



# Azienda Socio Sanitaria Locale 8 Cagliari

**Piano delle Performance 2022 -2024**

## Sommario

<b>PREMESSA .....</b>	<b>3</b>
<b>1. PRESENTAZIONE DELL’AZIENDA.....</b>	<b>4</b>
1.1. MISSIONE DELL’AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE .....	5
1.2. ASSETTO ORGANIZZATIVO E AZIENDALE .....	6
<b>2. ANALISI DEMOGRAFICA TERRITORIALE .....</b>	<b>12</b>
2.1. COMPOSIZIONI PER CLASSI D’ETÀ.....	14
2.2. INDICATORI DI STRUTTURA DEMOGRAFICA.....	16
<b>3. ANALISI DI CONTESTO AZIENDALE .....</b>	<b>20</b>
3.1. ASSISTENZA EROGATA .....	20
3.1.1. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE .....	20
3.1.2. ASSISTENZA TERRITORIALE .....	24
3.1.3. ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	27
<b>4. RISORSE UMANE .....</b>	<b>38</b>
<b>5. PROGRAMMAZIONE ANNUALE .....</b>	<b>40</b>
5.1. PRINCIPALI DATI ECONOMICI PREVISIONALI.....	40
5.2. ALBERO DELLA PERFORMANCE .....	41
5.3. MACRO OBIETTIVI.....	45
5.4. PIANO TRIENNALE DEGLI INVESTIMENTI.....	49
<b>6. LA PARTECIPAZIONE DI CITTADINI E UTENTI.....</b>	<b>51</b>
<b>7. DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE .....</b>	<b>52</b>
<b>8. COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE CON IL PIANO TRIENNALE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA .....</b>	<b>55</b>
<b>9. LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL PROCESSO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE .....</b>	<b>57</b>

## PREMESSA

Il Piano delle Performance costituisce un documento integrato con lo scopo di migliorare la qualità dei servizi offerti dalle pubbliche amministrazioni. Il D.Lgs. 27 ottobre 2009 n.150, successivamente modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2017 n.74, prevede l'obbligo, in capo ad ogni azienda o ente pubblico, di misurare la propria performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso e alle aree di responsabilità in cui si articola.

Il quadro normativo vigente prevede che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente un documento programmatico triennale che individui gli obiettivi strategici aziendali congiuntamente agli obiettivi operativi assegnati alle aree di responsabilità con i relativi indicatori.

Il Piano, come previsto dall'art.8 del D.Lgs. 74/2017, viene definito dall'organo di indirizzo politico-amministrativo in conformità alle "Linee guida per il Piano delle performance" emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

Considerata la recente applicazione della L.R. di riordino del sistema sanitario regionale n.24 dell'11 settembre 2020, l'Azienda socio sanitaria locale n.8 di Cagliari non ha ancora approvato la propria proposta di Atto aziendale (in quanto sono in fase di adozione le linee guida regionali), di Piano attuativo e Bilancio preventivo per l'anno 2022, in quanto con nota prot. n. 14603 del 22/06/2022 la RAS ha disposto il differimento del termine del 30/06/2022 a data da definirsi. Pertanto, si ritiene necessario adottare un Piano delle performance preliminare i cui contenuti verranno aggiornati anche in considerazione di eventuali modifiche che la Regione decidesse di apportare con l'approvazione definitiva degli indirizzi per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende socio-sanitarie locali, approvati in via preliminare con deliberazione n.12/15 del 07/04/2022.

## 1. Presentazione dell'Azienda

Il 1<sup>a</sup> gennaio 2022 è stata istituita, ai sensi dell'art.9 della L.R.24/2020, in materia di riordino del sistema sanitario regionale, l'Azienda Socio Sanitaria locale n.8 di Cagliari, il cui ambito territoriale è coincidente con quello della cessata Azienda Sanitaria Locale n. 8 di Cagliari, oggetto di incorporazione ai sensi dell'articolo 1, comma 3, della legge regionale 27 luglio 2017.

Con la Delibera di Giunta Regionale n. 51/44 del 30 dicembre 2021 è stato nominato il Direttore Generale dell'Azienda socio sanitaria locale n.8 di Cagliari.

L'azione dell'Azienda Socio Sanitaria n.8 è finalizzata in maniera fondamentale al miglioramento dello stato di salute della popolazione, alla qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati, all'appropriatezza e continuità di cura, ai percorsi assistenziali, alla capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico-finanziario nella gestione del sistema azienda. Si impegna a perseguire questi obiettivi, ispirandosi ai principi di uguaglianza, di imparzialità, di partecipazione, di continuità, di efficienza ed efficacia e di economicità.

Tali obiettivi si concretizzano con azioni finalizzate a garantire:

### *a. La centralità del cittadino/paziente*

prendersi cura dei pazienti, rispondendo in modo adeguato ai loro bisogni di salute, ponendo attenzione alla centralità della persona e perseguendo l'umanizzazione nei rapporti interpersonali tra operatori sanitari ed utenti-pazienti, con nuovi modelli organizzativi in grado di trasferire la propria azione dall'idea di curare la malattia all'idea di farsi carico del malato;

### *b. Equità*

intesa come pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni e ai servizi su tutto il territorio, a parità di bisogno di salute. Il contrasto alle disuguaglianze di salute emergono, infatti, sempre più come elementi imprescindibili di un servizio sanitario di respiro universalistico che abbia in sé le caratteristiche di efficacia, efficienza ed equità.

### *c. Legalità*

assicurando che tutti gli atti e i comportamenti posti in essere dall'azienda siano rispondenti alle disposizioni normative vigenti. Vigilerà infatti sul rispetto dei vincoli di buona prassi di gestione dei servizi sanitari e di qualità delle prestazioni in quanto elementi necessari al conseguimento degli obiettivi di output.

#### *d. Trasparenza*

garantire ai portatori di interessi, relazioni trasparenti volte al raffronto produttivo e collaborativo con le istituzioni locali, le organizzazioni sindacali e le associazioni di volontariato esponenziali di interessi diffusi; la trasparenza è garantita mediante l'accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività svolta dall'ASL di Cagliari allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sull'utilizzo delle risorse pubbliche e sul perseguimento dei fini istituzionali.

#### *e. Crescita professionale, sviluppo e innovazione*

garantire la crescita professionale a tutti coloro che mettono la loro professionalità a servizio dell'Azienda con idonei percorsi formativi in relazione alle capacità di ognuno. La valorizzazione della professionalità degli operatori è determinante ai fini della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni.

### **1.1. Missione dell'Azienda Socio-Sanitaria Locale**

La missione istituzionale dell'Azienda Socio Sanitaria locale n.8 di Cagliari riferisce alla tutela e promozione del benessere degli individui e della collettività ed al miglioramento dello stato di salute.

Tale obiettivo viene perseguito assicurando i livelli essenziali di assistenza nel territorio, istituendo ed organizzando i distretti e i dipartimenti territoriali e di prevenzione, i quali operano in maniera integrata con la rete ospedaliera, con l'Azienda dell'emergenza-urgenza e con il sistema integrato dei servizi alla persona.

L'Azienda si impegna a operare in maniera sinergica con gli altri soggetti del sistema sanitario regionale, ispirandosi a principi di uguaglianza, di imparzialità, di partecipazione, di continuità, di efficienza, efficacia ed economicità.

La missione istituzionale è improntata ai seguenti principi guida:

- la centralità della persona;
- la qualità clinico-assistenziale, l'appropriatezza, il coinvolgimento e la qualificazione continua delle risorse umane;
- la compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti.

L'Azienda opera come elemento di congiunzione tra il momento politico-strategico e il livello operativo gestionale aziendale, assicurando un governo coordinato, orientato e sostenibile del

Servizio Sanitario Regionale nell'ottica di fornire la massima aderenza dell'offerta dei servizi sanitari ai bisogni della popolazione.

Le principali funzioni che orientano l'Azienda sono:

- a) il governo unitario globale della domanda di salute espressa dalla comunità locale;
- b) la presa in carico del bisogno del cittadino, individuando i livelli appropriati di erogazione dei servizi;
- c) la gestione integrata, sanitaria e sociale, dei servizi, anche collaborando alla predisposizione e realizzazione del PLUS (Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona);
- d) l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai servizi direttamente gestiti, per le competenze loro attribuite dalla programmazione regionale e locale;
- e) la promozione, anche in collaborazione con il dipartimento di prevenzione, di iniziative di educazione sanitaria e di informazione agli utenti;
- f) la fruizione, attraverso i punti unici di accesso, dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari, assicurando l'integrazione con i servizi sociali e con i servizi ospedalieri.

La ASL svolge la funzione assistenziale attraverso un'analisi sistematica dei bisogni locali, la promozione e la valorizzazione delle reti di prossimità, il controllo dell'appropriatezza della domanda e dell'offerta assistenziale.

## 1.2. Assetto Organizzativo e Aziendale

L'Azienda Socio Sanitaria Locale di Cagliari ha personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione.

L'organizzazione e il funzionamento sono disciplinati dall'atto aziendale, ancora in fase di definizione in attesa dell'adozione definitiva delle linee guida regionali, di cui all'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), e successive modifiche ed integrazioni.

Con la delibera n. 12/15 del 7.4.2022 la Giunta Regionale ha dato avvio al percorso per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende socio-sanitarie locali (ASL).

Gli indirizzi regionali intendono perseguire i seguenti obiettivi fondamentali:

- a) la valorizzazione del coinvolgimento responsabile dei cittadini, degli operatori e degli utenti nelle questioni concernenti la salute in quanto diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività;

- b) la valorizzazione delle ASL quali elementi costitutivi e strumenti operativi del Servizio sanitario regionale all'interno del quale cooperano per la realizzazione degli obiettivi di salute;
- c) la definizione di un assetto organizzativo delle ASL che tenga conto del necessario stretto collegamento tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale e della indispensabile integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria, prevedendo in particolare l'articolazione in distretti;
- d) perseguire l'unitarietà, l'uniformità ed il coordinamento delle funzioni del servizio sanitario regionale;
- e) fornire specifiche indicazioni per la realizzazione dell'autonomia imprenditoriale prevista dalla normativa nazionale (art. 3, comma 1-bis, del D.Lgs. 30.12.1992, n. 502, e s.m.i.), che deve consentire alle aziende di assumere la responsabilità dei risultati che la Regione chiede loro di perseguire;
- f) promuovere l'integrazione e la cooperazione fra le aziende sanitarie e favorire il coordinamento, a livello regionale e attraverso il ruolo assegnato all'ARES, delle politiche del personale e delle politiche finalizzate all'acquisto di beni e servizi e allo sviluppo dell'innovazione tecnologica e del sistema informativo;
- g) assicurare il coordinamento e l'integrazione dell'attività assistenziali con le altre ASL, con l'Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione (ARNAS), con l'Azienda ospedaliero-universitaria, con l'Azienda dell'emergenza e urgenza della Sardegna (AREUS), l'Istituto zooprofilattico della Sardegna (IZS) e gli altri soggetti erogatori pubblici e privati;
- h) migliorare la salute della popolazione;
- i) garantire il miglioramento della qualità e dell'adeguatezza dei servizi sanitari;
- j) garantire l'uniformità dei risultati nella promozione, tutela, cura e assistenza della salute, indipendentemente dal territorio di residenza, dalla struttura di primo contatto con il sistema sanitario regionale e di presa in cura post-acuzie;
- k) promuovere la sicurezza dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali, sia per i cittadini che per gli operatori, sia all'interno che all'esterno delle strutture sanitarie;
- l) sostenere la formazione degli operatori e la valorizzazione delle competenze professionali.

L'atto aziendale individuerà, in particolare, le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica, le competenze dei relativi responsabili e disciplinerà l'organizzazione dell'Azienda Socio-Sanitaria Locale di Cagliari secondo il modello dipartimentale e i compiti e le responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto socio-sanitario.

L'assetto organizzativo aziendale si fonda sul modello organizzativo di natura **dipartimentale**, in coerenza con le indicazioni normative nazionali e regionali in tema di struttura ed organizzazione delle aziende sanitarie ed al fine di garantire il governo clinico delle prestazioni erogate e di assicurare una attenta gestione amministrativa e finanziaria.

L'atto aziendale, inoltre, dovrà indicare le soluzioni organizzative per garantire che le attività di gestione siano strettamente correlate con le attività di programmazione e controllo, al fine di assicurare la piena operatività delle azioni programmate.

Per assicurare l'armonizzazione delle funzioni di committenza (la cui gestione relativamente all'acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da privati, sulla base dei piani elaborati dalla ASL, è assegnata ad ARES), e le funzioni di produzione, l'atto aziendale dovrà declinare il ruolo e i compiti delle **macro-articolazioni organizzative** nei differenti livelli di gestione e le modalità di raccordo gestionale tra la tecno-struttura amministrativa, i distretti, i presidi ospedalieri e i dipartimenti.

Infine, l'atto aziendale dovrà definire le modalità organizzative con le quali l'ASL intende condurre il **ciclo della programmazione** attuativa locale e l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), nonché le modalità di coinvolgimento delle rappresentanze dei cittadini e degli enti locali.

La proprietà giuridica delle strutture di ricovero all'interno del territorio afferente alla ASL di Cagliari è distribuita in modo quasi uguale tra soggetti pubblici (10 strutture ospedaliere) e privati (7 strutture di ricovero).

L'ASL è chiamata a gestire – in funzione di ente responsabile della tutela della salute sul proprio territorio – una rete ospedaliera che, per più della metà delle strutture, è costituita da erogatori non controllati direttamente, comprendente 4 strutture pubbliche gestite in parte da ARNAS e in parte dalla AOU e 7 strutture di ricovero private (per un totale del 65% delle strutture presenti che non sono gestite direttamente dalla Azienda Socio Sanitaria Locale).



