



RELAZIONE PERFORMANCE

ANNO 2021

INDICE

Sommario

Premessa	3
1 L’Azienda Tutela della Salute (ATS)	4
1.1 Il contesto esterno	4
1.2 Contesto epidemiologico e azioni poste in essere volte al contrasto della Pandemia da COVID-19	13
1.3 Il contesto interno e l’organizzazione aziendale	16
1.4 Le risorse umane	22
1.5 Le risorse economiche finanziarie	26
2 Il Sistema di Gestione del Ciclo della performance	32
3 I risultati raggiunti dall’Azienda Tutela della Salute (ATS) – Anno 2021	35
3.1 DRG ad alto rischio di inappropriatazza	45
3.2 Ricoveri Covid	45
3.3 Mobilità Sanitaria	47
3.4 Il Dipartimento di Prevenzione	49
4 Misurazione e valutazione della Performance organizzativa ATS anno 2021	53
5 Valutazione della Performance Individuale dell’ATS- ANNO 2021	58
6 Pari opportunità e bilancio di genere	63
6.1 Pari Opportunità e Comitato Unico di Garanzia (CUG)	63
6.2 Piano delle Azioni Positive	63
6.3 Analisi di genere del personale dipendente	65
7 Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	66
8 La partecipazione dei cittadini e degli utenti	69
9 Il processo di redazione della Relazione sulla performance	71
9.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità	71
9.2 Punti di forza e di debolezza del Ciclo di gestione della performance	72

Premessa

Le PA sono tenute alla valutazione delle proprie performance nel rispetto di quanto disposto dal D.Lgs. 150/2009 (Legge Brunetta), che all'articolo 3 comma 2 recita testualmente: *“Ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti”*.

La presente Relazione è redatta a conclusione del Ciclo di gestione della Performance 2021, ai sensi dell'art. 10, comma 1 lettera b) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che prevede l'obbligo di predisporre un documento che evidenzi, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse assegnate nell'anno di riferimento, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Nella presente relazione, dopo una presentazione generale dell'Azienda e dei risultati a livello macro, si riassume la mission aziendale e la misura di raggiungimento delle strategie ideate per darne attuazione. La puntuale misurazione e valutazione della performance è volta al miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative.

1 L'Azienda Tutela della Salute (ATS)

1.1 IL CONTESTO ESTERNO

La Sardegna si estende per oltre 24.099,39 Km² ed ha una densità abitativa pari a 66 ab/Km². Al 31 dicembre 2020, data di riferimento della terza edizione del Censimento permanente della popolazione, in Sardegna si contano 1.590.044 residenti. La distribuzione demografica nel territorio regionale si caratterizza per la presenza di due poli metropolitani (uno in area nord ed uno in area sud) infatti il 56,5% della popolazione sarda vive nella provincia di Sassari e in quella di Cagliari che insieme ricoprono il 37,1% del territorio. In particolare, nella provincia di Cagliari risiedono 337,6 abitanti per km² contro i 66 per km² in media regionale. All'opposto, Nuoro ed Oristano, le province a maggior caratterizzazione rurale, coprono il 35,8% della superficie regionale e presentano i più bassi livelli di densità, rispettivamente 35,7 e 51 abitanti per km². In un territorio così vasto e scarsamente popolato, la rete viaria non è adeguatamente strutturata per garantire un rapido collegamento tra le diverse aree geografiche, con importante impatto sull'accesso ai servizi pubblici ed in particolare a quelli socio-sanitari.

L'ATS Sardegna opera su un territorio coincidente con le province di Sassari, Olbia, Nuoro, Lanusei, Oristano, Sanluri, Sud Sardegna e la Città Metropolitana di Cagliari. La popolazione assistita al 1 gennaio 2021 è di 1.590.044 abitanti afferenti a n. 24 Distretti.

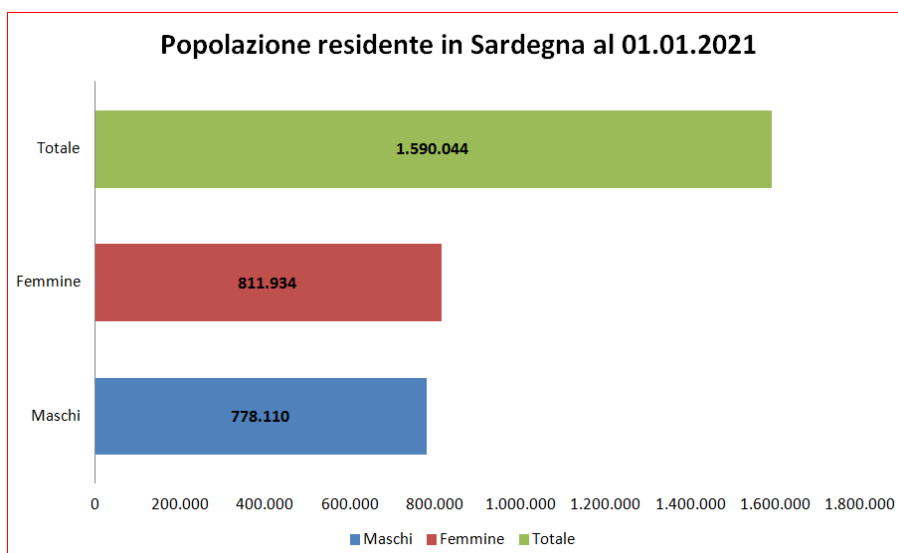


Figura 1: Popolazione residente in Sardegna (Fonte ISTAT)

Il trend demografico mostra una popolazione in decremento a partire dal 2014.

Anno (al 1° gennaio)	0-14 anni	15-64 anni	65+ anni	Totale residenti	Età media
2014	200.733	1.112.995	350.131	1.663.859	44,9
2015	198.645	1.105.638	359.003	1.663.286	45,3
2016	195.150	1.096.307	366.681	1.658.138	45,7
2017	191.686	1.086.749	374.700	1.653.135	46,1
2018	188.390	1.077.937	381.849	1.648.176	46,4
2019	181.624	1.054.864	385.769	1.622.257	46,9
2020	177.254	1.040.554	393.813	1.611.621	47,3
2021	173.501	1.014.827	401.716	1.590.044	47,8

Tabella 1: Andamento demografico Sardegna 2014-2021 (Fonte dati: ISTAT)

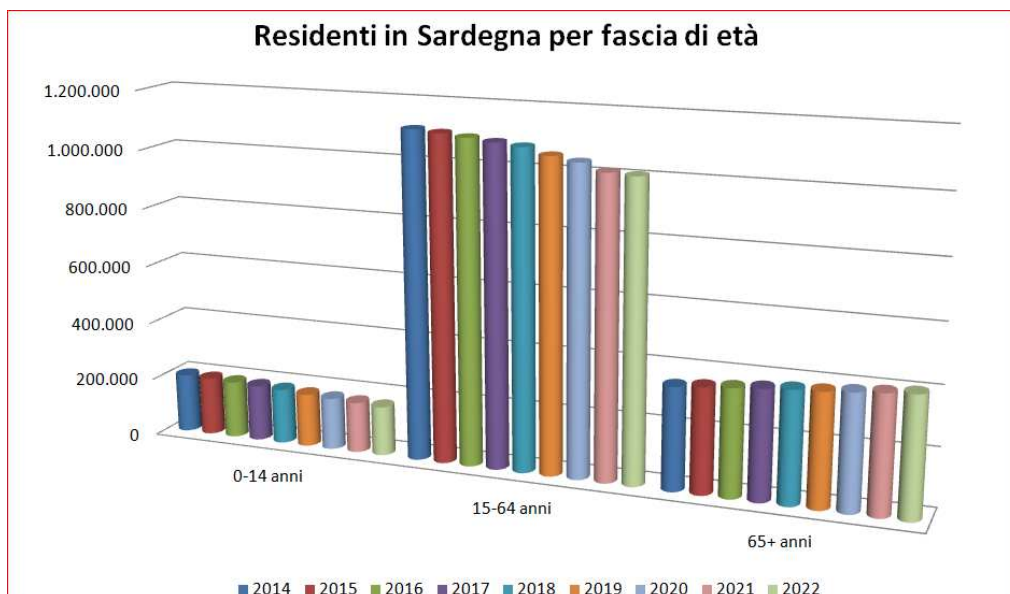


Figura 2: Popolazione residente in Sardegna per fascia di età (Fonte ISTAT)

In Sardegna la popolazione anziana (over 65) rappresenta circa il 25,8% della popolazione totale della Regione, percentuale superiore alla media nazionale pari al 23,8%. Il numero degli over 65, secondo le proiezioni ISTAT, tenderà a crescere nei prossimi anni, così come l'andamento nazionale (27,8% vs 25% nel 2026 e 31,3% vs 27% nel 2031).

La comparazione dei dati demografici degli ultimi due anni (2020-2021) evidenzia una diminuzione della popolazione residente di 21.577 individui.

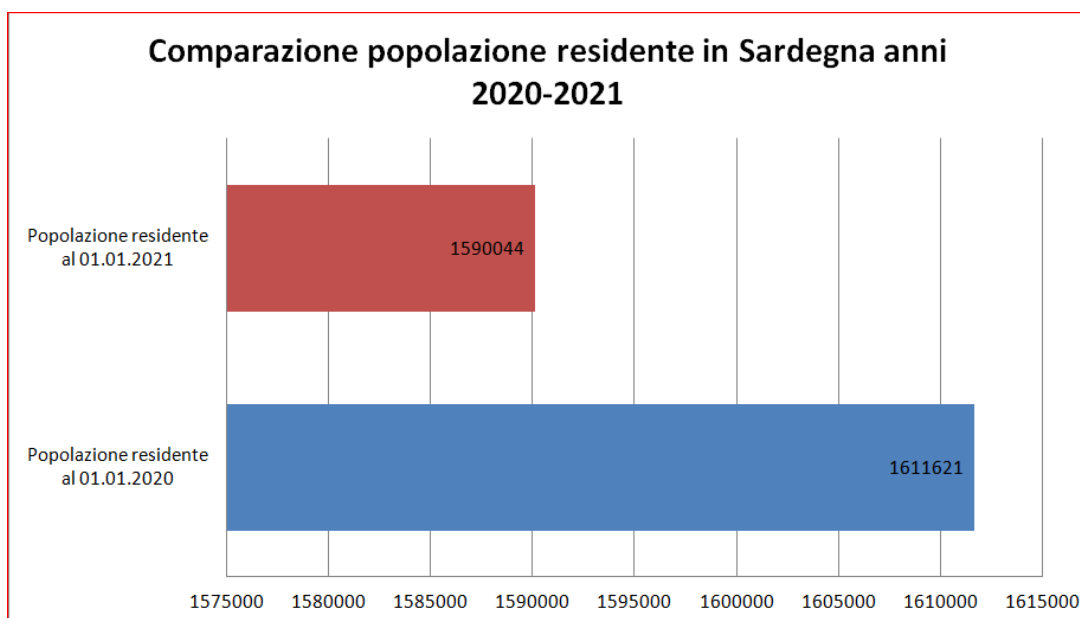


Figura 3: Popolazione residente in Sardegna. Comparazione anni 2020-2021 (Fonte ISTAT)

Anno	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della popolazione attiva	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di natalità (x 1.000 ab.)	Indice di mortalità (x 1.000 ab.)
2014	174,4	49,5	151,6	131,3	6,9	9,3
2015	180,7	50,4	156,2	136,4	6,7	10
2016	187,9	51,2	158,1	140,8	6,4	9,8
2017	195,5	52,1	161,2	145	6,1	10,2
2018	202,7	52,9	163,3	148,7	5,8	10
2019	212,4	53,8	165,5	152,6	5,5	10,5
2020	222,2	54,9	169,8	155,9	5,2	11,7
2021	231,5	56,7	173,4	161,1	5,2	11,7

Tabella 2: Andamento demografico Sardegna 2014-2021. Indici strutturali (Fonte dati: ISTAT)

Indicatore	Descrizione Indicatore	2019	2020	2021
tasso di natalità (per mille abitanti)	Il "Tasso di natalità" è una misura della produzione di nascite in relazione alla popolazione che le ha prodotte. Si ottiene come rapporto tra i nati vivi in un dato anno (N) e la popolazione media di quell'anno (P): $n = N / P$. Moltiplicato per mille indica il numero di nascite per mille abitanti	5,5	5,2	5,2
tasso di mortalità (per mille abitanti)	Il tasso di mortalità è la proporzione di decessi registrati, rispetto al numero totale di individui che vivono in una popolazione, città o paese; in un anno. La formula per il tasso di mortalità è la seguente: $TM = \left(\frac{NF}{NP} \right) \times 100$ Dove TM = Tasso di mortalità. NF = Numero di decessi. NP = Numero totale di abitanti in una popolazione.	10,5	11,7	11,7
crescita naturale (per mille abitanti)	è dato dal rapporto tra il saldo naturale (numero di nati vivi meno numero di morti nell'anno) e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per mille; il tasso di crescita naturale è positivo se le nascite superano le morti, negativo nel caso opposto	-5	-6,6	-6,5
saldo migratorio interno (per mille abitanti)	è la differenza tra le iscrizioni e le cancellazioni da/per altro comune.	-0,9	-0,4	-0,2
saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)	rapporto tra il saldo migratorio con l'estero dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, per 1.000	0,3	0,1	1,1
saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)	differenza tra il numero degli iscritti ed il numero dei cancellati dai registri anagrafici dei residenti dovuto ad altri motivi.	-1,1	-6,5	-1,2
saldo migratorio totale (per mille abitanti)	differenza tra il numero degli iscritti ed il numero dei cancellati dai registri anagrafici per trasferimento di residenza.	-1,7	-6,8	-0,3
tasso di crescita totale (per mille abitanti)	è il rapporto fra la variazione della popolazione in un dato anno (differenza fra popolazione al 31 dicembre e al 1° gennaio) e la popolazione media di quell'anno per mille individui. Si può calcolare come somma del tasso di crescita naturale e del tasso migratorio totale.	-6,7	-13,4	-1,7
numero medio di figli per donna	o tasso di fecondità totale è la somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda (15-49 anni), il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione femminile	1	0,97	0,99
età media della madre al parto	età alla quale vengono mediamente messi al mondo figli, espressa in anni e decimi di anno; l'indicatore viene calcolato anche per ordine di nascita e per	32,8	32,8	33

Indicatore	Descrizione Indicatore	2019	2020	2021
	cittadinanza. L'indicatore è calcolato per la popolazione femminile tra 15 e 49 anni			
speranza di vita alla nascita - maschi	è uguale al numero di anni che mediamente una persona ha di rimanere in vita.	80,3	79,8	79,9
speranza di vita a 65 anni - maschi	è uguale al numero di anni che mediamente una persona ha di rimanere in vita.	19,4	18,9	19,1
speranza di vita alla nascita - femmine	è uguale al numero di anni che mediamente una persona ha di rimanere in vita.	85,8	85	85,5
speranza di vita a 65 anni - femmine	è uguale al numero di anni che mediamente una persona ha di rimanere in vita.	23	22,4	22,7
speranza di vita alla nascita - totale	è uguale al numero di anni che mediamente una persona ha di rimanere in vita.	83	82,3	82,6
speranza di vita a 65 anni - totale	è uguale al numero di anni che mediamente una persona ha di rimanere in vita.	21,3	20,7	20,9
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio		11,2	11	10,9
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio		65	64,6	63,8
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio		23,8	24,4	25,3
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	è il rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e oltre 64 anni) e la popolazione attiva (15-64 anni). L'indice totale corrisponde alla somma degli indici di dipendenza giovanile e senile	53,8	54,9	56,7
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio	E' dato dal rapporto tra la popolazione sopra i 65 anni e quella tra 15-64 anni. I.D.a. = (Pop. 65 anni e oltre / Pop. 15-64 anni) x 100	36,6	37,9	39,6
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio	misura il numero di anziani presenti in una popolazione ogni 100 giovani, permettendo di valutare il livello d'invecchiamento degli abitanti di un territorio. La variazione dell'indice nel tempo dipende dalla dinamica sia della popolazione anziana che di quella giovane	212,4	222,2	231,5
età media della popolazione - al 1° gennaio	Rapporto tra la somma delle età di tutti gli individui e il numero degli abitanti. Si calcola sommando i singoli prodotti ottenuti da ogni età per il numero di residenti della medesima età e dividendo il totale così ottenuto per il numero complessivo di residenti	46,9	47,3	47,8

Tabella 3: Indicatori demografici Sardegna 2019-2021. Indici strutturali (Fonte dati: ISTAT)

L'Indice di vecchiaia rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultra sessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. Nel 2022 l'indice di vecchiaia per la Sardegna indica 231,5 anziani ogni 100 giovani.

L'Indice di dipendenza strutturale rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). Teoricamente in Sardegna nel 2021 ci sono 56,7 individui a carico ogni 100 che lavorano.

L'Indice di ricambio della popolazione attiva rappresenta il 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).

La popolazione attiva è tanto più giovane quanto più l'indicatore è minore di 100. In Sardegna nel 2021 l'indice di ricambio è 173,4 ciò significa che la popolazione in età lavorativa è molto anziana.

L'Indice di struttura della popolazione attiva rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa. È il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni). In Sardegna nel corso del 2021 è aumentata di 5,2 punti.

L'Indice di natalità rappresenta il numero medio di nascite in un anno ogni mille abitanti. Nel 2021 è rimasto pressoché invariato rispetto al 2020, così come l'Indice di mortalità inteso come il rappresenta il numero medio di decessi in un anno ogni mille abitanti.

Età media è la media delle età di una popolazione, calcolata come il rapporto tra la somma delle età di tutti gli individui e il numero della popolazione residente. Nel 2021 in Sardegna risulta essere di 47,8 contro il 47,3 dell'anno precedente.

La distribuzione demografica nel territorio regionale si caratterizza per la presenza di due poli urbani, uno a nord (Sassari) e uno a sud (Cagliari), cinque medie comunità locali aggregate in aree omogenee (Gallura, Nuorese, Oristanese, Sardegna centro-meridionale, Medio-Campidano, Marmilla e Trexenta, e Sulcis-Iglesiente), una piccola comunità dislocata in un'area geograficamente abbastanza isolata (Ogliastra) e le comunità dislocate nelle isole minori di La Maddalena, Sant'Antioco e San Pietro.

Le ASL di Cagliari, Sassari e Carbonia presentano una densità abitativa superiore al dato regionale di 65,46 residenti per Km². Le ASL di Cagliari e Sassari si confermano aree con maggiore bacino di residenti ed estensione territoriale. L'Area di Lanusei presenta la minore densità abitativa articolata in un unico Distretto.

ASSL	Distretto	Maschi	Femmine	Totale	Superficie km ²	Densità abitativa
SASSARI	Alghero	37.195	39.156	76.351	1.381,37	55,27
	Ozieri	14.253	14.464	28.717	1.189,87	24,13
	Sassari	104.097	109.917	214.014	1.714,67	124,81
	Tot. ASSL	155.545	163.537	319.082	4.286	74,45
OLBIA	Olbia	57.328	58.057	115.385	2.420,91	47,66
	Tempio	15.507	15.661	31.168	985,27	31,63
	La Maddalena	5.323	5.399	10.722	51,67	207,51
	Tot. ASSL	78.158	79.117	157.275	3.458	45,48
NUORO	Macomer	10.034	10.743	20.777	534,29	38,89
	Nuoro	39.271	41.482	80.753	2.026,11	39,86
	Siniscola	15.618	15.504	31.122	748,26	41,59
	Sorgono	7.613	7.581	15.194	623,02	24,39
	Tot. ASSL	72.536	75.310	147.846	3.932	37,6
LANUSEI	Tortol'	27.067	27.822	54.889	1.854,55	29,6
	Tot. ASSL	27.067	27.822	54.889	1.855	29,6
ORISTANO	Ales-Terralba	20.823	20.644	41.467	871,27	47,59
	Ghilarza - Bosa	19.125	20.039	39.164	1.221,56	32,06
	Oristano	35.310	37.265	72.575	941,42	77,09
	Tot. ASSL	75.258	77.948	153.206	3.034	50,49
SANLURI	Guspini	25.303	26.079	51.382	933,51	55,04
	Sanluri	20.790	21.109	41.899	583,83	71,77
	Tot. ASSL	46.093	47.188	93.281	1.517	61,48
CARBONIA	Carbonia	26.721	28.238	54.959	894,64	61,43
	Iglesias	21.816	22.970	44.786	605,06	74,02
	Isole San Pietro e Sant'Antioco	9.644	9.886	19.530	138,89	140,61
	Tot. ASSL	58.181	61.094	119.275	1.639	72,79
CAGLIARI	Cagliari-Area Ovest	60.824	61.174	121.998	1.389,28	87,81
	Cagliari-Area Vasta	117.750	130.940	248.690	327,42	759,54
	Quartu-Parteolla	55.502	56.906	112.408	704,66	159,52
	Sarcidano - Barbagia di Seulo e Trexenta	19.992	19.669	39.661	1.147,11	34,57
	Sarrabus-Gerrei	11.204	11.229	22.433	1.001,94	22,39
	Tot. ASSL	265.272	279.918	545.190	4.570	119,29
ATS		778.110	811.934	1.590.044	24.290,58	65,46

Tabella 4: Ripartizione popolazione per sesso, area territoriale e densità abitativa per Km2 (Fonte dati: ISTAT)

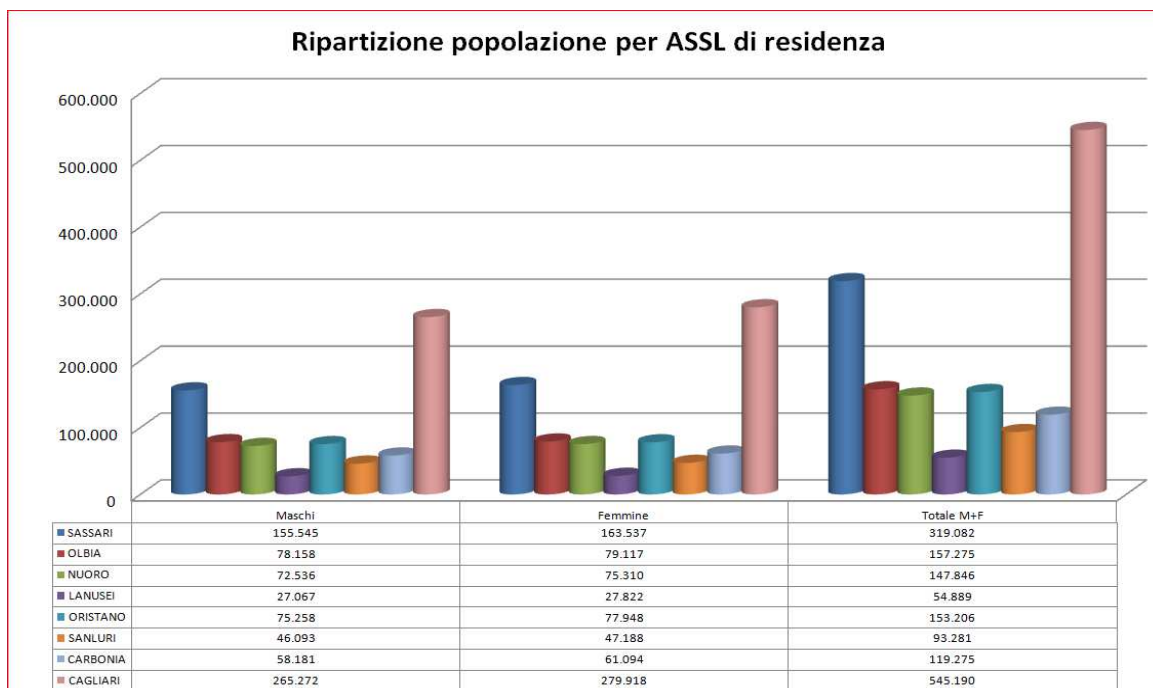


Figura 4: Ripartizione popolazione residente per ASSSL– Popolazione residente al 01.01.2021 (Fonte ISTAT)

Con riferimento alla composizione per genere nelle ASSSL, il grafico seguente evidenzia che non vi sono particolari differenze nella distribuzione M/F.

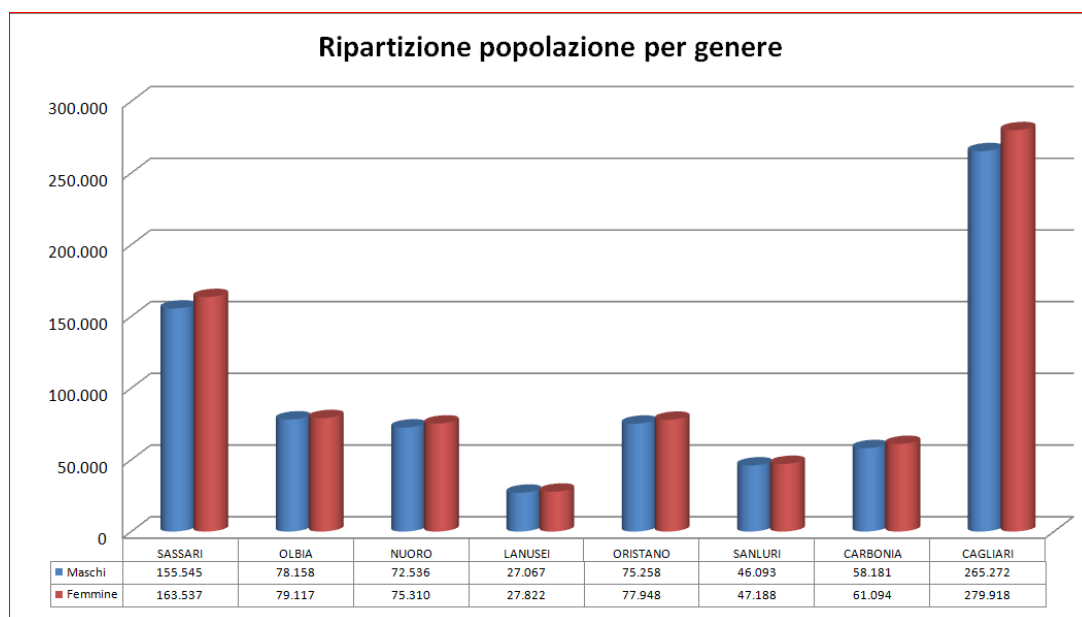


Figura 5: Ripartizione popolazione residente per genere– Popolazione residente al 01.01.2021 (Fonte ISTAT)

Nell'entroterra sardo si registra un aumento esponenziale della popolazione anziana, per contro, i giovani tendono a spostarsi verso le zone costiere o ad emigrare verso altri paesi maggiormente appetibili dal punto di vista economico. Questo fenomeno determina un impoverimento demografico associato ad un lento declino economico che può essere arginato attraverso la valorizzazione e la tutela del patrimonio paesaggistico e culturale delle aree interne, incentivando l'economia, l'artigianato e le tradizioni locali. Anche il concetto di sviluppo turistico deve essere rivalutato, ancora oggi concentrato sulle aree litoranee e in maniera marginale, verso la valorizzazione e la tutela delle aree dell'interno, ponendo particolare attenzione

alla qualità della domanda turistica e, per contro, rivedendo l'offerta che deve essere volta a promuovere un turismo di tipo culturale e naturalistico oltre che meramente "vacanziero". Il modello di sviluppo turistico attuato ad oggi in gran parte della Sardegna, incentrato quasi esclusivamente sullo sfruttamento del turismo balneare, ha di fatto accresciuto il trend di svuotamento demografico delle aree interne, incrementato anche dalla carenza di infrastrutture e ormai cronici problemi logistici, che potenziano le problematiche legate all'accessibilità a porti e aeroporti, favorendo in tal modo l'industrializzazione laddove dette problematiche risultano meno accentuate.

La composizione per età della popolazione è l'elemento che, dal punto di vista demografico, risulta più significativo. Analizzare il processo di invecchiamento e quindi la presenza di anziani o di giovani, è fondamentale per comprendere la dinamica delle generazioni, le trasformazioni nella struttura familiare ed anche i numerosi fenomeni sociali, economici e culturali connessi; un'analisi di questo tipo permette poi di controllare i cambiamenti nella popolazione, relativi alle migrazioni e ai processi che caratterizzano la natalità e la mortalità. La popolazione, composta per il 49,12% dal sesso maschile e dal 50,88% dal sesso femminile, risulta equamente distribuita per sesso. La popolazione maschile ha una maggiore frequenza dalla classe 0-4 anni alla classe 45-49 anni con un valore mediano di 3,33 punti percentuali rispetto alla popolazione femminile. Quest'ultima invece risulta più frequente nelle restanti classi di età, in particolare dalla classe 75-79 a 90 e oltre con un delta percentuale complessivo di -21,33 punti percentuali (valore mediano rispetto alla popolazione maschile).

