

**Relazione sul funzionamento del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lettera a), del Decreto Legislativo n. 150/2009**

**Anno 2023**

**INDICE**

**Premessa**

L'Azienda socio-sanitaria locale di Sassari è stata istituita ai sensi dell'art.9 della L.R. n°24/2020 ed è attiva dal 1 gennaio 2022, a seguito del completamento del processo di riforma in applicazione della succitata Legge Regionale, con la quale è stata ridefinita l'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale. Con la Deliberazione della Giunta Regionale n.46/23 del 25 novembre 2021 è stata costituita l'Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 1 di Sassari a far data dal 1 gennaio 2022.

L'Azienda socio-sanitaria locale di Sassari, con propria personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione, assicura, attraverso servizi direttamente gestiti, l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, salvo quanto disposto dalla LR 24/2020 in ordine agli altri enti previsti dall'articolo 2 della medesima Legge.

L'ASL n.1 di Sassari ha adottato definitivamente con Delibera n. 131 del 20.02.2023 il proprio atto aziendale.

L'Organismo Indipendente di Valutazione della ASL1 di Sassari è stato nominato con Delibera del Direttore Generale n.386 del 29.07.2022 a decorrere dal 01.08.2022.

**A. *Performance organizzativa***

*Gli obiettivi strategici e operativi 2022*

La performance organizzativa annuale è uno degli elementi principali del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022/2024 approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 258 del 17/06/2022 dell'Azienda Sanitaria Locale – ASL n°1 di Sassari ed è espressa prevalentemente in termini di efficacia, efficienza ed economicità; è riferita sia all'azienda nel suo complesso, sia alle singole strutture organizzative.

Di seguito si riportano sinteticamente gli obiettivi di performance, i valori di partenza e i risultati attesi.

AREA PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	BASE LINE	FONTE	TARGET 2022
Area performance dell'accessibilità	Garantire il Governo delle Liste d'Attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio al fine di garantire la tempestiva esecuzione della prestazione, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche.	% di prestazioni registrate ex post ( R ) sul totale prestazioni prenotate		Cup WEB	10%
Area performance dell'accessibilità	Garantire il Governo delle Liste d'Attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio al fine di garantire la tempestiva esecuzione della prestazione, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche.	% delle 64 prestazioni per I accesso con codici B e D erogate entro il tempo standard		Cup WEB	>60%
Area performance dell'accessibilità	Garantire il Governo delle Liste d'Attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio al fine di garantire la tempestiva esecuzione della prestazione, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche.	Numero prescrizioni 1° accesso con UBDP/totale delle prescrizioni 1° accesso *100		Cup WEB	90%
Area performance dell'accessibilità	Garantire il Piano di Recupero delle liste d'attesa Covid 2019 (DGR 3/4 del 27/01/2022)	Approvazione del Piano		SISaR Atti	
Area performance dell'accessibilità	Garantire il Piano di Recupero delle liste d'attesa Covid 2019 (DGR 3/4 del 27/01/2022) - attività di prevenzione	Invio inviti alla popolazione target 2020 (a) screening per carcinoma mammella		Dipartimento di Prevenzione	20%
Area performance dell'accessibilità	Garantire il Piano di Recupero delle liste d'attesa Covid 2019 (DGR 3/4 del 27/01/2022) - attività di prevenzione	b) screening per cervice uterina		Dipartimento di Prevenzione	20%
Area performance dell'accessibilità	Garantire il Piano di Recupero delle liste d'attesa Covid 2019 (DGR 3/4 del 27/01/2022) - attività di prevenzione	c) screening per tumore di colon retto		Dipartimento di Prevenzione	20%
Area di performance	Ridurre significativamente le liste di attesa per le	Numero prestazioni ricadenti del PRGLA	2021	ABACO/CUP	<2021

