vita ai fini della prevenzione delle malattie cronico degenerative e la promozione degli screening organizzati ai fini della prevenzione oncologica.

Si evidenzia, a tal proposito, il valore raggiunto riguardo al tasso di adesione agli screening, rispetto al target richiesto:

- Screening cervicale: valore raggiunto 47% a fronte di un valore atteso del 30%;
- Screening colorettale: 33% a fronte di un valore atteso del 15%;
- Screening mammografico: 34% a fronte di un valore atteso del 25%.

Registro Nominativo Causa Morte (ReNCaM)

Il ReNCaM è un rilevante strumento informativo basato sulla registrazione sistematica della mortalità per causa della popolazione residente, che consente di avere a disposizione sia informazioni di carattere anagrafico (data di nascita e di decesso, residenza) che notizie relative alla distribuzione spazio/temporale di eventuali fattori di rischio. La fonte dei dati di mortalità è la *scheda di morte ISTAT* che raccoglie i dati anagrafici del deceduto, i dati clinici relativi agli eventi e ai processi che hanno causato l'evento morte. Tale flusso viene utilizzato, in particolare, per monitorare lo stato di salute della popolazione e definire le priorità per la programmazione sanitaria dell'Azienda. Per la Regione Sardegna il ReNCaM è stato istituito in ciascuna ASL, deputata ad inviare i dati all'Osservatorio Epidemiologico ma attualmente il flusso informativo risulta incompleto. Per questo motivo, l'obiettivo assegnato dalla Regione si è focalizzato sulla completezza dei dati dal 2017-2020. L'Obiettivo è stato raggiunto con una completezza del dato al 93% a fronte di un target dell'80%.

Qui di seguito la tabella con i dati relativi al registro:

CAUSE DI MORTE	2019	% su totale decessi 2019	2020	% su totale decessi 2020	2021	% su totale decessi 2021
Malattie Infettive e parassitarie escluso AIDS	18	1,90%	13	1,30%	14	1,40%
AIDS	1	0,10%	0	0%	1	0,10%
Tumori	228	23,90%	235	23,40%	269	27%
Malattie Endocrine, Nutrizionali e Metaboliche	45	4,70%	46	4,60%	49	4,90%
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disturbi immunitari	4	0,45%	5	0,50%	6	0,60%
Malattie del sistema Nervoso e degli organi dei sensi	55	5,80%	49	4,90%	41	4,10%
Malattie del sistema Circolatorio	260	27,30%	306	30,40%	292	29,30%
Malattie ischemiche del cuore	81	8,50%	74	7,40%	72	7,20%
Disturbi Circolatori dell'encefalo	58	6,10%	68	6,80%	77	7,70%
Malattie dell'apparato respiratorio	82	8,60%	75	7,50%	62	6,20%
Malattie dell'apparato digerente	33	3,50%	36	3,60%	42	4,20%
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	4	0,40%	1	0,10%	0	0%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	5	0,50%	9	0,90%	4	0,40%
COVID-19 Virus identificato	0	0%	25	2,50%	32	3,20%

SIRMES

Tra gli obilettivi appartenenti all'area della qualità e governo clinico vi è quello relativo all' implementazione del Sistema Informativo Regionale Monitoraggio Errori Sanità (SIRMES), il quale ha l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella ed alle denunce dei sinistri consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi.

Il personale preposto è stato formato per l'inserimento delle segnalazioni nel sistema SIRMES. Ci sono state 22 segnalazioni nel 2022, tra le quali 2 meritevoli di approfondimento, a cui hanno conseguito i rispettivi AUDIT

predisposti dalla direzione sanitaria. L'Obiettivo è stato raggiunto in quanto si è soddisfatto lo standard relativo ad entrambi gli indicatori definiti dalla Regione.

Governo delle liste d'attesa.

Nella DGR n.14/30 del 29.04.2022 era stato assegnato al Direttore Generale l'obiettivo di ridurre le liste d'attesa per le prime visite e le indagini diagnostiche, tenendo in considerazione le prestazioni ricomprese nel Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) DRG 62/24 del 04/12/2020; successivamente, con DRG del 08.08.2022, tale obiettivo è stato sostituito con il seguente:

"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, a differenza delle agende 'esclusive' che sono prenotabili da alcuni operatori) e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo". A tal proposito si è proceduto alla riorganizzazione delle agende CUP secondo l'indicazione della tipologia d'accesso, con ulteriore suddivisione per codice priorità di accesso (U=urgente; B=breve; D=differita; P=programmata) solo nel caso di primo accesso. Il risultato raggiunto dalla Asl Medio Campidano è stato del 66,6%, come confermato dal monitoraggio regionale. Non avendo raggiunto il target richiesto per tale obiettivo, l'Azienda sta ancora lavorando al processo di riorganizzazione delle agende CUP.

Dimensione processi interni

Tale dimensione riguarda la riorganizzazione dei processi interni al fine di poterli mantenere e sviluppare per il raggiungimento dei risultati che l'azienda si è prefissa.