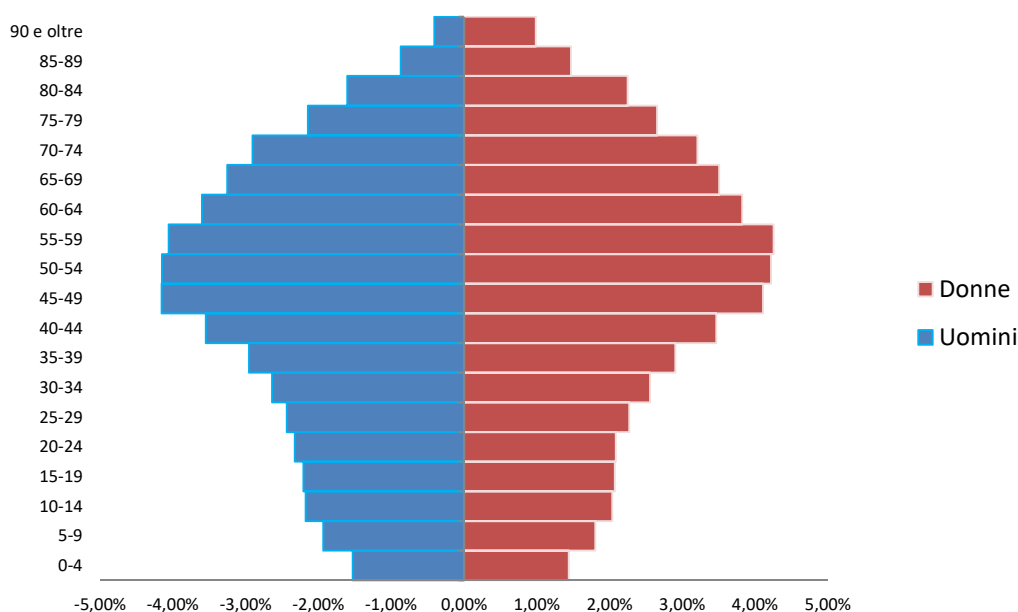


Figura 6: Piramide dell'età della popolazione al 01.01.2021 della Regione Sardegna per sesso (Fonte elaborazione su Dati ISTAT)

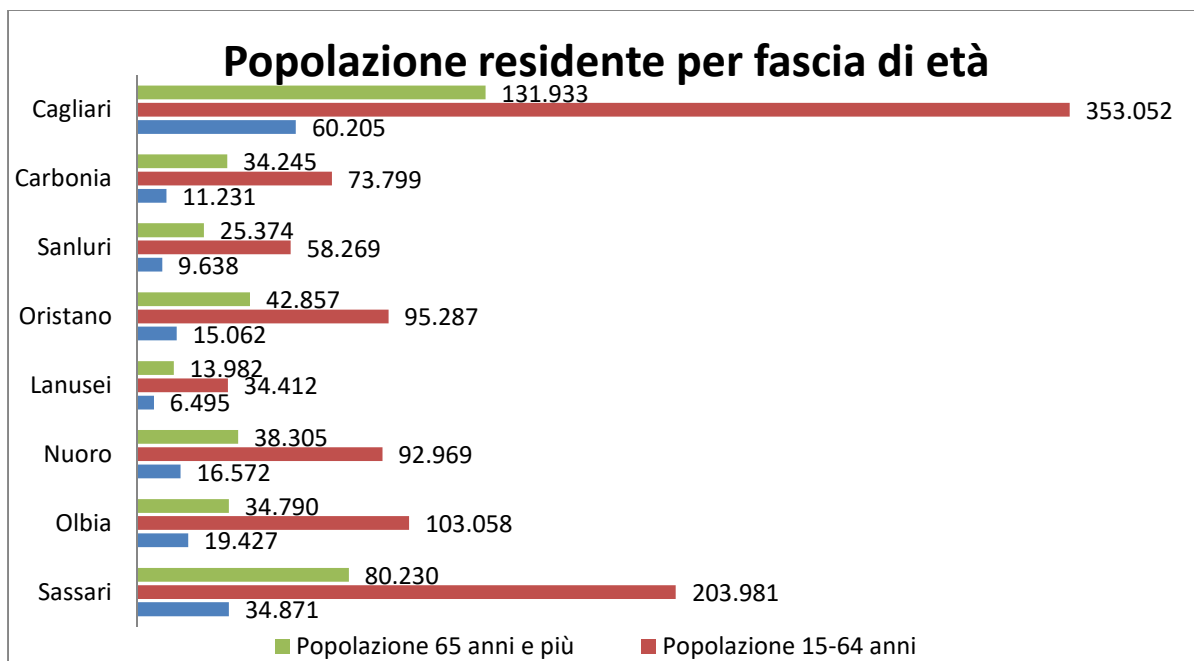


Figura 7: Popolazione residente al 01.01.2021 per fascia di età nella Regione Sardegna (Fonte elaborazione su Dati ISTAT)

Per quanto riguarda il numero di deceduti in Sardegna, nella tabella seguente si riportano i dati relativi agli anni da 2011 a 2021. Come si può vedere, il picco di decessi si è registrato nel 2020 rispetto al 2019 con un incremento +10,62% diminuito nel corso del 2021 di -1,15%

	maschi	femmine	totale	Delta %
2011	7.810	7.275	15.085	
2012	8.090	7.536	15.626	3,59%
2013	7.874	7.342	15.216	-2,62%
2014	7.923	7.522	15.445	1,50%
2015	8.356	8.172	16.528	7,01%
2016	8.238	7.905	16.143	-2,33%
2017	8.460	8.313	16.773	3,90%
2018	8.220	8.057	16.277	-2,96%
2019	8.680	8.323	17.003	4,46%
2020	9.494	9.315	18.809	10,62%
2021	9.506	9.087	18.593	-1,15%

Tabella 5: Deceduti per sesso, anni 2011-2021 (Fonte dati: ISTAT)

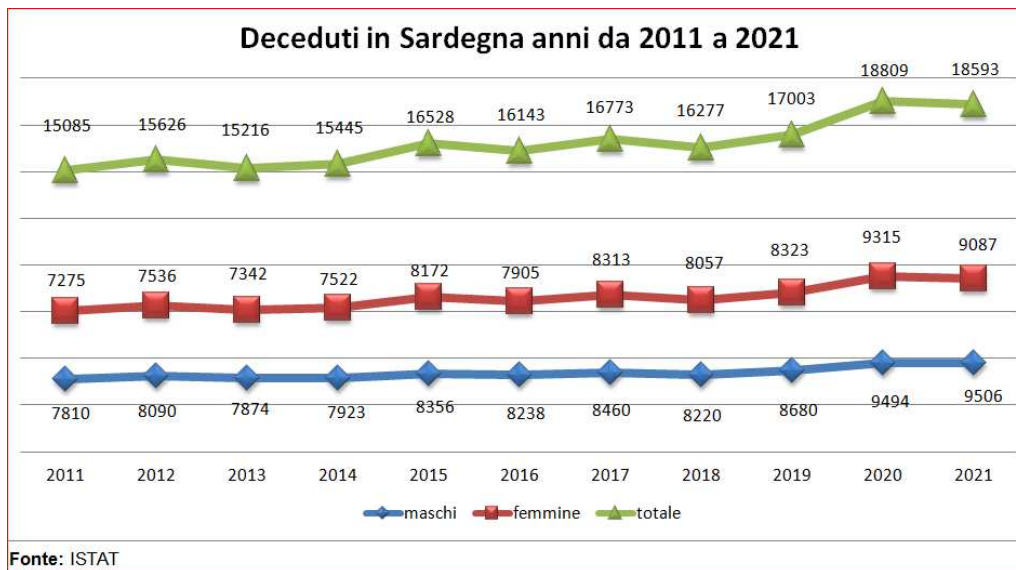


Figura 8: Deceduti: andamento anni 2011-2021, con distinzione per sesso (Fonte elaborazione su Dati ISTAT)

1.2 CONTESTO EPIDEMIOLOGICO E AZIONI POSTE IN ESSERE VOLTE AL CONTRASTO DELLA PANDEMIA DA COVID-19

L'attuale scenario pandemico generato dalla diffusione a livello globale dell'infezione causata dal virus denominato SARS-CoV-2 rappresenta una tra le più importanti emergenze di sanità pubblica della storia moderna.

L'emergenza affrontata in seguito alla pandemia da Covid-19 ha confermato la necessità di rafforzare le misure volte a migliorare la capacità del sistema sanitario di rispondere a un'eventuale ulteriore situazione di crisi, nonché a proseguire l'impegno nei programmi di prevenzione delle malattie infettive, garantendone applicabilità e sostenibilità.

Fondamentale risulta l'organizzazione per le emergenze infettive di qualsiasi natura, sviluppando sia azioni di prevenzione mirate alla riduzione dei rischi che ad interventi di redazione di procedure, piani e protocolli per la gestione delle principali tipologie di emergenza di sanità pubblica.

Per quanto riguarda la pandemia da SARS-CoV-2 in Sardegna, anche nel corso del 2021 sono state messe in atto molteplici attività volte a contrastarne la diffusione.

A livello regionale, la Presidenza della Regione nel corso del 2021 ha emanato 21 Ordinanze con le quali ha disposto misure straordinarie urgenti di contrasto e prevenzione della diffusione epidemiologica da COVID-19 nel territorio regionale della Sardegna.

Con Determinazione n. 242 protocollo n. 7546 del 22/03/2021 la RAS pubblica il secondo aggiornamento dell'elenco regionale dei laboratori di analisi privati, già autorizzati/accreditati ai sensi della normativa vigente, riconosciuti per l'effettuazione di test sierologici per la ricerca di anticorpi contro SARS-CoV-2 ai sensi della DGR n. 35/34 del 9luglio 2020", ulteriormente aggiornato con Determinazione del Direttore Generale della Sanità n. 445 del 20/05/2021, n. 1211 del 26/11/2021, n.1286 del 06/12/2021.

Con Determinazione n. 346 Protocollo n. 12773 del 30/04/2021 la RAS aggiorna i componenti dell'Unità di Crisi Regionale (U.C.R.), istituita con propria determinazione n. 60/1790 del 29.01.2020.

Con Determinazione del Direttore Generale della Sanità n.1011 del 18/10/2021 viene pubblicato il Protocollo operativo per il monitoraggio della circolazione di SARS-COV-2 nelle scuole primarie e secondarie di primo grado.

Nel mese di agosto vengono aggiornate le misure di quarantena e di isolamento raccomandate alla luce della circolazione delle nuove varianti SARS-CoV-2 in Italia ed in particolare della diffusione della variante Delta, con

circolare del Ministero della Salute del 12 agosto 2021 che aggiorna quanto riportato nella Circolare n. 22746 del 21/05/2021.

Nelle ultime tre settimane di agosto la Sardegna ha registrato il 13% di occupazione dei posti letto di terapia intensiva Covid e del 15% di quelli in area medica. I presidi sanitari ospedalieri sono stati messi seriamente sotto pressione, senza contare che la riconversione dei posti letto da destinare ai malati Covid ha una seria ripercussione sui pazienti con altre patologie, soprattutto tumorali.

A livello Aziendale l'ATS ha portato avanti la politica di gestione pandemica iniziata nel 2020, adottando una serie di provvedimenti atti alla gestione del fenomeno e al suo costante monitoraggio.

- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n.45 del 02/02/2021 “Covid -19 Piano preliminare di screening Sardi e Sicuri della popolazione”, la Direzione Aziendale prende atto della comunicazione dell'Università degli studi di Padova, inerente l'attività di collaborazione professionale a titolo gratuito del prof. Crisanti Andrea, Direttore del Dipartimento di Medicina Molecolare, ai sensi dell'art. 53 del Dlgs 165/2001, per un periodo di un anno con la decorrenza dalla data di comunicazione della stessa e affidare allo stesso il coordinamento scientifico e metodologico della campagna di screening “SARDI E SICURI” promossa dalla Regione, coadiuvato dalla Cabina di Regia multi professionale, composta da diversi professionisti afferenti all'ATS, approvando contestualmente il Piano preliminare di screening della popolazione “quale strumento flessibile che prevede una strategia integrata finalizzata a bloccare le catene di trasmissione e ridurre gli effetti di diffusione del virus [...]”;
- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n.47 del 02/02/2021 viene autorizzato l'affidamento, ex art. 63 c. 2 lett. c) del D.Lgs 50/2016, al fornitore ONIT Srl, già fornitore nell'ambito dell'attuale PMA di ATS Sardegna, dei servizi di manutenzione, supporto e assistenza del sistema informativo vaccinale AvacS utilizzato in ambito regionale per le campagne vaccinali ordinarie - dei servizi di supporto e delle attività evolutive del sistema AVacS per la gestione della campagna vaccinale straordinaria, nell'ambito dell'attuale emergenza sanitaria da COVID-19.
- Con la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 56 del 04/02/2021, n.153 del 11/03/2021 e n. 457 del 11/06/2021 vengono regolamentate le donazioni di beni e attrezzature sanitarie effettuate per l'emergenza Covid 19, mentre con Deliberazione n. 154 del 11/03/2021 vengono regolamentate le donazioni in denaro al 31.12.2020;
- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 79 del 09/02/2021 viene approvato, ai sensi dell'art. 27 del D.lgs. 50/2016, il progetto esecutivo inerente i lavori di adeguamento e le modifiche dei locali al secondo piano dell'Ospedale Marino – Regina Margherita di Alghero (ex degenza Ortopedia e RRF) finalizzati all'apertura, in regime di emergenza, di un reparto COVID-19 al fine di contrastare la diffusione della pandemia
- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 86 del 17/02/2021 viene adottato il Piano di vaccinazione anti-COVID19, aggiornato in seguito con Deliberazione n.277 del 16/04/2021;
- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 101 del 17/02/2021 viene disposto l'adeguamento di accessi e percorsi interni al reparto della terapia intensiva e del Pronto Soccorso nel corpo C del Presidio Ospedaliero di Ozieri, al fine di contrastare il diffondersi del COVID-19;
- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 103 del 17/02/2021 viene adottato il Regolamento Aziendale per il conferimento di incarichi individuali di lavoro autonomo finalizzati al contrasto del Virus COVID- 19;
- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n.158 del 11/03/2021 viene Approvata la convenzione con l'Università degli Studi di Cagliari - Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica per attività di

consulenza per la gestione del rischio stress-lavoro correlato nell'ambito dell'Emergenza Covid- 19;

- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 178 del 16/03/2021 viene approvato il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera per l'Emergenza Covid-19 ex art. 2 D.L. n. 34/2020 (convertito in L. 77/2020) individuando la quota parte dei fondi assegnati con DGR 35/38 del 09.07.2020 per PL Terapia intensiva e sub intensiva e Pronto Soccorso;
- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 180 del 17/03/2021, n. 406 del 27/05/2021 e n. 619 del 29/07/2021 viene indetta una manifestazione di interesse finalizzata alla formazione di un elenco di medici per lo svolgimento dell'attività di somministrazione del vaccino contro il COVID-19, in forma volontaria e gratuita. Con la Deliberazione n. 407 del 27/05/2021 e n. 631 del 04/08/2021 l'indizione della manifestazione di interesse è riservata agli infermieri, sempre per lo svolgimento dell'attività di somministrazione del vaccino contro il COVID-19, in forma volontaria e gratuita. Per le stesse finalità, con Deliberazione n. 408 del 27/05/2021 e n. 632 del 04/08/2021 viene indetta una manifestazione di interesse, finalizzata alla formazione di un elenco di CPS - Assistenti Sanitari. Gli elenchi vengono approvati con Deliberazione n. 205 del 22/03/2021. e n. 628 del 04/08/2021;
- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 183 del 22/03/2021, n. 460 del 15/06/2021 (rettificata dalla n. 652 del 11/08/2021), n. 586 del 21/07/2021, n. 652 del 11/08/2021 (parzialmente rettificata con la deliberazione n. 831 del 10/11/2021), n. 785 del 26/10/2021, n. 831 del 10/11/2021, n. 925 del 10/12/2021 e n. 926 del 10/12/2021 vengono ratificati gli interventi straordinari relativi ai servizi di pulizie, sanificazione e vigilanza presso i locali aziendali;
- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 211 del 26/03/2021 vengono disposte le Istruzioni Operative relative alle dimissioni dei pazienti nelle aree COVID;
- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 241 del 31/03/2021 viene aggiornata la convenzione tra ATS Sardegna, ARNAS G. BROTTU e AOU di Cagliari per la disciplina del trasferimento provvisorio di alcune Unità Operative a causa dell'emergenza Covid-19;
- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 258 del 14/04/2021 viene autorizzata l'assunzione a tempo determinato di risorse inquadrare in profili professionali diversi nell'ambito dell'emergenza Covid-19;
- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 264 del 15/04/2021 vengono ratificate le Determinazioni Dirigenziali n. 6733 del 24.12.2020, n. 6744 del 28.12.2020 e n. 6855 del 31.12.2020 inerenti l'Ospedale Marino Regina Margherita di Alghero relative all'apertura, in regime di emergenza, di un reparto COVID-19;
- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 286 del 22/04/2021 vengono adottate le Linee di indirizzo per l'attività di potenziamento delle Cure Domiciliari Integrate Epidemia SARS-CoV-2
- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 451 del 11/06/2021 viene approvato lo schema di Convenzione tra Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari e ATS - Sardegna ASSL di Sassari per garantire prestazioni professionali in favore della ASSL di Sassari, presso lo Stabilimento di Alghero Ospedale Marino, Centro Covid+;
- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 470 del 16/06/2021 viene approvato il progetto esecutivo COVID-19 per lavori di installazione di climatizzatori a colonna con sistema ad espansione diretta aria-aria per la climatizzazione dei locali degli HUB Vaccinali di Promocamera - Sassari, Mariotti - Alghero, San Nicola – Ozieri;
- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 561 del 12/07/2021 viene adottata la determinazione positiva di conclusione del procedimento di Conferenza dei Servizi indetta per l'esecuzione dei lavori del

Pronto Soccorso del P.O. SS Trinità di Cagliari per l'impiego della sala d'attesa, per la realizzazione di nuovi servizi igienici per l'O.B.I. mediante interventi di rimodulazione degli spazi interni e per la realizzazione di nuovi spogliatoi esterni al padiglione;

- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 624 del 30/07/2021 viene disposta l'acquisizione in somministrazione lavoro temporaneo di n. 15 Farmacisti non specializzati (Cat. D) per l'emergenza COVID-19, poi sospesa per mesi 6 (sei) con Deliberazione del n. 682 del 08/09/2021;
- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 627 del 04/08/2021 vengono recepite le Determinazioni della Centrale di committenza regionale (prot. n. 3948, Rep. n. 217 del 20/05/2021 e n. 238 Prot. 4143 del 27/05/2021 - POR FESR 2014 - 2020 Asse VII - Azione 9.3.8 - Procedura aperta in urgenza), per la fornitura di dispositivi medici, dispositivi di protezione individuale e guanti destinati alle Aziende sanitarie della Regione Autonoma della Sardegna nell'ambito dell'emergenza COVID19;
- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 651 del 11/08/2021 viene formalizzato l'avvenuto affidamento in via d'urgenza al R.T.I. COVISIAN – ENGINEERING INGEGNERIA INFORMATICA, a far data dal 01/06/2021, dei servizi di gestione del numero verde regionale 800311377 per l'emergenza Covid;
- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 658 del 27/08/2021 viene approvato il Piano di Recupero Liste di Attesa Covid 19 (Applicazione DGR n. 29/14 del 21.07.2021) per l'acquisto, dalle strutture private accreditate, delle prestazioni di assistenza specialistica e di assistenza ospedaliera Covid 19;
- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 750 del 04/10/2021 viene approvato il Piano di Recupero Liste di Attesa Covid (DGR n. 38/34 del 21.09.2021), con il quale vengono assegnate alle strutture private accreditate afferenti alla ASSL di Sassari, le ulteriori risorse integrative per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica e di assistenza ospedaliera;
- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 792 del 26/10/2021 viene approvato e adottato il piano "Aggiornamento indicazioni generali, ad interim, per la ripresa graduale dell'attività specialistica ambulatoriale in corso di emergenza COVID-19";
- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 868 del 18/11/2021 viene approvato e adottato il documento aggiornato "Prestazioni specialistiche di riabilitazione fisica in corso di emergenza COVID-19";
- Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 883 del 23/11/2021 viene autorizzato il servizio di noleggio e installazione di tensostruttura per l'area tamponi (Covid point) in modalità drive-in per la ASSL Olbia.

1.3 IL CONTESTO INTERNO E L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

La Legge Regionale 27 luglio 2016, n. 17 ha modificato l'assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale, istituendo l'Azienda per la Tutela della Salute.

L'ATS è una Azienda sanitaria parte integrante del sistema del Servizio Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna e del sistema del Servizio Sanitario Nazionale, dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione e di autonomia imprenditoriale.

L'ATS nasce dalla fusione per incorporazione delle sette ASL nell'azienda incorporante di Sassari pertanto l'ambito territoriale dell'Azienda coincide con quello della Regione Autonoma della Sardegna.

Nell'ambito dell'ATS, al fine di garantire il perseguimento dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza, la partecipazione degli enti locali e dei cittadini alla programmazione socio-sanitaria e il coordinamento con le attività socio-sanitarie e sociali, sono istituite otto aree socio-sanitarie, corrispondenti ai territori delle cessate Aziende Sanitarie Locali.

L'ATS, sulla base degli atti di indirizzo deliberati dalla Giunta regionale e delle direttive dell'Assessorato competente in materia di sanità, svolge le funzioni di:

- a) programmazione aziendale e gestione complessiva dell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- b) omogeneizzazione e armonizzazione dei processi gestionali nel territorio regionale in coordinamento con l'attività delle altre aziende sanitarie;
- c) accentramento, per quanto di competenza di tutte le aziende sanitarie della Sardegna, dei processi di aggregazione della domanda di beni e servizi e di approvvigionamento degli stessi;
- d) gestione accentrata, secondo gli indirizzi della Giunta regionale e nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 18, comma 1, della legge regionale n. 10 del 2006 per quanto attiene le aziende ospedaliero-universitarie, per tutte le aziende sanitarie della Sardegna, delle procedure concorsuali e selettive, del trattamento economico del personale, dei magazzini e della relativa logistica, delle reti informatiche e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, delle tecnologie sanitarie e della valutazione dell'impatto delle stesse;
- e) gestione accentrata, secondo gli indirizzi della Giunta regionale, per tutte le aziende sanitarie della Sardegna, delle procedure di gara per la progettazione, realizzazione, manutenzione, alienazione, concessione e locazione degli immobili costituenti patrimonio delle stesse;
- f) definizione degli accordi con le strutture pubbliche ed equiparate e stipula dei contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, ai sensi dell'articolo 8 della legge regionale n. 10 del 2006, in coerenza con la programmazione territoriale di cui all'articolo 4, comma 5, lettera a);
- g) accentramento delle procedure di organizzazione dei percorsi di formazione ECM.

Il modello organizzativo dell'ATS prevede la seguente articolazione:

- 1) Direzione Aziendale: Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo
- 2) Strutture e funzioni di staff della Direzione Aziendale (Tecnostruttura): supporto tecnico e metodologico alla direzione aziendale per lo svolgimento delle attività di governo ed indirizzo strategico, di pianificazione, programmazione e controllo e di definizione degli standard di funzionamento dell'Azienda;
- 3) Strutture e funzioni amministrative e tecniche della Direzione Aziendale organizzate in Dipartimenti Strutturali:
 - attività di supporto operativo per l'efficiente ed efficace gestione dell'Azienda;
 - ricerca dell'efficienza organizzativa attraverso la realizzazione di buone pratiche gestionali;
 - gestione dei processi al servizio della produzione ed erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- 4) Strutture della linea intermedia, individuate nelle Direzioni di Area Socio Sanitaria Locale: collegamento e coordinamento, per ogni area territoriale individuata, tra il vertice strategico aziendale e il nucleo operativo;
- 5) Strutture della linea operativa: complesso delle attività di produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, nonché delle connesse attività di stretto supporto che concorrono direttamente alla produzione ed erogazione dei detti servizi e prestazioni: Distretti, Presidi Ospedalieri Unici, Dipartimenti ospedalieri e territoriali, Dipartimento delle professioni sanitarie.

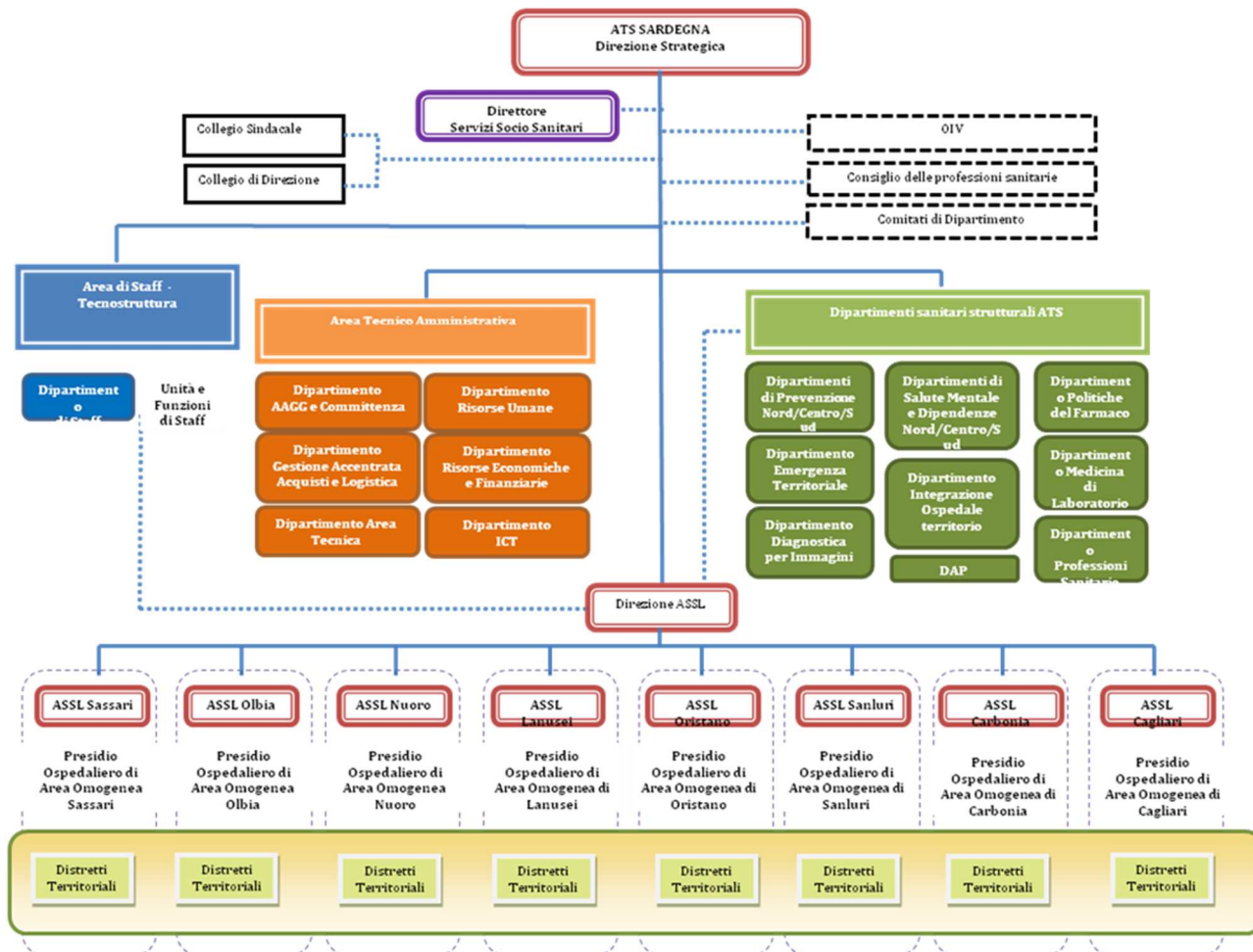


Figura 9: Organigramma ATS

Dal 1° gennaio 2022 prende l'avvio la Legge Regionale n. 24/2020 e s.m.i. che riordina il Servizio Sanitario Regionale pubblico e inaugura il nuovo corso della Sanità sarda. In tale nuovo contesto l'Azienda per la Tutela della Salute della Sardegna (ATS Sardegna) mantiene l'esclusiva competenza per la liquidazione di tutte le posizioni attive e passive e di tutte le cause pendenti, dalla data di costituzione dell'Azienda per la Tutela della Salute (01/01/2017) e di quelle facenti in precedenza capo alle sopresse Unità Sanitarie Locali e alle sopresse Aziende Sanitarie. Tutte le attività verranno espletate dal personale dell'Azienda Regionale della Salute (ARES Sardegna).

La Legge Regionale n. 24/2020 definisce il modello di governo del sistema sanitario regionale e ne avvia il processo di riforma secondo principi di equità ed universalità mediante disposizioni finalizzate a:

- garantire il conseguimento dei livelli essenziali di assistenza in maniera omogenea su tutto il territorio regionale
- affermare il diritto fondamentale dell'individuo e l'interesse della collettività alla efficiente ed efficace tutela della salute
- garantire la progressiva riduzione dei tempi d'attesa nell'accesso alle prestazioni sanitarie al fine di raggiungere la tempestività dei servizi erogati dal Servizio sanitario regionale
- avvicinare sensibilmente al cittadino e ai territori l'erogazione di tutte le prestazioni socio-sanitarie che non necessitano di percorsi di cura ospedalieri, soprattutto mediante una riorganizzazione complessiva della medicina territoriale

- e) riorganizzare la rete ospedaliera preservando le strutture utili alla produzione di servizi nei territori
- f) definire l'assetto istituzionale e organizzativo delle aziende sanitarie locali avendo riguardo alla particolare conformazione orografica della Sardegna, ai limiti della viabilità ed alle peculiari condizioni demografiche e del tessuto abitativo
- g) garantire l'uniforme miglioramento della qualità e dell'adeguatezza dei servizi sanitari e socio-sanitari
- h) adottare il metodo della prevenzione, anche attraverso la promozione di corretti stili di vita con particolare riguardo all'attività motoria, alla pratica sportiva e all'educazione alimentare e ambientale
- i) integrare forme innovative di assistenza come la telemedicina e favorire una sinergia virtuosa tra medicina del territorio e rete delle farmacie.