AREA PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	BASE LINE	FONTE	TARGET 2022
dell'efficienza e della qualità	prime visite e per le prime indagini diagnostiche	gestite in agende informatizzate CUP/totale prestazioni erogate ricadenti nel PRGLA*100  Numero prestazioni ricadenti del PRGLA gestite in agende informatizzate CUP con classe di priorità indicata/prestazioni ricadenti nel PRGLA gestite in agende informatizzate CUP*100			
Area performance dell'accessibilità	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100		Dipartimento di Prevenzione	screening cervicale: tasso di adesione reale $\geq$ 30% in tutte le ASL; screening colorettales: tasso di adesione reale $\geq$ 15% in tutte le ASL; screening mammografico $\geq$ 25% in tutte le ASL
Area performance dell'accessibilità	Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione	Indice di gradimento medio		nuovo sistema informatico - survey utenti	Indice di gradimento medio $\Rightarrow$ 7
Area performance dell'accessibilità	Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (RENCAM) per almeno tre annualità consecutive, comprese tra il 2017 e il 2020	(N. schede codificate/N. annuale deceduti residenti)*100	N totale annuale deceduti 17-20		80%
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Garantire il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale	% di utilizzo biosimilare versus branded	2021	amc sistema contabile	% differenziata rispetto all'ATC di riferimento
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva aumentando la % di prescrizioni di medicinali a brevetto scaduto per inibitori della pompa protonica, vitamina D, sartani, Fans e statine	Rispetto delle UP anno pro-capite per inibitori di pompa protonica		Elaborazioni Cruscotto - Flusso farmaceutica convenzionata	<28

AREA PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	BASE LINE	FONTE	TARGET 2022
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva aumentando la % di prescrizioni di medicinali a brevetto scaduto per inibitori della pompa protonica, vitamina D, sartani, Fans e statine	Rispetto incidenza confezioni Fans anno per 100 abitanti		Elaborazioni Cruscotto - Flusso farmaceutica convenzionata	<50
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva aumentando la % di prescrizioni di medicinali a brevetto scaduto per inibitori della pompa protonica, vitamina D, sartani, Fans e statine	Rispetto incidenza UP rosuvastatina		Elaborazioni Cruscotto - Flusso farmaceutica convenzionata	0,15
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Garantire la corretta gestione contabile dei progetti finalizzati/vincolati	codici progetto attivati ASL/codici progetto validi ex ATS	codici progetto con finanziamento residui ATS	amc sistema contabile	>80%
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Garantire la corretta gestione contabile dei progetti finalizzati/vincolati	Autorizzazioni con codice progetto (macro 4)/ autorizzazione macro 4		amc sistema contabile	98%
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Garantire il rispetto del tempo medio di pagamento nei termini di legge e/o contrattuali al fine di ridurre gli interessi di mora	Riduzione del tempo di pagamento delle fatture delle case protette rispetto al 2021	2021	differenza tra data di emissione fattura e data di validazione della liquidazione	100%
Area dell'equilibrio economico-finanziario	Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	Numero medio di giornate di ritardo	2021	AMC	Numero 0 giornate di ritardo
Area di performance della digitalizzazione e sanità digitale	Corretta gestione del Sistema CUP WEB	Chiusura completa delle prestazioni nell'applicativo CUP WEB	0%	CUP WEB	65,00%
Area di performance della digitalizzazione e sanità digitale	Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSMD rivolti a persone che presentano problematiche di doppia diagnosi e co-morbilità	Elaborazione di un documento operativo condiviso per il corretto monitoraggio in remoto (telefono, videochiamata, ecc...) dello stato di salute		Attestazione DSMD Aziendali	entro il 30/06/2022

AREA PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	BASE LINE	FONTE	TARGET 2022
	psichiatrica e dipendenze con l'obiettivo di garantire un percorso terapeutico e riabilitativo che coinvolga tutti i servizi del DSMD. (processo circolare SERD - SPDC - CSM- NPI- PSICOLOGIA - RIABILITAZIONE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALEPSICH IATRICA)	dei pazienti in carico ai Servizi			
<b>Area di performance della digitalizzazione e sanità digitale</b>	Implementazione della Telemedicina	n° utenti seguiti negli ultimi 12 mesi/n° utenti seguiti nei precedenti 12 mesi	2021	relazione semestrale	> 2021
<b>Area di performance della digitalizzazione e sanità digitale</b>	Garantire la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e della TS-CNS tra i cittadini	Promuovere la raccolta del consenso informato per il trattamento dei dati ai fini della consultazione del FSE dagli operatori sanitari		Sistema TS-CNS; ANAGS	
<b>Area di performance della digitalizzazione e sanità digitale</b>	Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie ospedaliere  n. di audit realizzati su eventi segnalati	2021	SIRMES	> 2021
<b>Area di performance della produzione</b>	Rispettare le tempistiche dei flussi informativi	Rispettare le tempistiche dei flussi SDO	Dati al 01/01/2022	NSIS	Rispetto delle tempistiche riportate nel disciplinare
<b>Area di performance della produzione</b>	Garantire la salute degli animali allevati dall'uomo attraverso l'attività di eradicazione e di profilassi delle malattie infettive. Consolidare la sorveglianza della TBC bovina, Brucellosi OV-CP e la conduzione del Piano straordinario di eradicazione della peste suina Africana	Numero aziende suine controllate/Numero aziende suine controllabili da Piano Prevenzione*100		Dati Dipartimento Prevenzione	100%
<b>Area di performance della produzione</b>	Garantire la salute degli animali allevati dall'uomo attraverso l'attività di eradicazione e di profilassi delle malattie infettive. Consolidare la sorveglianza della TBC bovina, Brucellosi OV-CP e	Numero check list compilate e registrate in BDN in relazioni ai controlli per gli allevamenti ovini-caprini /numero check list programmate a livello		Dati Dipartimento Prevenzione	100%