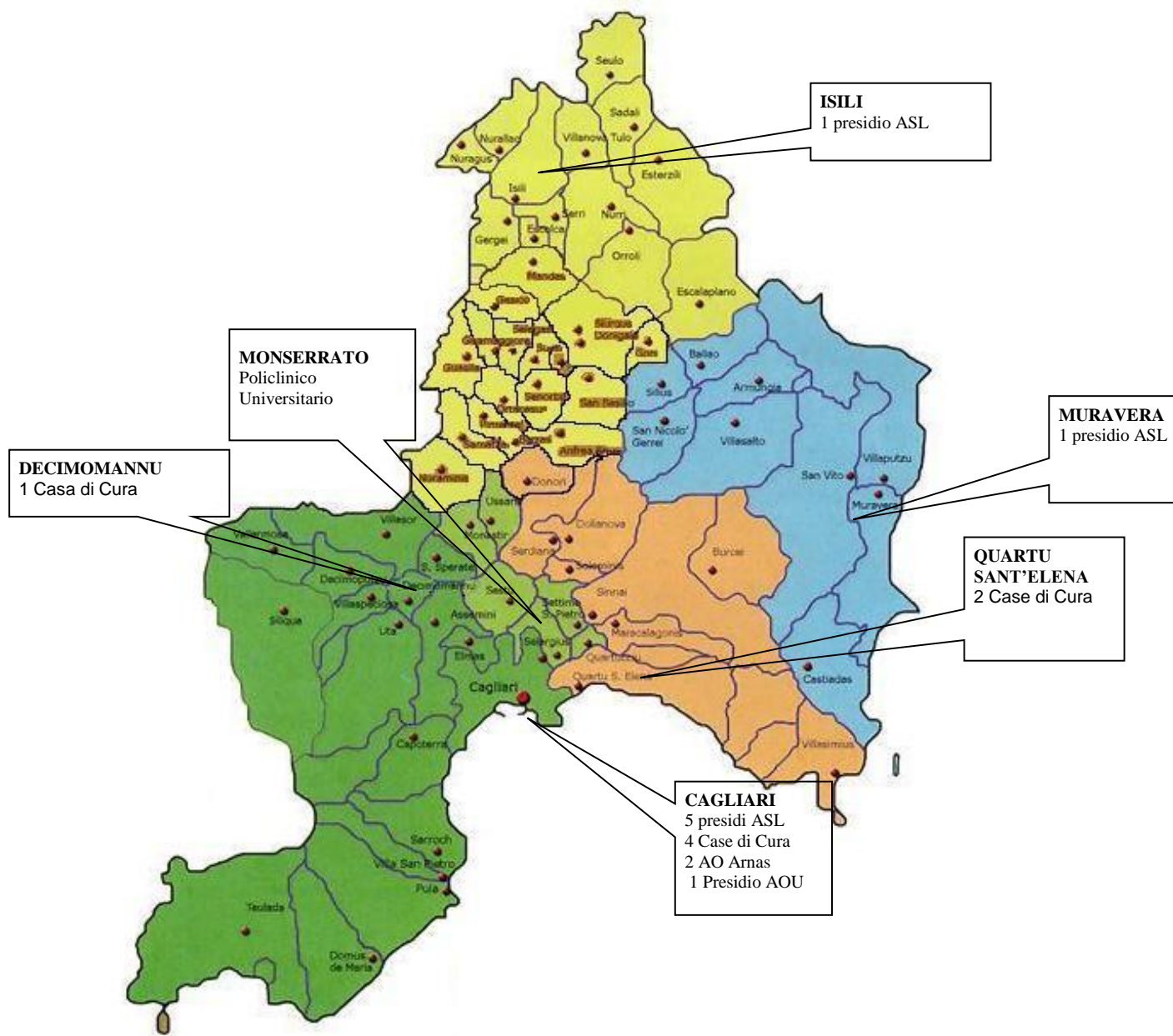
La tabella 1 che segue, riporta le strutture ospedaliere presenti sul territorio della ASL di Cagliari.

Tabella 1.1 - Strutture ospedaliere presenti sul territorio della ASL n. 8, suddivise per tipologia			
Tipologia	Numero presidi	Nome presidio	Comune
Presidio ASL	6	Binaghi	Cagliari
		Marino	Cagliari
		Microcitemico	Cagliari
		San Giuseppe	Isili
		San Marcellino	Muravera
		Santissima Trinità	Cagliari
Azienda ospedaliera	2	Brotzu	Cagliari
		Businco	Cagliari
Azienda ospedaliero Universitaria	2	Policlinico	Monsserrato
		San Giovanni di Dio	Cagliari
Casa di cura	7	Policlinico Città di Quartu	Quartu Sant'Elena
		Nuova CDC	Decimomannu
		San Salvatore	Cagliari
		Sant'Anna	Cagliari
		Sant'Antonio	Cagliari
		Sant'Elena	Quartu Sant'Elena
Villa Elena	Cagliari		
<b>Totale</b>	<b>17</b>		

Quasi tutte le strutture sono concentrate nel Comune di Cagliari (13 strutture ospedaliere su 17, pari al 71%) o nelle immediate vicinanze (due strutture sono situate a Quartu Sant'Elena, che dista 11 chilometri da Cagliari; una a Monserrato, che dista 12 chilometri; una a Decimomannu, 19 chilometri). Ciò pone evidenti problemi in termini di accessibilità ai servizi per la popolazione residente in centri distanti dal capoluogo. D'altro canto, occorre tenere presente che nel Comune di Cagliari risiede il 30% della popolazione del territorio aziendale e che, oltre il 70% della stessa, abita a distanze inferiori a 20 chilometri dal capoluogo.

La Figura 1 riporta il territorio della provincia di Cagliari evidenziando con colori diversi i territori che fino al 31.12.05 ancora facevano parte delle ASL 3 (Nuoro), ASL 6 (Sanluri) e ASL 7 (Carbonia).

Figura 1 - Dislocazione delle strutture ospedaliere presenti nella nuova provincia di Cagliari



La ASL di Cagliari si suddivide in 71 comuni ripartiti in cinque ambiti distrettuali: Cagliari Area Vasta (9 comuni), Cagliari Area Ovest (16 comuni), Quartu-Parteolla (8 comuni), Sarrabus-Gerrei (10 comuni), Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta (28 comuni).

1. Distretto 1 (Cagliari Area Vasta) comprende il Comune di Cagliari e tutti i comuni che ricadono nell'ex USL 21 (Ambito PLUS Area Urbana di Cagliari e Ambito PLUS 21 – Cagliari, Settimo San Pietro, Selargius, Quartucciu, Monserrato, Sestu, Ussana, Monastir, Nuraminis);
2. Distretto 2 (Cagliari Area Ovest) comprende tutti i comuni che ricadono nell'ex USL 20 (Ambito PLUS 20-Area-Ovest - Assemini, Decimomannu, Elmas, Uta, Decimoputzu, Vallermosa, Villasor, Villaspeciosa, San Sperate, Capoterra, Sarroch, Pula, Villa San Pietro, Domus De Maria, Teulada, Siliqua);
3. Distretto 3 (Quartu-Parteolla) comprende tutti i comuni che ricadono nell'Ambito PLUS Quartu-Parteolla - Quartu S. Elena, Burcei, Dolianova, Donori, Maracalagonis, Serdiana, Sinnai, Soleminis);
4. Distretto 4 (Sarrabus-Gerrei) comprende tutti i comuni che ricadono nell'Ambito PLUS Sarrabus-Gerrei – Muravera, San Vito, Villaputzu, Castiadas, San Nicolò Gerrei, Armungia, Ballao, Silius, Villasalto, Villasimius);
5. Distretto 5 (Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta), comprende i Comuni transitati dalla ASL n. 3 di Nuoro e i Comuni transitati dalla ASL n. 6 di Sanluri con due sedi fisiche: sede di Isili e sede di Senorbì (Ambito PLUS Sarcidano-Barbagia di Seulo e Ambito PLUS Trexenta – Sede di Isili: Isili, Escalaplano, Escolca, Esterzili, Gergei, Nuragus, Nurallao, Serri, Seulo, Villanovatulo, Nurri, Orroli, Sadali - Sede di Senorbì: Senorbì, Suelli, San Basilio, Goni, Mandas, Ortacesus, Barrali, Sant'Andrea Frius, Siurgus Donigala, Gesico, Guamaggiore, Guasila, Selegas, Pimentel, Samatzai).

Il distretto maggiormente esteso dal punto di vista dell'estensione territoriale è quello di Cagliari Area Ovest, mentre il più piccolo è quello dell'Area Vasta.

Dal punto di vista della distribuzione demografica, al contrario, il distretto Area Vasta risulta quello più popolato con 248.690 abitanti rilevati dalle statistiche ISTAT 2021. Il distretto Sarrabus - Gerrei risulta invece il più piccolo con 22.433 abitanti.

## 2. Analisi demografica territoriale

Il contesto in cui opera l'azienda è caratterizzato da una pluralità di bisogni e da rapidi mutamenti della struttura socio-demografica che comportano perciò una gestione improntata alla ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi.

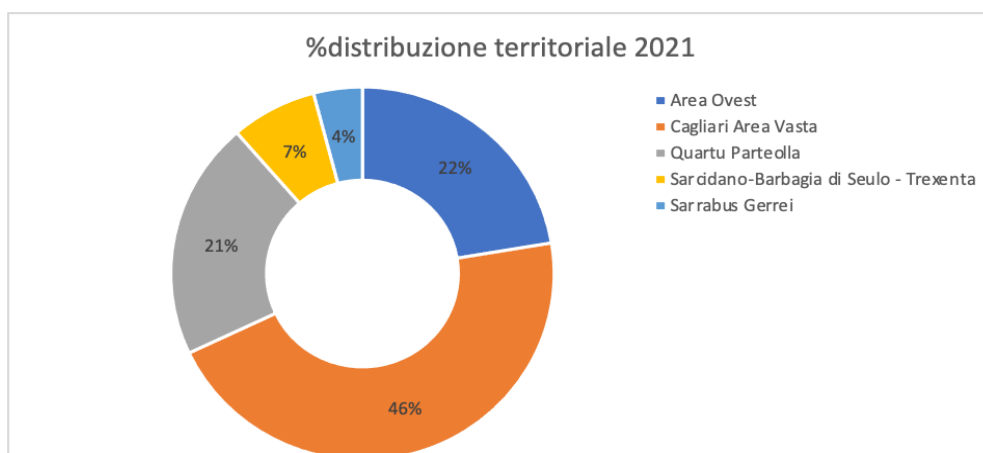
Lo sviluppo di soluzioni per fronteggiare i rapidi mutamenti delle variabili demografiche ed epidemiologiche, rende necessaria l'introduzione di politiche di governo clinico, ossia di un sistema incentrato sull'integrazione di numerosi fattori tra loro complementari, tra i quali la formazione continua, la gestione del rischio clinico, i percorsi assistenziali, la gestione del personale e l'accountability verso il cittadino.

La distribuzione della popolazione per Distretto nella tabella di seguito riportata indica i valori complessivi di abitanti rilevati da Demo ISTAT al 1<sup>a</sup> gennaio 2020 e al 1<sup>a</sup> gennaio 2021 come segue:

Distretto	Tot. Complessivo 2021	Tot. Complessivo 2020	% distribuzione territoriale 2021	% distribuzione territoriale 2020	Delta 2021 vs 2020
Cagliari Area Vasta	248.690	251.232	45,62%	45,77%	-2.542
Area Ovest	121.998	122.255	22,38%	22,27%	-257
Quartu Parteolla	112.408	112.144	20,62%	20,43%	264
Sarcidano-Barbagia di Seulo - Trexenta	39.661	40.474	7,27%	7,37%	-813
Sarrabus Gerrei	22.433	22.807	4,11%	4,15%	-374
<b>Totale complessivo</b>	<b>545.190</b>	<b>548.912</b>			<b>-3.722</b>

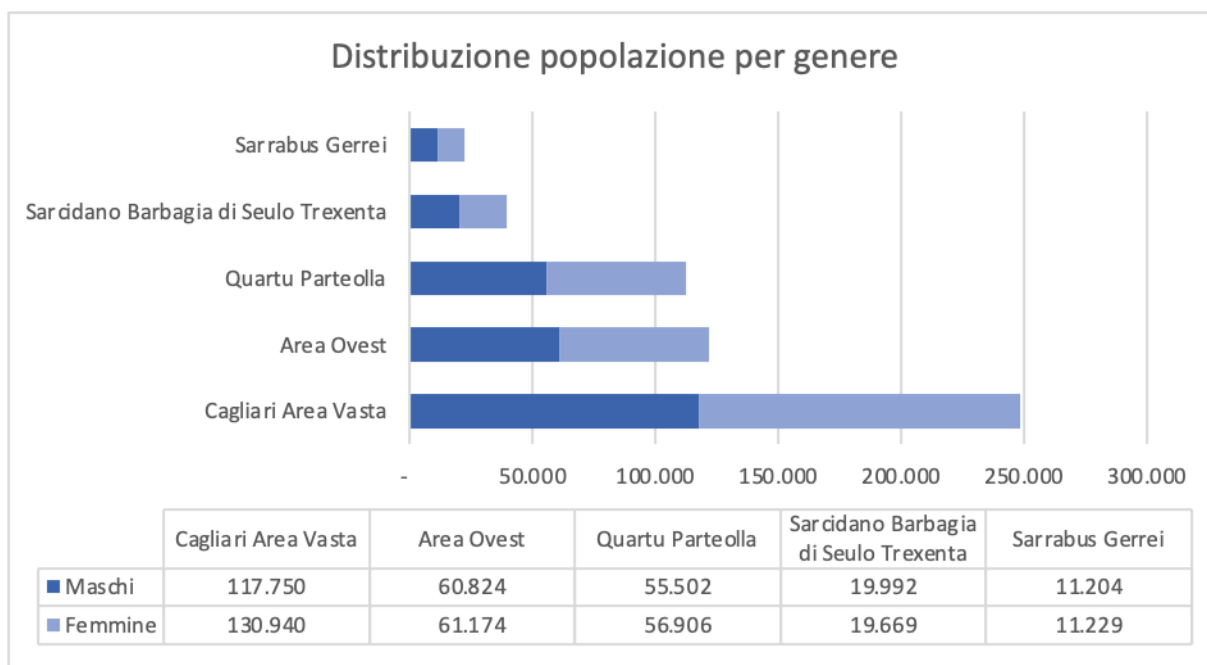
Tabella 2.1 - Distribuzione della popolazione per Distretto

Si rileva che al 1<sup>a</sup> gennaio 2021 la popolazione che rappresenta l'intero territorio di ASL Cagliari è di 545.190 abitanti, 3.722 persone in meno rispetto all'anno precedente. La distribuzione percentuale per Distretti evidenzia una maggior numero di abitanti nell'Area Vasta di Cagliari con oltre il 45% della popolazione residente. Il Distretto più piccolo risulta essere quello del Sarrabus-Gerrei con il 4% della popolazione residente. La variazione in diminuzione della popolazione residente dell'intera ASL n.8 è concentrata nell'Area Vasta di Cagliari che conta una riduzione di 2.542 residenti in meno.



**Figura 2 – Distribuzione % territoriale 2021**

La popolazione residente all'interno dei diversi Distretti può essere osservata anche rispetto alla distribuzione di genere. Il grafico che segue rappresenta la suddivisione femmine/maschi per singolo distretto. I dati analizzati si riferiscono alla popolazione residente secondo i dati ISTAT al 1° gennaio 2021.



**Figura 3 - Distribuzione popolazione residente per genere**

Come si può notare non si rilevano grandi differenze. La rappresentanza femminile ha prevalenza su quella maschile per il 51% circa a livello generale. La prevalenza femminile si concentra in

particolare nell'Area Vasta di Cagliari con il 52,7% su quella maschile. Nel resto dei distretti la distribuzione femmine/maschi è pressoché irrilevante.

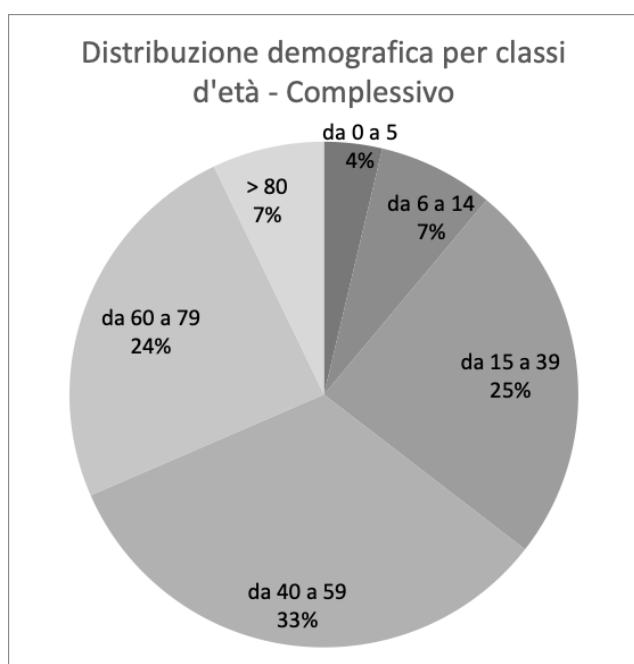
## 2.1. Composizioni per classi d'età

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 ai processi che caratterizzano la natalità e la mortalità.