L'assetto organizzativo di tipo dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda. L'Azienda individua le competenze, proprie o delegate, attribuite ai Direttori di Dipartimento ed agli altri Direttori di struttura complessa.

I Dipartimenti si distinguono in strutturali e funzionali.

I Dipartimenti strutturali sono dotati di autonomia tecnico professionale nonché di autonomia gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuite, nonché di apposito Budget fissato dalla Direzione Generale.

I Dipartimenti funzionali, che non sono dotati di risorse e Budget, si configurano come un modello organizzativo che tende ad integrare le competenze e le conoscenze in una specifica area fra strutture omologhe o complementari e hanno come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico – assistenziale, favorendo l'acquisizione e il mantenimento di competenze tecnico- professionali adeguate, definendo percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali che possono caratterizzare le diverse articolazioni organizzative afferenti.

L'Azienda Tutela per la Salute (ATS) provvede all'erogazione dei Servizi Sanitari nel territorio di sua competenza, attraverso i propri servizi o attraverso l'acquisto di prestazioni da strutture pubbliche o private accreditate.

L'assistenza Ospedaliera di ATS è organizzata in 22 Presidi Ospedalieri a gestione diretta, dei quali 7 sono sede di D.E.A. di I livello (Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione), dove pertanto sono garantite oltre alle prestazioni fornite dalle unità operative di Pronto Soccorso, anche le funzioni di osservazione e breve degenza (OBI), di rianimazione, interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologia). Sono inoltre assicurate le prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini e trasfusionali.

Presidi Ospedalieri Unici di Area Omogenea - Dipartimento Strutturale delle attività dei Presidi Ospedalieri (DAP)	ASL	Codice struttura	Denominazione Struttura
POU ASSL CAGLIARI	Cagliari	200022	P.O. S.Giuseppe
		200025	P.O. R. Binaghi
		200026	P.O. Marino
		200031	P.O. Ss. Trinita'
		200035	P.O. San Marcellino
POU ASSL CARBONIA	Carbonia	200028	P.O.Sirai
		200029	P.O.Santa Barbara
		200030	P.O.Cto
	Lanusesi	200019	P.O. 'Nostra Signora Della Mercedes'

Presidi Ospedalieri Unici di Area Omogenea - Dipartimento Strutturale delle attività dei Presidi Ospedalieri (DAP)	ASL	Codice struttura	Denominazione Struttura
POU ASSL NUORO	Nuoro	200017	P.O. San Francesco
		200018	P.O. C. Zonchello
		200020	P.O. San Camillo
POU ASSL OLBIA	Olbia	200006	P.O. Paolo Dettori - Tempio P.
		200011	P.O. Paolo Merlo La Maddalena
		200012	P.O. Giovanni Paolo II Olbia
POU ASSL ORISTANO	Oristano	200021	P.O. 'A.G. Mastino' - Bosa
		200052	P. Ospedaliero 'San Martino' - Oristano
		200053	P. Ospedaliero 'G.P. Delogu' - Ghilarza
	Sanluri	200034	Presidio Ospedaliero N.S. Di Bonaria
POU ASSL SASSARI	Sassari	200002	Ospedale Civile Alghero
		200003	Ospedale Civile Ozieri
		200008	Ospedale Marino Alghero

Tabella 6: Assistenza ospedaliera: POU e Strutture ospedaliere per ASSL

L'assistenza Territoriale di ATS è organizzata in 24 Distretti Sanitari, intesi quali articolazioni delle ASSL, che nel rispettivo ambito territoriale governano la domanda sanitaria e organizzano l'assistenza primaria erogata dai servizi territoriali (D.Legs 229/99), le cui attività possono essere così riassunte:

- Assistenza primaria: Medico di Medicina generale, Pediatra di libera scelta, Continuità assistenziale
- Assistenza farmaceutica
- Assistenza specialistica extraospedaliera
- Assistenza protesica
- Consulitori
- Assistenza domiciliare integrata
- Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale per tossicodipendenti, disabili, handicap, anziani e altri soggetti non autosufficienti, malati psichiatrici, malati in fase terminale (hospice territoriale), malati affetti da HIV e patologie correlate
- Assistenza termale
- Rilascio tessere sanitarie
- Attestati di esenzione
- Prenotazione/erogazione prestazioni specialistiche
- Attività di coordinamento e di raccordo con le altre strutture aziendali (Ospedale, Dipartimento di prevenzione, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze).

Dipartimento funzionale delle attività dei Distretti (DAD)	ASSL	DISTRETTO
DAD ASSL SASSARI	Sassari	001-Sassari
		002-Alghero
		003-Ozieri
DAD ASSL OLBIA	Olbia	001-Olbia
		002-Tempio
		003-La Maddalena
	Nuoro	001-Nuoro
		002-Macomer

Dipartimento funzionale delle attività dei Distretti (DAD)	ASSL	DISTRETTO
DAD ASSL NUORO		003-Siniscola
		004-Sorgono
	Lanusei	001-Tortoli
DAD ASSL ORISTANO	Oristano	001-Oristano
		002-Ales-Terralba
		003-Ghilarza-Bosa
DAD ASSL SANLURI	Sanluri	001-Sanluri
		002-Guspini
DAD ASSL CARBONIA	Carbonia	001-Carbonia
		002-Iglesias
		003-Isole San Pietro e Sant'Antioco
DAD ASSL CAGLIARI	Cagliari	001-Cagliari - Area Vasta
		002-Area Ovest
		003-Quartu-Parteolla
		004-Sarrabus-Gerrei
		005-Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta

Tabella 7: Assistenza Territoriale: DAD e Distretti per ASSL

Il dipartimento di prevenzione è struttura operativa dell'unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.

DIPARTIMENTI PREVENZIONE	DI	ASSL
NORD		SASSARI
		OLBIA
CENTRO		NUORO
		LANUSEI
		ORISTANO
SUD		SANLURI
		CARBONIA
		CAGLIARI

Tabella 8: Dipartimenti di prevenzione

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) è una Struttura Operativa deputata a garantire la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione della popolazione a rischio o con patologie mentali e/o delle dipendenze.

DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	DI	ASSL
NORD		SASSARI
		OLBIA
CENTRO		NUORO
		LANUSEI
		ORISTANO
SUD		SANLURI
		CARBONIA
		CAGLIARI

Tabella 9: Dipartimenti di Salute mentale e dipendenze

1.4 LE RISORSE UMANE

Le Risorse Umane intese come l'insieme delle persone che a vario titolo prestano la propria attività presso un'azienda, oltreché l'insieme di competenze e professionalità che concorrono al processo produttivo dell'azienda, rappresentano l'elemento fondamentale, caratterizzante e distintivo dell'Azienda Tutela della Salute nel perseguimento della missione aziendale, sul quale investire per migliorare l'intero ecosistema dell'impresa.

L'Azienda per la Tutela della Salute è la più grande azienda del territorio regionale sia per dimensione e macro-articolazioni che per numero di dipendenti, nel 2021 conta 15.461¹ dipendenti di cui 13.428 a tempo indeterminato e 2.033 a tempo determinato.

Di seguito l'organico dell'azienda suddiviso per Ruolo e per tipologia contrattuale.

Ruolo	TDET		TIND		TOTALE		Δ 2021-2020	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	Valore	%
AMMINISTRATIVO	10	296	1.409	1.256	1.419	1.552	133	9,37%
PROFESSIONALE	1	1	40	36	41	37	- 4	-9,76%
SANITARIO	910	1.240	10.076	9.747	10.986	10.987	1	0,01%
TECNICO	314	496	2.335	2.389	2.649	2.885	236	8,91%
Totale complessivo	1.235	2.033	13.860	13.428	15.095	15.461	366	2,42%

Tabella 10: Personale ATS: distinzione per ruolo e tipologia contrattuale

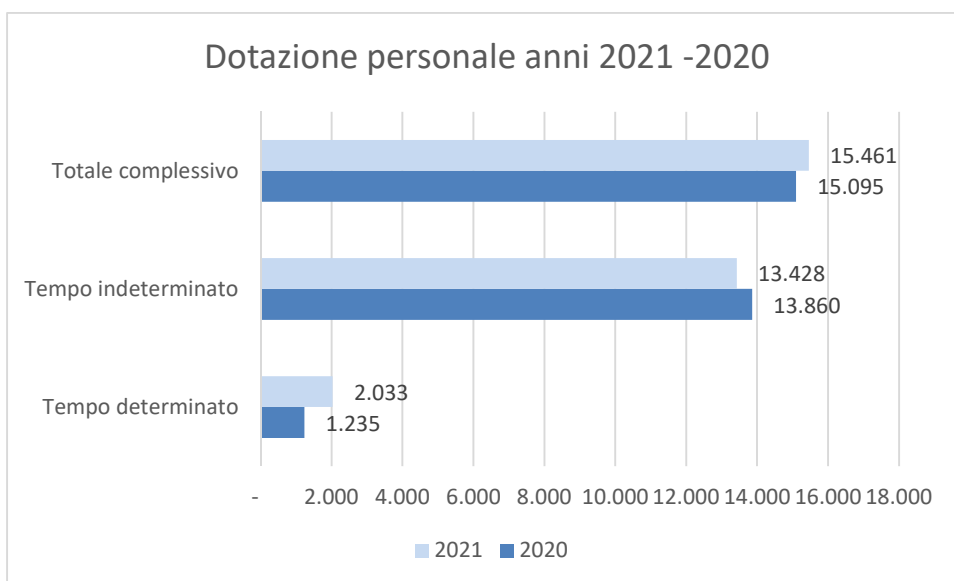


Figura 10: Personale ATS: confronto 2020-2021 per tipologia contrattuale

Il grafico seguente evidenzia che il 87% del personale di ATS è dipendente a tempo indeterminato mentre il restante 13% è a tempo determinato.

¹ Dato da analisi su anagrafica SiSaR_HR al 31.12.2021 – estrapolazioni al 27.01.2022.

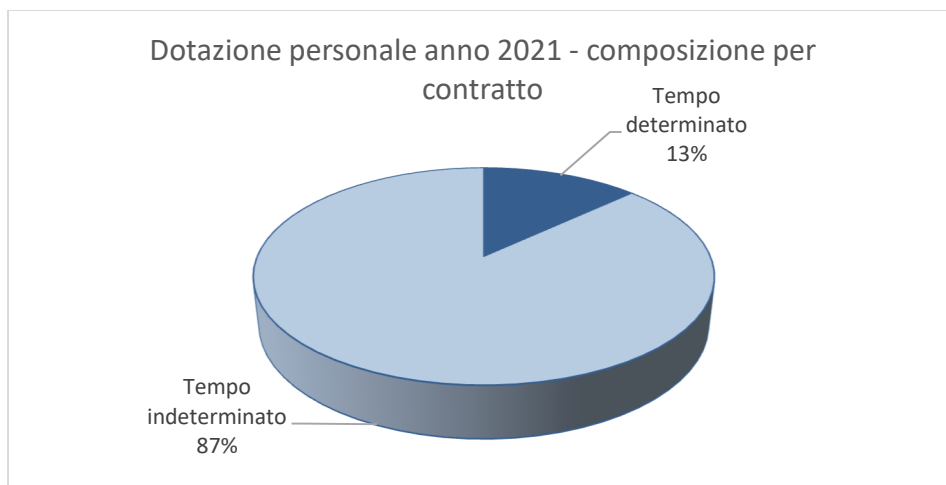


Figura 11: Personale ATS 2021: composizione per tipologia contrattuale

Si evidenzia un incremento del personale con contratto a tempo determinato che è cresciuto rispetto all'anno precedente passando da 1235 a 2.033 unità (+798). L'incremento maggiore si rileva per il personale del ruolo tecnico che passa da 2649 unità nel 2020 a 2885 unità nel 2021 (+236).

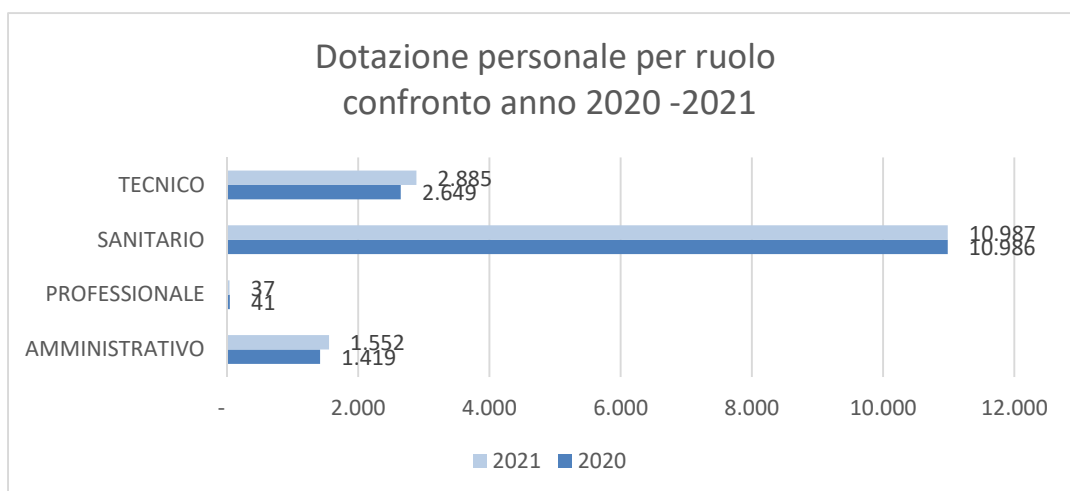


Figura 12: Personale ATS: dotazione personale per ruolo. Confronto anno 2021-2020

Ruolo	2020	2021	Δ 2021-2020
AMMINISTRATIVO	1.419	1.552	133
PROFESSIONALE	41	37	- 4
SANITARIO	10.986	10.987	1
TECNICO	2.649	2.885	236
Totale complessivo	15.095	15.461	366

Tabella 11: Personale ATS: dotazione personale per ruolo. Confronto anno 2021-2020

La tabella evidenzia un incremento complessivo di +366 unità di personale nel corso del 2021 rispetto all'anno precedente, giustificato in maggior misura dall'assunzione di personale per far fronte alla pandemia Covid-19. L'analisi per ruolo del personale dipendente evidenzia che il 71,6% dei dipendenti appartiene al ruolo sanitario, il 18,66% al ruolo tecnico e il 10,04% a quello amministrativo mentre appare scarsamente rappresentato il ruolo professionale 0,24%.

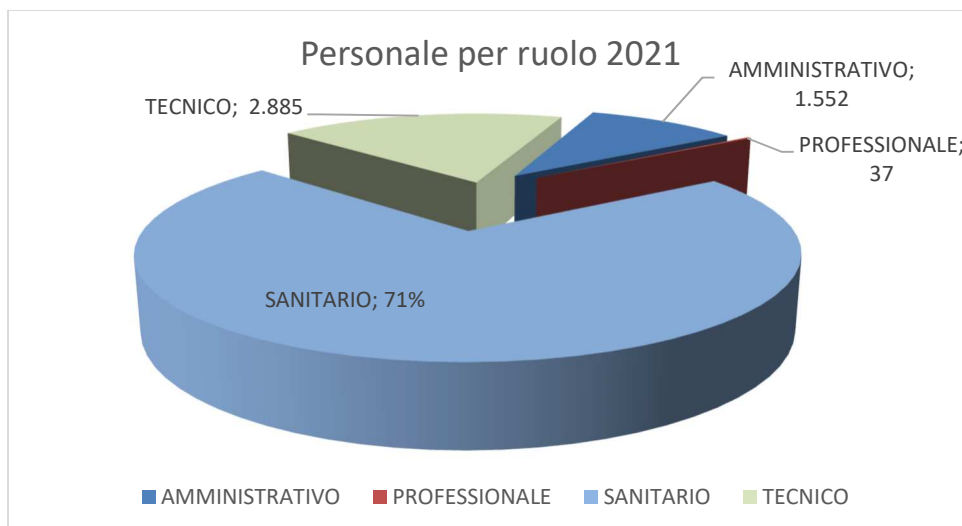


Figura 13: Personale ATS 2021: dotazione personale per ruolo.

L'analisi degli indicatori dei caratteri quali-quantitativi delle risorse umane evidenzia rispetto all'anno precedente un incremento complessivo di 366 maggiormente rappresentato nel ruolo tecnico (+236) dovuta soprattutto all'assunzione di maggiorepersonale per far fronte all'emergenza Covid-19 e per la sostituzione del personale fuoriuscito per maturazione dei requisiti di pensionamento. Con specifico riferimento al ruolo amministrativo si osserva che nel corso del 2021 vi è stato un incremento pari a 133 unità di personale. L'età media del personale ha subito un leggero decremento nel 2021 rispetto al 2020 di -0,6 spiegabile con l'assunzione di nuova forza lavoro.

Analisi caratteri qualitativi/quantitativi			
Dipendenti ATS	Numero al 31.12.2020	Numero al 31.12.2021	Δ 2021-2020
Numero totale dipendenti	15.095	15.461	366
Numero totale dipendenti ruolo sanitario	10.986	10.987	1
Numero totale dipendenti ruolo tecnico	2.649	2.885	236
Numero totale dipendenti ruolo amministrativo	1.419	1.552	133
Numero totale dipendenti ruolo professionale	41	37	-4
Numero totale donne	10.328	10.634	306
Numero totale uomini	4.767	4.827	58
Età media del personale	51,4	50,8	-0,6
Numero totale dei dirigenti	3.629	3.519	-111
Età media dei dirigenti	52,9	52,5	-0,4
Età media del personale dirigente femminile	51,2	50,8	-0,4
Età media del personale dirigente maschile	56	55	-0,2
% di dirigenti donne (sul totale dirigenti)	59%	60%	1%
% di dirigenti uomini (sul totale dirigenti)	41%	40%	-1%
% di dirigenti donne (sul totale personale)	12%	12%	0%
% di dirigenti uomini (sul totale personale)	10%	8%	-1%
Numero totale dipendenti a tempo indeterminato	13.860	13.428	-434
Numero totale dipendenti a tempo indeterminato donne	9.452	9.172	-280
Numero totale dipendenti a tempo indeterminato uomini	4.408	4.256	-154

Tabella 12: Personale ATS 2021: analisi caratteri qualitativi/quantitativi

L'analisi di genere evidenzia che 31.12.2021 le donne costituiscono il 68,78% del personale dipendente complessivo. Per quanto riguarda il profilo professionale, il 77% è costituito dal personale del Comparto ed il 23% da personale del ruolo Dirigenziale.

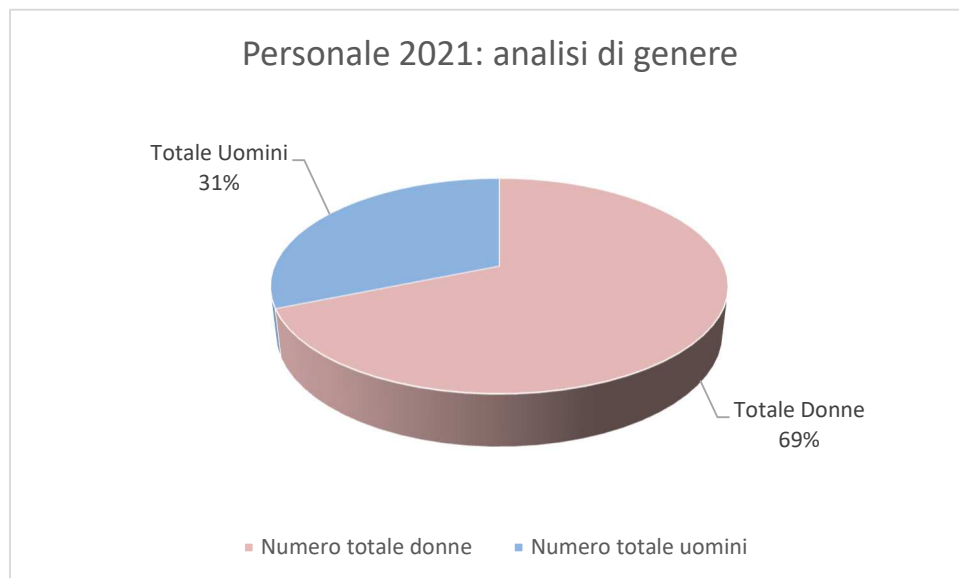


Figura 14: Personale ATS 2021: analisi di genere.

Rispetto al genere sul totale dei dipendenti le donne rappresentano il 69% circa del personale, e di queste il 12% ricoprono un ruolo dirigenziale.

Per contro il genere maschile rappresenta il 31% del totale, con una percentuale di Dirigenti rispetto al totale dei dipendenti pari al 8%.

I Dirigenti sono in totale 3.519, di cui 2.111 donne (60%) e 1.408 uomini (40%).

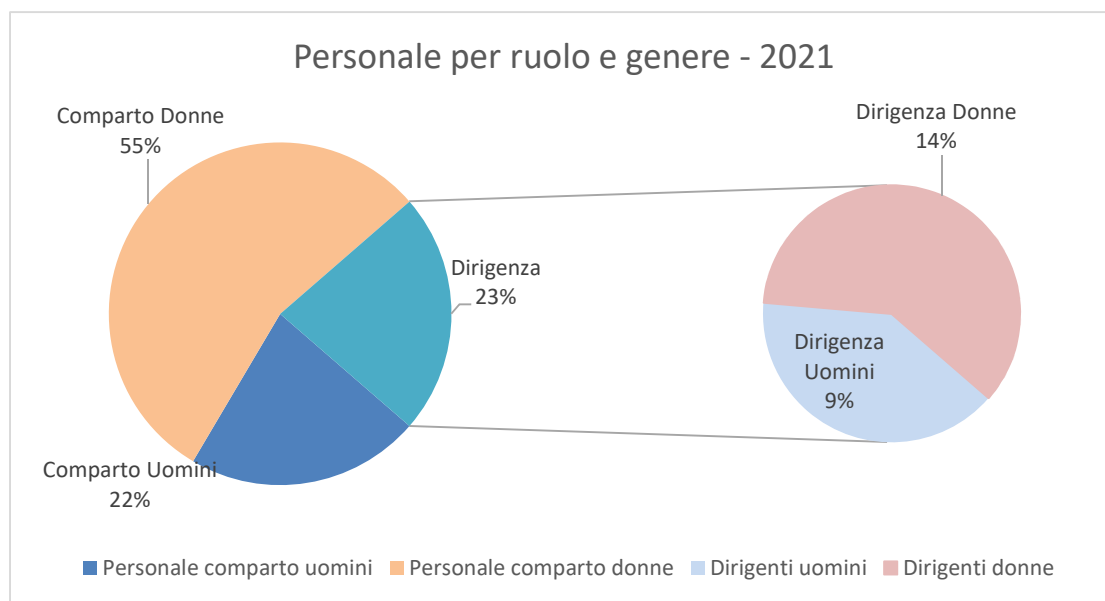


Figura 15: Personale ATS 2021: analisi per ruolo e genere.

1.5 LE RISORSE ECONOMICHE FINANZIARIE

L'analisi dei dati economico-finanziaria è svolta sulla base del bilancio d'esercizio 2021 di cui alla Deliberazione n. 160 del 12 aprile 2023 del Commissario Straordinario della Gestione Regionale Sanitaria Liquidatoria ATS.

I dati 2021 sono analizzati attraverso un confronto con l'anno 2020.

I costi della produzione

La seguente tabella evidenzia l'analisi dei costi di produzione per l'anno 2021

VARIABILI ECONOMICHE	2021	2020	Delta% 2021-2020
Acquisti	380.487.835	361.672.934	5,20%
Beni sanitari	374.594.695	356.066.071	5,20%
Beni non sanitari	5.893.140	5.606.863	5,11%
Prestazioni di Servizi	1.872.726.505	1.688.174.388	10,93%
Godimento beni di Terzi	23.666.992	19.802.355	19,52%
Personale	822.401.126	814.789.056	0,93%
Sanitario	673.038.885	670.629.711	0,36%
Professionale	3.765.301	3.572.300	5,40%
Tecnico	91.021.830	87.032.229	4,58%
Amministrativo	54.575.109	53.554.816	1,91%
Ammortamenti	45.418.809	42.818.523	6,07%
Variazioni Rimanenze di Magazzino	- 11.327.718	- 11.307.197	0,18%
Accantonamenti	116.326.090	136.799.190	-14,97%
Accantonamenti per rischi ed oneri	17.458.079	25.776.294	-32,27%
Altri accantonamenti	98.868.011	111.022.896	-10,95%
Oneri diversi di gestione	10.033.061	9.238.087	8,61%
Totale Costi della Produzione	3.259.732.700	3.061.987.336	6,46%

Tabella 13: Costi produzione: confronto anno 2021-2020

Il costo della produzione nell'anno 2021 ha registrato un incremento pari a circa 198.000€ (+6,46%), ascrivibile soprattutto ad un incremento dei costi per acquisti di beni sanitari (+18.000€) e soprattutto delle prestazioni di servizi (+184.000€): gli incrementi riguardano in particolare consulenze e collaborazioni esterne ascrivibili alla gestione dell'emergenza Covid-19.

Il grafico seguente rappresenta la composizione del costo totale della produzione per l'anno 2021.

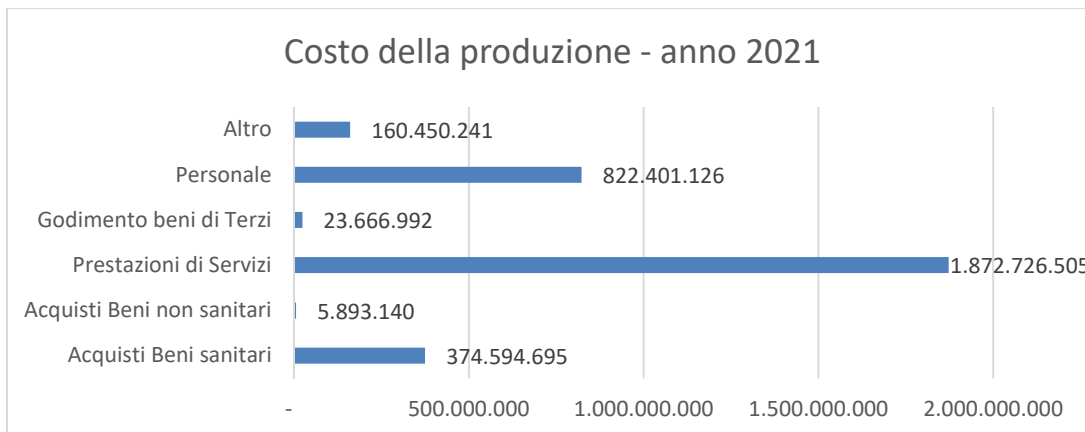


Figura 16: Costi della produzione: analisi aggregati.

Il seguente grafico mostra la composizione del costo di produzione, dove il peso più significativo è riscontrato nei costi per le prestazioni di servizi e nel costo del personale (in totale sommano l'82%).

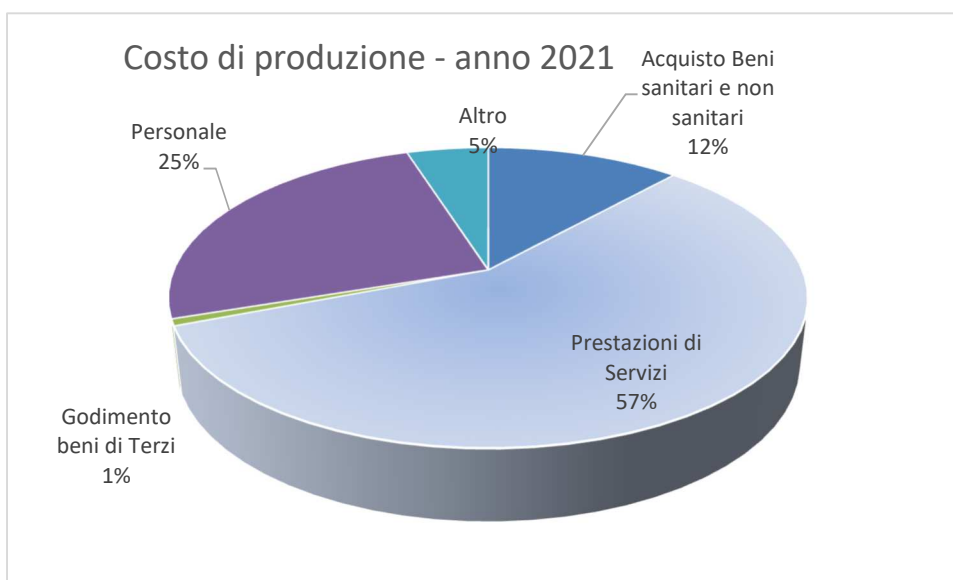


Figura 17: Costi della produzione: analisi aggregati.

La composizione della voce Acquisto beni che nel 2021 è cresciuta rispetto al 2020 del 5,20% è rappresentata nel grafico seguente, che conferma il rapporto tra Beni sanitari (98%) e non sanitari (2%) come nel 2020.



Figura 18: Costi della produzione: acquisti di beni.

Il seguente grafico rappresenta il differente peso dell'acquisto dei servizi sanitari (85%) rispetto a quelli non sanitari (15%), con un incremento in valore rispetto al 2020 di oltre 184.000€.



Figura 19: Costi della produzione: acquisti di servizi.