AREA PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	BASE LINE	FONTE	TARGET 2022
	la conduzione del Piano straordinario di eradicazione della peste suina Africana	regionale			
Area di performance della produzione	Garantire il Piano di Recupero delle liste d'attesa Covid 2019 (DGR 3/4 del 27/01/2022) - attività di prevenzione	Differenziale 2019-2022 dei volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale		FILE C - ABACO	come da scheda inserita nel piano regionale
Area di performance della produzione	Garantire il Piano di Recupero delle liste d'attesa Covid 2019 (DGR 3/4 del 27/01/2022) - attività di prevenzione	Differenziale 2019-2022 dei volumi di DRG programmati chirurgici per classe di complessità e priorità		FILE A - ABACO	come da scheda di recupero
Area di performance della produzione	Garantire la ripresa dell'attività chirurgica in elezione in fase di riattivazione dei servizi post epidemica COVID 19	Miglioramento dell'attività chirurgica in elezione nel IV trimestre 2022 rispetto al IV trimestre 2021		FILE A - ABACO	>=70%
Area di performance della produzione	Garantire congrui tempi di risposta dei tamponi COVID19	Differenza tra la data della determinazione e la data del prelievo dei tamponi			2 gg
Area di performance della produzione	Potenziare la raccolta sangue attraverso uscita esterna	Differenza tra l'anno 2021 e 2022			>2021
Area di performance della produzione	Promuovere la donazione in aferesi per il tramite delle Associazioni e Federazioni dei Donatori di sangue	Numero di unità di plasma da aferesi raccolto direttamente dalle Associazioni e Federazioni dei Donatori di sangue		EMONET	>2021
Area di performance della produzione	Garantire la ripresa della attività di prevenzione attraverso i programmi di screening oncologico organizzati nell'attuale fase epidemica da Covid-19	N° di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua *100		DATI DI ATTIVITA' DIPARTIMENTO DI PREVENZIONI ONE	a) tasso di adesione reale >= 25%
Area di performance della produzione	Garantire la ripresa della attività di prevenzione attraverso i programmi di screening oncologico organizzati nell'attuale fase epidemica da Covid-19	N° di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua *100		DATI DI ATTIVITA' DIPARTIMENTO DI PREVENZIONI ONE	b) tasso di adesione reale >= 30%
Area di performance della produzione	Garantire la ripresa della attività di prevenzione attraverso i programmi di screening oncologico organizzati nell'attuale fase epidemica da Covid-19	N° di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua *100		DATI DI ATTIVITA' DIPARTIMENTO DI PREVENZIONI ONE	c) tasso di adesione reale >= 15%