Al fine di evidenziare la scomposizione per classi d'età della popolazione complessiva residente nell'ASL n.8 si utilizzano differenti fasce che mettono in rilevanza la struttura demografica:

- Da 0 a 5 anni d'età;
- Da 6 a 14 anni d'età;
- Da 15 a 39 anni d'età;
- Da 40 a 59 anni d'età;
- Da 60 a 79 anni d'età;
- Oltre i 80 anni d'età.

**Figura 4 - Distribuzione demografica per classi d'età**



L'analisi degli indicatori di struttura demografica mostra una popolazione caratterizzata da una più bassa composizione delle classi più giovani (0-5 anni e 6-14) e una maggiore composizione delle classi più adulte. I residenti in età compresa tra i 15 e 39 anni corrispondono al 25% della popolazione ASL n.8. La percentuale di popolazione dai 60 anni e più è al 31,5% (considerando le due fasce dai 60 ai 79 anni e dagli 80 anni in su), mentre la classe d'età compresa tra i 40 e i 59 anni rappresenta il 33% dell'intera popolazione analizzata.

A partire dagli ultra 40enni, si rappresenta il 64,5% dell'intera popolazione. L'analisi dei dati evidenziati nel grafico "distribuzione demografica per classi d'età - complessivo" fornisce una visione d'insieme della popolazione residente nel territorio presidiato dalla ASL di Cagliari nel suo complesso.

Per capire come tali dati si scompongano nei diversi distretti, si propone, di seguito, la tabella riepilogativa:

Distretto	da 0 a 5	da 6 a 14	da 15 a 39	da 40 a 59	da 60 a 79	> 80	Totale	% distrib. Territ.
Area Ovest	4.935	9.687	30.691	41.350	28.359	6.976	121.998	22,38
Cagliari Area Vasta	8.601	17.412	59.355	81.045	62.363	19.914	248.690	45,62
Quartu Parteolla	4.435	8.802	28.371	38.159	26.425	6.216	112.408	20,62
Sarcidano-Barbagia di Seulo - Trexenta	1.447	2.684	9.616	12.121	9.990	3.803	39.661	7,27
Sarabus Gerrei	708	1.494	5.246	7.119	5.944	1.922	22.433	4,11
<b>Totale complessivo</b>	<b>20.126</b>	<b>40.079</b>	<b>133.279</b>	<b>179.794</b>	<b>133.081</b>	<b>38.831</b>	<b>545.190</b>	<b>100,00</b>
<b>% distribuzione classi d'età</b>	<b>3,7%</b>	<b>7,4%</b>	<b>24,4%</b>	<b>33,0%</b>	<b>24,4%</b>	<b>7,1%</b>	<b>100,0%</b>	

L'analisi dell'andamento demografico della popolazione assistita dall'Azienda socio sanitaria locale di Cagliari presenta tendenze demografiche sostanzialmente sovrapponibili all'andamento complessivo regionale, come specificato nella tabella 4 di seguito riportata.

Fascia d'età	da 0 a 5	da 6 a 14	da 15 a 39	da 40 a 59	da 60 a 79	> 80	Totale
ASL Cagliari	20.126	40.079	133.279	179.794	133.081	38.831	545.190
Sardegna	58.372	115.129	388.690	508.073	399.144	120.636	1.590.044
<b>Incidenza % ASL Cagliari su Sardegna</b>	<b>34,48%</b>	<b>34,81%</b>	<b>34,29%</b>	<b>35,39%</b>	<b>33,34%</b>	<b>32,19%</b>	<b>34,29%</b>

Misurare l'incidenza percentuale del numero degli abitanti residenti sul territorio ASL di Cagliari rispetto al totale della Sardegna, consente di misurare il peso che l'Azienda ha a livello regionale. Sommarariamente il territorio ha incidenza di circa il 34% sugli abitanti complessivi della Sardegna. Se si scompone il dato per fasce d'età si rileva una distribuzione uniforme se non per una maggiore rilevanza percentuale nella fascia dai 40 ai 59 anni.

## 2.2. Indicatori di struttura demografica

Lo studio del sistema dei principali indicatori statistici è finalizzato all'analisi delle tendenze demografiche riguardanti il territorio. In particolare, nel presente lavoro, verranno analizzati, per quanto riguarda lo studio sulla fecondità, il quoziente di natalità, con riferimento alle prospettive di vita, gli indici di dipendenza degli anziani, l'indice di vecchiaia e del tasso di mortalità. Infine per avere una fotografia della struttura della popolazione vengono calcolati i principali indicatori strutturali. Le serie storiche di analisi prendono un periodo di cinque anni dal 2016 al 2021 al fine di tracciare una linea di tendenza nel quinquennio.

I dati acquisiti dal sito Demo-Istat si riferiscono sia alla provincia di Cagliari che all'intera regione sarda al fine di verificare in quale misura la tendenza in ambito cagliaritano sia o meno corrispondente a quella dell'intera isola.

Fasce Età	Anno 2020	Anno 2021	Diff	Diff. %
0-4	16.952	16.133	-819	-4,83%
5-9	21.267	20.901	-366	-1,72%
10-14	22.878	23.171	293	1,28%
15-19	23.362	23.203	-159	-0,68%
20-24	23.860	23.428	-432	-1,81%
25-29	26.946	25.059	-1887	-7,00%
30-34	29.812	28.449	-1363	-4,57%
35-39	34.737	33.140	-1597	-4,60%
40-44	41.612	39.598	-2019	-4,85%
45-49	47.909	47.555	-354	-0,74%
50-54	47.371	47.051	-320	-0,68%
55-59	44.494	45.590	1096	2,46%
60-64	39.269	39.979	710	1,81%
65-69	35.057	35.514	457	1,30%
70-74	31.262	32.322	1060	3,39%
75-79	25.166	25.266	100	0,40%
80-84	18.614	20.005	1391	7,47%
85-89	11.798	11.881	83	0,70%
90-94	5.108	5.488	380	7,44%
95-99	1.297	1.279	-18	-1,39%
>100	141	178	37	26,24%
<b>Totale Asl 8</b>	<b>548.912</b>	<b>545.190</b>	<b>-3.727</b>	<b>-0,68%</b>

Tabella 2.4 - Distribuzione per fasce d'età dati 2020 - 2021



Il confronto delle modificazioni demografiche suddivise nelle diverse fasce di età conferma la modificazione del profilo demografico della popolazione di riferimento che, anno dopo anno, registra un incremento della popolazione nelle fasce di età adulta e una corrispondente contrazione delle fasce di età più giovani.

Difatti anche nel corso del 2021 si è evidenziato un decremento pari a 9.023 di residenti con età inferiore a 50 anni (-2,68%), a cui ha corrisposto un incremento di 5.296 residenti con età superiore ai 50 anni (+2,50%).

Si segnala inoltre un incremento di residenti con età superiore agli 80 anni pari a 1.873 residenti (+5,07%).

Il progressivo e tendenziale invecchiamento della popolazione ha importanti ripercussioni sui costi legati all'assistenza sanitaria, essendo ormai consolidato che le fasce di età adulta hanno un peso assistenziale notevolmente superiore rispetto alle fasce giovani.

Uno degli indici significativi per evidenziare le condizioni demografiche territoriali è sicuramente quello riferito alla natalità.

Quoziente di natalità ( <i>per mille</i> )	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Provincia Cagliari	6,7	6,2	5,6	5,5	5,1	5,1
Sardegna	6,4	6,2	5,8	5,5	5,2	5,2

**Tabella 2.5 – Quoziente di natalità**

Il quoziente di natalità misura una forte diminuzione delle nascite nell'ultimo quinquennio. I dati registrati dall'Istat ad oggi segnalano una riduzione dell'indice ed una tendenza alla compressione della natalità anche a livello regionale. La diminuzione dell'indice è più fortemente presente nell'ambito Cagliaritano che passa dal 6,7 nel 2016 al 5,1 nel 2021. La riduzione è ben presente già nel 2017 con un indice che si riduce di 0,5 punti.

Nel quinquennio si registra un'altra riduzione importante tra il 2019 e il 2020, con meno 0,4 punti. Il forte calo dei nati in questo periodo lascia pochi dubbi sul ruolo svolto dalla pandemia. Il crollo delle nascite tra il 2019 e il 2020 si evince nell'intero territorio regionale e in maggiore misura a livello Cagliaritano.

Ad una importante diminuzione dell'indice di natalità è rilevante affiancare un aumento dell'indice di vecchiaia. La combinazione dei due fenomeni determina una modifica del profilo demografico dell'azienda evidenziando un progressivo invecchiamento della popolazione assistita dall'Asl di Cagliari.

Indice di vecchiaia	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Provincia Cagliari	172,4	179,3	186,2	196,1	205,6	214,9
Sardegna	188,6	195,8	203,1	212,4	222,17	231,535

**Tabella 2.6 – Indice di vecchiaia**

L'indice, determinato dal rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 0-14 anni, evidenzia come nell'ultimo quinquennio la popolazione stia rapidamente invecchiando.

Allo stesso modo è possibile riscontrare una crescita del rapporto della popolazione ultra 65enne rispetto alla popolazione ritenuta attiva (età 15-65 anni) che dimostra l'innalzamento della dipendenza degli anziani. Dal confronto dei dati della provincia di Cagliari rispetto a quelli regionali, si rileva un indice di dipendenza degli anziani più bassa nella provincia.

Indice di dipendenza anziani	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Provincia Cagliari	31,0	31,9	32,7	33,7	34,9	36,5
Sardegna	33,6	34,6	35,5	36,6	37,8	39,5

**Tabella 2.7 – Indice di dipendenza anziani**

La Sardegna è una Regione demograficamente sempre più sbilanciata. Ad indicarlo è il divario negativo crescente tra nascite e decessi. Di seguito si rilevano i dati acquisiti da Demo-Istat sui quozienti di mortalità per i quali si rileva un indice leggermente in crescita, con una punta tra il 2018 ed il 2019. In decrescita nell'anno 2021 a livello provinciale e più o meno stabile a livello regionale.

Quoziente di mortalità ( <i>per mille</i> )	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Provincia Cagliari	8,4	8,9	8,3	9,3	10,0	9,7
Sardegna	9,8	10,3	10,0	10,5	11,7	11,9

**Tabella 2.8 – Quoziente di mortalità**

Il quoziente in leggera crescita della mortalità può essere misurato in qualche modo anche dall'età media della popolazione che dal 2016 al 2021 aumenta di 2 punti, in linea sia a livello provinciale che regionale.

Età media	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Provincia Cagliari	45,2	45,5	45,9	46,3	46,7	47,2
Sardegna	45,7	46,1	46,4	46,9	47,2	47,7

**Tabella 2.9 – Età media**

In conclusione la transizione demografica ed epidemiologica degli ultimi anni ha ridisegnato la struttura dei bisogni e delle domande. Difatti si è progressivamente alimentato il passaggio da patologie prevalentemente acute, a situazioni di **cronicità diffusa**.

Tale mutamento di scenario ha determinato la necessità di ripensare profondamente i sistemi sociosanitari che, dovendosi misurare con malattie che si “curano ma dalle quali non si guarisce”, richiedono sempre di più una presa in carico continuativa dell’assistito.

Il complesso di questi fattori ha determinato la necessità di ripensare radicalmente i modelli istituzionali, gli assetti organizzativi ed i fabbisogni di competenze e di professionalità delle diverse articolazioni e delle amministrazioni che operano nell’ambito socio sanitario.

Difatti da diversi decenni si evidenziano importanti mutamenti nei profili anagrafici ed epidemiologici della popolazione, solo parzialmente contrastati dalla controtendenza determinata dall’incremento dei flussi migratori.

Tali radicali mutamenti impatteranno fortemente sull’organizzazione sanitaria dell’Azienda, in particolare in relazione a tre grandi aree:

- i malati affetti da patologie croniche ad elevata prevalenza: più di 150.000 residenti, in progressiva crescita, con necessità di continuità di cura nel tempo e nei passaggi tra i diversi livelli assistenziali;
- i malati con bisogni assistenziali complessi: circa 10.000 residenti, con necessità che sia garantita l’unitarietà di tutti gli attori coinvolti attorno al singolo assistito e alla sua famiglia;
- la necessità di garantire l’accoglienza e la presa in carico delle richieste sanitarie di intervento e/o di informazione 24/24 ore e 7/7 giorni, per evitare il passaggio diretto ed indiscriminato ai servizi specialistici, specialmente al Pronto Soccorso.

Si tratta di problematiche a prevalente impatto extraospedaliero che richiedono un nuovo approccio, capace di far fronte ai problemi di salute emergenti nel territorio, attraverso un coordinamento efficace dei diversi operatori e componenti assistenziali coinvolte.

La complessità di tale scenario ha reso ineludibile la necessità di ritrarre le traiettorie di sviluppo e la direzione da imprimere alla qualificazione del servizio sanitario al fine di trovare paradigmi assistenziali che soddisfino i bisogni crescenti di una popolazione specificatamente più anziana, generalmente più consapevole dei propri diritti, all’interno di una compatibilità economica dettata dal vincolo delle risorse e continuamente “provocata” dalla costante evoluzione tecnologica e scientifica.

### 3. Analisi di contesto aziendale

#### 3.1. Assistenza erogata

##### 3.1.1. Assistenza Sanitaria di Base

Così come definito dall'art. 4 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, il Servizio Sanitario Nazionale garantisce, attraverso i propri servizi e attraverso i medici e i pediatri convenzionati, la gestione delle patologie acute e croniche.

In particolare il SSN garantisce lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria, una corretta informazione ai cittadini sui servizi offerti e sulle prestazioni erogate, l'attivazione di percorsi assistenziali, il controllo dello sviluppo del bambino, le visite ambulatoriali e domiciliari, la prescrizione dei medicinali, l'assistenza domiciliare integrata e programmata, l'esecuzione degli screening, e tutte le prestazioni indicate nell'art. 4 del DPCM del 12.01.2017

Di seguito si riportano alcuni dati relativi ai medici di medicina generale e di pediatria, che garantiscono ai cittadini i servizi di assistenza sanitaria di base.

Una analisi del numero di medici e pediatri presenti nell'ASL di Cagliari ed una riclassificazione per anzianità di laurea e classi di scelte consente di osservare e comprendere quale sia il trend e di conseguenza programmare azioni per garantire una continuità del servizio commisurata alla popolazione da assistere.

I dati riportati nelle tabelle si riferiscono agli anni 2020 e 2021 (e, nel caso in cui fossero già disponibili, si presentano anche alcuni dati dell'anno 2022).

In particolare si analizzano i dati relativi a:

- Medicina generale;
- Pediatria;
- Assistenza Domiciliare Programmata;
- Assistenza Domiciliare Integrata;
- Servizio di continuità assistenziale - Guardia medica.

##### A.1. Analisi relativa alla medicina generale per classi di scelte

Classi di scelte (pazienti)	N. medici 2020	N. medici 2021	N. medici 2022	Delta 2021-2020	Delta 2022-2021
Da 1 a 50	13	3	0	-10	-3
Da 51 a 500	27	27	12	0	-15
Da 501 a 1.000	50	51	47	1	-4
Da 1.001 a 1.500	165	151	133	-14	-18
Oltre 1.500	140	151	174	11	23
<b>Totale</b>	<b>395</b>	<b>383</b>	<b>366</b>	<b>-12</b>	<b>-17</b>

**Tabella 3.1 – Medicina Generale – classi di scelta** (Fonte: NSIS-Mod. FLS.12-q E)

Da questa analisi si evince il numero di medici presenti all'interno della ASL di Cagliari negli anni 2020, 2021 e 2022, riclassificati per classi di scelta, ovvero per numero di pazienti che effettuano la scelta del medico di base. In generale si osserva un trend in diminuzione nel numero di medici di medicina generale (-12 nel 2021 e -17 nel 2022) ed una maggiore concentrazione di medici che gestiscono oltre 1.000 classi di scelta.