La struttura dei costi è rimasta invariata tra il 2020 e il 2021 (al netto dei costi COVID), confermando che le voci di costo a maggior impatto rispetto al volume complessivo sono Assistenza Ospedaliera (30,49%), Farmaceutica (15,39%), Assistenza Specialistica Ambulatoriale (13,41%) e Medicina di Base (12,14%).

D'altro lato la pandemia ha inciso rispetto al totale dei costi per servizi sanitari per 3,40% del totale, in particolare per i costi delle USCA, per i contratti di lavoro autonomo ai Medici specializzandi e per gli acquisti di prestazioni di assistenza ospedaliera dai privati accreditati.

Il costo del personale rispetto al 2020 è rimasto sostanzialmente invariato (+0,93%) ed è composto come nel grafico di seguito rappresentato

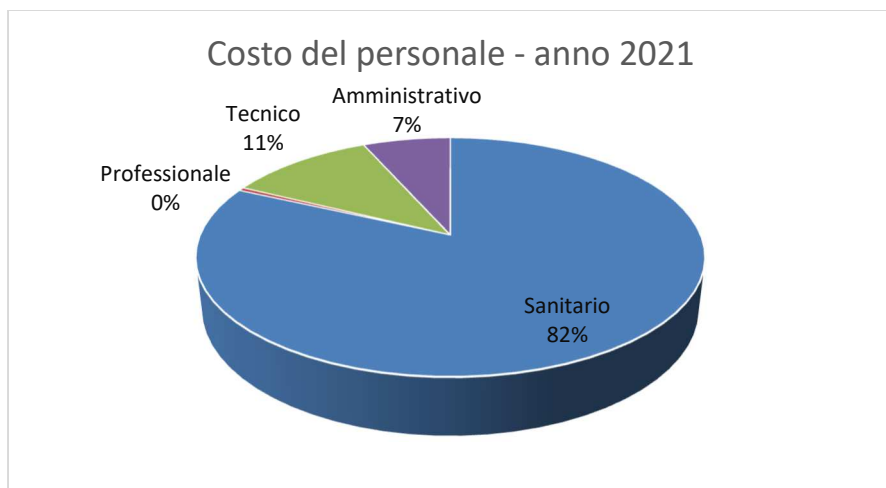


Figura 20: Costo del personale per profilo professionale.

Valore della produzione

Il valore della produzione nel 2021 registra un incremento del 6,63% (+207.000.000€ circa) rispetto al 2020, in ragione di maggiori contributi in conto esercizio (+158.000.000€) e di un incremento nell'utilizzo di contributi vincolati di esercizi precedenti (+24.000.000€).

Rispetto alla composizione del valore della produzione i Contributi in conto esercizio rappresentano il 94% del totale, in linea con il 2020.

VARIABILI ECONOMICHE	2021	2020	Delta% 2021-2020
Contributi in c/ esercizio	3.145.935.493	2.987.571.252	5,30%
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 14.641.335	- 15.026.057	-2,56%
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	39.294.034	15.233.677	157,94%
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	23.539.313	22.506.232	4,59%
Concorsi, recuperi e rimborsi	87.676.367	70.242.069	24,82%
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	13.807.593	10.352.106	33,38%
Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	41.042.630	38.129.241	7,64%
Altri ricavi e proventi	2.985.906	3.106.487	-3,88%
Totale valore della produzione	3.339.640.001	3.132.115.007	6,63%

Tabella 14: Valore della produzione: confronto anno 2021-2020

Vanno evidenziati in particolare gli incrementi significativi della voce di Utilizzo dei fondi relativi alle quote inutilizzate di contributi degli anni precedenti, a significare la ripresa dell'attività rispetto al forte rallentamento dovuto all'insorgenza della pandemia del 2020.

Raffronto Valore della Produzione e Costi della Produzione

Dal confronto tra il Valore ed i Costi della produzione, emerge che entrambe le dimensioni sono cresciute quasi secondo la medesima percentuale, che determina un sostanziale andamento in termini di differenziale percentuale nel risultato della gestione caratteristica (+2%)

Confronto Valore e Costo della produzione	2021	2020	Delta% 2021-2020
Valore della produzione	3.339.640.001	3.132.115.007	6,63%
Costi della produzione	3.259.732.700	3.061.987.336	6,46%
Differenza VP - CP	2%	2%	

Tabella 15: Differenza tra Valore e costo della produzione: confronto anno 2021-2020

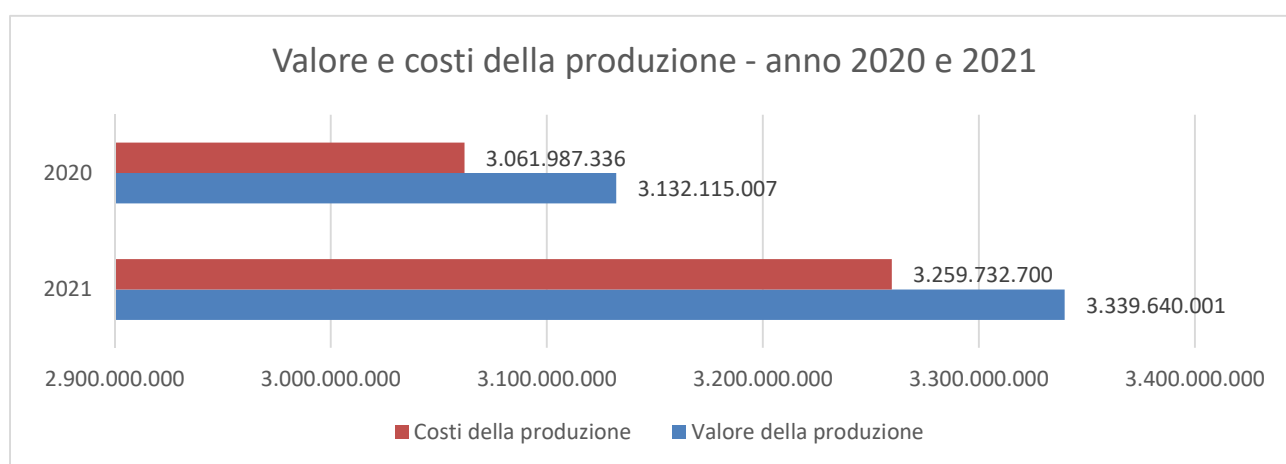


Figura 21: Valore e Costo del personale: confronto anno 2020 e 2021.

Il grafico seguente mostra l'andamento del valore e del costo della produzione nell'ultimo triennio.

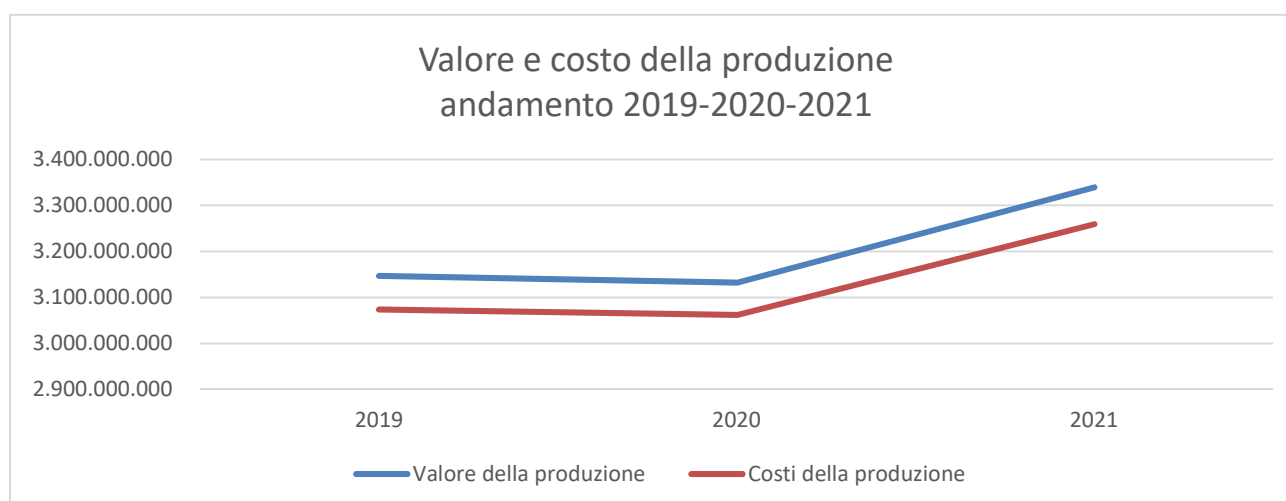


Figura 22: Valore e Costo del personale: andamento anno 2020 e 2021.

Andamento 2019-2020-2021	2019	2020	2021
Valore della produzione	3.147.081.993	3.132.115.007	3.339.640.001
Costi della produzione	3.073.753.334	3.061.987.336	3.259.732.700

Tabella 16: Valore e costo della produzione: andamento anno 2019-2020-2021

L'andamento nel triennio del Valore e del Costo della produzione è sostanzialmente costante nel differenziale della gestione caratteristica, seppur con una leggera flessione dei valori di entrambe le grandezze nel 2020 rispetto al 2019 e una crescita evidente nel 2021.

2 Il Sistema di Gestione del Ciclo della performance

L'Azienda per la Tutela della Salute (ATS) ha avviato il Sistema di Gestione del Ciclo della Performance con la finalità di adeguarsi agli adempimenti richiesti dal Decreto Legislativo 150/2009 e ss.mm.ii. in materia di valutazione delle performance organizzative e individuali. Le finalità di tale impianto metodologico sono ravvisabili da un lato nel miglioramento della qualità dei servizi pubblici, dall'altro nell'ottimizzazione dei costi dei servizi erogati attraverso un progressivo miglioramento degli standard economici.

Di fatto va riconosciuto che la valutazione delle performance rappresenta un ambito di iniziativa che richiede un grande sforzo, in tal senso l'attuazione degli indirizzi e degli adempimenti previsti dal Decreto Legislativo 150/2009 e ss.mm.ii costituiscono un obbligo/stimolo a compiere un salto di qualità per il miglior funzionamento dell'intero sistema gestionale dell'Azienda. L'impianto metodologico si basa, in particolare, sulla definizione e adozione del:

- **Piano della Performance;**
- **Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance;**
- **Relazione sulla Performance.**

L'attuazione del succitato D.Lgs, come mostra il diagramma sottostante, si fonda infatti su un processo circolare ad ampio raggio che parte da una prima fase di pianificazione degli obiettivi attraverso il Piano Triennale delle Performance. Il Piano è stato adottato da ATS con delibera n. 288 del 08/05/2017 e aggiornato successivamente con delibera n. 130 del 31/01/2018 (rettificato con delibera n. 225 del 13/02/2018), n°94 del 31.01.2019, n.68 del 31/01/2020 e n.44 del 29/01/2021. Il Piano, ai sensi dell'art. 10, lett. a) del citato D. Legislativo, costituisce: "un documento programmatico triennale, da adottare in coerenza con il ciclo della programmazione finanziaria e di Bilancio, che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori necessari alla misurazione e valutazione della performance dell'intera Azienda, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale con rispettivi indicatori". Il Piano definisce dunque gli elementi fondamentali "Obiettivi, Indicatori e Target" su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

La seconda fase del sistema di gestione del ciclo della performance è quella della misurazione della performance organizzativa e individuale attraverso lo sviluppo del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP). Con tale strumento si definiscono le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti, le responsabilità del processo, le "procedure di conciliazione", le modalità di raccordo e integrazione con i sistemi di controllo esistenti e con il sistema informativo; le modalità di raccordo e integrazione con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio. ATS ha adottato il proprio SMVP con delibera n°445 del 21/06/2017, aggiornato con delibera del Commissario Straordinario n°221 del 07.04.2020 e integrato dalla Deliberazione del Commissario Straordinario n. 506 del 30/06/2021.

Infine, la terza e ultima fase termina con la rendicontazione dei risultati alla Direzione e ai cittadini attraverso la Relazione sulla Performance.

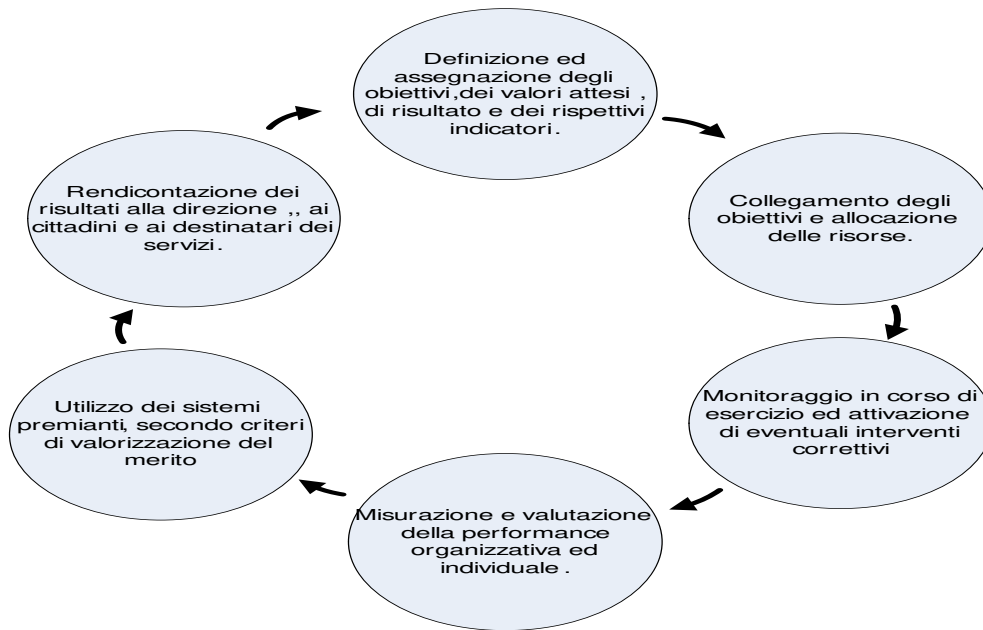


Figura 23: Fasi del ciclo della performance.

Nel 2021 il Ciclo di Gestione della Performance dell’Azienda per la Tutela della Salute (ATS) si sviluppa secondo le fasi qui di seguito descritte in maniera sintetica:

1. definizione degli obiettivi aziendali di interesse regionale su cui è misurata la **performance aziendale**;
2. negoziazione degli obiettivi di budget con i Direttori di ASL e sottoscrizione delle relative schede di budget;
3. assegnazione formale alle Strutture ATS e di ASL degli obiettivi di budget su cui si è misurata la **performance organizzativa**;
4. monitoraggio periodico e reporting della performance aziendale e della performance organizzativa;
5. valutazione della **performance individuale**;
6. validazione del ciclo di gestione della performance organizzativa, in ogni sua fase, da parte dell’Organismo Indipendente di Valutazione della Performance.

Gli obiettivi aziendali, trasferiti alle diverse articolazioni organizzative, si articolano nelle aree strategiche come rappresentato dal seguente albero della performance:

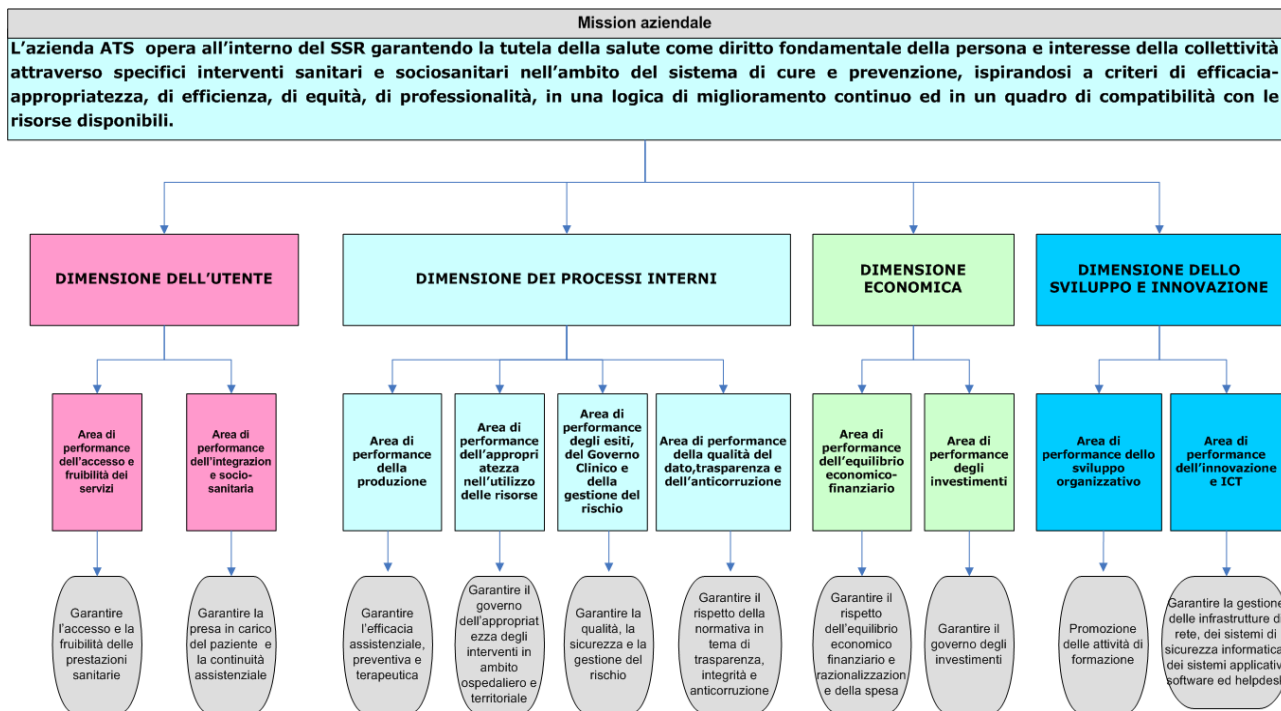


Figura 24: Albero della performance.

Nella logica dell'albero della performance il mandato istituzionale e la missione sono articolati in Dimensioni e Aree strategiche a cui sono associati, laddove sia possibile la loro identificazione, gli outcome attesi. A riguardo, al fine di rappresentare in modo comprensibile ed efficace le aree strategiche dell'Azienda, si è scelto di utilizzare la prospettiva del Balanced scorecard. Il Balanced Scorecard (BSC) è uno strumento di supporto nella gestione strategica delle aziende che permette di tradurre la mission e la strategia aziendale in un insieme coerente di misure di attività e risultati, facilitandone la misurabilità.

Il BSC è suddiviso in quattro Aree strategiche:

- **DIMENSIONE DELL'UTENTE**

Esprime per l'Azienda la necessità di garantire la presa in carico del paziente, l'accesso e la fruibilità delle prestazioni sanitarie oltreché la continuità assistenziale;

- **DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI**

Esprime per l'azienda la necessità di garantire l'efficacia assistenziale, preventiva, terapeutica oltreché il governo dell'appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero e territoriale e in ambito amministrativo;

- **DIMENSIONE ECONOMICA**

Esprime per l'azienda la necessità di un vincolo di compatibilità economica delle proprie attività e di economicità della gestione;

- **SVILUPPO E INNOVAZIONE**

Esprime per l'Azienda la necessità di prestare attenzione alla formazione del proprio personale, all'aggiornamento scientifico e tecnologico.

3 I risultati raggiunti dall'Azienda Tutela della Salute (ATS) – Anno 2021

L'esercizio 2021, così come l'anno precedente, è stato connotato da due fattori che hanno inevitabilmente caratterizzato l'attività e le dinamiche economico-finanziarie e gestionali, nonché gli aspetti organizzativi-istituzionali:

- nelle dinamiche epidemiologiche derivanti dalla prosecuzione della pandemia da Sars-Cov 2 (COVID-19) e conseguenti modulazioni di risorse per far fronte alle misure preventive e di gestione dell'emergenza sanitaria, con particolare riguardo alla gestione dell'attività vaccinale, e alla contestuale riorganizzazione nella prospettiva della riapertura di tutti i servizi, che avevano subito un rallentamento a causa della pandemia nonché garantire i Livelli Essenziali di Assistenza;
- la riforma del sistema sanitario regionale prevista dalla L.R. 24/2020 è entrata nella fase attuativa, attraverso la prosecuzione del commissariamento dell'ATS Sardegna, così come previsto dall'art.47, contraddistinta dalla attività di predisposizione degli strumenti operativi e organizzativi attraverso la definizione dei piani di scorporo e il lavoro dei Cantieri per la definizione dei processi necessari per garantire la continuità dell'erogazione dei servizi sanitari e socio sanitari, nonché la continuità dell'azione amministrativa nella nuova veste definita dalla Legge di riforma.

Pur nella prosecuzione della straordinarietà della gestione la presente relazione evidenzia i risultati di performance con riferimento agli obiettivi strategici definiti nel Piano della performance 2021, di seguito sintetizzati

1. Progetto di scorporo;
2. Governo dell'emergenza da Covid-19;
3. Campagna vaccinale;
4. Governo delle prestazioni ambulatoriali e delle liste d'attesa;
5. Piano di riorganizzazione della rete assistenziale territoriale;
6. Governo ripresa della attività di ricovero ospedaliero e ambulatoriale in fase post-epidemica Covid-19.

1 Piano di scorporo.

L'attuazione della Legge di Riforma del SSR, con la legge regionale n. 32 del 23.12.2020, ha approvato un rinvio di 12 mesi dei termini per la costituzione delle nuove Aziende. Con le DGR n. 52/35 del 23.10.2020, n. 67/9 del 31.12.2020, n. 25/57 del 30.6.2021 e n. 36/25 del 31.8.2021, la Giunta regionale ha nominato e successivamente prorogato il Commissario straordinario dell'Azienda regionale della salute (ARES), con l'obiettivo di redigere il progetto di attivazione della nuova Azienda e provvedere all'espletamento delle operazioni di liquidazione dell'ATS, Sardegna, ai sensi dell'art. 47 della legge regionale n. 24 del 11/09/2020. Successivamente, con D.G.R. n. 49/74 del 17.12.2021 è stato Aggiornato l'allegato n. 1 del Piano preliminare regionale di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari di cui alla Delib.G.R. n. 36/47 del 31.8.2021 con la quale è stato adottato il Piano preliminare di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari che ha prodotto i primi effetti con i seguenti provvedimenti adottati nella prospettiva della riorganizzazione derivante dall'attuazione della L.R. 24/2020:

- Del. n. 999 - 23.12.2021 - Attuazione Legge Regionale 24/2020. Trasferimento del Presidio Ospedaliero A.Cao dall'Azienda ospedaliera Brotzu all'Azienda Socio Sanitaria n.8 di Cagliari. Linee operative.
- Del. n. 1000 - 23.12.2021 - Attuazione Legge Regionale 24/2020. Trasferimento Presidio Ospedaliero Marino-Regina Margherita di Alghero- all'AOU Sassari. Linee operative.

2. Governo dell'emergenza da Covid-19

L'ATS Sardegna, in ottemperanza alle direttive nazionali e regionali, con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 36 del 19.11.2020, ha adottato il Piano di intervento di emergenza COVID-19, nel quale è stata elaborata una strategia strettamente collegata alle possibili evoluzioni stimate di andamento della curva epidemica, in cui sono previste l'insieme delle azioni da mettere in campo per il governo della diffusione del virus e l'efficace controllo dei focolai e dei cluster epidemici. Il Piano è stato rivolto a fornire una risposta efficace in termini organizzativi e strategici, coinvolgendo i diversi soggetti chiamati ad intervenire in maniera sinergica con idonee misure ed azioni.

Da questo punto di vista, con la D.G.R. 23/39 del 22.06.2021 la Regione, attraverso la Rimodulazione della dotazione di posti letto dedicati alla gestione dei pazienti affetti da SARS-COV2, come aggiornamento della deliberazione della Giunta regionale 53/8 del 20/1/2020, ha provveduto ad una riprogrammazione dei Posti letto destinati al COVID, prevedendo una ripresa delle attività ordinarie, e nel contempo meccanismi di riorganizzazione in caso di recrudescenza della pandemia, secondo quanto previsto nella precedente Deliberazione della Giunta regionale 58/3 del 20.11.2020.

Posti letto COVID-19 - Terapia intensiva				
Area	Azienda/ASSL	Presidio	Attivi al 18/6/2021	Nuova programmazione
NORD	MATER OLBIA	Mater Olbia	6	0
	AOU SASSARI	Cliniche San Pietro Sassari	42	8
CENTRO	ATS ASSSL NUORO	San Francesco Nuoro	6	0
SUD	ATS ASSSL CAGLIARI	SS Trinità Cagliari	8	0
	ATS ASSSL CAGLIARI	Binaghi Cagliari	6	8
TOTALE			68	16

Tabella 17: Posti letto Covid-19 in terapia intensiva

Posti letto COVID-19 - Area Medica				
Area	Azienda/ASSL	Presidio	Attivi al 18/6/2021	Nuova programmazione
NORD	ATS ASSSL SASSARI	Marino Alghero	20	8
	AOU SASSARI	Cliniche San Pietro Sassari	40	20
	LABOR SPA	Policlinico Sassarese	12	0
	MATER OLBIA	Mater Olbia	28	0
CENTRO	ATS ASSSL NUORO	San Francesco Nuoro	32	16
	ATS ASSSL ORISTANO	Delogu Ghilarza	15	0
SUD	ATS ASSSL CAGLIARI	Binaghi Cagliari	87	62
	ATS ASSSL CAGLIARI	SS Trinità Cagliari	90	0
	KORIAN	KINETIKA Cagliari	26	0
TOTALE			350	106

Tabella 18: Posti letto Covid-19 in Area Medica

3. Campagna vaccinale

L'attività vaccinale si è caratterizzata dal progressivo ampliamento della sfera dei destinatari, sulla base delle indicazioni fornite dalle disposizioni prevalentemente Ministeriali. Col D.M. del 2 gennaio 2021, è stato adottato il Piano strategico per la vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID19, a seguito dell'approvazione da parte dell'AIFA del primo vaccino anti COVID19, che ha subito successivi aggiornamenti finalizzati alla accelerazione della campagna vaccinale. ATS Sardegna ha adottato il Piano di vaccinazione anti-COVID-19 con la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 86 del 17/02/2021, con l'obiettivo di dotarsi di un modello organizzativo per garantire la vaccinazione in tutte le ASSL nel rispetto dei gruppi di popolazione target definiti

a livello nazionale. È stato adottato un modello organizzativo fondato su HUB Vaccinali o Punti Vaccinali Territoriali Straordinari (PVTS) presso i quali convogliare le persone attraverso un sistema di chiamata o di prenotazione. Sono stati inoltre predisposti team vaccinali, attraverso le USCA, per la vaccinazione a domicilio nel territorio a favore delle persone fragili impossibilitate al raggiungimento degli HUB o dei presidi territoriali. Contestualmente all'avvio della campagna vaccinale, al fine di ridurre la circolazione del virus, individuando e tracciando i positivi sintomatici e asintomatici, è stata attivata e condotta la campagna di screening Sardi e Sicuri su tutto il territorio regionale. In concomitanza col periodo estivo inoltre è stata attuata la campagna di screening presso i porti e gli aeroporti di arrivo in Sardegna.

4. Governo delle prestazioni ambulatoriali e delle liste d'attesa

Il governo delle prestazioni ambulatoriali e la gestione delle liste d'attesa è ormai da anni obiettivo strategico per tutte le Aziende del sistema sanitario regionale.

Le Liste Attesa consentono il monitoraggio delle 69 prestazioni di specialistica ambulatoriale e 17 di ricovero programmato, riportate rispettivamente nei paragrafi 5.2 e 5.3 del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) 2019-2021 approvato con la DGR n. 62/24 del 4 dicembre 2020. Ai fini del monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche-terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema (CUP) relativamente al problema di salute posto; sono escluse dai monitoraggi di cui al precedente punto tutte le prestazioni di controllo, le prestazioni di screening e le prestazioni con Classe U (Urgente).

Di seguito si riportano in ordine decrescente le prime 5 tipologie di prestazioni oggetto di monitoraggio, erogate fuori tempo, distinte per priorità B-D-P-U. Come si può notare la criticità maggiore interessa le prime visite oculistiche per priorità B-D il cui numero di prestazioni fuori tempo nel 2021 risultano aumentate rispettivamente di +69 e + 4249. Per la priorità P risultano aumentate le prestazioni fuori tempo per la mammografia bilaterale e per la priorità U risultano prestazioni fuori tempo per l'Elettromiografia semplice

Priorità-Prestazione PNGLA	2020	2021	2020-2021
B - entro 10 giorni-Prestazioni Fuori tempo			
LA_05 - Prima Visita oculistica	176	245	69
LA_56 - Elettrocardiogramma	308	374	66
LA_45 - Ecografia dell'addome completo	32	97	65
LA_04 - Prima Visita neurologica	198	244	46
LA_01 - Prima Visita cardiologia	258	298	40
D - entro 30 giorni (visite), entro 60 giorni (accertamenti specialistici);-Prestazioni Fuori tempo			
LA_05 - Prima Visita oculistica	3.545	7.794	4.249
LA_01 - Prima Visita cardiologia	1.417	5.315	3.898
LA_56 - Elettrocardiogramma	598	3.878	3.280
LA_04 - Prima Visita neurologica	835	2.678	1.843
LA_15 - Mammografia bilaterale	113	846	733
P - senza priorità-Prestazioni Fuori tempo			
LA_15 - Mammografia bilaterale	1.067	1.151	84
LA_40 - Diagnostica ecografica del capo e del collo	1.604	1.659	55
LA_14 - Prima Visita pneumologica	26	78	52
LA_16 - Mammografia monolaterale	89	111	22
LA_41 - Eco (color) dopplergrafia cardiaca	657	671	14
U - nel più breve tempo possibile, comunque se differibile, entro 72 ore;-Prestazioni Fuori tempo			

Priorità-Prestazione PNGLA	2020	2021	2020-2021
LA_64 - Elettromiografia semplice (EMG)	1	16	15
LA_09 - Prima Visita urologica	0	6	6
LA_50 - Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	7	12	5
LA_38 - RM della colonna in toto	3	7	4
LA_41 - Eco (color) dopplergrafia cardiaca	1	5	4
LA_05 - Prima Visita oculistica	35	38	3

Tabella 19: Piano Regionale Governo Liste d'Attesa: priorità prestazioni. (Fonte Abaco)

Le prestazioni oggetto di monitoraggio che nel 2020 hanno subito un forte rallentamento a causa della pandemia, in particolare a partire dal mese di aprile, nel corso del 2021 nel mese di novembre registrano un incremento che tuttavia non consente di registrare i numeri pre pandemia. Nelle tabelle e grafici seguenti si rappresenta il numero di prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio riferite agli anni 2020-2021, distinte per mese e ASL, erogate presso le strutture Pubbliche ATS, con esclusione delle prestazioni di Pronto Soccorso.