AREA PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	BASE LINE	FONTE	TARGET 2022
	Covid-19				
<b>Area di performance della produzione</b>	Garantire la ripresa della attività di prevenzione attraverso i programmi di screening oncologico organizzati nell'attuale fase epidemica da Covid-19	Numero prestazioni di screening oncologico recuperate/Numero prestazioni di screening oncologico differite a causa dell'emergenza pandemica nell'anno 2020		Attestazione Dipartimento Prevenzione - Sistema Screening	100% (Recupero di almeno 1/5 delle prestazioni differite all'anno per 5 anni)
<b>Area di performance della produzione</b>	Conseguimento del risparmio di sangue ed emoderivati con la riduzione del consumo tramite implementazione di PDTA aziendali secondo i programmi di Patient Blood Management (PBM).	Adozione di una delibera aziendale di approvazione del PDTA		SISAR ATTI	ADOZIONE ATTO
<b>Area di performance della trasparenza e anticorruzione</b>	Avvio del percorso di implementazione dell'internal auditing, coordinato a livello centrale dalla Regione e da Ares, finalizzato allo sviluppo di un approccio per processi, alla riduzione dei rischi amministrativi-contabili e alla misurazione del miglioramento organizzativo.	Attivazione della funzione		DIREZIONE	Recepimento con atto formale, entro il 31/12/2022, degli indirizzi impartiti dalla Giunta regionale e avvio della funzione.
<b>Area di performance della trasparenza e anticorruzione</b>	Approvazione dell'Atto aziendale	Approvazione entro i termini stabiliti dalla normativa regionale (Legge 24/2020)		RAS	INVIO ATTO AZIENDALE ENTRO I TERMINI STABILITI
<b>Area di performance della trasparenza e anticorruzione</b>	Garantire l'accessibilità totale dei dati e dei documenti aziendali, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini e promuovere al tempo stesso la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali.	Adempiere a tutti gli obblighi di pubblicazione previsti dall'ANAC		Relazione Responsabile PTC	Adempimenti entro il termine fissato dal RPTC aziendale

AREA PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	BASE LINE	FONTE	TARGET 2022
<b>Area di performance della trasparenza e anticorruzione</b>	Garantire l'accessibilità totale dei dati e dei documenti aziendali, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini e promuovere al tempo stesso la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali.	Assicurare gli adempimenti posti dalla Trasparenza e garantire il rispetto delle azioni previste dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza		Relazione Responsabile PTC	
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatazza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012	% DRG a rischio di inappropriatazza in DO		FILE A - ABACO -indicatore i099	13%
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	Garantire l'appropriatezza dei ricoveri attraverso la riduzione dei ricoveri ordinari medici brevi	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100		FILE A - ABACO	Miglioramento dell'indicatore rispetto all'anno precedente
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	Garantire le verifiche di appropriatezza e di efficacia sull'attività di controllo ufficiale	Numero di verifiche di efficacia eseguite sull'attività di controllo ufficiale/numero totale di verifiche programmate sull'attività di controllo ufficiale		Dati Dipartimento Prevenzione	100%
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura	Numero controlli effettuati/Numero controlli programmati		Dati Dipartimento Prevenzione	100%
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura	Numero di interventi ispettivi in aziende edili, agricole e altri comparti/Numero totale interventi ispettivi programmati secondo piano locale/regionale		Dati Dipartimento Prevenzione	100%
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	Territorio ufficialmente indenne da Tubercolosi	Ottenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da Tubercolosi		Dati Dipartimento Prevenzione	100%
<b>Area di performance dell'efficienza e</b>	Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un	Definire una proposta di protocollo di intesa		DIREZIONE AZIENDALE	PROPOSTA ASL/AOU



AREA PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	BASE LINE	FONTE	TARGET 2022
della qualità	sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi (ASL 1)	tra ASL n. 1 di Sassari ed Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari finalizzato ad accordo relativo al possibile trasferimento di pazienti ricoverati nei Pronto Soccorso presso Ospedali di Alghero e di Ozieri con diagnosi di lesione encefalica grave senza indicazione neurochirurgica, presso la terapia intensiva dell'AOU Sassari ai fini di procurement, nell'ambito di azioni strategiche su obiettivi condivisi del SSR, rappresentati dalla riduzione dei tempi di attesa dei pazienti affetti da grave insufficienza d'organo iscritti nelle liste regionali per trapianto d'organo.			
Area di performance dell'efficienza e della qualità	Garantire la qualità, l'efficacia e l'efficienza dell'attività ospedaliera in coerenza con il PNE	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg		FILE A - 3M	Miglioramento dell'indicatore rispetto all'anno precedente
Area di performance dell'efficienza e della qualità	Garantire la qualità, l'efficacia e l'efficienza dell'attività ospedaliera in coerenza con il PNE	% interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2 gg / N° interventi per frattura del femore*100		FILE A - 3M	Miglioramento dell'indicatore rispetto all'anno precedente
Area di performance dell'efficienza e della qualità	Garantire la qualità, l'efficacia e l'efficienza dell'attività ospedaliera in coerenza con il PNE	Numero parti cesarei primari/numero parti con nessuna pregresso cesareo*100		FILE A - 3M	Miglioramento dell'indicatore rispetto all'anno precedente
Area di performance dell'efficienza e della qualità	Garantire l'applicazione degli strumenti di governo del rischio clinico nell'Area chirurgica	N° di strutture che compilano SISPAC/N° totale di strutture che effettuano attività		FILE A - ABACO	100%