#### A.2. Analisi relativa alla medicina generale per anzianità di laurea

Medici per Anzianità di laurea	N. medici 2020	N. medici 2021	N. medici 2022	Delta 2021-2020	Delta 2022-2021
Da 0 fino a 6 anni	0	0	2	0	2
Oltre 6 fino a 13 anni	1	11	14	10	3
Oltre 13 fino a 20 anni	7	18	24	11	6
Oltre 20 fino a 27 anni	53	56	33	3	-23
Oltre 27 anni	334	298	293	-36	-5
<b>Totale</b>	<b>395</b>	<b>383</b>	<b>366</b>	<b>-12</b>	<b>-17</b>

**Tabella 3.2 – Medicina Generale – anzianità di laurea** (Fonte: NSIS-Mod. FLS.12-q E)

La tabella rappresenta il numero di medici di medicina generale, presenti all'interno della ASL di Cagliari, riclassificati per anzianità di laurea. Si evidenzia una maggiore concentrazione di medici con una anzianità di laurea superiore ai 27 anni.

Nell'anno 2021 la popolazione con età superiore ai 14 anni presente all'interno dell'ASL di Cagliari era pari a 484.985 abitanti per un totale di 383 medici di medicina generale, che di conseguenza hanno gestito in media circa 1.266 pazienti a testa.

#### B.1. Analisi relativa alla pediatria

Pediatri per anzianità di specializzazione	N. pediatri 2020	N. pediatri 2021	N. pediatri 2022	Delta 2021-2020	Delta 2022-2021
Da 0 fino a 2 anni	0	0	1	0	1
Oltre 2 fino a 9 anni	0	0	1	0	1
Oltre 9 fino a 16 anni	0	0	4	0	4
Oltre 16 fino a 23 anni	0	0	0	0	0
Oltre 23 anni	63	61	51	-2	-10
Tot. Pediatri per anzianità di specializzazione	<b>63</b>	<b>61</b>	<b>57</b>	<b>-2</b>	<b>-4</b>

**Tabella 33 – Pediatria – anzianità di specializzazione** (Fonte: NSIS-Mod. FLS.12-q F)

La tabella rappresenta il numero di pediatri presenti all'interno della ASL di Cagliari, riclassificati per anzianità di specializzazione. Anche in questo caso si osserva un trend in diminuzione del numero di pediatri (-2 nel 2021 e -4 nel 2022) ed una quasi totale concentrazione nella fascia oltre i 23 anni di specializzazione.

Nel 2021 erano presenti 61 pediatri per una popolazione con età inferiore a 14 anni pari a 60.205 abitanti, di conseguenza si calcola una media di circa 987 pazienti per ogni pediatra.

Si evince inoltre, sia per i medici di medicina generale che per i medici pediatri, la necessità di prevedere e colmare le future riduzioni del numero di medici a disposizione, considerata appunto la maggiore concentrazione di medici nella fascia di anzianità più elevata, che gestisce anche la maggior parte degli assistibili.

Pertanto, con delibere n. 217 e n. 218 del 21/06/2022 si è provveduto a definire gli affidamenti di incarichi di Pediatria e con delibere dal n. 219 al n. 231 del 21/06/2022 si sono stabiliti nuovi incarichi o proroghe per i medici di Medicina Generale con l'obiettivo di colmare le carenze di assistenza primaria di alcuni Comuni all'interno della Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 8 di Cagliari.

### ***Assistenza Domiciliare***

L'assistenza domiciliare è un servizio previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con l'obiettivo di soddisfare i bisogni di salute delle persone fragili, ovvero degli individui non autosufficienti, anziani, disabili e minori che necessitano di cure a domicilio in modo temporaneo o continuativo.

L'assistenza domiciliare garantisce ai pazienti un servizio di cure all'interno dell'ambiente domestico e familiare, consentendogli di poter usufruire di un'assistenza adeguata da parte di personale medico ed infermieristico, ma al contempo continuare a rimanere all'interno del proprio contesto sociale e familiare.

#### ***C. Assistenza domiciliare programmata***

L'Assistenza Domiciliare Programmata è uno dei servizi dell'assistenza domiciliare, previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza, che consiste nell'erogazione di prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative durante il periodo di malattia e con lo scopo di individuare la corretta terapia per il paziente che non è in grado di raggiungere altri luoghi per usufruire dei servizi necessari alla propria salute a causa di gravi limitazioni funzionali.

L'Assistenza Programmata è definita dall' accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e comprende: assistenza programmata al domicilio del paziente o assistenza programmata presso residenze.

La tabella di seguito riportata indica i dati relativi all'assistenza domiciliare programmata dell'anno 2021: si evidenzia che sono stati impegnati 265 medici per 6.871 assistiti.

ASSL	Anno	N. Medici che concordano l'intervento	Autorizzazioni concesse (numero di assistiti)
CAGLIARI	2021	265	6.871

**Tabella 3.4 – Assistenza Domiciliare Programmata dati 2021** (Fonte: NSIS-Mod. FLS.21-q I)

#### D. Assistenza domiciliare integrata

Le cure domiciliari integrate sono prestazioni professionali mediche e infermieristiche ma anche riabilitative e assistenziali, in un insieme integrato di trattamenti multidisciplinari.

Per Assistenza Domiciliare Integrata s'intende l'assistenza domiciliare erogata sulla base di piano assistenziale individuale attraverso la presa in carico multidisciplinare e multi professionale del paziente. Sono dedicate a persone che necessitano di una continuità assistenziale e di interventi programmati ripetuti nel tempo, a causa delle loro gravi condizioni di salute.

ASL Cagliari	2020	2021	2021-2020	Δ%
Casi trattati totali	4.106	4.277	171	4,2%
Casi trattati - anziani	2.823	3.542	719	25,5%
Casi trattati - terminali	186	186	0	0,0%

**Tabella 3.5 – Assistenza Domiciliare Integrata dati 2021** Fonte: NSIS-Mod. FLS.21-q H (Estrazione dati 15.03.2022)

I casi trattati rappresentano il numero di assistibili che, nell'anno di rilevazione, sono in trattamento di assistenza domiciliare. Se uno stesso paziente è preso in carico più volte nell'arco dell'anno di rilevazione, si computano tanti casi quanti sono i cicli ammissione/dimissione in ADI erogati a suo carico.

Si rileva che il numero di casi trattati tra il 2020 e il 2021 è più o meno stabile, con un incremento de 25.5% di anziani che hanno usufruito di tale servizio.

### E. Dati di Guardia Medica

Il servizio di Guardia Medica, o Servizio di continuità assistenziale, garantisce ai cittadini la continuità nell'assistenza sanitaria nel momento in cui sono chiusi gli ambulatori dei medici di base, quindi negli orari notturni e nei giorni festivi, e per prestazioni non urgenti ma non rinviabili al giorno successivo.

Si considera guardia medica ordinaria anche quella che viene potenziata per far fronte alle maggiori esigenze derivanti dalla stagione turistica.

Di seguito si riportano i dati, relativi agli anni 2020 e 2021, dei punti di Guardia Medica esistenti all'interno della ASL di Cagliari, 38 sia nell'anno 2020 che nel 2021; i medici titolari che si riducono di 36 unità (da 138 medici del 2020 a 102 medici del 2021); le ore di servizio che incrementano di circa il 6%; i contatti effettuati, ovvero il totale visite effettuate (considerando anche consultazioni telefoniche e visite a domicilio) che si riducono notevolmente; i ricoveri prescritti (+19%).

	2020	2021	2021-2020
<b>Punti</b>	38	38	-
<b>Medici titolari</b>	138	102	- 36
<b>Ore totali</b>	174.776	186.404	11.628
<b>Contatti effettuati</b>	70.027	40.742	- 29.285
<b>Ricoveri prescritti</b>	1.440	1.714	274

**Tabella 3.6 – Guardia Medica dati 2021** (Fonte: NSIS-Mod. FLS.21-q F)

I dati di Guardia Medica offrono una panoramica sulla necessità di continuità assistenziale anche negli orari in cui non sono presenti i Medici di base, infatti si evidenzia un incremento delle ore, nonostante la riduzione di Medici titolari e un incremento di ricoveri prescritti.

### 3.1.2. Assistenza Territoriale

Il 2021 è stato caratterizzato da una parziale ripresa dell'assistenza sanitaria territoriale relativamente alle prestazioni ambulatoriali erogate ai pazienti.

La ripartenza sconta alcune peculiarità che hanno caratterizzato l'anno 2021, quali:

- L'andamento dell'epidemia Sars -Cov2 che ha costretto l'Azienda a riconvertire la forza lavoro nella gestione delle diverse ondate pandemiche oltre che sull'imponente campagna vaccinale.
- Le limitazioni connesse ai tempi di erogazione delle prestazioni collegate alle nuove procedure di sanificazione e sicurezza degli operatori sanitari.



Tali fattori hanno ovviamente penalizzato maggiormente le strutture pubbliche rispetto ai privati convenzionati, infatti mentre per le prestazioni erogate da strutture pubbliche si registra una riduzione dell'8% tra il 2021 e il 2020, nelle strutture private la ripresa dell'attività vanta un incremento del 9%.

Le tabelle sottostanti, suddivise tra erogatori pubblici e erogatori privati convenzionati, presentano i dati relativi alle prestazioni erogate suddivise nelle branche specialistiche previste dal tariffario nazionale.

<i>Tabella Strutture Pubbliche</i>				
<i>Branca Specialistica</i>	<i>N° prestazioni per esterni 2021</i>	<i>N° prestazioni per esterni 2020</i>	<i>Differenza Assoluta</i>	<i>Differenza %</i>
ALTRO	53.487	173.095	-119.608	-69%
ANESTESIA	12.099	8.068	4.031	50%
CARDIOLOGIA	57.430	56.800	630	1%
CHIRURGIA GENERALE	11.074	3.371	7.703	229%
CHIRURGIA PLASTICA	841	1.938	-1.097	-57%
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	1.281	481	800	166%
DERMOSIFILOPATIA	3.589	2.857	732	26%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - MEDICINA NUCLEARE	0	6.019	-6.019	-100%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	51.230	53.762	-2.532	-5%
ENDOCRINOLOGIA	34.209	5.764	28.445	493%
GASTROENTEROLOGIA - CHIR. ED ENDOSCOPIA. DIGEST.	3.117	4.736	-1.619	-34%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL.	767.730	922.513	-154.783	-17%
MED. FISICA E RIABILIT. - RECUPERO E RIAB. ETC.	40.996	35.644	5.352	15%
NEFROLOGIA	40.726	29.058	11.668	40%
NEUROCHIRURGIA	526	1.401	-875	-62%
NEUROLOGIA	26.802	7.852	18.950	241%
OCULISTICA	28.545	19.808	8.737	44%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIR. MAXILLO FACCIALE	11.110	5.316	5.794	109%
ONCOLOGIA	6.398	3.120	3.278	105%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	13.511	13.611	-100	-1%
OSTETRICA E GINECOLOGIA	18.914	8.441	10.473	124%
OTORINOLARINGOIATRIA	17.609	6.496	11.113	171%
PNEUMOLOGIA	19.897	9.557	10.340	108%
PSICHIATRIA	61.513	25.511	36.002	141%
UROLOGIA	10.178	4.988	5.190	104%
<b>Totali Strutture Pubbliche</b>	<b>1.292.812</b>	<b>1.410.207</b>	<b>-117.395</b>	<b>-8%</b>

Tabella 3.7 – Dati prestazioni specialistica ambulatoriale – strutture pubbliche

<i>Tabella Strutture Private Accreditate</i>				
<i>Branca Specialistica</i>	<i>N° prestazioni per esterni 2021</i>	<i>N° prestazioni per esterni 2020</i>	<i>Differenza Assoluta</i>	<i>Differenza %</i>
ALTRO	407	1.332	-925	-69%
CARDIOLOGIA	114.410	105.569	8.841	8%
CHIRURGIA GENERALE	3.783	3.379	404	12%
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	1.499	1.471	28	2%
DERMOSIFILOPATIA	5.778	4.981	797	16%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	322.223	327.984	-5.761	-2%
ENDOCRINOLOGIA	1.143	755	388	51%
GASTROENTEROLOGIA - CHIR. ED ENDOSCOPI. DIGEST.	7.869	7.972	-103	-1%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL. ETC.	1.802.255	1.630.953	171.302	11%
MED. FISICA E RIABILIT. - RECUPERO E RIAB. ETC.	774.938	706.913	68.025	10%
NEFROLOGIA	46.130	42.426	3.704	9%
NEUROCHIRURGIA	214	0	214	
NEUROLOGIA	26.956	19.643	7.313	37%
OCULISTICA	32.708	31.995	713	2%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIR. MAXILLO FACCIALE	39.117	35.521	3.596	10%
ONCOLOGIA	759	357	402	113%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	9.575	9.079	496	5%
OSTETRICA E GINECOLOGIA	7.665	6.523	1.142	18%
OTORINOLARINGOIATRIA	3.894	3.839	55	1%
PNEUMOLOGIA	620	184	436	237%
UROLOGIA	7.123	7.423	-300	-4%
<b>Totali Strutture Private Accreditate</b>	<b>3.209.066</b>	<b>2.948.299</b>	<b>260.767</b>	<b>9%</b>

Tabella 3.8 – Dati prestazioni specialistica ambulatoriale – strutture private accreditate

<i>Tabella Strutture Pubbliche + Private Accreditate</i>				
<i>Branca Specialistica</i>	<i>N° prestazioni per esterni 2021</i>	<i>N° prestazioni per esterni 2020</i>	<i>Differenza Assoluta</i>	<i>Differenza %</i>
<b>Totale</b>	<b>4.501.878</b>	<b>4.358.506</b>	<b>143.372</b>	<b>3%</b>

Tabella 3.9 – Dati prestazioni specialistica ambulatoriale – totali

In generale si osserva una leggera ripresa con un incremento del 3% di prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private, corrispondente a 143.372 prestazioni in più nell'anno 2021 rispetto al 2020.

Nel primo anno di attività della nascente Azienda Sanitaria Locale di Cagliari e relativo scorporo dell'Azienda della Tutela per la Salute, è opportuno evidenziare la necessità di una nuova organizzazione di risorse e attività all'interno della più grande azienda sanitaria locale in Sardegna, volta a garantire l'erogazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini residenti nel territorio.

Inoltre, l'anno 2022 è da considerarsi come il primo anno di ripresa in seguito all'emergenza sanitaria causata dal virus Sars-COV2. Pertanto si prevede una ripresa graduale dell'attività di specialistica ambulatoriale, per poter riprendere, nel corso del triennio 2022-2024, l'erogazione di un volume di prestazioni a pieno regime, così da garantire l'assistenza sanitaria necessaria ai pazienti/cittadini.

### **3.1.3. Assistenza Ospedaliera**

Le strutture ospedaliere presenti nell'area territoriale della ASL n. 8 di Cagliari sono state quelle maggiormente colpite dall'emergenza pandemica negli ultimi due anni.

Secondo la circolare Ministeriale n.1154 del 29.05.2020 la strategia di implementazione dei Posti Letto Covid doveva tenere conto del fatto che l'assistenza fosse organizzata per Intensità di Cura, comprendendo un'area per le cure Intensive, un'area per la ventilazione avanzata non Invasiva (NIV) ed altre aree per ossigenoterapia e/o per pazienti a più basso impegno assistenziale.