ASL	2020												Totale ASL
	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	
Sassari	13.137	13.864	3.568	946	1.613	2.978	4.297	3.825	7.680	8.295	6.608	6.966	73.777
Gallura	6.491	6.033	2.141	1.524	1.713	2.555	2.944	2.061	2.560	3.012	3.360	2.583	36.977
Nuoro	9.181	9.148	2.599	1.119	2.076	3.690	5.260	3.854	6.310	6.474	5.374	4.629	59.714
Ogliastra	2.126	1.987	597	408	630	848	1.174	754	1.380	1.578	1.342	1.273	14.097
Oristano	6.668	5.834	1.805	380	831	1.819	4.559	3.471	4.472	5.504	4.545	3.654	43.542
Medio Campidano	4.374	4.333	1.172	409	934	1.355	2.578	2.234	3.194	3.253	3.296	2.500	29.632
Sulcis	2.438	2.442	873	350	702	1.409	2.180	1.559	2.545	2.707	2.242	1.923	21.370
Cagliari	15.004	15.315	4.964	1.638	2.447	4.459	7.654	5.683	9.941	11.278	9.193	7.221	94.797
Totale ATS	59.419	58.956	17.719	6.774	10.946	19.113	30.646	23.441	38.082	42.101	35.960	30.749	373.906

ASL	2021												Totale ASL
	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	
Sassari	6.822	9.626	10.521	9.865	10.001	9.444	9.068	4.680	10.307	8.997	9.910	6.646	105.887
Gallura	3.970	4.938	5.916	4.998	5.073	4.512	5.020	2.987	4.623	4.973	4.710	3.713	55.433
Nuoro	4.946	5.785	7.084	5.680	5.590	5.181	4.460	2.953	5.273	5.259	5.304	4.564	62.079
Ogliastra	1.210	1.402	1.755	1.413	1.575	1.572	1.214	781	1.523	1.553	1.600	1.186	16.784
Oristano	3.757	4.723	5.533	4.667	4.894	4.760	4.349	2.944	4.709	4.722	4.868	4.176	54.102
Medio Campidano	2.358	3.093	3.584	3.216	3.210	3.300	2.863	2.304	3.313	3.079	3.110	2.683	36.113
Sulcis	1.686	2.147	2.435	1.942	1.927	1.922	1.753	1.035	2.091	2.534	2.546	1.725	23.743
Cagliari	7.121	9.156	11.366	9.937	10.814	9.936	9.134	6.404	9.980	10.910	11.445	9.887	116.090
Totale ATS	31.870	40.870	48.194	41.718	43.084	40.627	37.861	24.088	41.819	42.027	43.493	34.580	470.231

Tabella 20: Prestazioni oggetto di monitoraggio nelle strutture pubbliche ATS, escluse le prestazioni di Pronto Soccorso. (Fonte Abaco)

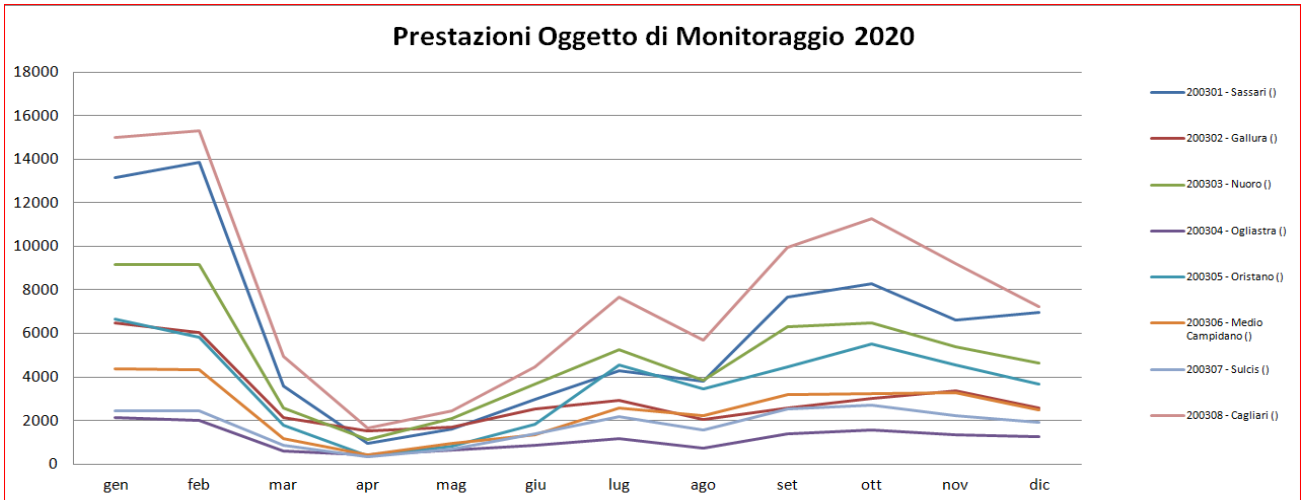


Figura 25: Prestazioni oggetto monitoraggio 2020.

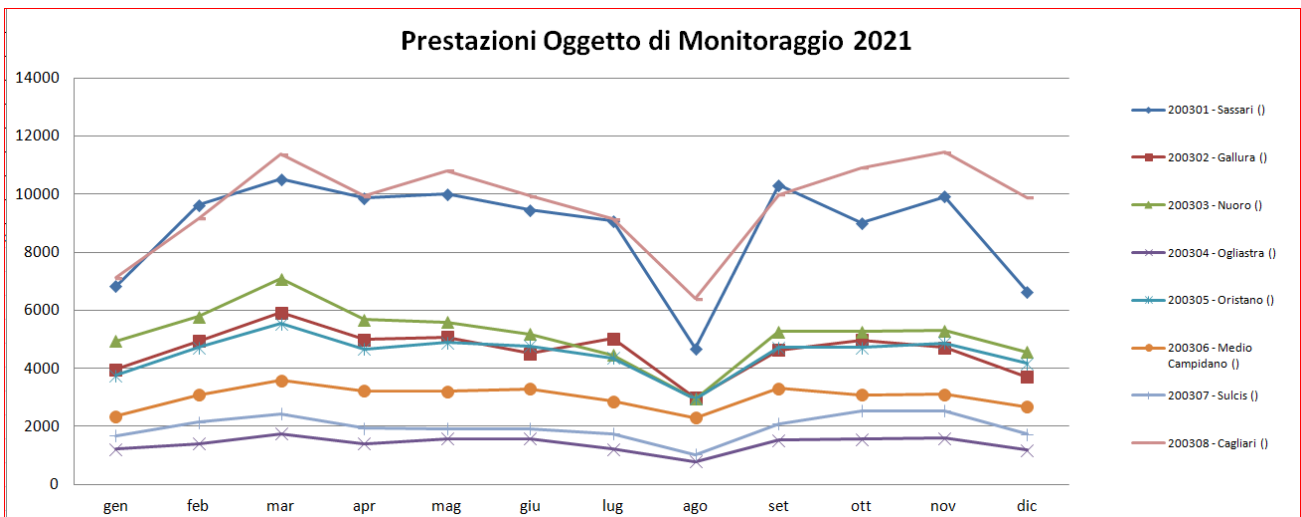


Figura 26: Prestazioni oggetto monitoraggio 2021.

5. Piano di riorganizzazione della rete assistenziale territoriale

Il 2021, pur risentendo della recrudescenza della pandemia, ha visto una ripresa delle attività di assistenza territoriale, sia della Specialistica Ambulatoriale che delle attività di Laboratorio e di Diagnostica, grazie alla progressiva riapertura degli ambulatori, seppur nel rispetto dei protocolli per il contenimento dell'infezione da COVID19.

In merito all'**assistenza** territoriale-domiciliare, si segnalano la prosecuzione dell'attività delle Unità speciali di continuità' assistenziale (USCA) presso l'articolazione Distrettuale delle ASL, in taluni casi a supporto delle attività in ADI per i pazienti positivi al COVID19 in modo tale da garantire un'adeguata assistenza domiciliare. Le criticità comuni a tutte le ASL sono da ricondurre, oltre che alle difficoltà legate alla ripresa in sicurezza relativamente al COVID-19, soprattutto per la carenza del personale.

Tra gli interventi maggiormente significativi delle ASL, sicuramente quello più impattante riguarda l'attività vaccinale, svolta negli Hub predisposti secondo il Piano vaccinale ATS e attraverso i PVT (Punto Vaccinale Territoriale), PVO (Punto Vaccinale Ospedaliero) e PVSR (Punto Vaccinale in Struttura Residenziale).

Per quanto concerne l'assistenza farmaceutica, si riportano di seguito le attività poste in essere dal Dipartimento del Farmaco nel corso del 2021 relativamente all'emergenza COVID:

- **campagna vaccinale:** l'inizio della campagna vaccinale ha determinato una riorganizzazione dei servizi di farmacia coinvolti nella movimentazione dei vaccini anti Covid-19. E' stato individuato presso la Farmacia Ospedaliera del Binaghi un Hub per lo stoccaggio e la distribuzione delle dosi di vaccino sul territorio Regionale. Le Farmacie Ospedaliere (spoke) dei territori delle ASL hanno interagito con l'Hub e con i singoli punti di somministrazione dei vaccini;
- **procedure per allestimento vaccini Covid ad uso dei MMG:** sono state predisposte 3 procedure per la gestione dei vaccini da parte dei MMG nella campagna vaccinale Covid-19 e si è inoltre provveduto in alcune strutture all'allestimento delle siringhe pronte da distribuire ai MMG;
- **gestione farmaci Covid (HUB):** analogamente a quanto previsto per i vaccini, anche per i farmaci antivirali e anticorpi monoclonali per il trattamento dei pazienti affetti da COVID-19 è stato individuato un HUB unico dedicato allo stoccaggio e distribuzione dei farmaci ai Centri Regionali individuati dall'Assessorato Regionale per il trattamento con tali farmaci (**1.** P.O. SS Trinità – Cagliari **2.** P.O. San Francesco – Nuoro **3.** A.O.U Sassari);
- **gestione tamponi:** nell'ambito del tracciamento dei nuovi casi di infezione, è stata messa a punto la gestione centralizzata dei tamponi molecolari presso due strutture farmaceutiche (**1.** P.O. SS Trinità – Cagliari **2.** P.O. San Francesco) e la distribuzione ai servizi di Igiene pubblica aziendali e ai servizi ospedalieri;
- **fase epidemica:** nell'esercizio 2021 sono state applicate le *“procedure per la gestione delle attività durante l'emergenza Covid-19”* approvate nell'esercizio 2020 nell'ambito degli obiettivi di budget. In particolare, alla luce dei DPCM emanati nel corso dell'anno 2021, i servizi farmaceutici hanno provveduto alla verifica della puntuale applicazione delle procedure di cui sopra e dei green pass del personale interno e dell'utenza autorizzata all'ingresso nei magazzini.

6. Governo ripresa della attività di ricovero ospedaliero e ambulatoriale in fase post-epidemica Covid-19.

Nel corso del 2021, considerando le strutture pubbliche e private e i dimessi da PL ordinari e day hospital, si riscontra un incremento di +7,47% dei ricoveri totali rispetto al 2020, dovuto soprattutto all'incremento di

ricoveri presso le strutture private che in questo momento così particolarmente delicato, hanno affiancato le strutture pubbliche affinché potesse essere superata la crisi sanitaria.

La graduale ripresa è stata possibile grazie ai provvedimenti adottati nonché alle azioni poste in essere dall'azienda, volti a garantire la normale ripresa delle attività ospedaliere, anche con il supporto dei privati accreditati. Il numero di dimissioni totali (pubblico e privato) è stato pari a 116.298 di cui il 96% in attività per acuti, il 4% in attività per non acuti (56 - Recupero E Riabilitazione Funzionale, 60 – Lungodegenti, 28 - Unità Spinale, 75 – Neuroriabilitazione); degli 111.612 ricoveri per acuti, il 72% è avvenuto in regime ordinario e il 28% in regime diurno; dei 4.686 ricoveri per non acuti, il 98% è avvenuto in regime ordinario e il 2% in regime diurno.

Per quanto riguarda le strutture pubbliche, anche nel corso del 2021 si è assistito ad una generale riduzione dei ricoveri ospedalieri presso le strutture pubbliche per posti letto ordinari con un decremento rispetto al 2020 di -3,22% punti. Per contro, si è registrato un incremento di +3,23% per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri per posti letto in day hospital.

Azienda Erogante	2020	2021	2021-2020	Δ%	2020	2021	2021-2020	Δ%
	Ricovero Ordinario				Day Hospital			
Sassari	5930	7232	1302	21,96%	1683	1528	-155	-9,21%
Gallura	8300	8110	-190	-2,29%	1849	2128	279	15,09%
Nuoro	11011	10492	-519	-4,71%	4148	3395	-753	-18,15%
Ogliastra	3569	4062	493	13,81%	364	639	275	75,55%
Oristano	7699	7328	-371	-4,82%	1799	1507	-292	-16,23%
Medio Campidano	4828	5161	333	6,90%	1167	1250	83	7,11%
Sulcis	7069	6420	-649	-9,18%	1926	2092	166	8,62%
Cagliari	13366	10975	-2391	-17,89%	4650	5615	965	20,75%
Totale complessivo	61.772	59.780	-1.992	-3,22%	17.586	18.154	568	3,23%

Tabella 21: Ricoveri ospedalieri – strutture pubbliche: ordinari e in Day Hospital (Fonte Abaco)

Per quanto riguarda la tipologia dei ricoveri, a livello aziendale si è assistito ad un decremento di -2,85% dei DRG chirurgici e -1,30% per i DRG medici. Rientrano tra i DRG N-Altro i seguenti codici

469 [N] - Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione

470 [N] - Non attribuibile ad altro DRG

Gli eventi epidemologici citati hanno avuto un notevole impatto sull'andamento degli indicatori sanitari comunemente utilizzati per la valutazione dell'attività ospedaliera ed ambulatoriale.

Di seguito l'analisi dell'andamento degli indicatori di PNE e l'offerta di attività ospedaliera e delle prestazioni ambulatoriali per l'anno 2020 di ATS SARDEGNA.

Indicatori Piano Nazionale Esiti (PNE)

Intervento Chirurgico Entro 2 Giorni a Seguito di Frattura del Collo del Femore nell'anziano (Struttura di Ricovero)

La scelta di tale indicatore riflette la necessità di valutare la rapidità della presa in carico ospedaliera e il tempo di risposta al bisogno di assistenza dei pazienti con frattura del femore; è infatti evidenziato dalla EBM che

Intervenire dopo le 48 ore dall'evento morboso comporta un sensibile incremento del rischio di mortalità e di disabilità, in particolare modo nei soggetti anziani, che rappresentano la classe a maggior rischio, in conseguenza del fisiologico processo di rallentamento dell'osteosintesi, della ridotta risposta agli stimoli ed all'insorgenza di deficit dell'equilibrio. La presenza di tali comorbidità impone anche la tempestività dell'intervento volta ad agevolare una pronta ripresa delle attività, onde scongiurare temibili eventi avversi quali TVP, embolie polmonari, piaghe da decubito che, in tali soggetti possono compromettere definitivamente la guarigione.

L'andamento di questo indicatore è stato pesantemente influenzato dalla riorganizzazione dei Presidi per effetto della Pandemia.

I due grafici seguenti evidenziano l'andamento registrato nella regione Sardegna dal 2015 al 2021, con una significativa riduzione del valore medio nel 2020 confermato nel 2021 che si attesta intorno al 35%.

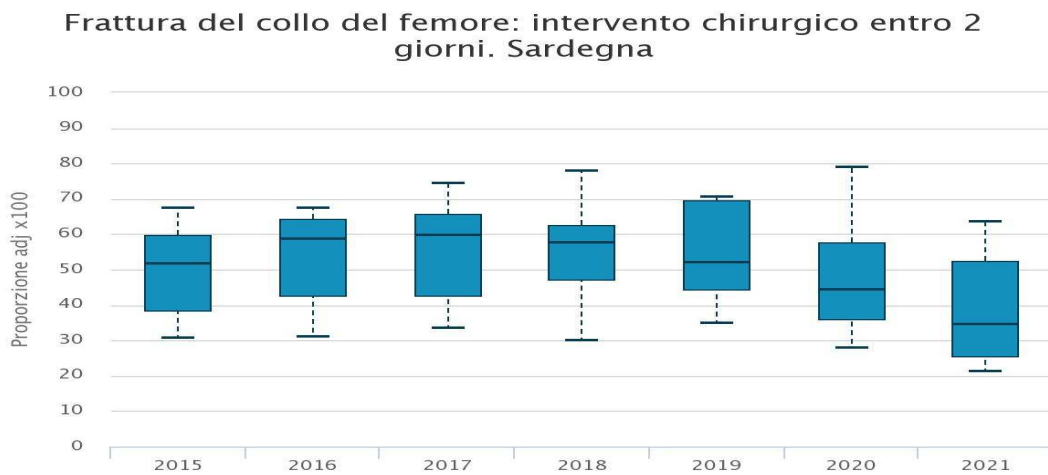


Figura 27: Frattura collo femore. Andamento dell'indicatore nella Regione Sardegna nel periodo 2015-2021. Fonte PNE Edizione 2022

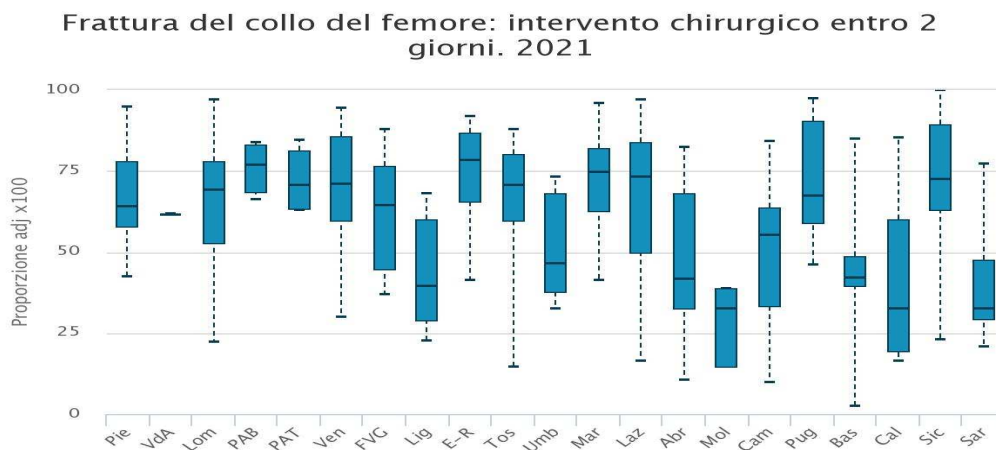


Figura 28: Frattura collo femore. Andamento dell'indicatore Italia 2021 (Fonte PNE Edizione 2022)

Proporzione di parti con taglio cesareo primario

L'indicatore è costruito sui parti cesarei primari, definiti come cesarei tra donne con nessun pregresso cesareo. La proporzione di parti con taglio cesareo primario è calcolata con la seguente formula:

$$\frac{\text{N. parti cesarei primari}}{\text{N. parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$$

L'andamento del tasso di parti cesarei dal 2015 al 2021, evidenzia un miglioramento con il dato del 2021 che si attesta al 26,41% del totale dei parti.

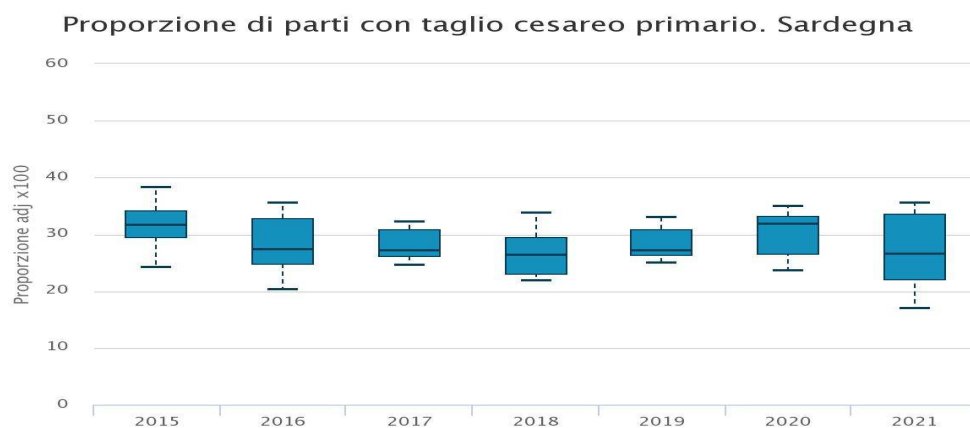


Figura 29: Parti con taglio cesareo primario. Andamento dell'indicatore nella Regione Sardegna nel periodo 2015-2021 (Fonte PNE Edizione 2022)

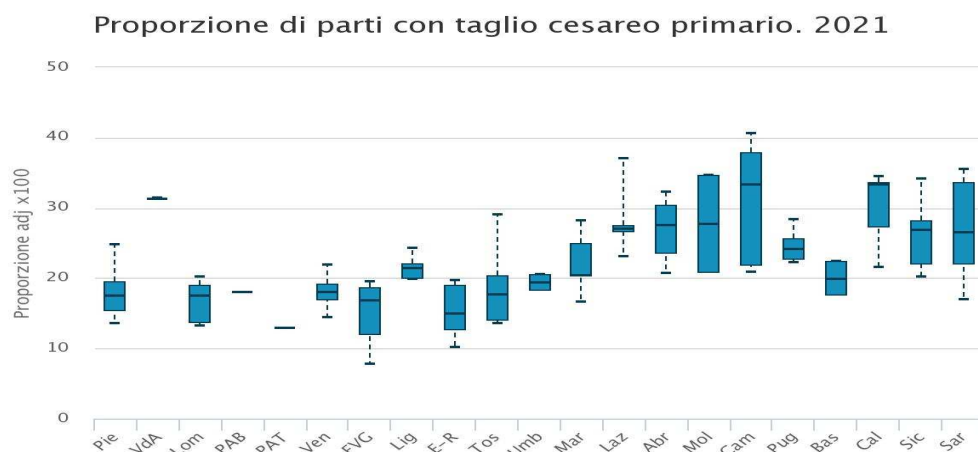


Figura 30: Parti con taglio cesareo primario. Andamento dell'indicatore Italia 2021 (Fonte PNE Edizione 2022)

Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

L'indicatore misura gli interventi di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 (0-2) giorni.

È un indicatore di processo che permette di valutare il grado di aderenza del percorso assistenziale a uno standard di riferimento basato sull'evidenza scientifica. La degenza post-operatoria dopo un intervento di colecistectomia laparoscopica è in generale compresa tra 2 e 5 giorni; la dimissione effettuata entro 3 giorni dall'intervento può essere considerato un riferimento che indica una buona performance delle strutture.

I dati del PNE 2022 evidenziano una percentuale vicina al 80% per gli interventi eseguiti nel 2021, con un leggero peggioramento rispetto agli ultimi anni.

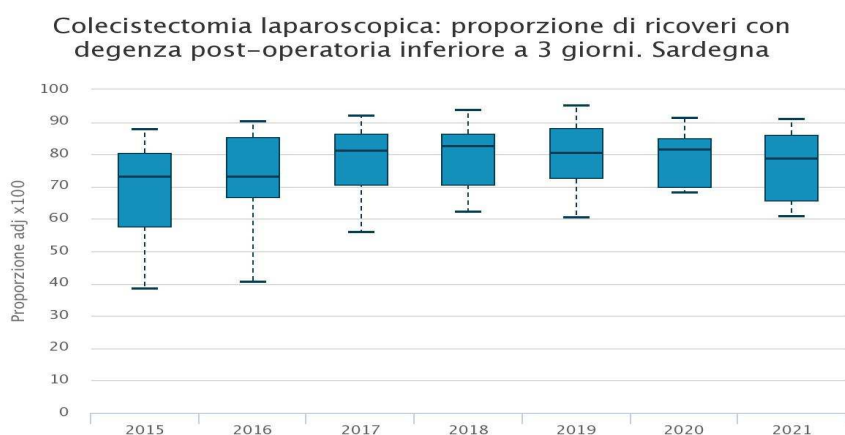


Figura 31: Colecistectomia laparoscopica. Andamento dell'indicatore nella Regione Sardegna nel periodo 2015-2021 (Fonte PNE Edizione 2022)

Per quanto riguarda il confronto della Regione Sardegna rispetto al resto d'Italia si riscontra un posizionamento intermedio nel 2021.

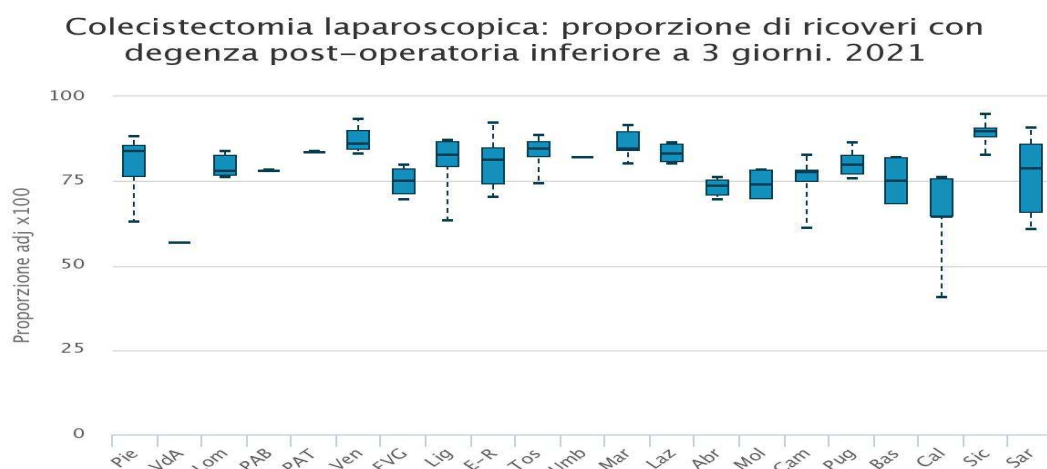


Figura 32: Colecistectomia laparoscopica. Andamento dell'indicatore Italia 2021 (Fonte PNE Edizione 2022)

3.1 DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA

I DRG ad alto rischio di inappropriatazza sono 108 e sono definiti nel secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B, per la valutazione dei quali sono stati considerati i criteri di inclusione/esclusione per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza in regime di degenza ordinaria da strutture pubbliche e private accreditate della ATS in modalità ordinaria per acuti. La presenza di dimessi, individuati con i criteri precedentemente descritti, con DRG ad Alto Rischio di Inappropriatazza (ARI LEA) è Indicatore di inappropriatazza del setting assistenziale. Dall'analisi dei casi è possibile valutare efficienza organizzativa della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato, privilegiando il regime di Day Hospital, evitando quindi il ricorso al ricovero ospedaliero inappropriato sia dal punto di vista clinico che organizzativo

Di seguito si riporta il quadro relativo alle dimissioni da pubblico e privato, in modalità ordinaria per acuti, comparazione anni 2021-2020, distinti per macrogruppi MDC e, di seguito, i DGR ARI LEA più significativi per incremento nel 2021. Dai DRG NO ARI LEA sono stati esclusi i DRG ARI LEA. In linea generale i ricoveri ordinari per acuti compresi nei DRG ad alto rischio di inappropriatazza, subito un leggero incremento di +0,15%, infatti mentre nel 2020 le dimissioni ARI LEA risultavano essere l'11,62% dei ricoveri totali (ARI LEA + NO ARI LEA), nel 2021 risultano essere l'11,76% del totale. Hanno subito un incremento maggiormente significativo i seguenti DRG ARI LEA:

- 162 [C] - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC: +253 nel 2021
- 503 [C] - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione +340 nel 2021
- 270 [C] - Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC +44 nel 2021
- 467 [M] - Altri fattori che influenzano lo stato di salute +140 nel 2021

3.2 RICOVERI COVID

Di seguito si riporta il numero di dimessi registrati presso le strutture pubbliche negli anni 2020 e 2021 e il numero di dimessi COVID19 (esposto come "di cui" dei dimessi totali distinti per mese di dimissione).