La tabella di seguito riporta la misurazione degli obiettivi del PIAO inerenti tale dimensione:

Dimensione	Area	Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso	Valore raggiunto
Processi interni	Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	Ottenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da Tubercolsi	Ottenimento della qualifica al 31/12/2022	a) almeno il 99,8 % degli stabilimenti, pari ad almeno il 99,9 % della popolazione bovina, è indenne da infezione da MTBC; b) il tasso di incidenza dello stabilimento per cui è stata confermata l'infezione nel corso dell'anno non supera lo 0,1 %	a) 99,8% stabilimenti è indenne da infezione da MTBC= 100% b) tasso incidenza stabilimenti infetti= 0%
Processi interni	Area della razionalizzazione e contenimento della spesa	Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio	Ricavi = costi	Valore non calcolabile
Processi interni	Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare	Rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto dei target imposti dai provvedimenti di rango nazionale	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2022	Obiettivo raggiunto
Processi interni	Area della gestione amministrativo-contabile	Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione	Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.	Approvazione di tutti i documenti di programmazione entro il 15/11/22	Delibera del Direttore Generale n. 420 del 15.11.2022
Processi interni	Area della gestione amministrativo-contabile	Approvazione dell'Atto Aziendale	Approvazione entro i termini stabiliti dalla normativa regionale (Legge 24/2020)	Approvazione atto aziendale entro i termini stabiliti	Delibera del Direttore Generale n. 453 del 02.11.2022

Dimensione	Area	Obiettivo	Indicatore	Valore Atteso	Valore raggiunto
Processi interni	Area della gestione amministrativo-contabile	Avvio del percorso di implementazione dell'internal auditing, coordinato a livello centrale dalla Regione e da Ares, finalizzato allo sviluppo di un approccio per processi, alla riduzione dei rischi amministrativi-contabili e alla misurazione del miglioramento organizzativo.	Attivazione della funzione	Recepimento con atto formale, entro il 31/12/2022, degli indirizzi impartiti dalla Giunta regionale e avvio della funzione.	Delibera del Direttore Generale n. 498 del 23.12.2022
Processi interni	Qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Trasparenza (obblighi di pubblicazione)	Pubblicazione e aggiornamento, in apposita sezione del sito internet istituzionale, dei criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi	Aggiornamento trimestrale	100%
Processi interni	Pagamento dei debiti commerciali	Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall' art. 1 comma 865 della L.145/2018	Numero medio di giornate di ritardo	Numero 0 giornate di ritardo	88,33%

Pareggio di bilancio

L'obiettivo "Pareggio di Bilancio" assegnato dalla RAS al Direttore Generale, ad oggi non è rendicontabile principalmente per motivi legati al fatto che le principali funzioni inerenti al bilancio sono in capo ad Ares, in particolare con riferimento ai costi derivanti dalle gare centralizzate gestite da ARES, oggetto di ribaltamenti da parte della stessa, infatti ad oggi ci sono ancora costi da iscrivere per il 2022, necessari per le operazioni di assestamento. Per le motivazioni sopra riportate non è stato quindi ancora chiuso il bilancio per l'esercizio 2022.

PNRR

Il Governo italiano con Decisione del Consiglio ECOFIN del 13.07.2021 ha predisposto il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Il PNRR è articolato in sedici componenti, raggruppate in sei missioni. La RAS con deliberazione n. 12/16 del 07.04.2022 ha approvato l'elenco degli interventi finanziati con le risorse PNRR e PNC di cui al decreto del Ministro della Salute del 20.01.2022. Nel cronoprogramma imposto dal Ministero della Salute per il raggiungimento delle milestone e target associasti sono previsti per la ASL Medio Campidano tre interventi di edilizia sanitaria, finanziati dal PNRR – missione 6 salute a valere sulle risorse dell'investimento M6.C1 -1.1 e M6.C1-1.2.2, così distinti:

- Casa della Comunità e presa in carico della persona (C.d.C.), da realizzarsi presso il Poliambulatorio di Sanluri, ubicato alla pubblica Via Bologna n.13, 09125 Sanluri. Importo complessivo dell'intervento €1.727.897,00 a valere sulle risorse dell'investimento M6.C1-1.1;
- Casa della Comunità e presa in carico della persona (C.d.C.), da realizzarsi presso la Casa della Salute di Lunamatrona, ubicata alla pubblica Via Lazio snc, 09122 Lunamatrona. Importo complessivo dell'intervento €1.191.464,00 a valere sulle risorse dell'investimento M6.C1-1.1;
- Centrale Operativa Territoriale (C.O.T), da realizzarsi presso l'ambulatorio di Guardia Medica di Samassi, ubicato alla pubblica via Montelatici n.10, 0930 Samassi. Importo complessivo dell'intervento €173.039,00 a valere sulle risorse dell'investimento M6.C1-1.2.2.

Con la deliberazione del Direttore Generale della ASL Medio Campidano n. 46 del 09.03.2022 è stato costituito il gruppo di lavoro per la linea d'intervento della Componente 1 del PNRR. La successiva deliberazione del Direttore Generale n. 331 del 22.09.2022 ha approvato i cronoprogrammi procedurali e finanziari degli interventi relativi alla Casa della Comunità e presa in carico della persona (C.d.C.) Poliambulatorio di Sanluri, Poliambulatorio di Lunamatrona e della Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.), Guardia Medica di Samassi. Tra le azioni previste nel cronoprogramma relativamente ai tre interventi erano previste la nomina del RUP, l'assegnazione del Codice Unico di Progetto (CUP), la predisposizione e approvazione del Documento Preliminare alla Progettazione (DPP), la procedura e il conferimento degli incarichi professionali e lo studio di fattibilità.

Le milestone previste sono state pienamente rispettate come dettagliato di seguito:

1. Assegnazione Codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità ubicate nel comune di Sanluri e nel comune di Lunamatrona.

Con la deliberazione del Direttore Generale n. 168 del 10.06.2022 la ASL Medio Campidano ha approvato la documentazione di gara predisposta e trasmessa alla stazione appaltante da INVITALIA, Centrale di Committenza, per l'indizione delle procedure, dichiarando di ricorrere agli Accordi Quadro che saranno stipulati dalla stessa Centrale di Committenza, al fine dell'affidamento delle prestazioni necessarie per la realizzazione degli interventi.