La carenza delle risorse umane disponibili ha spinto verso un'attivazione di nuovi posti letto per i pazienti Covid concentrati in un numero limitato di presidi ospedalieri, prioritariamente presidi totalmente Covid o, in caso di situazioni di particolare crisi, in presidi nei quali le aree Covid potessero essere facilmente compartimentate.

In tale contesto la soluzione più praticabile è stata quella di convertire i posti letto di degenza ordinaria attivi in posti letto dedicati a pazienti covid, con il reclutamento in toto delle risorse umane (compatibilmente con le discipline) creando delle equipe ad hoc.

L'analisi degli scenari percorribili è stata oggetto di valutazione da parte delle Direzioni Generali delle aziende Sanitarie in sede di riunione svoltasi in data 2 novembre e in data 9 novembre 2020 presso la direzione ARES/ATS.

Inoltre, con Delibera G.R. n. 17/10 del 01.04.2020 sono state riorganizzate le attività assistenziali ospedaliere e territoriali per fronteggiare l'emergenza COVID-19 nel territorio della RAS e con

Delibera G.R. n. 35/38 del 09.07.2020 la Regione ha previsto un nuovo piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza Covid-19, ai sensi dell'art. 2 Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34.

La normativa regionale ha ridefinito la dotazione di ulteriori posti letto rispetto alla esistente rete ospedaliera, in particolare per:

- Terapia intensiva
- Terapia semi intensiva
- Area medica.

Una ulteriore Delibera G.R. (la n. 55/16 del 5.11.2020) ha riprogrammato l'offerta dei Posti Letto sul territorio regionale da dedicare, con attivazione progressiva, alla gestione dei pazienti Covid-19.

Tale riprogrammazione considerava, tra le principali attività di intervento per fronteggiare le varie ondate della pandemia nell'area sud Sardegna, la riconversione del P.O. Binaghi in ospedale totalmente dedicato alla gestione di casi Covid (come definito dall'allegato alla Delib. G.R. n. 55/16 del 5.11.2020), al quale sono stati assegnati 100 Posti Letto di degenza ordinaria.

Difatti questa soluzione rappresentava alcuni vantaggi legati a:

- Disponibilità di una struttura ospedaliera esistente;
- Specificità della Struttura per Patologie dell'apparato respiratorio;
- Realizzazione di un Ospedale con esclusività pazienti COVID;
- Disponibilità di 100 PL Ordinari (eventualmente incrementabili grazie a caratteristiche locali) e 15 posti letto in terapia semintensiva o Intensiva;
- Presenza esclusiva di attività ambulatoriali (non è necessario trasferire pazienti in degenza);
- Presenza di un Servizio di Radiologia con TAC e RMN;
- Tempistica rapida di attuazione ed impatto economico contenuto.

Ovviamente tale importante processo di riconversione ha determinato la necessità di trasferire le attività ambulatoriali operanti all'interno del Presidio Ospedaliero (Cardiologia, Pneumologia, Diabetologia, Centro Sclerosi Multipla, Screening) presso altre strutture regionali.

Inoltre, la Delibera G.R. n. 55/16 del 5.11.2020 prevedeva anche l'incremento dei Posti Letto presso il P.O. SS. Trinità di Cagliari sia nei reparti di degenza ordinaria, sia nei reparti di terapia semi intensiva e intensiva.

Anche l'Ospedale Marino di Cagliari ha subito una parziale riconversione, in quanto le Unità Operative di Microchirurgia della Mano e Clinica Ortopedica sono state temporaneamente assegnate rispettivamente all'ARNAS Brotzu e alla AOU Cagliari, così come definito dalla Convenzione tra ATS Sardegna, ARNAS Brotzu e Azienda Ospedaliero-Universitaria per la disciplina

del trasferimento provvisorio di alcune Unità operative a causa dell’Emergenza Covid-19 e secondo quanto disposto dal Commissario ATS Sardegna con deliberazione n.59 del 21.11.2020.

Le tabelle seguenti presentano la riorganizzazione dei Posti Letto nei diversi Presidi Ospedalieri negli anni 2021 e 2022 (dato aggiornato al 01.06.2022 – fonte dati: HSP 12).

<b>2021</b>			
<b>STRUTTURA</b>	<b>PL Degenza ordinaria</b>	<b>PL Day hospital</b>	<b>PL Day surgery</b>
200022 - P.O. S.Giuseppe - (Isili)	19	3	2
200025 - P.O. R. Binaghi	102	7	0
200026 - P.O. Marino	106	1	0
200031 - P.O. Ss. Trinita'	302	23	8
200035 - P.O. San Marcellino - (Muravera)	36	1	2
<b>Totale complessivo</b>	<b>565</b>	<b>35</b>	<b>12</b>

Tabella 3.10 – Dati Posti Letto – strutture pubbliche 2021

<b>2022</b>			
<b>STRUTTURA</b>	<b>PL Degenza ordinaria</b>	<b>PL Day hospital</b>	<b>PL Day surgery</b>
200022 - P.O. S.Giuseppe - (Isili)	20	3	2
200025 - P.O. R. Binaghi	77	7	0
200026 - P.O. Marino	38	1	0
200031 - P.O. Ss. Trinita'	260	21	8
200035 - P.O. San Marcellino - (Muravera)	36	5	2
200035 - P.O. Microcitemico	35	33	1
<b>Totale complessivo</b>	<b>466</b>	<b>70</b>	<b>13</b>

Tabella 3.11 – Dati Posti Letto – strutture pubbliche 2020

Con Delibera G.R. n. 23/39 del 22.06.2021 si è poi stabilito che una quota di posti letto dedicati ad Area Medica e Terapia Intensiva nella gestione dell’Emergenza Covid venisse nuovamente riconvertita in Posti Letto ordinari e ridestinata alle discipline alle quali tali Posti Letto erano dedicati prima della pandemia, così da garantire una ripresa delle attività nei reparti fino ad oggi dedicati al Covid, in particolare presso il P.O. SS Trinità di Cagliari.

Tra i due anni si osserva una importante riduzione dei Posti Letto nell’Ospedale Marino, legata alla chiusura dei tre reparti di Medicina Generale dedicati ai pazienti covid positivi (i reparti sono stati chiusi a Marzo 2021, per un totale di 90 Posti Letto).

Nel 2022, nel P.O. Marino risultano attualmente attivi due reparti, nel dettaglio 14 Posti Letto in Unità Spinale e 24 Posti Letto nel reparto di Lungodegenza.

Nel P.O. Binaghi tutti i posti letto ordinari sono dedicati alla gestione dei pazienti Covid mentre nel P.O. SS Trinità solamente alcuni reparti risultano ancora dedicati ad attività Covid, per un totale di 129 PL di degenza ordinaria (così come indicato nei modelli HSP 12 dell' anno 2022).

Nelle tabelle seguenti vengono presentati invece i posti letto attivi nelle strutture private accreditate nel territorio della Azienda Socio-Sanitaria Locale di Cagliari (Determinazione RAS n. 711 del 28/07/2021).

2021			
STRUTTURA	PL Degenza ordinaria	PL Day hospital	PL Day surgery
Casa Di Cura S.Anna S.R.L.	68	0	5
Casa Di Cura S. Antonio S.P.A.	108	3	4
Casa Di Cura Villa Elena	60	1	6
Nuova Casa Di Cura S.R.L.	75	11	10
Kinetika Sardegna S.R.L.	230	1	18
<b>Totale complessivo</b>	<b>541</b>	<b>16</b>	<b>43</b>

Tabella 3.12 – Dati Posti Letto – strutture private 2021

2022			
STRUTTURA	PL Degenza ordinaria	PL Day hospital	PL Day surgery
Casa Di Cura S.Anna S.R.L.	74	3	5
Casa Di Cura S. Antonio S.P.A.	108	3	4
Casa Di Cura Villa Elena	62	1	6
Nuova Casa Di Cura S.R.L.	75	11	10
Kinetika Sardegna S.R.L.	230	1	18
<b>Totale complessivo</b>	<b>549</b>	<b>19</b>	<b>43</b>

Tabella 3.13 – Dati Posti Letto – strutture private 2022

### Dati di attività

#### *Dimessi 2021 vs 2019 – strutture pubbliche*

Considerati i posti letto a disposizione, i seguito si rappresenta la situazione dei ricoveri nelle strutture ospedaliere e nelle strutture di ricovero private, con un confronto tra il 2019 (anno precedente alla diffusione del virus SARS-COV2) e il 2021, anno caratterizzato invece dall'emergenza pandemica.

	N. Dimessi 2019			N. Dimessi 2021			Delta % 2021-2019		
	Area Chirurgica	Area Medica	Psichiatria	Area Chirurgica	Area Medica	Psichiatria	Area Chirurgica	Area Medica	Psichiatria
P.O. S.Giuseppe - (Isili)	158	1.122		218	616		<b>37,97%</b>	<b>-45,10%</b>	
P.O. R. Binaghi - (Cagliari)		1.489			2.477			<b>66,35%</b>	
P.O. Marino - (Cagliari)	3.488	157			408		<b>-100,00%</b>	<b>159,87%</b>	
P.O. Ss. Trinita' - (Cagliari)	10.492	6.944	875	7.573	3.710	613	<b>-27,82%</b>	<b>-46,57%</b>	<b>-29,94%</b>
P.O. San Marcellino - (Muravera)	603	800		351	624		<b>-41,79%</b>	<b>-22,00%</b>	
<b>Totale</b>	<b>14.741</b>	<b>10.512</b>	<b>875</b>	<b>8.142</b>	<b>7.835</b>	<b>613</b>	<b>-44,77%</b>	<b>-25,47%</b>	<b>-29,94%</b>
<b>Totale complessivo</b>	<b>26.128</b>			<b>16.590</b>			<b>-36,50%</b>		

Tabella 3.14 – Dati Ricovero 2019 e 2021

Si evidenzia chiaramente una riduzione del numero di ricoveri del 36,5% tra i due anni, in particolare nell'area chirurgica. Questo trova giustificazione nel fatto che i ricoveri covid erano concentrati completamente in area medica o nella terapie intensive/semintensive (anche queste ricomprese nell'area medica).

Questo ha comportato un totale rallentamento delle attività incrementando notevolmente i ricoveri nelle strutture covid e rallentando bruscamente l'attività ordinaria.

Da una analisi per singola struttura si evince che anche gli ospedali non destinati alla gestione dei pazienti covid hanno subito un'importante contrazione dei ricoveri (S. Giuseppe di Isili e San Marcellino di Muravera), mentre i due ospedali riconvertiti in strutture per pazienti positivi al virus hanno registrato importanti incrementi di attività di ricovero in area medica, anche considerata la maggiore dotazione di Posti Letto a disposizione(+159% per il P.O. Marino e +66% per il P.O. Binaghi).

Infine, nel P.O. SS. Trinità, si osserva una riduzione dei ricoveri in area chirurgica e in area medica. E' necessario sottolineare che trattasi dell'unico ospedale in Sardegna che ha gestito le pazienti gestanti affette da Covid-19 e che, per fronteggiare l'emergenza, nel corso del 2021, ha dovuto

riconvertire e trasformare più volte diversi reparti da degenza ordinaria a reparti covid e viceversa, nel tentativo di garantire anche l'assistenza ospedaliera di base.

Per completezza, si rappresenta nella tabella seguente la situazione dei ricoveri di pazienti covid negli anni 2020 e 2021.

Stabilimento	2021				2020				Delta su totale dimessi	
	Totale Dimessi	DH	DO	Di cui dimessi COVID	Totale Dimessi	DH	DO	Di cui dimessi COVID	Assoluto	%
P.O. R. Binaghi	2.477	1.454	1.023	1.050	1.327	1.327		0	1.150	87%
P.O. Marino	408	6	402	187	2.502	74	2.428	141	-2.094	-84%
P.O. Ss. Trinita'	11.896	3.297	8.599	1.032	12.345	2.604	9.741	622	-449	-4%
P.O. S. Giuseppe - (Isili)	834	374	460	9	898	298	600	1	-64	-7%
P.O. San Marcellino (Muravera)	975	484	491	1	944	347	597	0	31	3%
<b>TOTALE</b>	<b>16.590</b>	<b>5.615</b>	<b>10.975</b>	<b>2.279</b>	<b>18.016</b>	<b>4.650</b>	<b>13.366</b>	<b>764</b>	<b>-1.426</b>	<b>-8%</b>

Tabella 3.15 – Dati Ricovero 2020-2021

Nel 2021 nell'ospedale Binaghi il 100% dei ricoveri ordinari è stato dedicato a degenze per pazienti Covid. Nell'ospedale Marino circa il 46% dei Ricoveri ordinari è stato destinato a pazienti covid positivi.

In totale, nel 2021 circa il 20% dei ricoveri di degenza ordinaria era legato a pazienti affetti da Covid 19 (impegnando, in particolare il 12% dei ricoveri ordinari nel P.O. SS Trinità).

Sulla base di quanto appena descritto si ritiene opportuno considerare che il 2022 è da considerarsi come il primo anno di ripresa post emergenza COVID-19, tenendo conto che l'evoluzione della pandemia da SARS-COV2 potrebbe rendere necessari ulteriori nuovi interventi di riorganizzazione delle strutture e delle risorse disponibili, in particolare della rete ospedaliera, così come definito da delibera G.R. n. 12/20 del 07.04.2022.

Quest'ultima, tenendo conto della curva epidemica e della gestione di pazienti affetti da SARS-COV2, che necessitano sempre meno di cure intensive, ma principalmente di cure in area medica o addirittura trattasi di casi asintomatici, definisce una rimodulazione dei posti letto ad attivazione progressiva nei diversi Presidi Ospedalieri, nonché la progressiva riapertura di reparti ordinari nelle strutture Covid.



Inoltre, trattasi anche del primo anno di attività per la Azienda Socio Sanitaria Locale n.8 di Cagliari, pertanto si evidenzia la necessità di una nuova organizzazione di risorse e attività all'interno della più grande azienda sanitaria locale in Sardegna.

Di conseguenza, nel corso del triennio 2022-2024 si prevede una graduale ripresa delle attività di ricovero ospedaliero, volte a garantire l'erogazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini residenti nel territorio ed una ripresa dei volumi di produzione pari a quelli precedenti all'insorgere dell'emergenza pandemica.

#### *Dimessi 2021 vs 2020 – Privato*

Quanto appena descritto non si adatta alle strutture di ricovero private che, non essendosi trovate a gestire l'emergenza pandemica hanno potuto godere di una ripresa dell'attività di ricovero, visti anche i pochi pazienti covid da gestire, che venivano poi dirottati presso gli ospedali Covid destinati.

La tabella seguente presenta i dati di ricovero delle strutture private convenzionate negli anni 2020 e 2021, registrando un incremento del 34%.