I mesi novembre/dicembre 2021 hanno registrato il numero maggiore di dimessi totali con un incremento rispettivamente di +23% e +21% rispetto all'anno precedente e con una contestuale riduzione dei casi covid. Di contro, nei mesi di gennaio-febbraio si osserva la maggiore contrazione dei ricoveri totali con la maggiore casistica di ricoveri covid.

Mese Dimissione	Dimessi		2021-2020	Δ%	Di cui Dimessi COVID19		2021-2020 COVID19	Δ% COVID
	2020	2021			2020	2021		
gen	9.017	5.026	-3.991	-44%	1	387	386	38600%
feb	8.837	5.499	-3.338	-38%	2	287	285	14250%
mar	5.882	6.402	520	9%	14	112	98	700%
apr	3.900	6.017	2.117	54%	44	96	52	118%
mag	5.283	6.346	1.063	20%	31	44	13	42%
giu	6.380	6.345	-35	-1%	9	22	13	144%
lug	7.131	6.928	-203	-3%	8	18	10	125%
ago	6.360	6.038	-322	-5%	8	32	24	300%
set	6.670	6.446	-224	-3%	44	10	-34	-77%
ott	6.829	6.953	124	2%	144	12	-132	-92%
nov	5.700	7.004	1.304	23%	312	9	-303	-97%
dic	7.369	8.930	1.561	21%	495	8	-487	-98%
Totale	79.358	77.934	-1.424	-2%	1.112	1.037	-75	-7%

Tabella 22: Ricoveri Covid. Confronto dimessi anno 2020-2021 (Fonte Abaco)

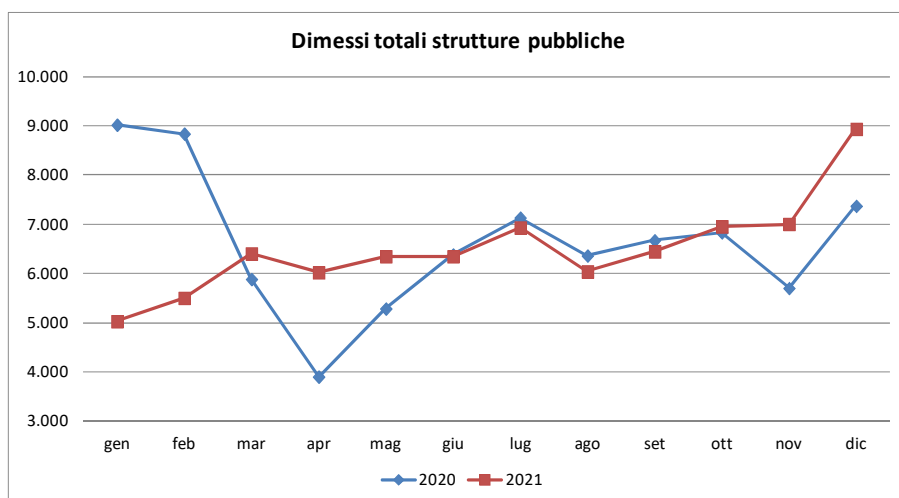


Figura 33: Ricoveri Covid. Dimessi strutture pubbliche 2020-2021 (fonte Abaco)

Nel corso del 2021 il maggior numero di dimessi COVID19 in RO nelle strutture pubbliche si è registrato presso la ASL di Cagliari con 764 dimissioni 7 in più del 2020, segue la ASL di Nuoro con 156 dimessi 24 in meno del 2021 e Sassari con 79 dimessi 35 in più del 2020. Complessivamente si è registrato un decremento di -71 dimessi in RO pari a -6%, mentre le giornate di degenza hanno subito nel 2021 rispetto al 2020 un incremento di +684 pari a +4%, come riportato nella tabella seguente

ASL	Dimessi COVID RO				Giornate COVID RO			
	2020	2021	2021-2020	Δ%	2020	2021	2021-2020	Δ%
Cagliari	757	764	7	1%	11.597	12.107	510	4%
Carbonia	4	2	-2	-50%	8	11	3	38%
Lanusei	8	2	-6	-75%	44	2	-42	-95%
Nuoro	180	156	-24	-13%	2.832	3.101	269	9%
Olbia	8	10	2	25%	135	91	-44	-33%
Oristano	95	18	-77	-81%	1.125	305	-820	-73%
Sanluri	7	1	-6	-86%	106	35	-71	-67%
Sassari	44	79	35	80%	885	1.764	879	99%
Totale	1.103	1.032	-71	-6%	16.732	17.416	684	4%

Tabella 23: Ricoveri Covid regime ordinario. Confronto dimessi anno 2020-2021 (Fonte Abaco)

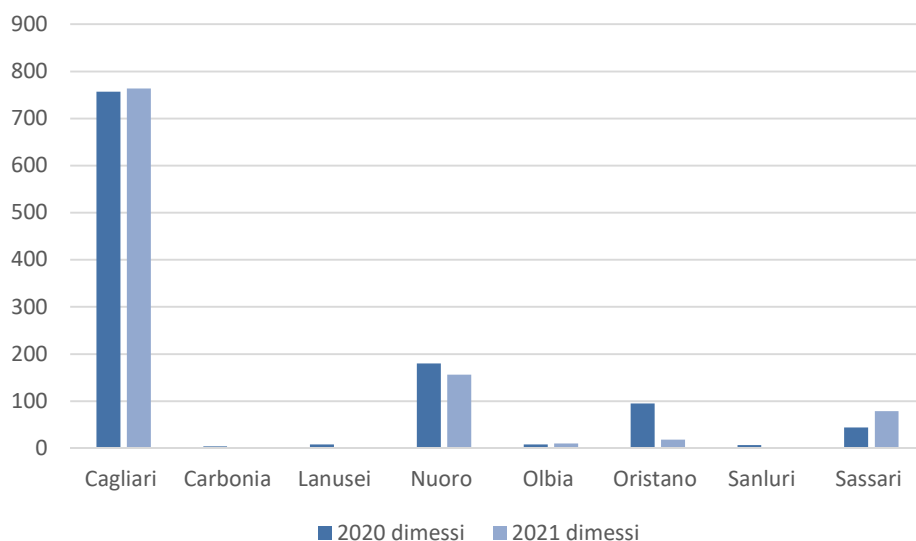


Figura 34: Ricoveri ordinari Covid. Dimessi strutture pubbliche 2020-2021 per provincia (fonte Abaco)

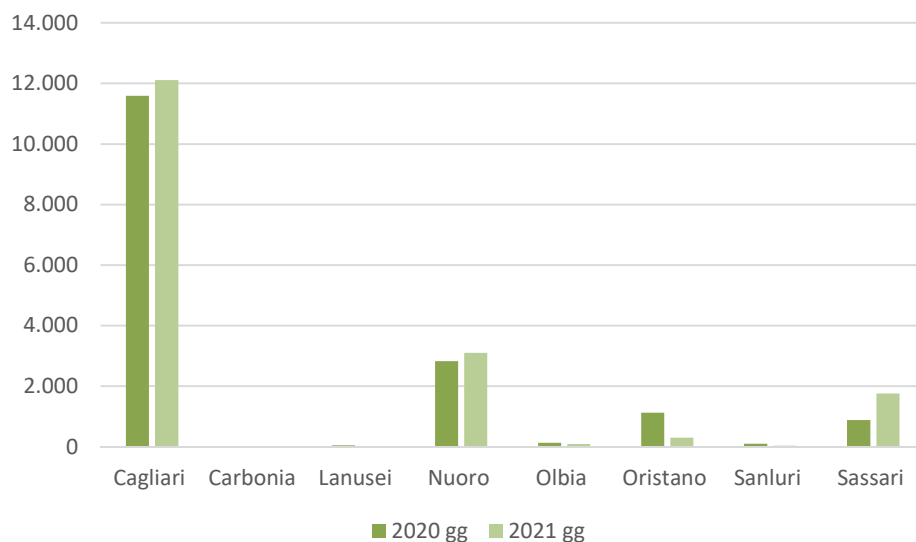


Figura 35: Giornate di Degenza COVID su Ricoveri strutture pubbliche 2020-2021 (fonte Abaco)

Nel 2021 relativamente ai dimessi COVID19 in RO, i DRG maggiormente rappresentati sono stati:

- 079 [M] - Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC, con 443 dimessi
- 080 [M] - Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC, con 114 dimessi
- 421 [M] - Malattie di origine virale, età > 17 anni, con 85 dimessi
- 565 [M] - Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita 96 ore, con 93 dimessi

3.3 MOBILITÀ SANITARIA

La mobilità sanitaria è “il diritto dei pazienti di spostarsi dalla propria zona di residenza per beneficiare di servizi sanitari più adeguati ai propri bisogni”. Da un punto di vista amministrativo-finanziario, la mobilità sanitaria può essere distinta in attiva e passiva, con mobilità attiva si intende l’entrata di fondi da destinare ai costi necessari a garantire ai pazienti di altre regioni o Paesi le migliori prestazioni in ambito terapeutico e curativo, la mobilità passiva implica l’invio di fondi ad altre regioni o Paesi per compensare i costi dei servizi erogati ai pazienti in uscita dal proprio territorio di residenza. I motivi principali che influenzano l’esodo

sanitario sono la ricerca del cittadino di una maggiore qualità dei livelli di prestazione, una logistica più efficace che permette di ridurre i ritardi nei tempi di erogazione e la necessità di prestazioni non erogate nel proprio territorio di residenza. La mobilità sanitari, in base alla tipologia, viene distinta in:

- mobilità regionale con la quale il cittadino si sposta all'interno della propria regione di residenza
- mobilità interregionale con la quale il cittadino esce dalla propria regione di residenza e cerca assistenza presso il sistema sanitario di un'altra regione
- mobilità internazionale con la quale i cittadini si spostano verso un altro Stato
- mobilità sanitaria europea, disciplinato dalla Direttiva 2011/24/Ue del Parlamento europeo, con la quale i cittadini europei possano usufruire di cure e terapie territoriali in tutti i territori degli Stati membri dell'Ue.

Di seguito si riporta la tabella con i dati relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale distinti per tipologia Paese di residenza.

Residenza	privato				Prestazioni		Valore		pubblico				Prestazioni		Valore	
	Prestazioni 2020	Valore 2020	Prestazioni 2021	Valore 2021	2021-2020	Delta %	2021-2020	Delta %	Prestazioni 2020	Valore 2020	Prestazioni 2021	Valore 2021	2021-2020	Delta %	2021-2020	Delta %
Non Definito	2.171	44.619	4.762	65.175	2.591	119,35%	20.556	46,07%	962	14.992	5.680	70.980	4.718	490,44%	55.988	373,46%
Residenti Europei	352	16.246	98	13.742	-254	-72,16%	-2.504	-15,41%	8.326	119.234	13.381	215.936	5.055	60,71%	96.702	81,10%
Residenti Extra Europei	346	2.328	125	1.422	-221	-63,87%	-906	-38,92%	1.844	37.079	2.084	30.218	240	13,02%	-6.861	-18,50%
Residenti Italia	20.829	367.142	30.205	537.286	9.376	45,01%	170.144	46,34%	70.635	1.002.797	86.964	1.427.527	16.329	23,12%	424.730	42,35%
Residenti Sardegna	5.013.448	84.045.469	5.977.816	104.549.604	964.368	19,24%	20.504.135	24,40%	6.493.857	95.602.475	8.295.910	113.445.887	1.802.053	27,75%	17.843.412	18,66%
Totale complessivo	5.037.146	84.475.804	6.013.006	105.167.228	975.860	19,37%	20.691.424	24,49%	6.575.624	96.776.577	8.404.019	115.190.548	1.828.395	27,81%	18.413.971	19,03%

Fonte: ABACO

Tabella 24: Specialistica ambulatoriale. Prestazioni con distinzione per Paese di residenza. Confronto anno 2020-2021 (Fonte Abaco)

Come si evince dalla tabella, rispetto al 2020 nelle strutture pubbliche le prestazioni erogate nel 2021 hanno registrato:

- un incremento di +60,71% (per i residenti nei territori dell'Unione Europea);
- un incremento di +13,02% con un relativo decremento sul valore delle prestazioni di -18,50%, (per i residenti in paesi extra europei);
- un incremento di +23,12% (per i cittadini residenti in Italia esclusa la Sardegna);
- un incremento di +27,75% (per i residenti in Sardegna).

Presso le strutture private si segnala un decremento del volume di prestazioni erogate ai residenti europei ed extra europei rispettivamente di -72,16% e -63,87%.

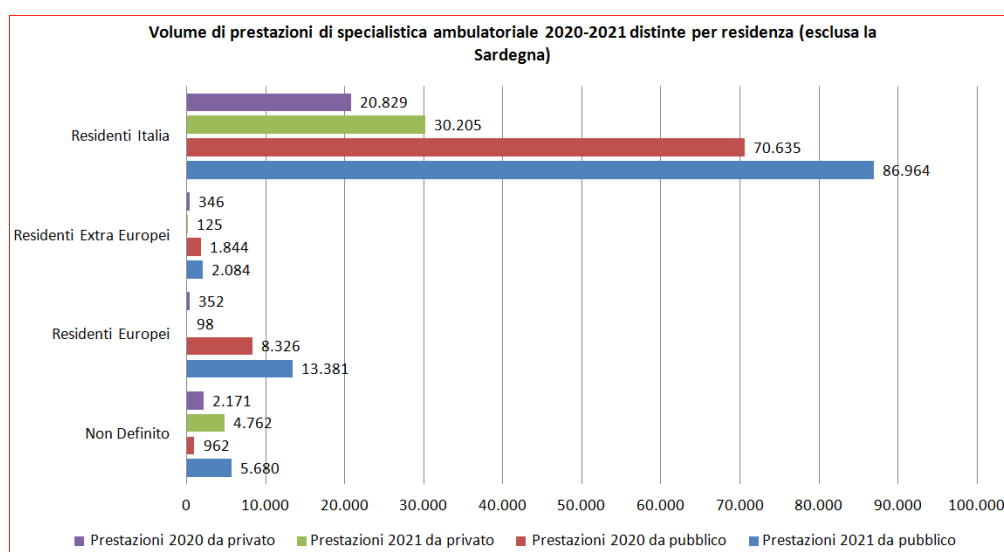


Figura 36: Prestazioni con distinzione per Paese di residenza. Confronto anno 2020-2021 (Fonte Abaco)

3.4 IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

I tre Dipartimenti di Prevenzione, zona Nord-Centro-Sud, svolgono le proprie attività nel rispetto di quanto disposto dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) per il quinquennio 2020–2025, approvato con Intesa Stato-Regioni il 6 agosto 2020 “Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 – recepito dalla regione con Deliberazione N. 67/3 del 31.12.2020 di approvazione del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2020 – 2025. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 rappresenta lo strumento fondamentale di pianificazione centrale degli interventi di prevenzione e promozione della salute da realizzare sul territorio. Esso mira a garantire sia la salute individuale e collettiva sia la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale attraverso azioni quanto più possibile basate su evidenze di efficacia, equità e sostenibilità che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi in cui vive e lavora.

Il PNP 2020-2025 rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell’essere umano, della natura e dell’ambiente (One Health). Pertanto, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall’interfaccia tra ambiente-animale-ecosistemi.

Alla luce delle recenti esperienze legate alla pandemia da COVID-19, il Piano sottolinea l’indispensabilità di una programmazione sanitaria basata su una rete coordinata e integrata tra le diverse strutture e attività presenti nel territorio, anche al fine di disporre di sistemi flessibili in grado di rispondere con tempestività ai bisogni della popolazione, sia in caso di un’emergenza infettiva, sia per garantire interventi di prevenzione (screening oncologici, vaccinazioni, individuazione dei soggetti a rischio, tutela dell’ambiente, ecc.) e affrontare le sfide della promozione della salute e della diagnosi precoce e presa in carico integrata della cronicità.

Per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute, il Piano punta su alleanze e sinergie intersettoriali tra forze diverse, secondo il principio della “Salute in tutte le Politiche” e conferma l’impegno nella promozione della salute, chiamata a caratterizzare le politiche sanitarie non solo per l’obiettivo di prevenire una o un limitato numero di condizioni patologiche, ma anche per creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza, resilienza e capacità di controllo (empowerment) che mantenga o migliori il capitale di salute e la qualità della vita.

Gli obiettivi del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione (PNP)

Il PNP 2020-2025 intende consolidare l’attenzione alla centralità della persona, tenendo conto che questa si esprime anche attraverso le azioni finalizzate a migliorare l’Health Literacy (alfabetizzazione sanitaria) e ad accrescere la capacità degli individui di interagire con il sistema sanitario (engagement) attraverso relazioni basate sulla fiducia, la consapevolezza e l’agire responsabile. In tale contesto è necessario un attivo coinvolgimento dei MMG e PLS, figure chiave per favorire l’health literacy e l’empowerment dei cittadini. Il PNP 2020-2025 ribadisce inoltre l’approccio *life course*, finalizzato al mantenimento del benessere in ciascuna fase dell’esistenza, per *setting* (scuola, ambiente di lavoro, comunità, servizi sanitari, città, ...), come strumento facilitante per le azioni di promozione della salute e di prevenzione, e *di genere*, al fine di migliorare l’appropriatezza ed il sistematico orientamento all’equità degli interventi.

Il PNP 2020-2025 mira a contribuire al raggiungimento degli obiettivi dell’Agenda 2030 delle Nazioni Unite, che definisce un approccio combinato agli aspetti economici, sociali e ambientali che impattano sul benessere delle persone e sullo sviluppo delle società, affrontando dunque il contrasto alle disuguaglianze di salute quale priorità trasversale a tutti gli obiettivi.

Il Piano si articola in sei Macro Obiettivi:

- MO1: Malattie croniche non trasmissibili;
- MO2: Dipendenze e problemi correlati;
- MO3: Incidenti domestici e stradali;
- MO4: Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali;
- MO5: Ambiente, clima e salute;
- MO6: Malattie infettive prioritarie.

Il documento, rappresentando quindi la cornice comune degli obiettivi di molte delle aree rilevanti per la Sanità Pubblica, investe sulla messa a sistema in tutte le Regioni dei programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia (come vaccinazioni e screening oncologici) e di linee di azione (Programmi "Predefiniti", vincolanti per tutte le Regioni) basate su evidenze di costo-efficacia, buone pratiche consolidate e documentate, strategie raccomandate, nazionali e internazionali. Il Piano adotta infine un sistema di valutazione, basato su indicatori e relativi standard, che consente di misurare, nel tempo, e in coerenza con il monitoraggio dell'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, lo stato di attuazione dei programmi, anche al fine di migliorarli in itinere, nonché il raggiungimento dei risultati di salute e di equità attesi.

Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 30/21 del 16.06.2015 è stato adottato il Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2018, prorogato fino al 31 dicembre 2019 con Deliberazione n. 33/9 del 26.06.2018. Successivamente, con nota prot. 12448 del 21.05.2020, il Direttore Generale della Sanità ha disposto la prosecuzione delle attività del PRP 2014 – 2018 anche nell'anno 2020, nelle more dell'approvazione del Nuovo Piano Nazionale di Prevenzione.

Gli obiettivi analitici seguiti sino ad ora in riferimento al PSR 2014/2018, ancora in essere, sono i seguenti:

- Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili
- Prevenire le conseguenze dei disturbi neuro-sensoriali
- Promuovere il benessere mentale nei bambini, negli adolescenti e nei giovani
- Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti
- Prevenire gli incidenti stradali
- Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti
- Prevenire gli infortuni e le malattie professionali
- Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute
- Ridurre la frequenza di infezioni / malattie infettive
- Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e in sanità pubblica veterinaria.

I tre Dipartimenti di Prevenzione hanno operato per il raggiungimento degli obiettivi come individuati e adottati dal PSN e dal PRP, riprogrammando l'attività in base alle indicazioni regionali e le disposizioni nazionali a seguito dell'emergenza COVID.

L'impegno dei Dipartimenti è stata prevalentemente destinato alle attività di organizzazione ed esecuzione degli screening attraverso i tamponi ed al supporto per lo svolgimento della campagna vaccinale. In particolare i Servizi di Igiene Pubblica sono stati coinvolti nelle attività di contact tracing e di aggiornamenti dei sistemi di raccolta dati per il tracciamento delle persone risultate positive al coronavirus e dei loro contatti.

I programmi organizzati di screening oncologici sono ricompresi nei LEA e sono riconducibili alla Prevenzione come indicato dal DPCM 12 gennaio 2017. L'attività rivolta allo screening oncologico parte dalla trasmissione degli inviti alla popolazione target, fino all'invio degli esiti, con le azioni di seguito elencate:

- ✓ estrazione campione,
- ✓ pianificazione inviti

- ✓ front-office e conseling telefonico
- ✓ informazioni di I livello
- ✓ invio lettere di invito personalizzate (con appuntamento prefissato)
- ✓ pianificazione solleciti
- ✓ aggiornamento costante delle liste anagrafiche
- ✓ verifica delle lettere inesitate
- ✓ comunicazioni personalizzate per invio II livello (con appuntamento prefissato)
- ✓ osservazione, monitoraggio e supporto ai diversi attori del percorso

Riguardo alla prevenzione, particolare importanza riveste lo screening per la prevenzione dei tumori maligni. Il tasso di adesione della popolazione agli screening rispetto ai soggetti invitati è calcolato come rapporto tra gli individui che hanno aderito allo screening e i soggetti invitati (tasso grezzo) e non rispetto alla popolazione target (tasso reale). Il 2021 complessivamente, rispetto al 2020, mostra un aumento del tasso di adesione in tutti e tre i programmi di screening. Occorre evidenziare le diverse distribuzioni per ciascuna ASSL relativamente alla comparazione tra lo scostamento 2021-2020 nella singola ASSL e tra questo e la media aziendale (delta totale 2020-2021).

DIP.PREV.	ASSL	Anno	Attività	Screening Cervice Uterina*	Screening Mammografico**	Screening Colon Retto***	
NORD	SASSARI	2020	Inviti al 1° livello	12.280	9.399	529	
			Adesioni	3.772	3.489	84	
			Tasso di adesione	30,71%	37,12%	15,88%	
		2021	Inviti al 1° livello	12.302	9.596	11.156	
			Adesioni	5.018	6.018	3.660	
			Tasso di adesione	40,79%	62,71%	37,10%	
		Delta	Tasso di adesione	10%	25%	21,23%	
		OLBIA	2020	Inviti al 1° livello	14.996	219	10.389
				Adesioni	5.124	134	2.780
	Tasso di adesione			34,10%	61,00%	26,70%	
	2021		Inviti al 1° livello	7.086	3.637	9.785	
			Adesioni	3.903	1.736	1.971	
			Tasso di adesione	55%	47,75%	20,10%	
	Delta		Tasso di adesione	20,90%	-13,25%	-6,60%	
	CENTRO		NUORO	2020	Inviti al 1° livello	7.086	4.718
Adesioni					2.067	1540	505
Tasso di adesione		29,17%			32,60%	6,40%	
2021		Inviti al 1° livello		8.012	5.357	2.152	
		Adesioni		2.352	2.298	751	
		Tasso di adesione		29,35%	42,90%	34,90%	
Delta		Tasso di adesione		0,18%	10,30%	28,5%	
LANUSEI		2020		Inviti al 1° livello	2.651	0	0
				Adesioni	734	0	0
			Tasso di adesione	27,69%	0,00%	0,00%	
		2021	Inviti al 1° livello	3.298	0	0	
			Adesioni	1.299	0	0	
			Tasso di adesione	39,39%	0,00%	0,00%	
		Delta	Tasso di adesione	11,7%			
		ORISTANO	2020	Inviti al 1° livello	5.798	2.912	4.495
				Adesioni	2.739	2.124	1.774
Tasso di adesione				47,24%	72,94%	39,47%	
2021			Inviti al 1° livello	14.973	5.110	11.113	
	Adesioni		4.318	2.136	3.845		
	Tasso di adesione		28,84%	41,80%	34,60%		
Delta	Tasso di adesione		-18,4%	-31,14%	-4,87%		

DIP.PREV.	ASSL	Anno	Attività	Screening Cervice Uterina*	Screening Mammografico**	Screening Colon Retto***	
SUD	SANLURI	2020	Inviti al 1° livello	8.958	14.990	7.461	
			Adesioni	4.015	1.221	2.500	
			Tasso di adesione	44,82%	8,15%	33,51%	
		2021	Inviti al 1° livello	7.893	4.619	8.545	
			Adesioni	2.360	1.503	1.283	
			Tasso di adesione	29,90%	32,54%	15,01%	
		Delta	Tasso di adesione	-14,92%	24,39%	-18,5%	
		CARBONIA	2020	Inviti al 1° livello	11.800	20.720	11.000
				Adesioni	937	15	38
	Tasso di adesione			7,94%	0,07%	0,35%	
	2021		Inviti al 1° livello	0	0	9.150	
			Adesioni	0	0	2.872	
			Tasso di adesione	0	0	31,39%	
	Delta		Tasso di adesione			31,04%	
	CAGLIARI		2020	Inviti al 1° livello	18.831	24.281	23.815
				Adesioni	7.145	6.303	4.834
		Tasso di adesione		37,94%	25,96%	20,30%	
		2021	Inviti al 1° livello	30.467	30.646	39.500	
			Adesioni	11.709	6.094	12.114	
			Tasso di adesione	38,43%	19,89%	30,67%	
		Delta	Tasso di adesione	0,49%	-6,07%	10,37%	
ATS		TOTALE	2020	Tasso di adesione (media ASSL)	32,45%	33,97%	20,30%
			2021		37,76%	41,65%	28,49%
	DELTA		5,31%		7,68%	8,19	

Tabella 25: Tassi di adesione allo screening cervice uterina, allo screening mammografico e allo screening colon retto. Confronto anno 2020-2021 (Fonte ONS (Osservatorio Nazionale screening), GISCI* (Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma), GISMa** (Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico), GISCoR*** (Gruppo Italiano Screening tumori colonrettali))

Sassari rispetto al 2020 registra un miglioramento del tasso di adesione su tutte e tre le campagne di screening, con un incremento di oltre 20 punti percentuali per lo screening mammografico e del colon retto. Olbia rispetto al 2020 e al dato medio aziendale registra un tasso di adesione in netto calo nelle campagne di screening mammografico e del colon retto. Il tasso di adesione dello screening della cervice uterina invece è aumentato del 20,90%. Nuoro per quanto riguarda lo screening della cervice uterina, è stato registrato un tasso di adesioni quasi invariato rispetto al 2020, mentre per quello mammografico e del colon retto si registrano rispettivamente un aumento del 10,30% e del 28,5%. Lanusei registra per lo screening della cervice uterina un tasso di adesione nettamente superiore rispetto al 2020 (42%). Oristano registra evidenti diminuzioni rispetto al 2020 relativamente al tasso di adesione dello screening del colon retto (-4,87%), della cervice uterina (-18,4%) e dello screening mammografico (-31,14%). Sanluri: registra un calo generale delle adesioni rispetto al 2020, fatta eccezione per lo screening mammografico che presenta un tasso di adesione in crescita (24,39%). Carbonia relativamente al tasso di adesione dello screening del colon retto, registra un tasso di adesione nettamente superiore rispetto al 2020 (31,04%). Cagliari registra un andamento costante del tasso di adesione per lo screening della cervice uterina (0,5%), mentre lo screening mammografico registra un calo (-6,07%) e lo screening del colon retto risulta in crescita del 10,37% rispetto al 2020.

4 Misurazione e valutazione della Performance organizzativa ATS anno 2021

Con riferimento alla valutazione della performance organizzativa, la SC Programmazione Sanitaria e Strategica ha misurato il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti alle ASSL, ai Dipartimenti ATS e alle Strutture afferenti al Dipartimento nell'ambito del processo di budget 2021 attraverso il confronto del livello di performance attesa (target dell'indicatore associato all'obiettivo) con il livello di performance effettivamente conseguita (valore dell'indicatore misurato a consuntivo). Una volta acquisite le rendicontazioni relative agli obiettivi oggetto di negoziazione, la verifica degli obiettivi di budget al 31/12/2021 è stata definita e validata alla fine del mese di settembre 2022 in quanto l'OIV (Organismo Indipendente di Valutazione) di Ares, incaricato della conclusione dell'intero ciclo della performance anno 2021, è stato nominato a luglio 2022 con Delibera del Direttore Generale n. 154 del 25/07/2022.

Il livello di performance organizzativa è stato determinato attribuendo ad ogni indicatore il 100% di performance se a consuntivo è stato raggiunto il valore atteso, lo 0% di performance se è stato raggiunto il valore minimo, pertanto la percentuale di realizzazione dell'obiettivo viene calcolato considerando la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo stesso rispetto al valore atteso e al valore minimo.