2. Assegnazione Codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione della Centrale Operativa Territoriale da realizzarsi presso l'ambulatorio di Guardia Medica di Samassi, ubicato alla pubblica via Montelatici n.10 a Samassi:

   I Codici CUP sono stati regolarmente assegnati come indicato nella deliberazione del Direttore Generale n. 270 del 03.08.2022.

3. Assegnazione dei progetti idonei per l'indizione della gara per l'implementazione della C.O.T:

   i progetti idonei per l'indizione della gara sono stati regolarmente assegnati come indicato nella deliberazione del Direttore Generale n. 270 del 03.08.2022.

4. Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione della C.O.T.:

i Codici CIG sono stati regolarmente assegnati come indicato nella deliberazione del Direttore Generale n. 270 del 03.08.2022.

Di seguito la tabella con i risultati raggiunti:

DESCRIZIONE ARTICOLAZIONE	AREA DI PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	VALORE ATTESO	VALORE RAGGIUNTO
SC Tecnico Logistico	Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare	Assegnazione Codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2022	L'obiettivo è stato raggiunto: Delibera del D.G. della Asl n.6 del Medio Campidano n. 270 del 03.08.2022
SC Tecnico Logistico	Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare	Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2022	L'obiettivo è stato raggiunto: Delibera del D.G. della Asl n.6 del Medio Campidano n. 270 del 03.08.2022

DESCRIZIONE ARTICOLAZIONE	AREA DI PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	VALORE ATTESO	VALORE RAGGIUNTO
SC Tecnico Logistico	Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2022	L'obiettivo è stato raggiunto: Delibera del D.G. della Asl n.6 del Medio Campidano n. 270 del 03.08.2022
SC Tecnico Logistico	Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2022	L'obiettivo è stato raggiunto: Delibera del D.G. della Asl n.6 del Medio Campidano n. 168 del 10.06.2022

Sanità Animale e sicurezza alimentare

Tra gli obiettivi riguardanti l'area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, vi è in particolare quello riguardante l'ottenimento/conservazione della qualifica di territorio ufficialmente indenne da Tubercolosi bovina, il quale definiva come range di risultato due standard, i quali dovevano essere entrambi raggiunti, e sono i seguenti:

- almeno il 99,9 % della popolazione bovina indenne da infezione da MTBC, il cui valore verificato è stato del 100% per il 2022;
- il tasso di incidenza dello stabilimento per cui è stata confermata l'infezione nel corso dell'anno non doveva superare lo 0,1%, il cui valore verificato è stato dello 0%.

Il risultato è stato ottenuto a seguito di un attento e capillare lavoro di squadra tra i veterinari e gli allevatori. Il raggiungimento di tale qualifica, con la conseguente rimodulazione dei controlli, consente un significativo risparmio di risorse che possono essere indirizzate al controllo di altre malattie e rappresenta un innegabile vantaggio per la filiera delle produzioni bovine, poiché facilita le movimentazioni di animali vivi oltre il territorio regionale.

I dati sono stati estrapolati dal Portale dei Sistemi Informativi Veterinari (SANAN; BTN-VETINFO), il quale raccoglie e presenta dati, sanitari e non, utili al governo del sistema nazionale della Sanità Animale e Sicurezza Alimentare, con particolare attenzione alla definizione dei rischi sanitari lungo l'intera catena produttiva, dalla produzione degli alimenti per gli animali sino alla messa in commercio degli alimenti per il consumo umano.

Anche nel 2023 prosegue per i servizi veterinari l'attività di controllo dei capi importati in modo da evitare pericolosi contagi provenienti da zone in cui la patologia non è stata ancora debellata.

Nella ASL Medio Campidano sono presenti circa 3.433 allevamenti in una superficie territoriale complessiva di

1516,19 Kmq. Nel settore della profilassi delle malattie degli animali da reddito, tra cui le zoonosi, cioè malattie trasmissibili dagli animali all'uomo e viceversa, l'obiettivo principale è la epidemiosorveglianza delle principali patologie, mediante attenta programmazione dei controlli in allevamento preceduta da accurata analisi e valutazione dei rischi o come conseguenza di segnalazione da allevatori o cittadini.

Dispone la sorveglianza e le indagini in occasione di casi sospetti o accertati di infezioni, intossicazioni, tossinfezioni di origine alimentare. Si occupa inoltre del controllo delle acque destinate al consumo umano, della sorveglianza nella commercializzazione e nell'utilizzo dei prodotti fitosanitari, della prevenzione nutrizionale e della promozione di sani stili di vita.

Si riporta di seguito una tabella con le principali attività svolte nel 2022:

Attività	**2022**
Registrazioni delle DUA	400
Controlli ufficiali soggetti a registrazione ai sensi del Reg CE n.852/2004	300
Campionamenti soggetti a registrazione ai sensi del Reg CE n.625/2017	111
Comunicazioni Allerta Rapido	40
Campionamenti Acque destinate a consumo umano	256
Ispezioni censimento deposito	30
Campionamenti prodotti alimentari	16

3.1 Assistenza Ospedaliera

L'assistenza ospedaliera è garantita dal Presidio Nostra Signora di Bonaria di San Gavino Monreale.