Stabilimento	2021				2020				Delta su totale dimessi	
	Totali Dimessi	DH	DO	Di cui dimessi COVID	Totali Dimessi	DH	DO	Di cui dimessi COVID	Assoluto	%
Casa Di Cura S.Anna S.R.L.	2.793	1.843	950	0	2.576	1.599	977	0	217	8%
Casa Di Cura S. Antonio S.P.A.	3.751	1.623	2128	0	2.399	741	1.658	4	1.352	56%
Casa Di Cura Villa Elena	2.692	776	1916	0	2.086	621	1.465	0	606	29%
Nuova Casa Di Cura S.R.L. - (Decimomannu)	6.369	3.491	2878	0	4.749	2178	2.571	0	1.620	34%
20005601 - Kinetika Sardegna S.R.L. - (Quartu S.Elena)	5.203	1.518	3685	1	3.794	1008	2.786	0	1.409	37%
20005602 - Kinetika Sardegna S.R.L. - (Quartu S. Elena)	3.471	1.498	1973	0	2.262	809	1.453	9	1.209	53%
20005603 - Kinetika Sardegna S.R.L. - (Cagliari)	843		843	25	885		885	17	-42	-5%
<b>TOTALE</b>	<b>25.122</b>	<b>10.749</b>	<b>14.373</b>	<b>26</b>	<b>18.751</b>	<b>6.956</b>	<b>11.795</b>	<b>30</b>	<b>6.371</b>	<b>34%</b>

Tabella 3.16 – Dati Ricovero 2020-2021 (strutture private accreditate)

### Degenza media pubblico

Stabilimento	2021			2020			Delta degenza media	
	Degenza Media	DH	DO	Degenza Media	DH	DO	Assoluto	%
P.O. R. Binaghi	<b>11,42</b>	3,12	13,49	<b>3,04</b>	3,04		8,38	276%
P.O. Marino	<b>22,24</b>	7,50	22,82	<b>17,05</b>	1,00	17,29	5,19	30%
P.O. Ss. Trinita'	<b>9,12</b>	1,83	11,33	<b>8,63</b>	2,12	12,47	0,49	6%
P.O. S. Giuseppe - (Isili)	<b>4,34</b>	3,69	8,14	<b>4,01</b>	4,10	6,99	0,33	8%
P.O. San Marcellino - (Muravera)	<b>5,88</b>	8,05	5,73	<b>5,58</b>	5,39	6,31	0,30	5%

**Tabella 3.17 – Degenza media 2020-2021 (strutture pubbliche)**

La degenza media è indicativa della durata media dei ricoveri ed è utile nel comprenderne anche il peso e la complessità. Il 2021 è stato l'anno maggiormente colpito dall'emergenza pandemica in ambito ospedaliero, infatti si evidenzia anche un incremento della degenza media in tutte le strutture ospedaliere, in particolare nei Presidi Binaghi, marino e SS. Trinità.

### Degenza media privato

Stabilimento	2021			2020			Delta degenza media	
	Degenza Media	DH	DO	Degenza Media	DH	DO	Assoluto	%
Casa Di Cura S. Anna S.R.L.	<b>5,35</b>	1,00	7,24	<b>7,22</b>	1,00	7,49	-1,87	-26%
Casa Di Cura S. Antonio S.P.A.	<b>10,28</b>	1,25	12,35	<b>8,51</b>	1,28	9,52	1,77	21%
Casa Di Cura Villa Elena	<b>3,07</b>	1,04	4,12	<b>2,50</b>	1,03	3,53	0,57	23%
Nuova Casa Di Cura S.R.L. - (Decimomannu)	<b>3,84</b>	1,63	4,57	<b>4,04</b>	1,64	5,05	-0,20	-5%
Kinetika Sardegna S.R.L. (Casa di cura Sant'Elena)	<b>6,12</b>	1,00	6,75	<b>6,68</b>	1,00	8,08	-0,57	-9%
Kinetika Sardegna S.R.L. (Pol. Città di Quartu)	<b>1,42</b>	1,00	2,00	<b>1,53</b>	1,00	2,25	-0,11	-7%
Kinetika Sardegna S.R.L. (Casa di cura San Salvatore)	<b>34,16</b>		34,16	<b>30,00</b>		30,00	4,16	14%

**Tabella 3.18 – Degenza media 2020-2021 (strutture private accreditate)** Fonte dati: ABACO – estrazioni del 10/05/2022

### Dati di Mobilità

I dati di mobilità sia attiva che passiva hanno subito nel 2021 un incremento rispetto all'anno precedente legato fondamentalmente alla ripartenza dell'assistenza ospedaliera rispetto al periodo della prima ondata della pandemia.

*Dati sulla mobilità attiva – RICOVERI*

I dati evidenziano la forte attrattività di alcuni ospedali dell’Azienda come il P.O. SS.Trinità e il P.O. Binaghi che erogano, rispettivamente, 2.490 e 1.000 ricoveri ai pazienti non residenti nella provincia di Cagliari. Tale dato di mobilità attiva ci riporta su indici di attrazione pre-covid, considerato anche che i due ospedali Binaghi e Marino accoglievano i pazienti positivi provenienti da tutta la Regione, soprattutto negli ultimi mesi del 2021.

Il totale complessivo della mobilità attiva è pari a 13.295 persone ricoverate per un fatturato complessivo di € 38.812.773.

<b>Dati Mobilità Attiva - ASL Cagliari</b>						
<b>Struttura</b>	<b>Dimessi 2019</b>	<b>Valore 2019</b>	<b>Dimessi 2020</b>	<b>Valore 2020</b>	<b>Dimessi 2021</b>	<b>Valore 2021</b>
20002200 - P.O. S.Giuseppe - (Isili)	329	681.016	238	548.024	276	555.582
20002500 - P.O. R. Binaghi - (Cagliari)	658	502.507	581	461.038	1.000	2.306.638
20002600 - P.O. Marino - (Cagliari)	806	3.291.074	520	2.720.573	183	1.711.799
20003100 - P.O. Ss. Trinita' - (Cagliari)	3.293	8.080.276	2.490	7.069.452	2.946	8.440.534
20003500 - P.O. San Marcellino - (Muravera)	171	368.685	110	237.437	146	329.195
<b>TOTALE PUBBLICO</b>	<b>5.257</b>	<b>12.923.558</b>	<b>3.939</b>	<b>11.036.524</b>	<b>4.551</b>	<b>13.343.747</b>
20004000 - Casa Di Cura S.Anna S.R.L. - (Cagliari)	791	1.546.275	756	1.410.055	805	1.411.972
20004200 - Casa Di Cura S. Antonio S.P.A. - (Cagliari)	1.132	2.423.419	708	1.574.909	1.088	2.286.420
20004400 - Casa Di Cura Villa Elena - (Cagliari)	1.317	4.518.734	983	3.253.862	1.302	4.130.840
20004500 - Nuova Casa Di Cura S.R.L. - (Decimomannu)	1.872	4.659.347	1.733	3.886.424	2.276	4.675.158
20005601 - Kinetika Sardegna S.R.L. - (Quartu Sant'Elena)	2.067	8.315.616	1.363	5.795.978	1.724	6.769.762
20005602 - Kinetika Sardegna S.R.L. - (Quartu Sant'Elena)	1.189	4.096.052	860	3.068.302	1.318	4.599.847
20005603 - Kinetika Sardegna S.R.L. - (Cagliari)	257	1.442.947	207	1.170.105	231	1.595.028
<b>TOTALE PRIVATO</b>	<b>8.625</b>	<b>27.002.390</b>	<b>6.610</b>	<b>20.159.635</b>	<b>8.744</b>	<b>25.469.027</b>
<b>Totale complessivo</b>	<b>13.882</b>	<b>39.925.948</b>	<b>10.549</b>	<b>31.196.159</b>	<b>13.295</b>	<b>38.812.773</b>

Tabella 3.19 Dati Mobilità attiva- Fonte dati: ABACO – estrazioni del 10/05/2022

<i>Dati Mobilità Attiva - ASL Cagliari (Provenienza)</i>						
Provenienza pazienti	Dimessi 2019	Valore 2019	Dimessi 2020	Valore 2020	Dimessi 2021	Valore 2021
INTRA REGIONE	13.158	38.151.558	10.136	30.004.255	12.925	37.952.446
FUORI REGIONE	724	1.774.390	413	1.191.904	370	860.328
<b>Totale complessivo</b>	<b>13.882</b>	<b>39.925.948</b>	<b>10.549</b>	<b>31.196.159</b>	<b>13.295</b>	<b>38.812.773</b>

Provenienza pazienti	Dimessi 2019	Valore 2019	Dimessi 2020	Valore 2020	Dimessi 2021	Valore 2021
Intraregione	94,8%	95,6%	96,1%	96,2%	97,2%	97,8%
Fuori Regione	5,2%	4,4%	3,9%	3,8%	2,8%	2,2%

Tabella 3.20 Dati Mobilità attiva per provenienza

#### *Dati sulla mobilità passiva*

Anche la mobilità passiva registra un incremento rispetto al 2020 e si assesta comunque su valori inferiori a quelli registrati nel 2019. I casi sono pari complessivamente a 44.000 episodi di ricovero pari ad un costo complessivo di € 143.178.915.

Tale fenomeno è determinato dalla presenza di due aziende ospedaliere che operano sul territorio della Asl, la A.O. Arnas e la A.O.U di Cagliari, e che difatti assorbono il 94% della mobilità passiva complessiva.

<i>Dati Mobilità Passiva - ASL Cagliari</i>						
	Dimessi 2019	Valore 2019	Dimessi 2020	Valore 2020	Dimessi 2021	Valore 2021
Fuori Regione	4.516	20.247.436				
Intraregione	48.126	143.911.854	39.086	123.623.469	44.000	143.178.915
<b>Totale complessivo</b>	<b>52.642</b>	<b>164.159.290</b>	<b>39.086</b>	<b>123.623.469</b>	<b>44.000</b>	<b>143.178.915</b>

Tabella 3.21 Dati Mobilità passiva

**Dati Mobilità Passiva - dettaglio dati Intra regione: strutture AOU E ARNAS**

	<b>Dimessi 2019</b>	<b>Valore 2019</b>	<b>Dimessi 2020</b>	<b>Valore 2020</b>	<b>Dimessi 2021</b>	<b>Valore 2021</b>
P. O. San Michele - (Cagliari)	18.331	62.051.209	15.094	53.267.934	18.043	62.729.836
P.O. A. Businco - (Cagliari)	5.378	19.930.024	4.403	18.354.603	4.633	18.151.405
P.O. Microcitemico - (Cagliari)	2.875	5.529.749	2.086	4.403.351	2.303	4.967.240
San Giovanni Di Dio - (Cagliari)	3.143	5.598.591	2.531	4.412.119	1.630	2.423.415
Policlinico Monserrato - (Cagliari)	16.277	44.974.608	13.156	37.848.652	14.952	47.314.796
<b>Totale complessivo</b>	<b>46.004</b>	<b>138.084.181</b>	<b>37.270</b>	<b>118.286.658</b>	<b>41.561</b>	<b>135.586.692</b>
<b>%</b>	<b>87,39%</b>	<b>84,12%</b>	<b>95,35%</b>	<b>95,68%</b>	<b>94,46%</b>	<b>94,70%</b>

Tabella 3.22 Dati Mobilità passiva – Dettaglio intra regione

#### 4. Risorse Umane

L'organico in forza all'Azienda Socio-Sanitaria Locale 8 di Cagliari non ha ancora avuto una sua formalizzazione analitica conseguente alla cessazione dell'Azienda Tutela della Salute ed una distribuzione dell'organico nelle Aziende Sanitarie istituite con la legge regionale di riforma.

Le elaborazioni seguenti sono state effettuate su dati informali trasmessi all'azienda.

L'Azienda Socio-Sanitaria è la più grande azienda del territorio regionale sia per dimensione e macro-articolazioni che per numero di dipendenti.

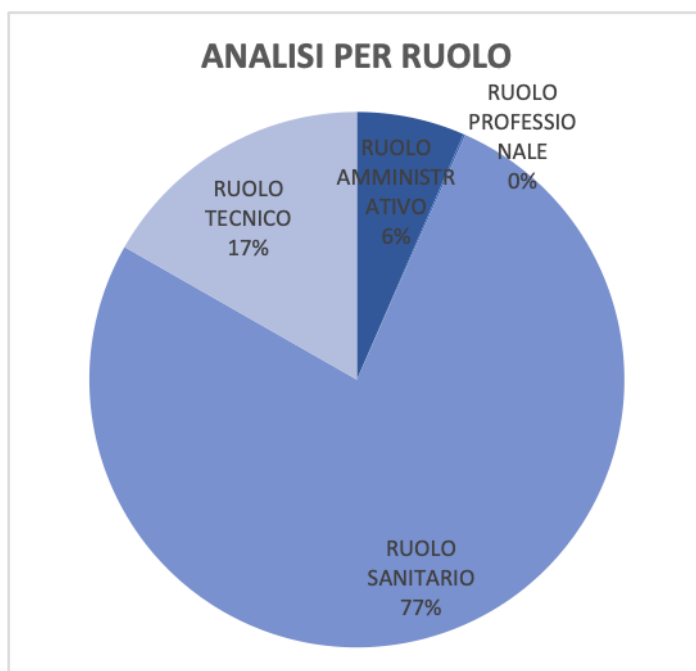
La tabella rappresenta la distribuzione del personale presente nella ASL di Cagliari al 01.01.2022, con distinzione per ruolo e per tipologia contrattuale, per un totale di 4.030 dipendenti, di cui 3.458 a tempo indeterminato e 572 a tempo determinato.

CLASSIFICAZIONE PERSONALE PER RUOLO E TIPOLOGIA CONTRATTUALE			
Ruolo	TEMPO DETERMINATO	TEMPO INDETERMINATO	TOTALE
RUOLO AMMINISTRATIVO	76	187	263
RUOLO PROFESSIONALE		5	5
RUOLO SANITARIO	325	2.762	3.087
RUOLO TECNICO	171	504	675
<b>TOTALE</b>	<b>572</b>	<b>3.458</b>	<b>4.030</b>

Tabella 4.1 - Classificazione del Personale per ruolo

Rispetto all'anno precedente sono stati inclusi anche i dipendenti del P.O. Microcitemico (364 persone) e dei Dipartimenti di Prevenzione (512 persone) e Salute Mentale (405 persone) per un totale di 917 dipendenti che fino a dicembre 2021 facevano capo ad ATS e non alle singole ASL.

In termini percentuali si riscontra che l'85,81% del personale è assunto con contratto a tempo indeterminato, mentre la restante parte con contratto a tempo determinato. Secondo la

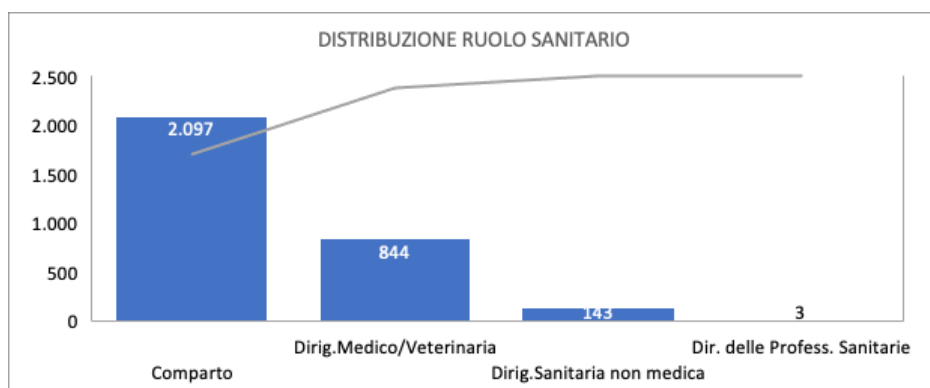


classificazione del personale per ruolo ricoperto si rileva che il 76,6% dei dipendenti è inquadrato in quello sanitario, il 16,75% nel tecnico, il 6,53% nel ruolo amministrativo e solo lo 0,12% nel ruolo professionale.

La composizione del personale è costituita per la maggior parte da donne, per il 70,17% (2.828 donne su 4.030) contro il 29,83% (1.202 uomini su 4.030) della rappresentanza maschile. Mentre 52 è l'età media rilevata, nel dettaglio 51 anni per le donne e 54 per gli uomini.

Considerata la maggioranza di dipendenti concentrati nel ruolo sanitario, ne deriva la necessità di una analisi più dettagliata sull'inquadramento.