AREA PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	BASE LINE	FONTE	TARGET 2022
		chirurgica*100			
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso.	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno		ABACO	100%
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	Implementare il processo di revisione del sistema regionale dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e alla bassa intensità di cura, anche attraverso la riqualificazione della produzione diretta di servizi pubblici	Adozione di un "Piano aziendale di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti" ai sensi della DGR 13/12 del 09/04/2021.		DIREZIONE DSM	100%
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	Rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale		RAS	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2022
<b>Area di performance dell'efficienza e della qualità</b>	Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione	Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.		DIREZIONE	Approvazione di tutti i documenti di programmazione entro il 15/11/2022
<b>Area di performance dell'integrazione socio-sanitaria</b>	Garantire l'Integrazione Ospedale - Territorio per assicurare la continuità delle cure, superando il confine tra Ospedale e territorio per tutti pazienti post-acuti con rischi elevati di riospedalizzazione se non assistiti adeguatamente e per tutti i pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali a rischio di ricovero inappropriato.	% di dimissioni protette		FILE A - ABACO i096	3%
<b>Area di performance dell'integrazione socio-sanitaria</b>	la presa in carico della popolazione anziana da parte dei servizi di assistenza domiciliare integrata delle ASL	Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	≥ 1,88 (Griglia LEA)	ADI	3%

AREA PERFORMANCE	DESCRIZIONE OBIETTIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	BASE LINE	FONTE	TARGET 2022
Area di performance dell'integrazione socio-sanitaria	Promuovere il coordinamento funzionale delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione al fine di assicurare l'attuazione delle strategie aziendali	Predisposizione progetti/regolamenti/linee e guida/documenti			Invio documento con definizione di standard di personale per il Servizio di cure Domiciliari Integrate alla Direzione Aziendale entro Dicembre
Area di performance dell'integrazione socio-sanitaria	Attivare gli 8 Piani Mirati di Prevenzione (PMP) con l'attuazione, per ciascuno di essi, dei seminari di avvio, della formazione e dell'informazione/comunicazione (come previsto per il 2022 nel PRP 2020-2025) in ogni sede SpreSAL	Numeratore: numero di PMP attivati da parte di ogni sede SpreSAL di ciascuna ASL x 100 Denominatore: numero complessivo di PMP (n. 8) da attivare da parte di ogni sede SpreSAL di ciascuna ASL		DIREZIONE DIPARTIMENTO	ATTIVAZIONE PIANI
Area di performance dell'integrazione socio-sanitaria	Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO	(N. interviste caricate in piattaforma / N. interviste target definito dall'ISS) *100	2021	DIREZIONE DIPARTIMENTO	>2021

## B. Performance individuale

In base alla Deliberazione del Direttore Generale n. 13 del 28/01/2022 avente per oggetto "Presenza d'atto dell'estensione di validità alla ASL n°1 di Sassari del Sistema misurazione e valutazione della Performance", approvato dall'ATS Sardegna con Delibera del Commissario Straordinario n°506 del 30.06.2021, è stato adottato il Sistema misurazione e valutazione della Performance.

La performance individuale è l'insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti realizzati dall'individuo che opera nelle strutture dell'azienda.

Gli scopi prioritari della misurazione e della valutazione della performance individuale sono i seguenti:

- evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
- chiarire e comunicare che cosa ci si attende dalla singola persona, che agisce nel rispetto delle disposizioni normative e regolamentari vigenti, in termini di risultati e comportamenti;
- supportare le singole persone nel miglioramento della loro performance;
- valorizzare la performance e comunicare i risultati e le aspettative future alla singola persona;
- contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole;
- premiare la performance attraverso opportuni sistemi incentivanti;
- promuovere una corretta gestione delle risorse umane.

Ai sensi dell'art. 9 del D.lgs. 150/2009, la valutazione individuale è legata alle seguenti dimensioni di valutazione e si differenzia a seconda del livello organizzativo occupato nell'azienda.