Il presidio ospedaliero di San Gavino Monreale offre assistenza in regime di ricovero ordinario, day hospital, con 152 posti letto per degenza ordinaria e 10 per day hospital per complessivi 162 posti letto, suddivisi cosi come riportato nella tabella seguente:

Struttura	Posti letto DO	Posti letto DH
Cardiologia e UTIC	16	0
Medicina generale	38	3
Oncologia	9	0
Pediatria/Nido	6	0
Urologia	7	0
Ortopedia e Traumatologia	24	0
Ostetricia e Ginecologia	20	0
Chirurgia generale	28	7
Terapia Intensiva	4	0
Totale	**152**	**10**

Si riportano qui di seguito le tabelle relative all'attività 2022 del Presidio Ospedaliero Nostra Signora di Bonaria. Nella tabella 4 vengono riportati il numero dei dimessi per ciascun reparto, giornate di degenza, peso medio e valore del ricovero.

Il peso medio è un indicatore che fornisce una misura del consumo medio di risorse associato ai ricoveri afferenti a ciascun DRG, dato dal rapporto dei DRG prodotti nella specifica disciplina e i dimessi dalla stessa, per cui maggiore è il peso e più elevato è il carico assistenziale della corrispondente casistica. Dall'analisi del peso medio dei ricoveri effettuati nel Presidio Ospedaliero Aziendale, risulta che il carico assistenziale maggiore ricade nel reparto di terapia intensiva dove si evidenzia un peso medio pari a 3,13 e successivamente abbiamo l'ortopedia, la cardiologia, la chirurgia generale e la medicina generale.

Tabella 4

Erogatore	Dimessi	Giornate	Peso medio	Valore
0801 - Cardiologia	713	3.730	1,12	2.505.370,93 €
0901 - Chirurgia Generale	883	6.488	1,07	2.261.513,60 €
2601 - Medicina Generale	1.551	14.525	1,03	4.223.131,21 €
3101 - Nido	351	956	0,26	297.100,37 €
3601 - Ortopedia E Traumatolog	700	8.089	1,39	3.008.286,82 €
3701 - Ostetricia E Ginecologia	912	2.715	0,69	1.695.427,44 €
4301 - Urologia	432	1.687	0,93	1.115.074,20 €
4901 - Terapia Intensiva	49	634	3,13	427.572,05 €
6401 - Oncologia	353	4.187	0,75	1.437.821,38 €
Totale	**5.944**	**43.011**	**0,99**	**16.971.298,00 €**

Nella tabella 5 invece si riportano i ricoveri per Asl di residenza.

Dalla analisi emerge che un'alta percentuale di pazienti provenienti da altre ASL sono stati ricoverati presso il P.O. della nostra ASL, in particolare il 12,79% è rappresentativo di pazienti residenti nella ASL di Oristano e il

12.42% rappresenta pazienti residenti nella ASL di Cagliari.

Questo dato è dovuto al fatto che nel 2022 i presidi ospedalieri afferenti alle Asl di Cagliari e di Oristano, erano deputati esclusivamente alla gestione di pazienti COVID-19.

Tabella 5

RICOVERI ANNO 2022 PER ASL DI RESIDENZA		
ASL RESIDENZA	**N. ACCESSI**	**PERCENTUALE**
ASL SASSARI	28	0,47%
ASL GALLURA	27	0,45%
ASL NUORO	61	1,03%
ASL OGLIASTRA	9	0,15%
ASL ORISTANO	760	12,79%
ASL MEDIO CAMPIDANO	4169	70,14%
ASL SULCIS	97	1,63%
ASL CAGLIARI	738	12,42%
ALTRO	55	0,93%
TOTALE	**5944**	**100,00%**

Per il Presidio Ospedaliero Nostra signora di Bonaria di S. Gavino M. il 2022 è stato un anno piuttosto difficile. I reparti afferenti allo stesso hanno ripreso la loro attività dopo due anni di pandemia. Da un'analisi dei Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (DRG) emerge una notevole incidenza nel territorio della ASL Medio Campidano delle patologie tumorali. Al primo posto troviamo infatti il DRG "Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta" con n. 305 dimessi e un numero di giornate di ricovero pari a 3.941. Segue il DRG "Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC" con n. 225 dimessi e numero 565 giornate.

Cardiologia

L'incidenza delle patologie dovute ad insufficienza cardiaca è aumentata nel corso degli anni. Nel 2022 ci sono stati n. 161 dimessi per un numero di 1362 giornate. Rispetto al passato vi è stato un decremento dei ricoveri per infarto del miocardio e una riduzione della mortalità ad esso correlata, anche grazie all'attività di telemedicina e conseguente osservazione dei pazienti a distanza.

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria consentendo l'erogazione a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione, ovviando a casi di emergenza in cui è necessario intervenire tempestivamente a vantaggio del paziente. Considerato che le malattie del sistema circolatorio sono tra le patologie cronico-degenerative a più alta morbosità e fra le

principali cause di disabilità nel nostro paese, l'Azienda ha rivolto una particolare attenzione al monitoraggio cardiovascolare attraverso l'utilizzo di looprecorder, pacemaker e defibrillatori impiantabili. La maggior parte dei dispositivi impiantati dalla Cardiologia sono monitorati da remoto. Il monitoraggio costante del paziente avviene attraverso un sistema di telecomunicazione che invia alla struttura di riferimento un flusso continuo di informazioni sulle variabili cliniche e sullo stato del dispositivo stesso, permettendo di osservare costantemente i parametri clinici, le variazioni, l'integrità del dispositivo e, all'occorrenza, permettere di agire tempestivamente.

Al fine di migliorare l'assistenza nei confronti del paziente, l'Azienda si è posta l'obiettivo di garantire il monitoraggio dei dispositivi medici impiantati attraverso l'utilizzo della telemedicina, sostituendo quasi del tutto i dispositivi impiantati non monitorabili da remoto.

Nell'ultimo trimestre 2022 su un totale di 60 dispositivi monitorabili impiantati ne sono stati monitorati tramite la telemedicina 47.