Si evidenzia che il 67,93% del personale rientra nel quadro comparto, il 27,34% nella Dirigenza Medico-Veterinaria, il 4,63% nella dirigenza sanitaria non medica e solamente lo 0,10% nella Dirigenza delle professioni sanitarie:



Anche in questo caso si assiste ad una prevalenza della presenza femminile rispetto a quella maschile nella dirigenza: il 64,36% (641 su 996) è rappresentato da Dirigenti donne, il 35,64% (355 su 996) da Dirigenti uomini.

L'85% della Dirigenza è composta da Dirigenza medica (844 su un totale di 996).

Sesso	DIRIGENTI TOT	SOLO DIRIGENTI MEDICI	DIR MEDICI vs DIRIGENTI TOT
F	641	510	79,56%
M	355	334	94,08%
<b>TOTALE</b>	<b>996</b>	<b>844</b>	<b>84,74%</b>

Tabella 4.2 - Classificazione del Personale per genere

## 5. Programmazione annuale

### 5.1. Principali dati economici previsionali

Il Bilancio Economico Preventivo per gli anni 2022-2024 è stato redatto ai sensi dell'art.25 del DLGS 118/2011.

Il CE di Previsione è stato redatto tenendo conto della normativa in materia di contabilità e bilancio dettata da:

- norme civilistiche, di cui agli articoli 2423 e seguenti del codice civile, e principi contabili emanati da OIC;
- Decreto Legislativo n. 118/2011, avente ad oggetto “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi”;

nonché in ottemperanza a quanto previsto dalle comunicazioni pervenute dalla Direzione Generale della Sanità sulla tematica oggetto del presente documento.

La redazione della versione del BEP 2022 oggetto della presente relazione è stata influenzata da due ordini di fattori esogeni che incideranno sensibilmente nella gestione economico-finanziaria e sull'assetto organizzativo-istituzionale dell'ASL Cagliari, individuabili:

- nella riforma del sistema sanitario regionale prevista dalla L.R. 24/2020 “Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore” e nel commissariamento dell'ATS Sardegna, così come previsto dall'art.47, e del relativo piano di scorporo, incorporazione e di riconversione dei servizi sanitari;
- nelle dinamiche epidemiologiche del fenomeno post pandemico da Sars-Cov 2 (COVID-19) e conseguenti modulazioni di risorse per far fronte alla ripresa organizzativa e gestionale dell'azienda;
- nell'incorporazione della Presidio Ospedaliero A. Cao Microcitemico;
- nello scorporo della Clinica Ortopedica verso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari.

Pertanto il BEP 2022-2024 sarà oggetto di revisione e/o integrazione coerentemente con quanto stabilito dalla L.R. 24/2020 e della Legge Finanziaria, con conseguente necessario adeguamento



dei valori in relazione alle mutate esigenze derivanti dal nuovo assetto organizzativo istituzionale del Sistema Sanitario Regionale.

Tali revisioni terranno in considerazione il principio della compensazione fra i costi, tale per cui i risparmi ulteriori ottenuti in alcune voci di costo possono andare a compensare i minori risparmi eventualmente conseguiti, previa condivisione con il competente assessorato.

Nell'elaborazione delle presenti ipotesi previsionali, inoltre, sono state considerate le varie interlocuzioni con il competente assessorato regionale ed in particolare alla Nota RAS (protocollo 12211 del 20/05/2022), con la quale il Servizio Programmazione Sanitaria ed Economico Finanziaria e Controllo di Gestione della Direzione Generale della Sanità ha comunicato le indicazioni per la compilazione del bilancio di previsione 2022-2024 e il relativo aggiornamento degli stanziamenti relativamente alla mobilità, alle assegnazioni e altri stanziamenti, tenendo conto delle operazioni straordinarie (incorporazione e scorporo) e delle nuove attività sanitarie.

Si considera, inoltre, che con nota RAS n.14603 del 22/06/2022 l'Assessorato rinvia i termini ultimi all'invio dei documenti di programmazione, che verranno comunicati in seguito alla definizione delle nuove assegnazioni di mobilità e dei fondi del personale.

In estrema sintesi, la programmazione economica rappresentata considera uno scenario di coerenza con le indicazioni regionali che richiedono la predisposizione del Conto Economico con il pareggio di bilancio nell'anno 2022 ed il consolidamento di tale risultato nell'arco del prossimo triennio.

Si ritiene opportuno sottolineare che, a causa del grave scenario epidemiologico dovuto al COVID-19 degli ultimi anni e del particolare momento di riorganizzazione che sta caratterizzando la ripresa delle attività della ASL di Cagliari e della riorganizzazione dell'Assetto Aziendale, secondo quanto previsto dalla Legge Regionale 24/2020, sarà possibile procedere all'aggiornamento dei documenti di programmazione in aderenza al nuovo contesto.

In allegato si riporta il Bilancio Preventivo Economico sintetico, in linea al Programma Sanitario Triennale e Annuale.

## **5.2. Albero della performance**

L'Albero della Performance è un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. Tale rappresentazione grafica dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione.

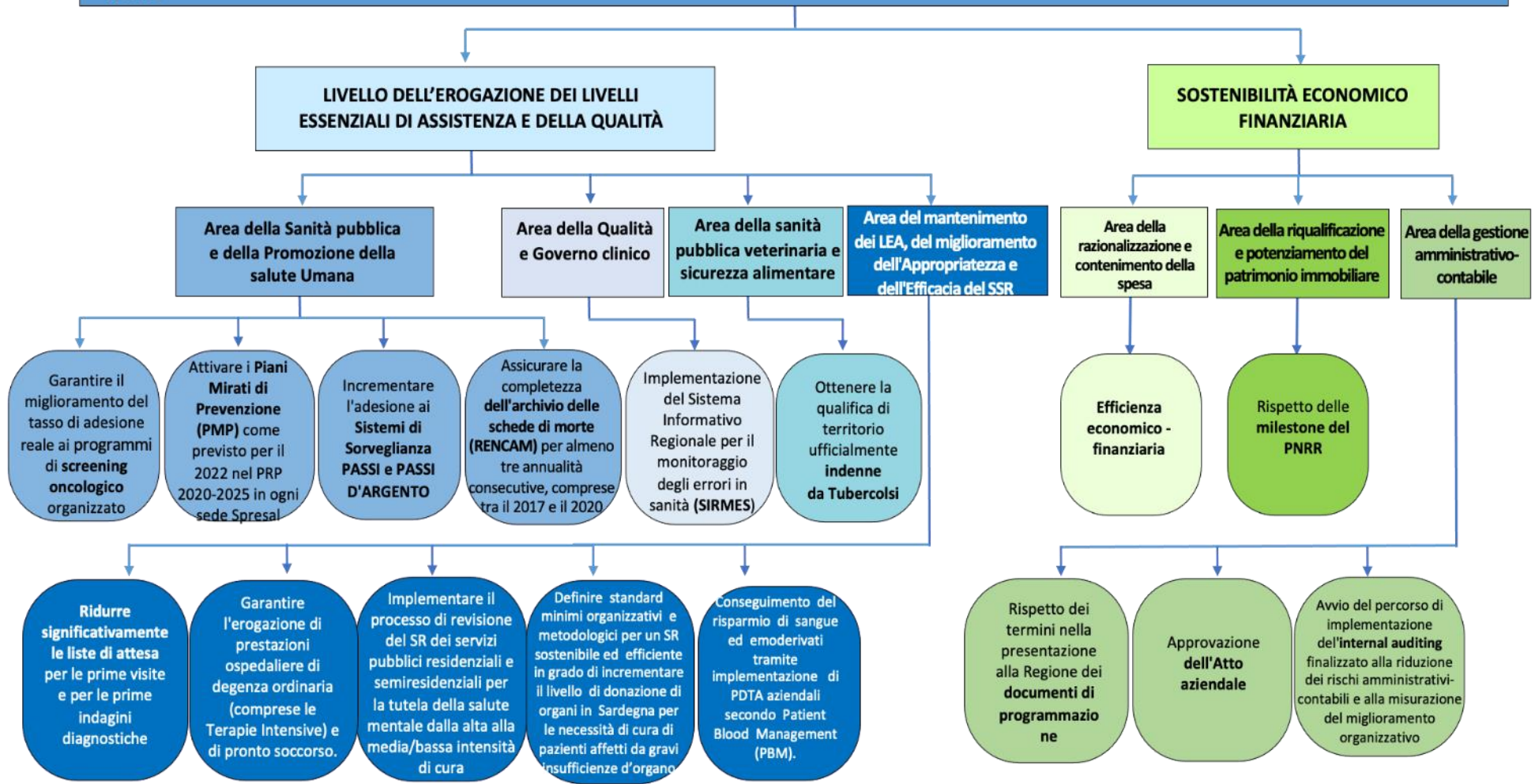
Gli indirizzi regionali, ricevuti con delibera n.14/28 del 29/04/2022, definiti in coerenza con il Piano Sanitario Regionale del triennio 2022-2024, sono stati poi tradotti in obiettivi strategici con delibera regionale n.14/30 sempre del 29/04/2022, a loro volta declinati in piani operativi e obiettivi operativi. Gli obiettivi operativi sono stati dettagliati in Piani operativi in cui all'obiettivo sono stati associati indicatori e target. In particolare l'Assessore propone l'articolazione degli obiettivi strategici in due aree specifiche:

- Area dell'erogazione dei servizi essenziali di assistenza e della qualità;
- Area della sostenibilità economico finanziaria.

Secondo le indicazioni ricevute da parte della Regione circa gli obiettivi strategici dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie per l'anno 2022, si riporta di seguito il diagramma che espone gli obiettivi definiti per differente livello strategico individuato partendo dalla mission aziendale:

**Mission aziendale**

L'Azienda Sanitaria ha il compito di garantire la tutela della salute della popolazione nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse



Rispetto ai due macro gruppi evidenziati nel diagramma, nelle tonalità in azzurro da una parte e in verde dall'altra, sono individuate specifiche aree strategiche di performance, alle quali corrispondono i diversi obiettivi operativi.

Nello specifico, per quanto riguarda l'erogazione dei servizi essenziali di assistenza e della qualità (evidenziata in azzurro) sono individuate 4 aree di performance:

- 1) Area della Sanità pubblica e della Promozione della salute umana;
- 2) Area della qualità e del Governo clinico;
- 3) Area della Sanità Pubblica veterinaria e sicurezza alimentare;
- 4) Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del SSR.

Per quanto riguarda invece la sostenibilità economico finanziaria, evidenziata in verde, si individuano 3 aree di performance:

- 1) Area della razionalizzazione e contenimento della spesa;
- 2) Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare;
- 3) Area della gestione amministrativo-contabile.

Gli obiettivi operativi individuati per ciascuna area di performance saranno assegnati alle strutture e ai dipartimenti di competenza, con le schede di budget annuali.

### 5.3. Macro obiettivi

Per ogni Area appena descritta e ogni obiettivo assegnato, si presenta di seguito il dettaglio dei risultati attesi e degli indicatori per la misurazione, assegnati con Delibera Regionale n.14/30 del 29/04/2022.

Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali				
	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO
	Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	Numero medio di giornate di ritardo	Numero 0 giornate di ritardo	100

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità						55
N.	AREA DI PERFORMANCE	N.	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	PESO
1	Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana	1.1	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	screeninig cervicale: tasso di adesione reale $\geq$ 30% in tutte le ASL; screening coloretale: tasso di adesione reale $\geq$ 15% in tutte le ASL; screening mammografico $\geq$ 25% in tutte le ASL	5
		1.2	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	100% (= 8/8 x 100)	2,5
		1.3	Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO	(N. interviste caricate in piattaforma / N. interviste target definto dall'ISS) *100	80% delle interviste previste per il raggiungimento del target stabilito dall'ISS per ciascuna sorveglianza	2,5

		<b>1.4</b>	Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (RENCAM) per almeno tre annualità consecutive, comprese tra il 2017 e il 2020	(N. schede codificate/N. annuale deceduti residenti)*100	80%	5
<b>2</b>	<b>Area della della Qualità e Governo clinico</b>	<b>2.1</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 col SIRMES	>= 20 segnalazioni per Azienda Sanitaria >= 2 audit per Azienda Sanitaria	2,5
<b>3</b>	<b>Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare</b>	<b>3.1</b>	<b>Ottenere</b> la qualifica di territorio ufficialmente indenne da Tubercolosi	Ottenimento della qualifica al 31/12/2022	a) almeno il 99,8 % degli stabilimenti, pari ad almeno il 99,9 % della popolazione bovina, è indenne da infezione da MTBC; b) il tasso di incidenza dello stabilimento per cui è stata confermata l'infezione nel corso dell'anno non supera lo 0,1 %	2,5
<b>4</b>	<b>Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR</b>	<b>4.1</b>	Ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche	Numero prestazioni ricadenti del PRGLA 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	Erogazione ≥ 90% delle prestazioni di cui al PRGLA gestite in agende informatizzate CUP Erogazione ≥ 90% delle prestazioni di cui al PRGLA gestite in agende informatizzate CUP con classe di priorità indicata	10
		<b>4.2</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	100%	10

		<p><b>4.3</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</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Adozione di un piano aziendale degli acquisti di servizi residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti da erogatori privati accreditati che valorizzando la riduzione del fabbisogno nel livello di cura SRP1 ed il contestuale aumento del fabbisogno nel livello di cura livello SRP2 e SRP3</li> </ul>	2/2	5
		<p><b>4.4</b> Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo <b>(ASL 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)</b></p>	<p>Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica</p>	CAGLIARI ≥ 15%	5
		<p><b>4.5</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).</p>	<p>Adozione di una delibera aziendale di approvazione del PDTA</p>	1/1	5

<b>Livello della sostenibilità economica e finanziaria</b>						<b>45</b>
<b>N.</b>	<b>AREA DI PERFORMANCE</b>	<b>N.</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>TARGET</b>	<b>PESO</b>
5	Area della razionalizzazione e contenimento della spesa	5.1	Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio	Ricavi = costi	10
6	Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare	6.1	Rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2022	10
7	Area della gestione amministrativo-contabile	7.1	Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione	Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.	Approvazione di tutti i documenti di programmazione entro il 15/11/2022	10
		7.2	Approvazione dell'Atto aziendale	Approvazione entro i termini stabiliti dalla normativa regionale (Legge 24/2020)	Approvazione atto aziendale entro i termini stabiliti	10
		7.3	Avvio del percorso di implementazione dell'internal auditing, coordinato a livello centrale dalla Regione e da Ares, finalizzato allo sviluppo di un approccio per processi, alla riduzione dei rischi amministrativi-contabili e alla misurazione del miglioramento organizzativo.	Attivazione della funzione	Recepimento con atto formale, entro il 31/12/2022, degli indirizzi impartiti dalla Giunta regionale e avvio della funzione.	5



## 5.4. Piano Triennale degli Investimenti

Oltre agli obiettivi definiti con Delibera G.R. n.14/30 del 29/04/2022, la ASL di Cagliari, nel definire i programmi di riorganizzazione aziendale e nel voler migliorare i servizi offerti ai cittadini/pazienti, definisce un piano di investimenti definito a interventi di acquisizione di nuove strutture, riqualificazione e manutenzione ordinaria e straordinaria nei Presidi Ospedalieri presenti nel territorio, oltre che interventi destinati alla sicurezza degli edifici.

Di seguito si riporta la tabella che rileva gli investimenti per struttura negli anni 2022, 2023 e 2024.