Le dimensioni che compongono la performance individuale sono:

- Risultati: riferiti agli obiettivi annuali inseriti nel Programma Sanitario Triennale e nel Piano delle Performance;
- Comportamenti: sono le azioni che l'individuo mette in atto per raggiungere i risultati, ossia attentono alle modalità con cui un'attività viene svolta da ciascuno all'interno azienda.

Per i **dirigenti e responsabili di struttura** la valutazione è legata:

- a) agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità e al quale è attribuito un peso prevalente nella valutazione complessiva
- b) al raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- c) alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate, nonché ai comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate;
- d) alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi;
- e) alla capacità di rispettare i tempi del ciclo della performance.

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

- f) al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;
- g) alla qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi.

Gli obiettivi di performance individuale collegati alla performance organizzativa saranno declinati a partire dalle attività definite in sede di programmazione annuale; quest'ultime saranno formalizzate nell'ambito del processo di budget attraverso l'assegnazione degli obiettivi a tutti i Direttori di struttura secondo le modalità definite nel Sistema di misurazione e valutazione della performance, consentendo in tal modo di assicurare la coerenza temporale fra le due valutazioni.

Nel corso del 2022 non risultano essere stati assegnati obiettivi individuali specifici. Nella tabella che segue sono riportati gli elementi che compongono la scheda di valutazione con l'indicazione delle dimensioni tenute in considerazione ai fini della valutazione della performance individuale e quali siano i relativi pesi. Il peso attribuito alle dimensioni della performance individuale varia in relazione alle attività e responsabilità assegnate all'individuo, ossia con il suo ruolo all'interno della struttura organizzativa.

DIMENSIONE DI VALUTAZIONE	DIRETTORE DIPARTIMENTO	DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA E SSD	DIRETTORE DI STRUTTURA SEMPLICE	DIRIGENTI	INCARICO PROFESSIONALE/ ORGANIZZAZIONE	COMPARTO DS / D / C	COMPARTO B / BS / A
Obiettivi macrostruttura	20%	10%					
Obiettivi della struttura di appartenenza	40%	50%	60%				
Qualità del contributo per il conseguimento degli obiettivi della struttura di appartenenza o eventuali obiettivi				50%	40%	30%	20%

individuali							
Capacità di valutazione dei propri collaboratori	5%	5%					
Capacità di rispettare i tempi del Ciclo della Performance	5%	5%					
Competenze professionali e manageriali	15%	15%	30%	30%	30%	40%	30%
Comportamenti organizzativi	15%	15%	10%	20%	30%	30%	50%
	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

### C. Processo di attuazione del ciclo della performance

Il Regolamento aziendale inerente il “Sistema di valutazione delle performance”, citato nel precedente paragrafo, prevede le fasi del ciclo di gestione delle performance (art.4 del D.lgs .150/2009) illustrate sinteticamente nella seguente tabella.

LE FASI DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE ( AI SENSI DELL'ART. 4 DEL DLGS 150/2009)	LE FASI DEL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE NELL'AMBITO DEL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	TEMPI
Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei target e dei rispettivi indicatori.	Pianificazione strategica	Entro il 15 novembre viene predisposto il Piano sanitario triennale e annuale; Il Bilancio di previsione pluriennale e annuale. Entro il 31 gennaio viene approvato il Piano delle Performance
Collegamento tra gli obiettivi e l'allocatione delle risorse	Piani Operativi e Budget	Entro il 31 gennaio vengono negoziati e assegnati e le risorse di Budget
Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali correttivi.	Misurazione e Monitoraggio	Il Direttore della struttura illustra gli obiettivi attribuiti alla struttura entro febbraio. In seguito può attribuire eventuali obiettivi individuali e/o d'équipe che devono risultare da apposito verbale e li comunica alla STP di riferimento entro 7 gg; il responsabile deve dare comunicazione alla STP di riferimento anche della mancata assegnazione di obiettivi individuali fermo restando che, in questo caso, si utilizzano i risultati di performance organizzativa ai fini della valutazione individuale. La STP nell'anno in corso effettuano il monitoraggio degli obiettivi e apportano eventuali correttivi.
Misurazione e Valutazione della Performance Organizzativa e Individuale	Valutazione	Entro 30 aprile dell'anno successivo viene chiusa la fase di Valutazione della Performance organizzativa Dal 1 maggio al 31 maggio dell'anno successivo si eseguono le valutazioni individuali. Entro il 31 maggio dell'anno successivo la STP chiude la fase di Valutazione della Performance individuale.
Rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico amministrativo, alla Direzione Aziendale, ai cittadini, agli utenti e ai destinatari dei servizi.	Rendicontazione interna ed esterna	Entro il 30 Giugno dell'anno successivo la STP definisce e adotta la relazione sulla Performance a norma dell'art. 10 del D.lgs. 150/2010
Utilizzo dei Sistemi Premiati	Valutazione ed utilizzo dei	Entro il 30 novembre viene erogato l'attribuzione del

secondo criteri di valutazione del merito	Sistemi Premianti	Premio
---	-------------------	--------