Pronto soccorso

Il Pronto Soccorso e Osservazione Breve è stato nel corso dell'anno una delle strutture del Presidio più in sofferenza. La Pandemia, nei primi mesi dell'anno, con la conseguente gestione dei casi sospetti e gli accertamenti COVID, ha imposto mutamenti organizzativi che hanno avuto ripercussioni sull'attività ordinaria della struttura. Le chiusure per COVID dei Servizi di Pronto Soccorso degli ospedali SS. Trinità e Marino di Cagliari, dell'Ospedale San Martino di Oristano e dell'Ospedale San Giuseppe di Isili hanno causato il dirottamento dei pazienti sulla Struttura di S. Gavino causando notevoli problemi nella gestione degli stessi.

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO	**ANNO 2022**	
ACCESSI PS PER ASL DI RESIDENZA	N. ACCESSI	PERCENTUALE
Pazienti residenti ASL Medio Campidano	12926	77,32%
Pazienti residenti ASL Oristano	**1297**	**7,76%**
Pazienti residenti ASL Sassari	46	0,28%
Pazienti residenti ASL Gallura	30	0,18%
Pazienti residenti ASL Nuoro	47	0,28%
Pazienti residenti ASL Ogliastra	12	0,07%
Pazienti residenti ASL Sulcis	90	0,54%
Pazienti residenti ASL Cagliari	1937	11,59%
Pazienti residenti ASL extraregione	333	1,99%
Totale	**16718**	**100%**

STRUTTURE	PUNTEGGIO
SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE	100,00
SC CARDIOLOGIA	85,54
SC CHIRURGIA GENERALE	68,78
SC CURE TERRITORIALI CSM SANLURI	100,00
SC DIABETOLOGIA	100,00
SC DIREZIONE P.O.	80,75
SC DISTRETTO DI GUSPINI	66,40
SC DISTRETTO DI SANLURI	83,25
SC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	93,14
SC IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE (SIAN)	100,00
SC IGIENE DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE (SIAPZ)	100,00
SC IGIENE E SANITÀ PUBBLICA (SISP)	100,00
SC LABORATORIO ANALISI	98,75
SC MEDICINA GENERALE	75,60
SC NEFROLOGIA E DIALISI	100,00
SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE CARBONIA- SANLURI	100,00
SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	72,82
SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	71,28
SC PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	100,00
SC PRONTO SOCCORSO E OSSERVAZIONE BREVE	100,00
SC RADIOLOGIA	71,23
SC RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	100,00
SC REMS	100,00
SC SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO (SPRESAL) - CARBONIA - SANLURI	100,00
SC SERVIZIO SANITA ANIMALE (SSA)	97,47
SC UFFICIO DI STAFF	100,00
SC UROLOGIA	85,53
SSD DIPENDENZE PATOLOGICHE SANLURI	100,00
SSD GASTROENTEROLOGIA (CHIRURGICA)	91,45
SSD ONCOLOGIA	100,00
SSD PEDIATRIA	86,07

4 Performance individuale

La valutazione della performance individuale è finalizzata alla misurazione della qualità e dell'intensità del contributo da ciascun dipendente, in relazione al ruolo svolto, alla performance organizzativa della Struttura di appartenenza, in termini di impegno profuso e competenze tecniche possedute e comportamenti espressi. Il Sistema di Misurazione e valutazione della performance, il quale, definisce le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti, le responsabilità del processo di misurazione e valutazione della performance e le procedure di

conciliazione, è stato adottato con Delibera del Direttore Generale n. 358 del 10.10.2022, con la quale è stato recepito il SMVP di ATS.

Il sistema adottato prevede che la misurazione e valutazione individuale si differenzi a seconda del livello organizzativo occupato nell' azienda ed ai sensi di quanto disposto dall'art. 9 del D.lgs. 150/2009 e ss.mm.ii., è legata alle seguenti dimensioni di valutazione:

Per i **Direttori delle SC e SSD** la valutazione è legata:

a) agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità;

b) al raggiungimento di specifici obiettivi individuali;

c) alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate;

d) alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una differenziazione dei giudizi.

Per il **restante personale** la valutazione è legata:

a) al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;

b) alla qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi.

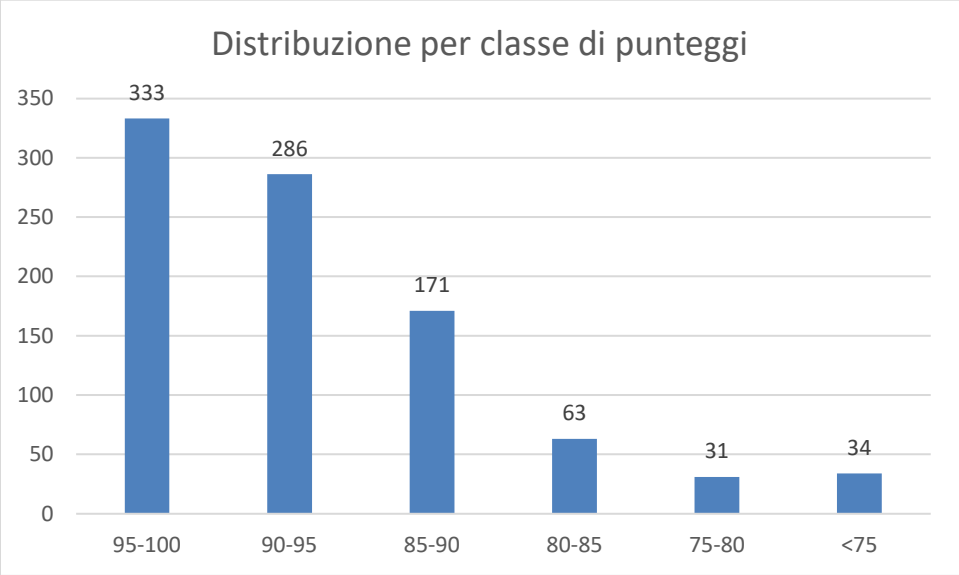
Per la gestione del processo di valutazione della performance è stato adottato il sistema software Gestione Unificata Risorse Umane (G.U.R.U.), già utilizzato in ambito ATS. Il sistema consente agli attori coinvolti nel processo di valutazione della performance, secondo il proprio livello di autorizzazione, di svolgere le attività relative alla compilazione e consultazione delle schede di valutazione e la consultazione della reportistica relativa ai risultati della valutazione. Di seguito si riportano i risultati di Performance individuale della Asl Medio Campidano:

4.1 Valutazione della performance individuale

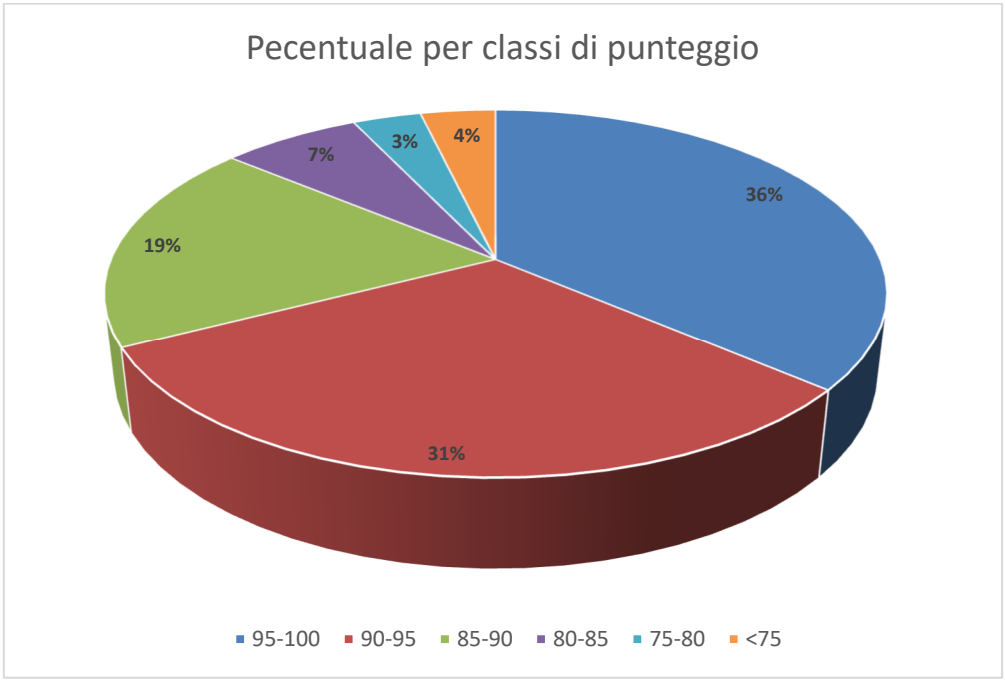
Il processo di valutazione della Performance Individuale nell'anno 2022 ha coinvolto 918 dipendenti, con una valutazione media di 91,79.

Nella tabella sottostante si riporta il numero di valutazioni complessive effettuate, diviso per classi di punteggio conseguito.

Risultanze valutazione individuale							
Classi di punteggio	**95-100**	**90-95**	**85-90**	**80-85**	**75-80**	**<75**	**Totale**
Numero di valutati	333	286	171	63	31	34	918



Come evidenziato dal grafico qui di seguito riportato, il 36% dei dipendenti ha conseguito una valutazione superiore a 95, il 31% un punteggio tra 90 e 95, il 19% un punteggio tra 85 e 90. Solo il 4% dei dipendenti ha raggiunto un punteggio inferiore a 75.



5 La partecipazione dei cittadini e degli utenti

La ASL Medio Campidano, 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 Satisfiction, 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 2022 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.