Di seguito si riportano i risultati di performance anno 2021 delle ASSL, dei Dipartimenti di Staff e Tecnico-Amministrativo, dei Dipartimenti Strutturali Sanitari ATS e delle Strutture afferenti ai relativi Dipartimenti:

STRUTTURA	RISULTATO DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA NORD	93,88
SC PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	91,57
SC CENTRO EPIDEMIOLOGICO E REGISTRO TUMORI	100,00
SC IGIENE E SANITÀ PUBBLICA	95,13
SC SPRESAL	95,00
SC IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE (SIAN)	97,50
SC SANITÀ ANIMALE	96,88
SC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	96,95
SC IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	100,00
SC MEDICINA LEGALE	94,17
SC SALUTE E AMBIENTE	100,00
SSD ANAGRAFE CANINA E RANDAGISMO	90,00
SSD UFFICIO SANZIONI IN MATERIA IGIENICO SANITARIA	100,00
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA CENTRO	97,22
SC PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	95,45
SC IGIENE E SANITÀ PUBBLICA	94,44
SC SPRESAL	90,89
SC IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE (SIAN)	100,00
SC SANITÀ ANIMALE NUORO-LANUSEI	100,00
SC SANITÀ ANIMALE ORISTANO	100,00
SC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	100,00
SC IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	100,00
SC MEDICINA LEGALE	90,73
SC SALUTE E AMBIENTE	95,00

STRUTTURA	RISULTATO DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA
SSD ANAGRAFE CANINA E RANDAGISMO	100,00
SSD UFFICIO SANZIONI IN MATERIA IGIENICO SANITARIA	100,00
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA SUD	94,44
SC PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	95,32
SC IGIENE E SANITÀ PUBBLICA	97,22
SC CENTRO DONNA	91,39
SC SPRESAL CAGLIARI	100,00
SC SPRESAL CARBONIA - SANLURI	100,00
SC IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE (SIAN)	100,00
SC SANITÀ ANIMALE	100,00
SC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	100,00
SC IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	94,44
SC MEDICINA LEGALE	100,00
SC SALUTE E AMBIENTE	100,00
SSD UFFICIO SANZIONI IN MATERIA IGIENICO SANITARIA	100,00
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE AREA NORD	100,00
SC CURE TERRITORIALI CSM SASSARI	100,00
SC CURE TERRITORIALI CSM AGHERO-OZIERI	100,00
SC CURE TERRITORIALI CSM OLBIA-TEMPIO	95,00
SSD SERVIZIO DI RIABILITAZIONE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PSICHIATRICA	100,00
SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	100,00
SC AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE SASSARI	100,00
SC AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE OLBIA	95,00
SC SPDC OLBIA	98,81
SSD PSICHIATRIA FORENSE	100,00
SC SPDC SASSARI	100,00
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE AREA CENTRO	87,50
SC CURE TERRITORIALI - CSM NUORO	68,42
SC CURE TERRITORIALI - CSM ORISTANO	72,70
SC CURE TERRITORIALI - CSM LANUSEI	84,62
SSD SERVIZIO DI RIABILITAZIONE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PSICHIATRICA	100,00
SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	88,24
SC AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE NUORO	100,00
SC AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE ORISTANO	100,00
SSD AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE LANUSEI	84,62
SC SPDC NUORO - LANUSEI	100,00
SC SPDC ORISTANO	100,00
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE AREA SUD	100,00
SC CURE TERRITORIALI CSM SANLURI	100,00
SC CURE TERRITORIALI CSM CARBONIA	100,00
SC CURE TERRITORIALI CSM CAGLIARI 1	100,00
SC CURE TERRITORIALI CSM CAGLIARI 2	100,00
SC CURE TERRITORIALI CSM CAGLIARI 3	100,00

STRUTTURA	RISULTATO DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA
SC CURE TERRITORIALI CSM CAGLIARI 4	100,00
SSD SERVIZIO DI RIABILITAZIONE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PSICHIATRICA	100,00
SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE CAGLIARI	100,00
SSD NEUROPSICHIATRIA INFANTILE CARBONIA - SANLURI	100,00
SC AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE CAGLIARI AREA METROPOLITANA	88,44
SC AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE CAGLIARI	100,00
SC AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE CARBONIA	100,00
SC CENTRO DISTURBI ALCOL E CORRELATI	100,00
SSD AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE SANLURI	100,00
SC SPDC CAGLIARI	100,00
SC SPDC CARBONIA	100,00
SSD PSICHIATRIA FORENSE	100,00
SC REMS	100,00
DIPARTIMENTO DELLE ATTIVITA' DEI PRESIDII	95,00
DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSL SASSARI	100,00
DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSL OLBIA	100,00
DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSL NUORO	95,00
DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSL LANUSEI	95,00
DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSL ORISTANO	95,00
DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSL SANLURI	95,00
DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSL CARBONIA	95,00
DIREZIONE DI PRESIDIO DI AREA OMOGENEA ASSL CAGLIARI	95,00
CENTRO COMUNE DIPARTIMENTO DEL FARMACO	99,40
SC SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE SASSARI	97,50
SC SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE OLBIA	90,00
SC SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE NUORO	100,00
SC SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE LANUSEI	100,00
SC SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE ORISTANO	100,00
SC SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE SANLURI	84,00
SC SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE CARBONIA	99,15
SC SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE CAGLIARI	97,15
SSD SERVIZIO FARMACEUTICO OSPEDALIERO SASSARI	85,00
SSD SERVIZIO FARMACEUTICO OSPEDALIERO OLBIA	87,50
SC SERVIZIO FARMACEUTICO OSPEDALIERO NUORO	87,50
SSD SERVIZIO FARMACEUTICO OSPEDALIERO LANUSEI	100,00
SC SERVIZIO FARMACEUTICO OSPEDALIERO ORISTANO	77,50
SSD SERVIZIO FARMACEUTICO OSPEDALIERO SANLURI	95,00
SSD SERVIZIO FARMACEUTICO OSPEDALIERO CARBONIA	100,00
SC SERVIZIO FARMACEUTICO OSPEDALIERO CAGLIARI	95,00
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	NON ATTIVO
SC SERVIZIO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE SASSARI - OLBIA	100,00
SC SERVIZIO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE NUORO- ORISTANO - LANUSEI	91,37
SC SERVIZIO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE CAGLIARI - CARBONIA - SANLURI	100,00

STRUTTURA	RISULTATO DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA
FISICA SANITARIA AZIENDALE SASSARI	91,37
DIPARTIMENTO AFFARI GENERALI E COMMITTENZA	100,00
SC SEGRETERIA DIREZIONE STRATEGICA, AFFARI GENERALI E ATTI AMMINISTRATIVI	100,00
SC ASSETTO ORGANIZZATIVO, RELAZIONI ISTITUZIONALI E COMUNICAZIONE PUBBLICA	100,00
SC FUNZIONE DI COMMITTENZA - CONTRATTUALISTICA E VERIFICHE AMMINISTRATIVE	100,00
SC FUNZIONE DI COMMITTENZA - ASSISTENZA OSPEDALIERA E SPECIALISTICA	100,00
SC FUNZIONE DI COMMITTENZA - ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO SANITARIE	100,00
DIPARTIMENTO DI STAFF	100,00
SC PROGRAMMAZIONE SANITARIA E STRATEGICA	100,00
SC CONTROLLO DI GESTIONE	100,00
SC FORMAZIONE, RICERCA E CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO	100,00
SC QUALITÀ, APPROPRIATEZZA, CLINICAL GOVERNANCE E RISK MANAGEMENT	100,00
SC TECHNOLOGY ASSESSMENT	100,00
SC ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE	100,00
SSD GOVERNO PRESTAZIONI AMBULATORIALI E GESTIONI LISTE DI ATTESA	100,00
DIPARTIMENTO RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE	100,00
SC GESTIONE ECONOMICA E PATRIMONIALE-BILANCIO	100,00
SC GESTIONE FINANZIARIA - CICLO PASSIVO	100,00
SC GESTIONE DEL CICLO ATTIVO	100,00
SSD GESTIONE FISCALE	100,00
SSD INVENTARIO BENI IMMOBILI E MOBILI	100,00
DIPARTIMENTO GESTIONE ACCENTRATA DEGLI ACQUISTI E LOGISTICA	95,00
SC ACQUISTI DI BENI	100,00
SC ACQUISTI DI SERVIZI NON SANITARI	100,00
SC ACQUISTI DI SERVIZI SANITARI	95,05
SC LOGISTICA E VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO	85,79
SC INGEGNERIA CLINICA	100,00
DIPARTIMENTO ICT	100,00
SC INFRASTRUTTURE, TECNOLOGIE DELL'INFORMAZIONE E DELLE COMUNICAZIONI	100,00
SC SISTEMI INFORMATIVI SANITARI	100,00
SC SISTEMI INFORMATIVI AMMINISTRATIVI	100,00
DIPARTIMENTO AREA TECNICA	91,13
SC PROGETTAZIONE E LAVORI PUBBLICI	96,03
SC AREA TECNICA SASSARI - OLBIA	95,20
SC AREA TECNICA NUORO - LANUSEI	98,75
SC AREA TECNICA ORISTANO - CARBONIA - SANLURI	93,00
SC AREA TECNICA CAGLIARI	93,87
SSD ENERGY MANAGER	95,13
SSD RESPONSABILE ANTINCENDIO	98,96
DIPARTIMENTO RISORSE UMANE	100,00
SC TRATTAMENTO GIURIDICO ED ECONOMICO	100,00
SC RICERCA E SELEZIONE DEL PERSONALE	100,00
SC SVILUPPO RISORSE UMANE E RELAZIONI SINDACALI	100,00

STRUTTURA	RISULTATO DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA
SC MEDICINA CONVENZIONATA	100,00
UNITA' DI STAFF	
SSD DATA PRIVACY OFFICER	0,00
SC SERVIZIO SOCIOSANITARIO	100,00
SC SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	100,00
SC AFFARI LEGALI	98,68
SC SERVIZIO ISPETTIVO	100,00
SC SORVEGLIANZA SANITARIA	100,00
SC CENTRO REGIONALE TRAPIANTI	100,00
AREE SOCIO SANITARIE LOCALI	
ASSL SASSARI	94,44
ASSL OLBIA	76,00
ASSL NUORO	95,67
ASSL LANUSEI	100,00
ASSL ORISTANO	100,00
ASSL SANLURI	94,44
ASSL CARBONIA	94,44
ASSL CAGLIARI	94,44

Tabella 26: risultati di performance anno 2021

5 Valutazione della Performance Individuale dell'ATS- ANNO 2021

La valutazione della performance individuale è finalizzata principalmente ad evidenziare il risultato individuale conseguito dal personale ATS in termini di raggiungimento di obiettivi Aziendali o di Struttura o individuali, di competenze professionali/manageriali e di comportamenti organizzativi.

Ai fini della valutazione individuale sono state prese in considerazione diverse dimensioni, specificate meglio nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance ATS Sardegna approvato con deliberazione n. 221 del 07/04/2020 e aggiornato con deliberazione del Commissario Straordinario n. 506 del 30/06/2021. Ad ogni dimensione è attribuito un peso su base cento che varia in relazione al ruolo e alla diversa tipologia di attività e di responsabilità che il valutato ricopre all'interno dell'organizzazione.

Nel 2021, così come negli anni precedenti, è stato adottato il software Gestione Unificata Risorse Umane (G.U.R.U.) per la gestione informatica delle performance individuali di tutto il personale ATS. Di seguito si riportano i risultati di performance individuale di ATS Sardegna nell'anno 2021 dettagliati per ASSL. Si specifica, inoltre, che nell'analisi in oggetto non sono state prese in considerazione le valutazioni individuali del personale in comando presso altri enti.

VALUTAZIONE COMPLESSIVA GENERALE

Il processo complessivo della valutazione della performance individuale nell'anno 2021 ha coinvolto 16.276 dipendenti ATS con una valutazione media conseguita pari a 95,49. I risultati di performance dei Direttori di Dipartimento e Direttori di SC/SSD comprendono anche le percentuali relative alla capacità di rispettare le tempistiche della valutazione individuale e alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, quest'ultima dimensione può essere calcolata solo al termine di tutte le valutazioni.

VALUTAZIONI MEDIE PER ASSL

Le figure 2, 3 e 4 rappresentano sinteticamente l'esito dell'intero processo di valutazione rispettivamente per l'anno 2021, 2020 e 2019 ed evidenziano il numero totale di persone valutate in ogni Area e la media del punteggio ottenuto.

Si noti che il numero delle valutazioni gestite da ATS (Dipartimenti di Staff e Tecnico-Amministrativo, Dipartimenti Strutturali Sanitari ATS e le Strutture afferenti ai relativi Dipartimenti) ha avuto un aumento crescente, passando dai circa 4.000 del 2019 ai 4.700 del 2020 sino ad arrivare ai 5.167 del 2021, con contestuale riduzione del numero di valutazioni gestite nelle ASSL.

Nel 2021 la media delle valutazioni registra sempre valori superiori a 95 a differenza degli anni precedenti, con un valore medio massimo pari a 96,82 nella ASSL di Lanusei.

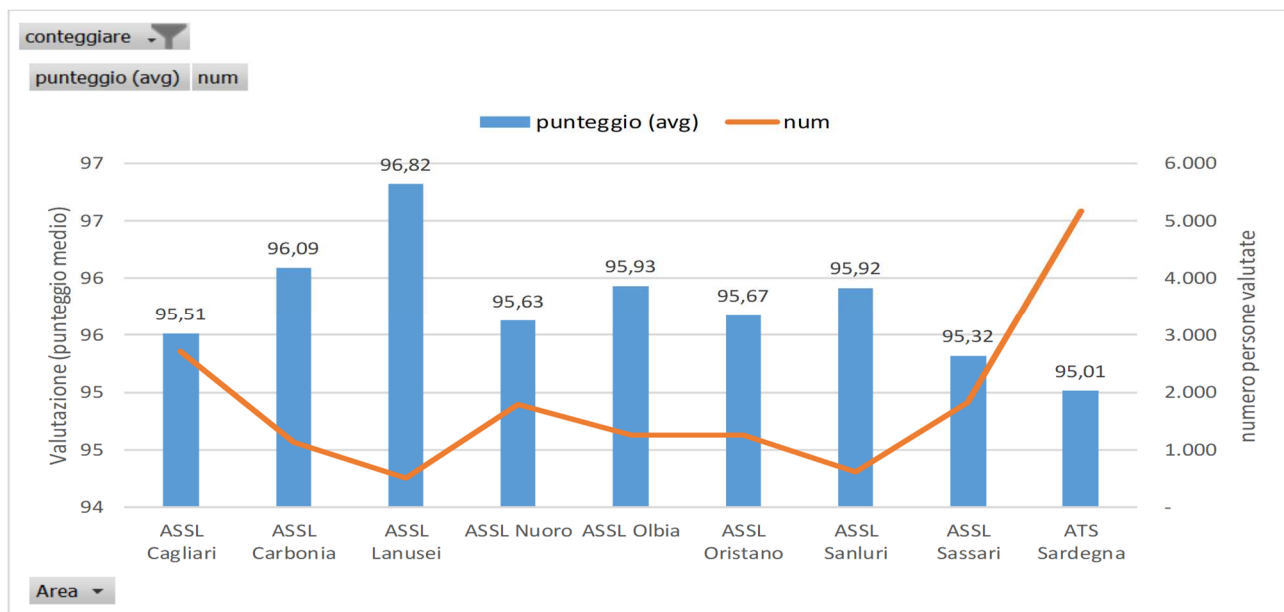


Figura 37: media punteggi 2021 per Area e numero di persone valutate

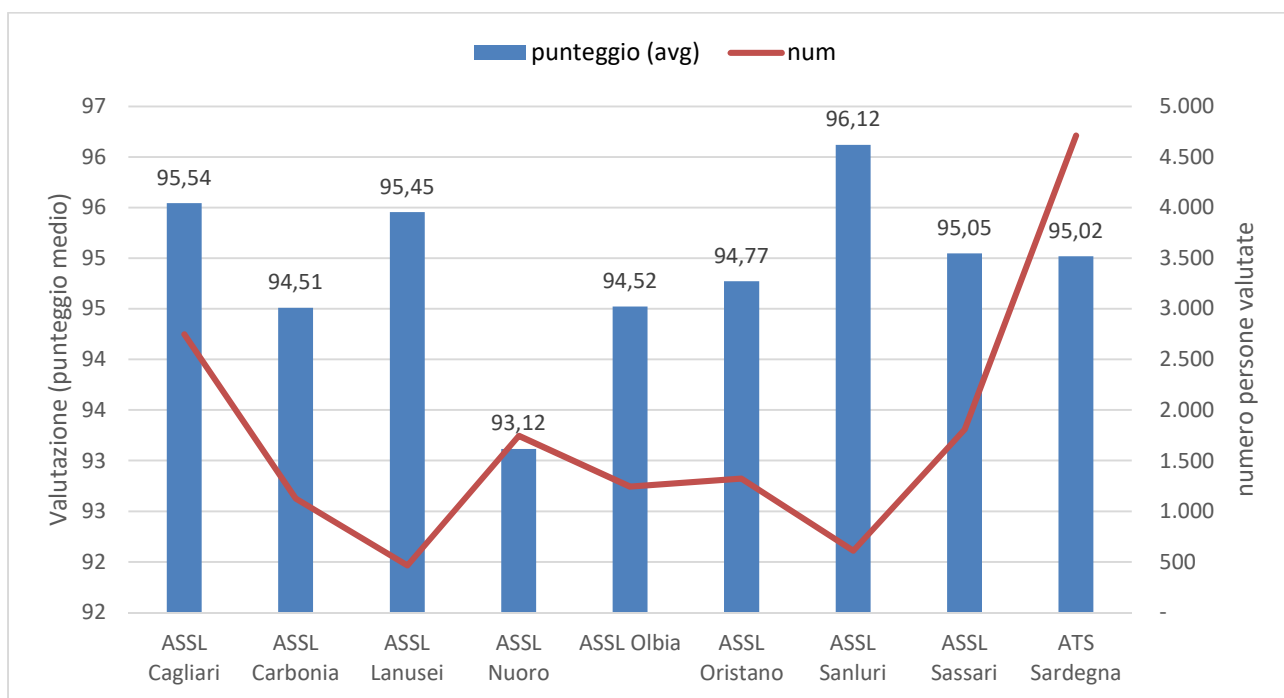


Figura 38: media punteggi 2020 per Area e numero di persone valutate

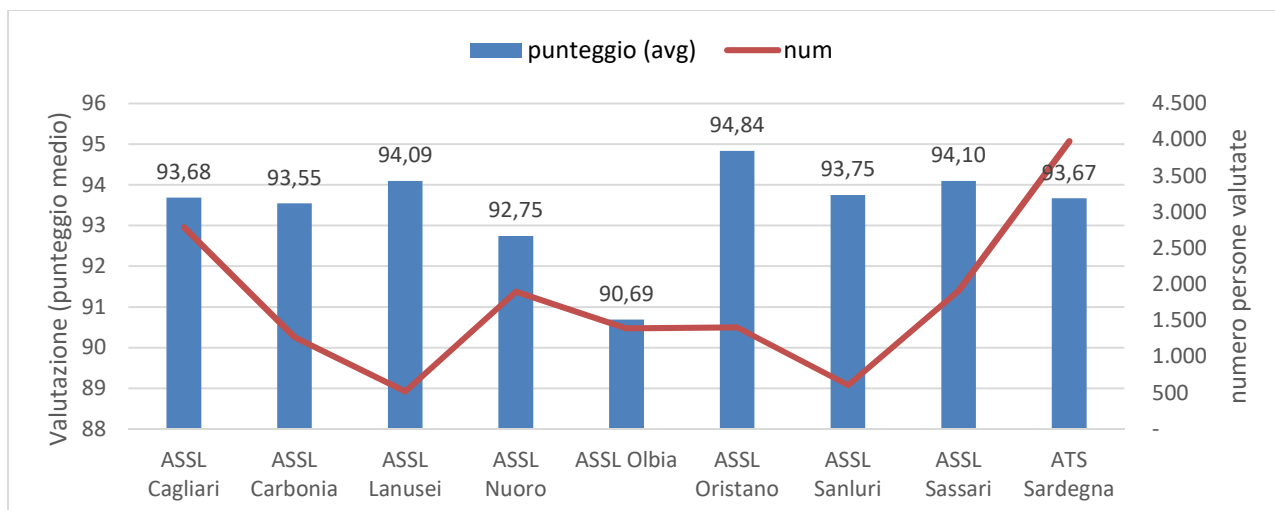


Figura 39: media punteggi 2019 per Area e numero di persone valutate

VALUTAZIONE PER RANGE DI PUNTEGGIO

Nella tabella sottostante è riportato, per ogni ASL, il numero complessivo di valutazioni effettuate, suddiviso per classi di punteggio conseguito (rappresentato graficamente nella figura 5).

Risulta che circa il 70% dei dipendenti ha conseguito una valutazione compresa tra i valori 95 -100, il 17% tra il 90-95, il 6% tra l'85-90. Solamente il 7% ha conseguito una valutazione inferiore all'85, e di questi solamente il 2% ha conseguito una valutazione al di sotto del 75.

Numero di Persone	% distribuzione range valori						Totale complessivo
	95-100	90-95	85-90	80-85	75-80	<75	
ASL Cagliari	1.910	378	199	124	40	59	2.710
ASL Carbonia	793	220	81	19	15	9	1.137
ASL Lanusei	402	67	13	18	3	3	506
ASL Nuoro	1.255	330	105	57	16	23	1.786
ASL Olbia	934	171	73	43	17	22	1.260
ASL Oristano	892	234	59	30	12	35	1.262
ASL Sanluri	441	82	49	29	7	7	615
ASL Sassari	1.296	273	137	49	22	56	1.833
ATS Sardegna	3.465	1.047	287	175	69	124	5.167
Totale	11.388	2.802	1.003	544	201	338	16.276

Tabella 27: valutazione per range di punteggio anno 2021

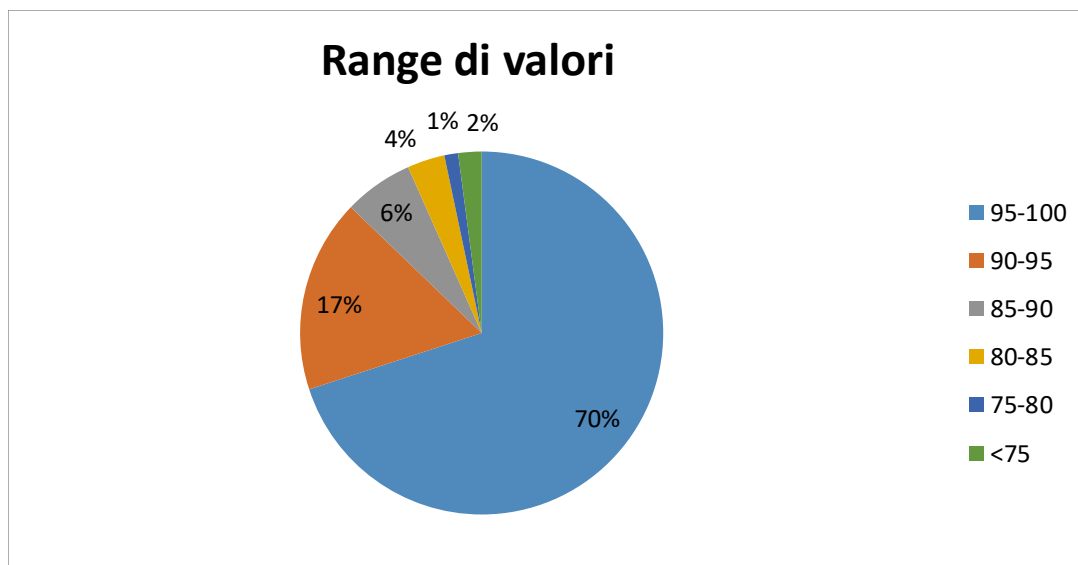


Figura 40: Percentuale distribuzione per range di punteggio

Si rileva che la percentuale di distribuzione per classe di punteggio varia in base all'Area, ad es. nelle ASL di Nuoro, Oristano, Nuoro e Sanluri circa il 71% dei valutati si trova nel range 95-100 contro il 79,4% della ASL di Sanluri. I punteggi sono mediamente più elevati e distribuiti in maniera più uniforme tra le diverse ASL rispetto all'anno precedente.

Numero di Persone	% distribuzione range valori					
	95-100	90-95	85-90	80-85	75-80	<75
Area						
ASSL Cagliari	70,5%	13,9%	7,3%	4,6%	1,5%	2,2%
ASSL Carbonia	69,7%	19,3%	7,1%	1,7%	1,3%	0,8%
ASSL Lanusei	79,4%	13,2%	2,6%	3,6%	0,6%	0,6%
ASSL Nuoro	70,3%	18,5%	5,9%	3,2%	0,9%	1,3%
ASSL Olbia	74,1%	13,6%	5,8%	3,4%	1,3%	1,7%
ASSL Oristano	70,7%	18,5%	4,7%	2,4%	1,0%	2,8%
ASSL Sanluri	71,7%	13,3%	8,0%	4,7%	1,1%	1,1%
ASSL Sassari	70,7%	14,9%	7,5%	2,7%	1,2%	3,1%
ATS Sardegna	67,1%	20,3%	5,6%	3,4%	1,3%	2,4%
Totale	70,0%	17,2%	6,2%	3,3%	1,2%	2,1%

Tabella 28: distribuzione range di punteggio anno 2021

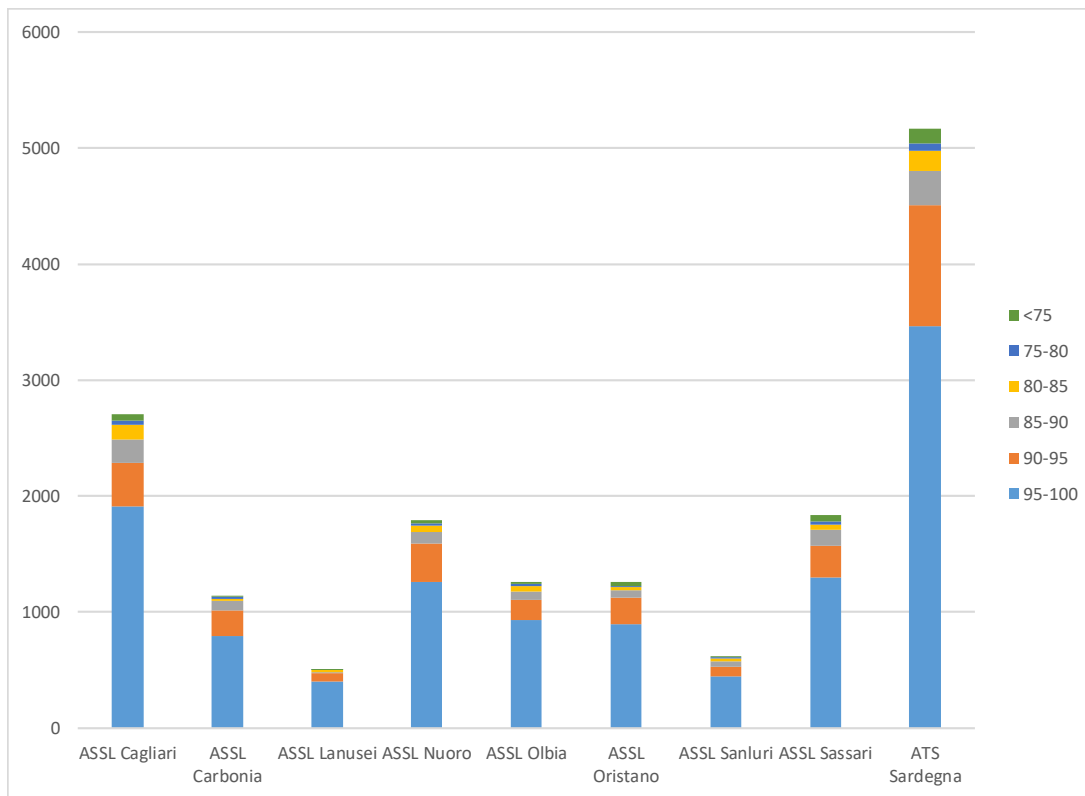


Figura 41: Visualizzazione grafica dei range di punteggi conseguiti, suddivisi per Area

VALUTAZIONI MEDIE PER SCHEDA

Entrando nel dettaglio della valutazione della performance per scheda di valutazione associata, quindi per profilo professionale, la *figura 7* evidenzia il numero complessivo di persone valutate in ATS e ASL e la media del punteggio conseguito. La media registra sempre valori superiori al 93. Il valore medio più alto si registra nelle schede delle Posizioni Organizzative e Coordinatori, con un punteggio pari a 98, seguito dai Responsabili di Struttura Semplice.

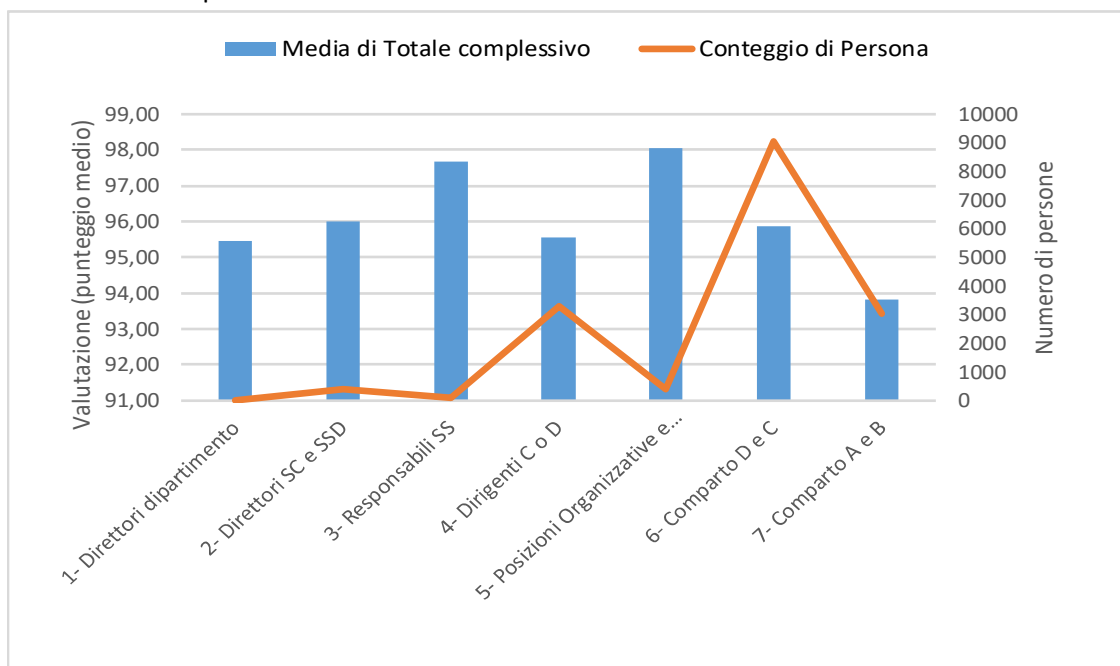


Figura 42: Visualizzazione grafico dei punteggi conseguiti, suddivisi per Scheda di Valutazione associata

6 Pari opportunità e bilancio di genere

6.1 PARI OPPORTUNITÀ E COMITATO UNICO DI GARANZIA (CUG)

Il tema delle pari opportunità costituisce un elemento di fondamentale importanza nell'ottica dello sviluppo delle risorse umane e ancor più nelle pubbliche amministrazioni, dove si caratterizza come elemento trasversale per il perseguimento della missione e il rispetto dei valori che guidano le attività e i processi decisionali, sia di carattere strategico che operativo.