A giugno 2022 è stato avviato il primo ciclo di Performance con la condivisione delle schede di budget 2022 con i Direttori dei Dipartimenti, delle Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali, inviate dal Direttore della SC Programmazione e Controllo, in accordo con la Direzione Aziendale.

Le fasi di monitoraggio sono state predisposte nel secondo semestre 2022, dopo la nomina dell'OIV.

#### ***D. Infrastruttura di supporto***

L'attività di valutazione annuale sarà effettuata attraverso l'applicativo G.U.R.U. che è un sistema software HRMS (Human Resource Management System) basato su architettura web accessibile attraverso la intranet aziendale. L'accesso al sistema è regolato attraverso un meccanismo basato su utenti, profili e permessi, e ogni utente che accede all'applicazione ha un profilo che determina i permessi di eseguire o meno le varie funzioni.

L'attività di valutazione sul sistema G.U.R.U. è articolata in quattro fasi:

**CO-VALUTAZIONE:** il co-valutatore nei casi in cui è previsto esprime le valutazioni sugli item della scheda; nei casi in cui non è previsto il co-valutatore, la fase di co-valutazione non verrà effettuata ed il processo partirà direttamente con la fase di Valutazione.

**VALUTAZIONE:** il valutatore, una volta chiusa la fase di co-valutazione, ove prevista, indica l'eventuale persona di supporto alla valutazione e successivamente esprime la valutazione sugli item di scheda.

**COMMENTI DEL VALUTATO:** il valutato prende visione della valutazione espressa nella scheda di valutazione e può esprimere un commento alla valutazione in un'apposita sezione della scheda di valutazione stessa.

**COLLOQUIO:** il valutatore, nella fase di colloquio, può variare la valutazione degli item della scheda nel caso in cui dal colloquio con il valutato siano emersi elementi rilevanti e significativi tali da apportare modifiche.

Al termine del processo di valutazione il valutatore e il valutato firmano la scheda e il valutatore la invia al servizio personale in quanto le valutazioni individuali alimentano il fascicolo personale del dipendente sia ai fini giuslavoristici che ai fini gestionali.

#### ***E. Sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione***

Attualmente, come peraltro già evidenziato nella relazione annuale del Responsabile PTC (<https://www.asl1sassari.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/corruzione/>), non è disponibile un sistema informativo e informatico a supporto dell'attuazione del Programma Triennale PTC.

I dati oggetto di pubblicazione sono periodicamente richiesti dal servizio RPCT alle varie strutture aziendali ed inseriti manualmente sul portale web istituzionale nella apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

La modalità di trasmissione dei dati è telematica tramite impiego di casella e-mail istituzionale rpct@aslsassari.it.

#### ***F. Definizione e gestione degli standard di qualità***

In considerazione della costituzione dell'azienda e dell'avvio dell'attività della stessa a far data da gennaio 2022, non risulta che l'azienda abbia ancora definito standard di qualità.

#### ***G. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione***

Il ciclo di Performance 2022 non si è ancora concluso, in quanto, così come descritto nel “Sistema misurazione e valutazione della Performance”, il termine ultimo coincide con il 30 giugno 2023, data in cui viene definita e adottata la relazione sulla Performance 2022 a norma dell'art. 10 del D.lgs. 150/2009, per cui non sono ancora disponibili i risultati, per una analisi comparativa.

#### ***H. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV***

Il monitoraggio intermedio è stato realizzato nel secondo semestre 2022, dopo la nomina dell'OIV, con istruttoria della STS e condiviso nell'incontro in presenza con l'OIV del 21/10/2022.

A seguito di richiesta di motivazioni integrative riferite agli eventuali scostamenti, a dicembre 2022, è stata conclusa, ed è agli atti, la quadratura del monitoraggio intermedio.

28 aprile 2023

Per l'Organismo Indipendente di Valutazione

Il Presidente ing. Lisa Zanardo