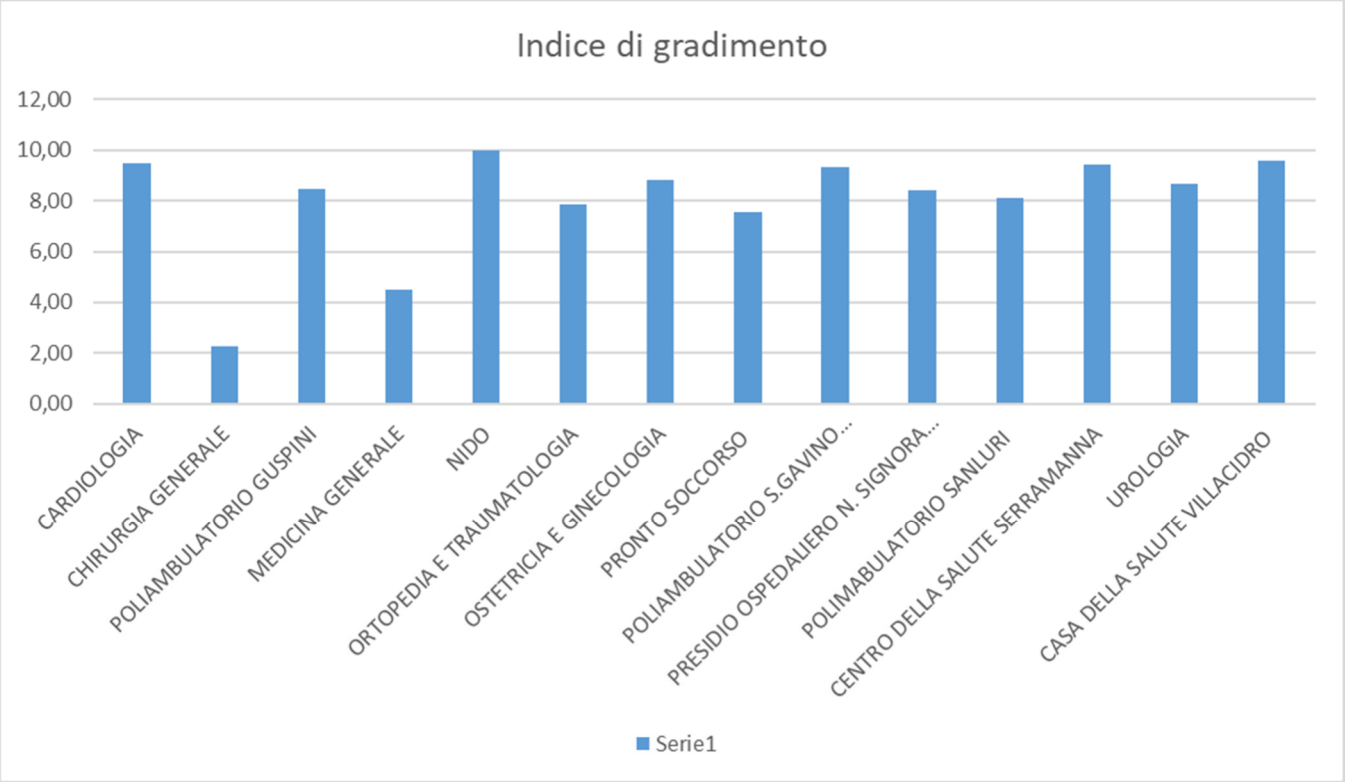
Nello specifico queste informazioni sono inserite nelle seguenti stampe:

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

Qui di seguito si riportano i dati che emergono dalla soddisfazione dell'utente.

L'indice di gradimento della Asl Medio Campidano nel suo complesso è di valore pari a 8.

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.



6 Rischi Corruttivi e Trasparenza

Al fine di effettuare una attenta disamina circa l'attuazione di quanto stabilito nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO e del ruolo svolto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza non può non tenersi principalmente conto che la ASL del Medio Campidano è stata costituita in data 01.01.2022 e l'anno 2022 è stato caratterizzato da una fase di implementazione della riforma sanitaria regionale e, pertanto, di riassetto organizzativo.

Il contesto sopradescritto ha determinato il fatto che la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, e conseguentemente i suoi allegati, venissero predisposti tenendo necessariamente conto dei processi e delle misure individuate con la precedente organizzazione che vedeva la ASL come articolazione di ATS Sardegna.

Si precisa, altresì, che nel panorama di riassetto organizzativo sopracitato si è reso imprescindibile il recepimento di regolamenti, codice di comportamento e procedure approvate da ATS Sardegna.

Per quanto riguarda il complessivo stato di applicazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO quest'ultimo, può essere considerato di buon livello e i seguenti elementi possono essere individuati quali fattori che hanno favorito il buon funzionamento del sistema: ampia collaborazione e partecipazione manifestata dal personale e dai Direttori delle Strutture coinvolte, organizzazione di eventi formativi in materia di prevenzione della corruzione, obblighi di trasparenza e tutela dei dati personali (anche con la modalità "a distanza" estesi alla partecipazione del personale interessato).

Si precisa, in modo particolare, che il 20 dicembre 2022 si è tenuta la giornata della Privacy e della Trasparenza aperta alla partecipazione dei Dirigenti Responsabili di Struttura, ai titolari di Incarichi di Funzione e ai referenti privacy e anticorruzione. In collaborazione con il Servizio Formazione ARES è stato organizzato il corso "Anticorruzione e Trasparenza" in modalità FAD asincrona nella Piattaforma e-learning Aziendale, con rilascio di apposito attestato di partecipazione. Il corso somministrato in modalità FAD a cura del Servizio Formazione, struttura dell'Azienda Regionale della Salute, si è rivelato ben strutturato e completo. Lo stesso giudizio può essere espresso per l'aggiornamento in presenza dedicato ai Direttori di struttura sopracitato per il quale si è riscontrata ampia partecipazione.

In ossequio a quanto stabilito dalla normativa di riferimento in tema di trasparenza sono stati assolti gli obblighi di pubblicazione previsti. La verifica sull'assolvimento di tali obblighi è stata effettuata periodicamente. Quanto certificato dall'OIV ha avuto riguardo alla totalità degli obblighi al 31 maggio 2022.

Gli unici aspetti critici nell'attuazione del piano possono, pertanto, individuarsi nel cambiamento organizzativo sopracitato ed in continua evoluzione.

Per quanto riguarda il monitoraggio di tutte le misure, generali e specifiche, individuate nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO da quanto relazionato dai Direttori delle strutture aziendali non sono state rilevate particolari difficoltà di attuazione, fatta eccezione per la misura della rotazione ordinaria non posta integralmente in essere a causa della esiguità di personale.

Nello specifico il PIAO ha previsto come misura di prevenzione la rotazione tra operatori delle strutture del dipartimento di prevenzione nello svolgimento delle attività di vigilanza e controllo. Tale misura, dalle relazioni inoltrate da parte dei Responsabili, risulta attuata.

Si specifica, comunque, che non sono stati segnalati, né si è avuta conoscenza di eventi corruttivi.