L'art. 21 della legge n. 183 del 04/11/2010, recante "Misure atte a garantire pari opportunità, benessere di chi lavora ed assenza di discriminazioni nelle amministrazioni pubbliche", in conformità alla Direttiva del 04/03/2011, emanata di concerto, dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dal Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, avente ad oggetto: "Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni", ha previsto che le pubbliche amministrazioni costituiscano al proprio interno il Comitato Unico di Garanzia al fine di dare attuazione ad apposite valutazioni sul livello di sensibilità dei bisogni rilevati rispetto a possibili discriminazioni (di genere, disabilità, razza, etnia, gruppi sociali ed altro ancora).

L'Azienda con delibera n°224 del 13/02/2018 ha costituito il Comitato Unico di Garanzia (CUG), per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

L'Organismo dura in carica quattro anni, ha una composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un numero pari di rappresentanti dell'Amministrazione, nonché da altrettanti componenti supplenti, al fine di assicurare la presenza paritaria di entrambi i generi e da un Presidente designato dall'Amministrazione.

Il CUG ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro, consentendo il miglioramento dell'efficienza delle prestazioni mediante la garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica nei confronti dei lavoratori. Al Comitato sono attribuiti tutti i compiti propositivi, consultivi e di verifica negli interventi per concorrere alla tutela della sicurezza nei luoghi di lavoro (artt. 8-9 D.Lgs 81/08 e succ. modifiche e integrazioni) garantendo pari opportunità, benessere organizzativo e sicurezza, rendendo efficace e efficiente l'organizzazione dell'azienda. Nel corso del 2019 il Commissario Straordinario con delibera n°159 del 04.11.2019 ha deliberato la nuova composizione del Comitato Unico di Garanzia. Per l'anno 2020 e 2021 non si registrano modifiche nella composizione del Comitato Unico di Garanzia.

6.2 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

L'azienda, in ossequio a quanto previsto dalla normativa nazionale, ha approvato con delibera del Direttore Generale n° 1244 del 28/12/2018 il Piano delle azioni positive (P.A.P.) per il triennio 2018/2020. Il Piano di azioni positive si pone in linea con i contenuti del Piano della performance e del Piano per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, come strumento per poter attuare le politiche di genere di tutela dei lavoratori diretto a garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa attraverso la valorizzazione delle risorse umane.

È importante considerare che le pubbliche amministrazioni ricoprono un importante ruolo propositivo e propulsivo ai fini della promozione e dell'attuazione del principio delle pari opportunità e della valorizzazione

nelle politiche del personale, sia nell'ambito del reclutamento e della gestione del personale, che della formazione e della cultura organizzativa.

Al fine di perseguire la promozione e l'attuazione delle pari opportunità il succitato Piano si pone di raggiungere i seguenti obiettivi:

CONTRASTO A QUALSIASI FORMA DI DISCRIMINAZIONE E DI VIOLENZA

Al fine di evitare situazioni conflittuali determinate, ad esempio, da pressioni o molestie sessuali, casi di mobbing, atteggiamenti mirati ad avvilire il/la dipendente anche in forma indiretta, nonché atti vessatori correlati alla sfera privata della lavoratrice o del lavoratore, si rende opportuno individuare azioni specifiche con l'obiettivo di tutelare il/la dipendente nell'ambiente di lavoro. A questo scopo l'azienda intende definire, con la collaborazione anche della Consigliera Regionale di Parità nonché delle RSU e OO.SS., un Codice di condotta che integri e ricomprenda "Buone Prassi" da osservare per la prevenzione o la rimozione di situazioni di discriminazione, violenza sessuale, morale e/o psicologica; prevedere nel Codice di Condotta la nomina di Consigliere/a di Fiducia allo scopo di garantire ai dipendenti un adeguato supporto nei casi di segnalazione di situazioni di disagio e infine definire, in collaborazione con le strutture aziendali e con il Servizio Prevenzione e Protezione, la mappatura dei luoghi aziendali soggetti a maggiori rischi da aggressione da parte di persone esterne all'ente (ad esempio: Pronto soccorso; SERD; CSM; Punti di Guardia Medica) e l'articolazione di specifiche misure protettive al riguardo.

Si richiama a tal proposito il Decreto n. 29 del 30 luglio 2018 dell'Assessorato dell'igiene, sanità e assistenza sociale avente ad oggetto l'istituzione di un tavolo Regionale di coordinamento della rete contro la violenza di genere a cui ha aderito l'ATS nella persona del Direttore Generale, per la prevenzione, il contrasto delle discriminazioni e stereotipi legati ai ruoli di genere e al sessismo, rafforzamento del sistema di protezione delle donne vittima di violenza e il potenziamento delle attività di sostegno alle stesse.

BENESSERE ORGANIZZATIVO

Il "*benessere organizzativo*" riguarda la qualità della relazione esistente tra le persone e il contesto di lavoro. Produrre benessere organizzativo significa, per una organizzazione, promuovere e mantenere il più alto grado di benessere fisico, psicologico e sociale in ciascun lavoratore in ogni tipo di occupazione.

È dimostrata la correlazione fra questi ambiti ed un più elevato livello di salute e di minor stress, da cui conseguono minori assenteismo e malattia. È ormai convinzione diffusa che un ambiente professionale attento anche alla dimensione privata e alle relazioni familiari produca maggiore responsabilità e produttività. L'ATS è impegnata nell'applicare i vari istituti relativi all'organizzazione del lavoro e alla flessibilità dell'orario di lavoro nei confronti di tutti i lavoratori, ispirandosi a criteri di equità e imparzialità, in un quadro che contempererà le esigenze del dipendente con le necessità di funzionalità organizzativa dell'Azienda con l'obiettivo di promuovere e garantire le corrette condizioni lavorative per tutti i dipendenti dell'ATS Sardegna.

POLITICHE DI CONCILIAZIONE

La tematica ricorrente della difficoltà della conciliazione dei tempi di vita familiare e di lavoro dei/delle dipendenti, ha come problema predominante quello della gestione e dell'accudimento dei figli soprattutto nei primi anni di vita, dei familiari anziani o delle persone con disabilità. In particolare in ambito ospedaliero dove è necessario conciliare i tempi di lavoro professionale non solo con le esigenze di vita private e familiari ma anche con la necessità di cure dei pazienti. Pertanto si rende necessario individuare soluzioni che agevolino le/ i dipendenti nel loro ruolo di genitori e lavoratori professionali.

PARI OPPORTUNITÀ E CULTURA DI GENERE

Il concetto di pari opportunità riassume l'intento di garantire uguali condizioni e prospettive a tutti i dipendenti, attraverso la definizione di politiche e iniziative finalizzate alla rimozione degli ostacoli che impediscono un'effettiva parità.

Il Piano delle Azioni Positive si propone di superare condizioni, organizzazione e distribuzione del lavoro che provocano effetti diversi, a seconda del sesso, con pregiudizio nella formazione, nell'avanzamento professionale e di carriera, ovvero nel trattamento economico e retributivo; di favorire la crescita professionale e di carriera promuovendo l'inserimento delle donne nei settori di attività, nei livelli professionali e nelle posizioni apicali di coordinamento, in cui eventualmente siano sottorappresentate; di intervenire nella cultura di gestione delle risorse umane all'interno dell'organizzazione dell'azienda, favorendo il cambiamento e la realizzazione di interventi specifici, verso forme di sviluppo delle competenze e del potenziale professionale di donne e uomini e infine di favorire, attraverso una diversa organizzazione del lavoro, delle condizioni e del tempo di lavoro, l'equilibrio fra responsabilità familiari e professionali e una migliore ripartizione tra i due sessi, garantendo l'eliminazione di ogni forma di discriminazione e affermazione di condizioni di parità e pari opportunità per tutto il personale.

6.3 ANALISI DI GENERE DEL PERSONALE DIPENDENTE

L'analisi di genere evidenzia che all'31.12.2021² le donne costituiscono il 69% del personale dipendente complessivo, e che le stesse rappresentano il 60% del totale dei Dirigenti aziendali con un incremento dell'2% rispetto all'anno precedente.



Figura 43: Personale 2021. Analisi di genere

L'analisi di genere evidenzia in azienda una percentuale di presenza femminile pari al 69% del personale totale, pertanto non occorre stabilire il riequilibrio della presenza femminile. Si sottolinea inoltre che la presenza delle donne è garantita anche nelle posizioni apicali ai vertici delle Macrostrutture aziendali Ospedaliere, Distrettuali e Amministrative.

² Dato da analisi su anagrafica SiSaR_HR al 31.12.2021 – estrapolazioni al 27.01.2022.

7 Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

Come noto, la legge 190/2012 *disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione*, pone in capo ad ogni Pubblica Amministrazione l'obbligatorietà dell'adozione di un *Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC)* e del suo aggiornamento, che deve avvenire entro il 31 gennaio di ciascun anno. Il PTPC costituisce l'atto attraverso il quale l'Azienda individua le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione che vengono via via affinate, modificate e sostituite in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione. Il lavoro preparatorio, di consultazione e di mappatura dei rischi con il coinvolgimento dei direttori di tutte le strutture aziendali è stato complesso, tanto più per il piano 2021, adottato con Delibera del Commissario Straordinario n. 246 del 31/03/2021, vista la situazione sociale e sanitaria straordinaria in seguito alla pandemia COVID-19.

Molteplici sono stati gli adempimenti relativi alla trasparenza a seguito del D.Lgs. 97/2016 che ha radicalmente modificato il D.Lgs. 33/2013 in materia di diritto di accesso civico e di obblighi di pubblicità e trasparenza. Alla luce della Delibera della Giunta Regionale n. 24/2020 con quale si è attivato il processo di scorporo dell'ATS Sardegna, in otto Aziende Socio Sanitarie che saranno allocate presso tutte le province della Regione e la nascita di ARES, è stato attuato un vasto monitoraggio relativamente agli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione 2021.

Nell'esercizio dei compiti assegnati, si è provveduto, previo riesame e rivalutazione dei singoli procedimenti amministrativi già mappati in passato, a predisporre l'aggiornamento del Piano Aziendale Anticorruzione e Trasparenza 2021, con l'obiettivo di consolidare il lavoro sino ad allora realizzato.

La metodologia adottata per l'aggiornamento si è basata sull'accoglimento delle istanze ricevute in sede di rendicontazione da parte dei dirigenti responsabili delle strutture coinvolte, a vari livelli, e anche durante i continui incontri presso gli uffici aziendali mirati all'affiancamento collaborativo per l'attuazione delle misure di prevenzione indicate nel Piano.

Altro elemento di condivisione della mappatura dei procedimenti a rischio è stato il coinvolgimento della società civile nella redazione del nuovo Piano, che ha dato buoni risultati, attraverso il link sulla pagina internet aziendale per la pubblica consultazione dei documenti, volti ad accogliere le proposte di miglioramento, valutate in sede di elaborazione del Piano per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2021.

Le azioni principali del monitoraggio con le quali si è voluto caratterizzare il nuovo Piano hanno riguardato essenzialmente i seguenti punti:

- verificare la mappatura dei procedimenti a rischio, in armonia con le linee guida dell'ANAC;
- rimodulazione delle strutture monitorate rivolta principalmente a quelle ad alto rischio di corruzione;
- inserire nella mappature delle attività a rischio alcuni procedimenti sanitari gestiti dai Distretti Sanitari e dai Presidi Ospedalieri;
- proseguimento dei percorsi di formazione di base rivolti a tutto il personale personale sanitario e amministrativo di tutta l'azienda, attraverso formazione a distanza (fad) asincrona, fruibile da pc aziendali e da pc o tablet personali - impartita attraverso file pdf, formazione di secondo livello rivolta ai dirigenti e responsabili di strutture delle otto ASSL e ai relativi Commissari Straordinari compresi quelli ATS Sardegna;
- verifica della diffusione, conoscenza e sensibilizzazione dei dipendenti al Codice di Comportamento e Codice Disciplinare;
- incontri informativi e formativi con i dirigenti aziendali relativamente ai processi di prevenzione della corruzione e attività di monitoraggio;

- sensibilizzazione e potenziamento della tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower), attraverso strumenti informatici per garantire maggiore riservatezza e tutela, come richiesto dalla legge;
- verifica dell'adozione dei patti di integrità negli affidamenti;
- verifica del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti;
- trasparenza e pubblicazione degli atti;
- verifica del rispetto delle liste d'attesa e gestione dell'attività libero-professionale;
- verifica dei procedimenti relativi al conflitto di interessi;
- verifica dell'attuazione dei criteri per la rotazione degli incarichi.

Con l'adozione del Piano Anticorruzione e Trasparenza, si è proceduto alla capillare diffusione del documento, già pubblicato nel Sito Aziendale alla Sezione Amministrazione Trasparente e sulla Intranet Aziendale; in particolare, è stata inviata comunicazione, a tutti i Direttori/Responsabili di struttura, relativamente all'aggiornamento del Piano 2021 con la quale si è chiesto la massima divulgazione dei contenuti dello stesso ai dirigenti responsabili e collaboratori, per una efficace condivisione.

La formazione obbligatoria per l'ufficio in staff alla Direzione Generale del RPCT è stata svolta dalla SNA (Scuola Nazionale dell'Amministrazione della Presidenza del Consiglio dei Ministri) dal 19/04/2021 al 30/04/2021.

Dando seguito alla Determina dirigenziale n. 582 del 15.10.2021 della S.C. Formazione, Ricerca e Cambiamento Organizzativo è stata svolta la formazione obbligatoria di secondo livello rivolta ai dirigenti e commissari protempore delle 8 ASSL e della stessa ATS Sardegna, sulla materia della Privacy e della Trasparenza così organizzata:

- 15.11.2021 presso sala riunioni della sede dell'A.T.S. Sardegna in Selargius ed ha visto la partecipazione della quasi totalità dei commissari convocati;
- 14.12.2021 Sassari – Olbia presso sede A.T.S. in Sassari;
- 16.12.2021 Nuoro – Oristano – Lanusei presso Ospedale Zonchello in Nuoro;
- 17.12.2021 Cagliari – Iglesias – Sanluri presso sede A.T.S. in Selargius.

Gli incontri formativi sono stati programmati e destinati ai Direttori Amministrativi, ai Dirigenti ed alle figure apicali dell'organizzazione in quanto figure necessariamente coinvolte nello svolgimento delle operazioni di trattamento dei dati.

L'azione del RPCT ha trovato molti limiti in considerazione della situazione straordinaria dovuta alla pandemia da COVID 19 che ha portato a limitare la collaborazione da parte dei diversi attori coinvolti; ciò ha determinato un dispendio di energie dello staff in azioni di sollecitazione e di supporto alle strutture e dirigenti coinvolti.

Tuttavia si ritiene che nel corso del 2021 siano stati raggiunti diversi obiettivi previsti dal Piano, soprattutto nel campo della formazione finalizzata a rafforzare in tutti i dipendenti dell'Azienda l'etica e la legalità nelle azioni e nei comportamenti quotidiani.

I Responsabili delle Strutture hanno trasmesso al RPCT, con scadenza semestrale e annuale in rapporto al livello di rischio dei procedimenti mappati, le relazioni relative alle misure poste in essere e ai risultati conseguiti, evidenziando nel complesso una collaborazione fattiva per l'espletamento delle procedure.

In alcuni casi, tuttavia, è ancora emersa la scarsa percezione dell'atto di corruzione, inteso esclusivamente come il pagamento di un valore per il rilascio di una prestazione e non, come atto o comportamento che agevoli un soggetto rispetto ad un altro.

Attività principali in materia di prevenzione della corruzione e buona amministrazione:

Rotazione dei dipendenti.

Il Piano per la prevenzione della corruzione impegna l'Azienda nel suo complesso e i Responsabili dei Settori a rischio in particolare, ad attivare procedure di rotazione del personale addetto alle aree a rischio, cercando di temperare questo principio con la specificità delle Aziende sanitarie, ove l'esigenza di evitare il consolidamento di "posizioni privilegiate" deve necessariamente coordinarsi con quanto previsto dalla normativa e dai contratti in materia di incarichi dirigenziali, di valutazione del dirigente alla conclusione dell'incarico e in materia di rinnovo, e con la necessità di tutelare le specificità professionali, l'esperienza e la competenza dei dirigenti, medici e sanitari soprattutto, da cui dipende in larga misura la qualità del servizio erogato ai cittadini.

Conflitto di Interessi.

E' stata predisposta e diffusa presso tutti i dipendenti dell'Azienda, anche attraverso l'utilizzo della Intranet aziendale, una direttiva in materia di conflitto di interessi; inoltre, su richiesta del RPCT, la Direzione aziendale ha emanato una circolare al fine di disporre l'inserimento, nei format degli atti amministrativi (delibere e determinazioni dirigenziali), di dichiarazioni in ordine all'assenza di cause di incompatibilità e di situazioni di conflitto in capo al soggetto che adotta o propone l'atto.

Whistleblower.

Il sistema di segnalazione di illeciti e di mala amministrazione è stato diffuso tra gli stakeholder, anche attraverso le giornate della trasparenza che hanno visto una vasta partecipazione dei dipendenti dell'azienda, dove sono state spiegate le linee guida adottate dalla Regione Autonoma della Sardegna con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 30/15 del 16.06.2015, oltre che le indicazioni della normativa nazionale mirate alla tutela in favore del whistleblower.

Patti integrità.

Con l'attuazione delle direttive regionali di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale della Sardegna n. 30/16 del 16/06/2015 "Adozione misure di contrasto alla corruzione: applicazione dell'art. 4 del Regolamento ANAC 2014 in materia di attività di vigilanza e di accertamenti ispettivi e dell'art. 1, comma 17 della legge n. 190/2012 sui Patti di Integrità" è stato adottato il modello di Patto di integrità ivi proposto. Da un monitoraggio avviato da questo RPC, risulta che le strutture aziendali che si occupano di appalti, hanno inserito nella documentazione di gara i modelli di Patto di integrità.

Considerazioni conclusive.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, nella versione dell'aggiornamento del 2021, rappresenta per l'Azienda uno strumento di programmazione di nuova generazione con tutti i limiti dovuti a diversi fattori. E' cresciuta la partecipazione e collaborazione con i responsabili delle strutture, non limitandosi solo ad un mero adempimento burocratico.

8 La partecipazione dei cittadini e degli utenti

A partire dall'anno 2020 ATS Sardegna, sulla base degli indirizzi emanati dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP), ha applicato il modello di valutazione partecipativa promuovendo la partecipazione dei cittadini utenti alla valutazione delle performance organizzative attraverso le indagini di customer satisfaction volte a rilevare il grado di soddisfazione degli utenti in relazione ai servizi erogati.

Il modello adottato nel 2021 è stato utilizzato per la rilevazione della qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari e ha riguardato i seguenti eventi clinici:

- 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. I sistemi SISAR coinvolti generano per ciascun accesso un codice univoco all'interno del territorio regionale (token). Questo codice è presente (unitamente al link a cui collegarsi per effettuare il questionario di gradimento) all'interno della stampa prodotta dagli applicativi che viene consegnata al paziente.

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.

Il campione è rappresentato da 1.562 schede. Tenuto conto che il numero di assistibili è di 1.540.332 (FLS.11 – Quadro G – Estrazione del 15.03.2022) e considerato i volumi di attività erogati nel 2021, i risultati di seguito esposti non risultano statisticamente significativi.

AREA	N. questionari
ASSL Sassari	173
ASSL Olbia	189
ASSL Nuoro	192
ASSL Lanusei	87
ASSL Oristano	333
ASSL Carbonia	120
ASSL Sanluri	123
ASSL Cagliari	345
Totale complessivo	1.562

Tabella 29: Partecipazione cittadini e utenti: questionari anno 2021

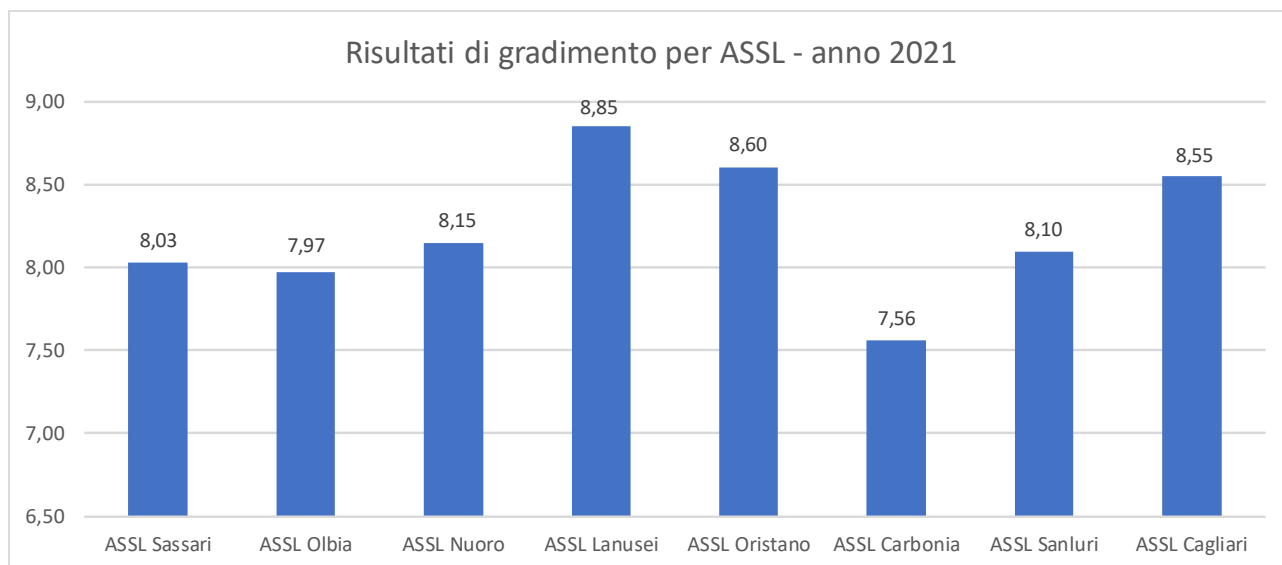


Figura 44: Risultati gradimento per ASSSL

9 Il processo di redazione della Relazione sulla performance

9.1 FASI, SOGGETTI, TEMPI E RESPONSABILITÀ

L'adozione del presente documento da parte della Direzione Aziendale è subordinata alla validazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 43 del 29.01.2021 è stato prorogato l'OIV ATS Sardegna per il periodo strettamente necessario della fase transitoria di nascita dei nuovi soggetti giuridici ARES e delle otto ASL.

La misurazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi strategici attribuiti alle Unità Operative aziendali nel 2021 è avvenuta a partire dal mese di febbraio 2022 sino al mese di giugno 2022 a cura della SC Programmazione Sanitaria e Strategica e dagli uffici di Programmazione e Controllo di Gestione/Uffici di Staff di ASSL.

Successivamente con la Deliberazione n. 154 del 25.07.2022 è stato costituito l'Organismo Indipendente di Valutazione di ARES Sardegna. Tra i compiti in capo all'OIV ARES (di cui al bando della Delibera ARES n.55 del 08.04.2022) da svolgere nel corso dell'anno 2022, rientrano anche le funzioni e le attività per quanto attiene la validazione del ciclo performance 2021 di ATS Sardegna, in applicazione del sistema di misurazione e valutazione performance (Delibera ATS Sardegna n. 221 del 07.04.2020), con conseguente validazione della Relazione Performance relativa al ciclo Performance ATS Sardegna dell'anno 2021.

L'istruttoria della Relazione sulla Performance 2021 è stata articolata a partire dal mese di settembre 2022 ed è stata conclusa nel mese di maggio 2023, a seguito dell'analisi e della validazione dei risultati riportati nelle schede relative alle singole ASSL e alle strutture centrali di ATS per l'anno 2021.

Nella seguente tabella si riepiloga il processo di redazione della Relazione sulla Performance con l'indicazione, per ogni fase, dei soggetti e dei tempi di conclusione.

FASI	SOGGETTI COINVOLTI	TEMPI
Misurazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati alle Strutture ATS	SC Programmazione Strategica ATS	GIUGNO 2022
Misurazione del raggiungimento degli obiettivi specifici delle UU.OO Complesse, Semplici e Semplici dipartimentali delle ASSL	SC Programmazione e Controllo di Gestione di ASSL	GIUGNO 2022
Misurazione della performance individuale	Direttori e Responsabili delle UU.OO	LUGLIO 2022
Approvazione del Bilancio Consuntivo 2021	Commissario Straordinario Gestione Regionale Sanitaria Liquidatoria ATS	DELIBERAZIONE n. 160 DEL 12/04/2023
Analisi e della validazione performance organizzativa - risultati riportati nelle schede relative alle singole ASSL e alle strutture centrali di ATS	OIV ARES	SETTEMBRE2022- MAGGIO 2023
Redazione della Relazione sulla Performance 2021	SC Programmazione e Controllo di Gestione ARES	GIUGNO 2023
Validazione e adozione Relazione sulla Performance 2021	Validazione: OIV ARES Adozione: Commissario Straordinario Gestione Regionale Sanitaria Liquidatoria ATS	GIUGNO 2023

Tabella 30: Fasi, soggetti coinvolti e tempi del Ciclo della Performance ATS

9.2 PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Nel corso del 2021, nonostante la continua emergenza sanitaria e la riorganizzazione aziendale dovuta alla nuova riforma sanitaria approvata con L.R. 11 settembre 2020, n. 24 e ss.ii.mm.che ha modificato l'assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale, istituendo, tra le altre, l'Azienda regionale della salute (ARES), sono stati comunque adottati tutti gli strumenti del Ciclo di Gestione della Performance ATS, e gli stessi sono stati portati avanti e conclusi nel corso del 2022.

Il Commissario Straordinario ATS ha ritenuto opportuno definire e rimodulare gli obiettivi in considerazione del fatto che tutte le Strutture aziendali hanno svolto attività finalizzate prevalentemente alla gestione dell'emergenza sanitaria, la quale ha portato anche ad un inevitabile e conseguente protrarsi della fase di negoziazione degli obiettivi di budget oltre la tempistica definita.

Nonostante l'emergenza sanitaria, la gestione del Ciclo della Performance ha cercato di raggiungere importanti risultati di fondo, tra i quali vale la pena menzionare: il coinvolgimento e il coordinamento di tutte le articolazioni aziendali per una visione sistemica del servizio sanitario superando la logica dell'approccio di tipo settoriale e di ASSL; la motivazione e la corresponsabilizzazione nel raggiungimento degli obiettivi straordinari a causa dell'emergenza garantendo così una migliore utilizzazione delle risorse disponibili.

I punti di forza del ciclo della performance sono pertanto riassumibili nella responsabilizzazione di tutti i Direttori di ASSL, di Dipartimento e di Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale verso il raggiungimento degli obiettivi aziendali, consentendo di far convergere tutte le azioni del personale verso gli obiettivi aziendali e di sistema.

Con riferimento alla performance organizzativa si evidenziano alcune criticità emerse anche nel 2021 relative alla difficoltà di assegnare obiettivi sfidanti ma soprattutto di poterli assegnare secondo una logica bottom-up in quanto nella maggior parte dei casi le proposte di obiettivi provenienti da parte delle Strutture sono annoverabili tra le attività istituzionali e ordinarie che mal si attagliano con la definizione di obiettivi specifici di budget. Da ciò consegue la necessità per la Direzione di dover da un lato accogliere le proposte, dall'altro di dover ricorrere ad una logica di attribuzione Top Down per determinati obiettivi. Un ulteriore criticità è rappresentata dalla difficoltà dei direttori di Struttura ad accettare risultati di misurazione della performance organizzativa inferiori a 100 in quanto i risultati ricompresi nel range (70 -90) sono percepiti come risultati punitivi.

Anche nel 2021 persiste nella cultura aziendale il mancato approccio nell'attribuire obiettivi individuali da parte del Direttore di Struttura ai propri dipendenti e la capacità di differenziazione delle valutazioni individuali. La differenziazione dei giudizi costituisce un utile indicatore di qualità in quanto il sistema di valutazione funziona se è in grado di restituire una rappresentazione veritiera del contributo fornito dai singoli, ovviamente diverso in natura, sia in termini di obiettivi organizzativi o di gruppo/individuali raggiunti che di comportamenti attesi.