<b>Riclassificazione interventi per struttura</b>				
<b>Struttura</b>	<b>ANNO 2022</b>	<b>ANNO 2023</b>	<b>ANNO 2024</b>	<b>Importo complessivo</b>
Case della salute	€4.908.567,70	€2.966.009,00	€1.478.589,16	<b>€10.036.700,00</b>
Cittadella della salute	€1.890.000,00	€1.019.260,00	-	<b>€ 2.909.260,00</b>
CSM	€75.000,00	€275.000,00	-	<b>€ 350.000,00</b>
P.O. Binaghi	€325.000,00	€ 3.300.000,00	€ 2.825.000,00	<b>€ 6.450.000,00</b>
P.O. Marino	€ 1.064.050,00	€ 4.305.000,00	€ 3.385.000,00	<b>€ 8.754.050,00</b>
P.O. San Giuseppe	€ 245.000,00	€ 3.405.000,00	€ 2.195.000,00	<b>€ 5.845.000,00</b>
P.O. San Marcellino	€ 432.074,00	€ 2.500.000,00	€ 2.340.000,00	<b>€ 5.272.074,00</b>
P.O. SS Trinità	€ 1.000.000,00	€ 22.587.313,00	€ 11.850.000,00	<b>€ 40.997.313,00</b>
Poliambulatori	€ 215.000,00	€ 1.354.000,00	€ 455.000,00	<b>€ 2.024.000,00</b>
Strutture territoriali		€ 5.000.000,00	€ 3.945.000,00	<b>€ 8.945.000,00</b>
Varie Strutture	€ 2.198.789,47	€ 2.250.000,00	€ 957.000,00	<b>€ 5.405.789,47</b>
<b>Totale complessivo</b>	<b>€ 12.353.481,17</b>	<b>€ 48.961.582,00</b>	<b>€ 29.430.589,16</b>	<b>€ 96.989.186,47</b>

In particolare nell'anno 2022 si prevede un investimento di 12.353.481,17 euro, destinati per il 40% alle Case della Salute nei comuni di San Nicolò Gerrei, Senorbì, Monserrato, Burcei, Mandas e Quartu Sant'Elena, con l'obiettivo di migliorare i servizi offerti anche a livello territoriale e in comuni più distanti dal capoluogo.

Inoltre il 15% degli interventi è destinato alla riqualificazione della Cittadella della Salute, sita in via Romagna, in particolare in alcuni padiglioni destinati all'offerta di prestazioni ambulatoriali ai

cittadini; la restante quota è ripartita tra gli altri Presidi Ospedalieri afferenti alla ASL di Cagliari, ai Poliambulatori di Dolianova, Sinnai, Muravera e Orroli e altre strutture territoriali.

Nell'anno 2023 gli investimenti destinati a tali interventi aumentano a 48.961.582,00 euro, di cui 22.587.313,00 euro sono destinati al P.O. SS Trinità di Cagliari per interventi di ampliamento, ristrutturazione, riqualificazione e adeguamenti alla sicurezza.

Gli stessi investimenti possono essere analizzati per tipologia di intervento per cui è possibile evidenziare i valori previsti negli anni di seguito riportati in tabella.

<b>Riclassificazione interventi per tipologia</b>				
<b>Tipologia intervento</b>	<b>ANNO 2022</b>	<b>ANNO 2023</b>	<b>ANNO 2024</b>	<b>Importo complessivo</b>
Sicurezza	€3.080.000,00	€ 24.400.000,00	€19.137.000,00	<b>€46.617.000,00</b>
Manutenzione	€1.000.000,00	€869.000,00	€300.000,00	<b>€2.169.000,00</b>
Manutenzione straordinaria	€580.000,00	€1.440.000,00	€ 855.000,00	<b>€ 2.875.000,00</b>
Riqualificazione	€ 800.000,00	€ 8.000.000,00	€ 7.345.000,00	<b>€ 21.805.000,00</b>
Ristrutturazione	€ 138.789,47	€ 1.184.260,00		<b>€ 1.323.049,47</b>
Altri interventi	€ 6.754.691,70	€ 13.068.322,00	€ 1.793.589,16	<b>€ 22.200.137,00</b>
<b>Totale complessivo</b>	<b>€ 12.353.481,17</b>	<b>€ 48.961.582,00</b>	<b>€ 29.430.589,16</b>	<b>€ 96.989.186,47</b>

Nel complesso, nel corso del triennio si prevede un investimento di 96.989.186,47 euro, di cui il 48% è destinato agli interventi di adeguamento della sicurezza delle strutture, il 22% ad interventi di riqualificazione, il 23% ad altri interventi inerenti le case della salute, completamento di progetti di riqualificazione o ristrutturazione e rinnovo.

L'obiettivo finale del Piano degli Investimenti sintetizzato nelle due tabelle riportate è quello di garantire ai pazienti strutture adeguate dove poter ricevere le cure e l'assistenza delle quali necessitano.

## 6. La partecipazione di cittadini e utenti

Le modifiche normative hanno rafforzato il principio della partecipazione degli utenti esterni e interni e, più in generale dei cittadini, al processo di misurazione della performance organizzativa, richiedendo alle amministrazioni di adottare sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione e di sviluppare le più ampie forme di partecipazione.

Con la modifica del d.lgs. 27 ottobre 2009, n.150, operata dal d.lgs. 25 maggio 2017, n. 74, il Legislatore ha dato maggiore concretezza al principio astratto della partecipazione con riferimento al ciclo della performance.

In particolare, l'art. 7 delinea, al comma 2, lett. c), la partecipazione dei cittadini alla valutazione della performance organizzativa dell'amministrazione declinandola su tre cardini fondamentali:

1. sotto il profilo soggettivo, sono protagonisti dei processi valutativi sia i cittadini che gli "utenti finali" dei servizi resi dall'amministrazione. A tali categorie vanno aggiunti tutti gli altri portatori di interesse (cd. stakeholder) in qualsiasi modo direttamente o indirettamente interessati all'operato dell'amministrazione;
2. sotto il profilo oggettivo, l'ambito della valutazione concerne la qualità di tutte le attività istituzionali e tutte le prestazioni di servizi delle pubbliche amministrazioni;
3. sotto il profilo procedimentale, la partecipazione alla valutazione è coerentemente ricondotta all'ambito specifico "della performance organizzativa dell'amministrazione, secondo quanto stabilito dagli articoli 8 e 19-bis".

L'articolo 8 prevede che il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa (SMVP) concerne, in particolare:

- la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione. Il coinvolgimento di cittadini e utenti nel processo di valutazione della performance, oltre a rispondere al quadro normativo sopra delineato, è funzionale al perseguimento delle finalità intrinseche dei sistemi di valutazione delle prestazioni (performance management). Questi, infatti, non sono dei semplici sistemi informativi interni, ma puntano ad incidere su dimensioni quali l'impatto delle politiche e dei servizi pubblici sulla collettività e la fiducia dei cittadini nelle amministrazioni pubbliche. Attraverso tale coinvolgimento è possibile cogliere i vari significati e la differente rilevanza che i diversi utenti e stakeholder attribuiscono ai risultati conseguiti dall'azienda.

Secondo questa linea, la ASL di Cagliari intende porre in essere delle azioni mirate che tengano conto dell'importanza del coinvolgimento dei cittadini e degli utenti, rilevando la soddisfazione delle prestazioni erogate.

## **7. Dalla performance organizzativa alla performance individuale**

La performance è intesa come il contributo che le varie componenti organizzative (individui, gruppi di individui, unità organizzative, ente nel suo complesso) apportano attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'azienda sanitaria e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni della collettività.

La performance organizzativa è la risultante del grado di raggiungimento degli obiettivi dell'azienda nel suo complesso rispetto alla missione aziendale e del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget negoziati tra la Direzione Aziendale ed i Direttori delle diverse articolazioni organizzative della ASL di Cagliari.

La misurazione della performance organizzativa è intesa come quel complesso di azioni e strumenti volti a misurare e, cioè, a quantificare tutte le dimensioni della performance necessarie a migliorare e rendere più razionali i processi decisionali e più trasparente la rendicontazione.

Nell'azienda sanitaria tale attività è considerata come un presupposto indispensabile per una compiuta valutazione delle performance sia organizzative che individuali.

Al fine della misurazione e valutazione della performance organizzativa è importante definire:

- le unità di analisi della misurazione;
- gli indicatori e i target;
- la modalità di misurazione e valutazione quali strumenti di monitoraggio e controllo

La performance individuale, invece, 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:

1. evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
2. 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;
3. supportare le singole persone nel miglioramento della loro performance;
4. valorizzare la performance e comunicare i risultati e le aspettative future alla singola persona;
5. contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole;
6. premiare la performance attraverso opportuni sistemi incentivanti;
7. 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 i:

- **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 attengono alle modalità con cui un'attività viene svolta da ciascuno all'interno azienda.

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

- agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità e al quale è attribuito un peso prevalente nella valutazione complessiva;
- al raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- 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;
- alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi;
- alla capacità di rispettare i tempi del ciclo della performance.

Per il restante personale la valutazione è legata:

- al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;
- 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; queste 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.

Dal anno dal 2019 le valutazioni individuali avvengono attraverso l'applicativo G.U.R.U. (Gestione Unificata Risorse Umane), secondo il Ciclo delle Performance che comprende diverse fasi e coinvolge diversi attori:

- il Co-valutatore, individuato dal valutatore, che esprime la propria valutazione sui valutati;

- i Direttori di struttura (valutatori), dopo aver preso eventuale visione della co-valutazione, esprimono successivamente la propria valutazione;
- il Dipendente (valutato), che prende visione della valutazione ed inserisce eventuali commenti.

Il rispetto della tempistica delle fasi di valutazione è indispensabile per ottimizzare il processo del ciclo delle performance, riducendo le criticità per tutti gli attori coinvolti.

Il sistema G.U.R.U. può essere quindi considerato un sistema di gestione e raccolta delle valutazioni annuali, oltre che uno strumento di archiviazione delle valutazioni anche degli anni precedenti, raccogliendo e raccordando le valutazioni individuali rispetto alla struttura, nonché la valutazione della struttura stessa.

## 8. Coordinamento e integrazione con il Piano Triennale della Corruzione e Trasparenza

L'analisi delle fasi del ciclo delle performance, così come definite dal Decreto legislativo 150/2009, evidenziano che si tratta di un processo circolare ad ampio raggio che parte da una prima fase di pianificazione degli obiettivi attraverso il Piano della performance, una seconda fase che è quella della misurazione attraverso lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance e termina con la fase di rendicontazione attraverso la relazione della performance. In ogni fase del ciclo di gestione della performance, ai sensi di quanto disposto dall'art.10 del Decreto legislativo 33/2013 e del Decreto 97/2016, le pubbliche amministrazioni devono garantire la massima trasparenza mediante la pubblicazione del Piano delle Performance, del Sistema di Misurazione e Valutazione, della Relazione sulla Performance e del Programma Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

In particolare il comma 3 dell'art.10 del citato decreto così come novellato dal decreto 97/2016 stabilisce che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione. Fra tutti questi documenti inoltre è opportuno comunque garantire un'adeguata integrazione.

L'azienda garantisce la coerenza tra il Programma Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza e il Piano della Performance sotto due profili:

- a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- b) le misure di prevenzione della corruzione sono tradotte in obiettivi organizzativi assegnati ai alle strutture e ai loro Direttori.

Poiché la Trasparenza è funzionale alla corretta implementazione del Ciclo di Gestione della Performance, in quanto garantisce l'effettiva accountability delle amministrazioni in termini di obiettivi e risultati dell'azione dell'azienda sanitaria, l'integrazione si è realizzata facendo in modo che le misure contenute nel Programma Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza siano diventati veri e propri obiettivi strategici.

Nello specifico l'integrazione e il collegamento logico è garantita con i seguenti obiettivi:

- 1) Adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e della Relazione annuale sui risultati dell'attività svolta.
- 2) Mappatura (conferma /aggiornamento) processi e valutazione/misurazione dei rischi: a) con riferimento alla prevenzione della corruzione b) con riferimento alla protezione dei dati.
- 3) Predisposizione delle procedure per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori esposti alla corruzione al fine di individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica e della legalità.

- 4) Predisposizione di un programma formativo generale sui temi dell'etica e della legalità e di un programma specifico rivolto ai dirigenti e ai dipendenti addetti alle aree maggiormente a rischio individuate nel relativo PTPCT.
- 5) Garantire la qualità delle informazioni pubblicate nel sito istituzionale nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurando l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali.
- 6) Garanzia del rispetto della normativa in materia di inconvertibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico.
- 7) Individuazione, in ossequio a quanto previsto dalla normativa vigente e dai regolamenti aziendali, dei termini per la conclusione dei procedimenti di competenza, monitoraggio periodico sul rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti, e trasmissione di un report al Responsabile del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione Trasparenza.



## 9. Le azioni di miglioramento del processo di gestione della Performance

Il Piano della Performance a norma dell'art. 10, comma 1 lettera a) del D. Lgs 150/2009 è un Documento Programmatico Triennale, che in coerenza con il Ciclo di Programmazione Economica, Finanziaria e di Bilancio, individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi e definisce con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della Performance Organizzativa e Individuale.

L'adozione del documento, oltre a consentire l'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente, rappresenta un'occasione per gestire in maniera integrata e coordinata i diversi strumenti di pianificazione e programmazione sanitaria, rappresenta inoltre lo strumento che dà avvio al Ciclo di Gestione della Performance, e le finalità di tale impianto metodologico sono ravvisabili, da un lato nel miglioramento della qualità dei servizi pubblici, e dall'altro nell'ottimizzazione dei costi dei servizi erogati attraverso un progressivo miglioramento degli standard economici, tenendo conto della ripresa delle attività ospedaliere e territoriali a seguito degli anni caratterizzati dalla pandemia da Covid-19.

Il presente Piano delle Performance verrà sistematicamente aggiornato degli obiettivi regionali e aziendali, e le aree strategiche verranno sviluppate considerando la diversa tipologia di obiettivi, di pazienti e dei diversi regimi di attività.

Come già argomentato in premessa, il Piano Performance 2022 è un piano eccezionale che esplicherà la sua funzione di piano programmatico per l'anno 2022 e a seguito della costituzione delle aziende ognuna procederà alla gestione del proprio ciclo performance e alla nomina dell'OIV così come previsto dall'art.14 del decreto 150/2009, tuttavia alla data dell'adozione del presente documento, le azioni che l'azienda ritiene utile porre per il miglioramento del Ciclo di Gestione delle Performance rimangono sostanzialmente invariate e sono sostanzialmente riconducibili, innanzitutto, all'adeguamento a quanto disposto dal decreto legislativo 150/2009 e s.m.i, e ai provvedimenti ulteriori che si renderanno necessari nell'ottica di garantire la massima trasparenza.

In particolare l'azienda ritiene efficace consolidare tutte le azioni finalizzate alla:

- responsabilizzazione degli operatori attraverso l'attribuzione degli obiettivi strategici e operativi, e delegando agli stessi tutti gli adempimenti da porre in essere al fine di garantire il pieno coinvolgimento di tutto il personale dirigenziale e di comparto;
- garanzia di un corretto utilizzo dei Sistemi Premianti secondo criteri di valorizzazione del merito;
- definizione di un adeguato Sistema di Reporting che controlla costantemente la programmazione fatta ed è in grado di intervenire tempestivamente;
- perfezionamento del sistema informativo di contabilità analitica al fine di assicurare l'accuratezza e la tempestiva disponibilità dei dati necessari al calcolo degli indicatori quali

- condizioni necessarie alla realizzazione del monitoraggio degli stessi nel corso dell'esercizio di riferimento e di conseguenza garantire la possibilità di apportare eventuali correttivi
- consolidare l'utilizzo della piattaforma software che consenta la rilevazione del gradimento degli utenti esterni che usufruiscono dei servizi delle strutture ASL di Cagliari, e degli utenti interni in relazione ai servizi strumentali e di supporto erogati.