Per quanto riguarda la materia della incompatibilità per particolari posizioni dirigenziali si precisa che all'atto dell'attribuzione dell'incarico è stata acquisita dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità. Non sono state accertate né risultano violazioni nell’anno 2022.

Per quanto riguarda le istanze di accesso agli atti si precisa che è stata monitorata trimestralmente la presentazione delle medesime attraverso l'acquisizione dalle strutture aziendali di apposito prospetto contenente l’elenco delle richieste dalle stesse ricevute ed evase e comprensivo di tutti i dati previsti dal registro, compreso l'esito della istanza.

Il ruolo svolto dal RPCT, supportato nella propria funzione dalla collaborazione dei referenti delle strutture aziendali, individuati dal piano nei rispettivi Direttori, può essere definito in termini di impulso e coordinamento rispetto all’attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

La criticità maggiore è da individuarsi nel tempo che l'incaricato della funzione ha potuto dedicare all'assolvimento del compito e ciò in quanto è stato chiamato ad occuparsi delle ordinarie attività del Servizio di appartenenza e non è supportato da altro personale negli adempimenti propri del RPCT.

Qui di seguito la tabella sul raggiungimento dell'obiettivo:

AREA DI PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	VALORE ATTESO	VALORE RAGGIUNTO
Qualità del dato e della trasparenza, integrità e anticorruzione	Trasparenza (obblighi di pubblicazione)	Pubblicazione e aggiornamento, in apposita sezione del sito internet istituzionale, dei criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa delle prestazioni erogate	Aggiornamento trimestrale	100% - tutte le pubblicazioni sono state inserite sul sito della ASL, sezione Amministrazione Trasparente - Servizi Erogati - Liste di attesa.

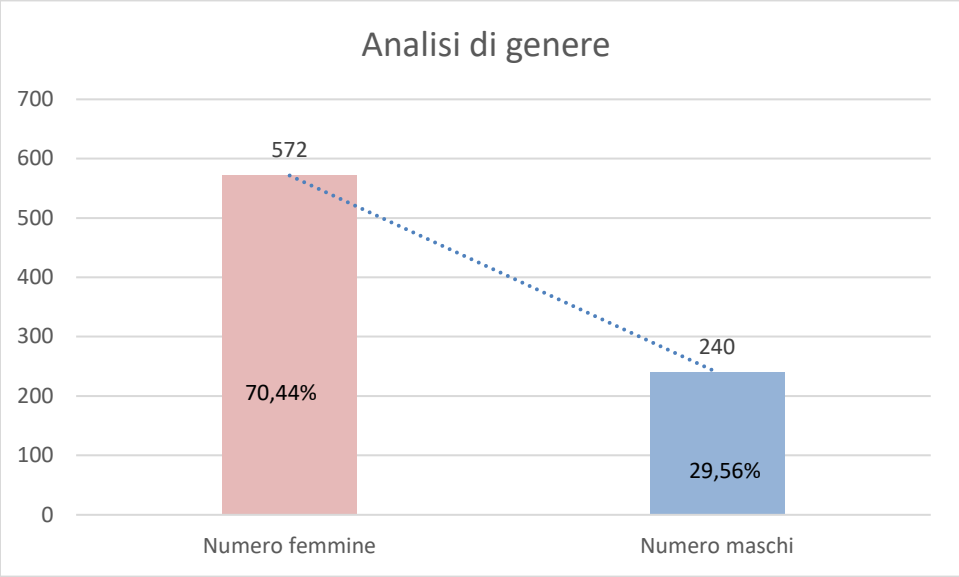
7 Pari opportunità e Bilancio di genere

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

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

Dall'analisi di genere del personale della Asl Medio Campidano si evince che nel 2022 le donne rappresentano il 70% delle risorse umane, inoltre la percentuale di dirigenti donne è pari al 61% del totale dei dirigenti.

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



8 Processo di redazione della Relazione sulla Performance

Il processo di redazione della relazione della performance è iniziato ad ottobre con la fase di assegnazione degli obiettivi strategici, anno 2022, assegnati dalla Direzione Aziendale alle strutture complesse. Si è proceduto in una seconda fase alla misurazione del raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa avvenuta a maggio del 2023 a cura della SC Programmazione e Controllo di Gestione, provvedendo a rendicontare i risultati nella presente relazione. Per quanto riguarda il processo di valutazione della performance individuale, questa è avvenuta a partire da aprile ed è stata portata a termine a giugno del 2023, con l'utilizzo del Software Guru Up.

Il sistema di misurazione della performance è avvenuto rispettando il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, adottato con Delibera del Direttore Generale n. 358 del 10.10.2022, che recepisce il sistema di misurazione e valutazione della performance della ex ATS.

8.1 Criticità e opportunità migliorative

Una delle criticità riscontrate è quella relativa all'assegnazione degli obiettivi da parte della direzione aziendale alle strutture, poiché essendo l'azienda di nuova costituzione, e con un assetto organizzativo ancora in fase di definizione è risultato difficile poter assegnare obiettivi sfidanti procedendo conseguentemente all'attribuzione di obiettivi riguardanti l'attività ordinaria e istituzionale.

Inoltre le strutture aziendali hanno dovuto recuperare parte dell'attività sanitaria non erogata nel periodo critico della pandemia, distogliendo le risorse al miglioramento dell'attività.

Il ciclo della performance può essere sicuramente migliorato attraverso una maggiore responsabilizzazione di tutti soggetti, verso il raggiungimento di obiettivi aziendali sfidanti, con un'attenta pianificazione delle attività, opportuna organizzazione delle risorse e la motivazione del personale verso migliori risultati di performance.