

Azienda Socio Sanitaria Locale n.8 Cagliari

PIAO 2024-2026



Sommario

Sommario	2
PREMESSA	4
1. SEZIONE – 1 L’AZIENDA	5
1.1. <i>Scheda anagrafica</i>	5
1.2. <i>Assetto Organizzativo e Aziendale</i>	5
1.3. <i>Analisi demografica territoriale</i>	8
1.3.1. <i>Composizioni per classi d’età</i>	9
1.3.2. <i>Indicatori di struttura demografica</i>	11
1.4. <i>Analisi del contesto aziendale</i>	14
1.4.1. <i>Assistenza Sanitaria di Base</i>	14
1.4.2. <i>Assistenza Domiciliare</i>	15
1.4.3. <i>Assistenza Territoriale</i>	16
1.4.4. <i>Assistenza Ospedaliera</i>	19
1.4.5. <i>Dati di attività</i>	21
1.4.6. <i>Dati di Mobilità</i>	22
2. SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE	25
2.1. <i>Valore Pubblico</i>	25
2.1.1. <i>Missione dell’Azienda Socio-Sanitaria Locale</i>	26
2.2. <i>Performance</i>	27
2.2.1. <i>Performance organizzativa e Performance individuale</i>	28
2.2.2. <i>Obiettivi aziendali e Valore pubblico</i>	29
2.2.2.1. <i>Descrizione degli Obiettivi Aziendali a Valore Pubblico</i>	33
2.3. <i>Piano delle azioni Positive</i>	38
2.4. <i>Programmazione Annuale e Pluriennale - Bilancio Preventivo Pluriennale</i>	39
2.5. <i>Piano Anticorruzione</i>	43
3. SEZIONE - 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	44
3.1. <i>Struttura organizzativa</i>	44
3.2. <i>Lavoro agile</i>	47
3.3. <i>Piano triennale del Fabbisogno del personale</i>	50
3.4. <i>Formazione del personale</i>	57
4. SEZIONE – 4 MONITORAGGIO	64
4.1. 4.1 Monitoraggio	64
Allegati al PIAO	65

PREMESSA

Il Piano Integrato di Amministrazione e Organizzazione (PIAO) è il documento di programmazione delle amministrazioni pubbliche introdotto e disciplinato dal D.L. 9 giugno 2021 n. 80, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021 n. 113, rubricato *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”*, che dal 30 giugno 2022 sostituisce i documenti di programmazione prima adottati singolarmente, ed in particolare: Piano della Performance (PdP); Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT); Piano dei Fabbisogni di Personale (PFP); Piano per Razionalizzare l’utilizzo delle Dotazioni Strumentali (PRSD); Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA); Piano di Azioni Positive (PAP).

Il presente piano viene redatto secondo la normativa contenuta nel D.L. n. 80/2021 e in osservanza del Regolamento recante la definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione, emanato dal Dipartimento della Funzione Pubblica con DPR del 30 giugno 2022 n. 132, che dispone le linee guida per la compilazione del Piano.

L’obiettivo principale del presente documento è la semplificazione delle procedure di programmazione nelle pubbliche amministrazioni, per garantire trasparenza, maggiore efficienza ed efficacia, oltre che il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini e alle imprese.

Il PIAO, ex art. 2 D.L. n.80/2021, ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e si articola in:

1. Scheda anagrafica dell’ente;
2. Sezione Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione
3. Sezione Organizzazione e Capitale umano
4. Sezione Monitoraggio.

1. SEZIONE – 1 L'AZIENDA

1.1. Scheda anagrafica

Denominazione ente: Azienda Socio sanitaria Locale n. 8 di Cagliari

Sede Legale: Ospedale Marino, Viale Lungomare Poetto n. 12, 09126 Cagliari (CA)

Contatti: 070-6097941 / direzione.generale@aslcagliari.it

P.Iva: 03990560926

Sito web: <https://nuovo.aslcagliari.it>

L'Azienda Socio Sanitaria Locale n.8 di Cagliari è stata istituita il 1^a gennaio 2022 e ai sensi della L.R. n. 24/2020, l'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.

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'Azienda, ai sensi dell'art. 37 della L.R. 24/2020 assicura i livelli essenziali di assistenza nel territorio, istituendo ed organizzando i Distretti ed i Dipartimenti territoriali i quali operano in maniera integrata con la rete ospedaliera, l'Azienda dell'emergenza-urgenza e con il sistema integrato dei servizi alla persona.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 25 del 01/02/2023 avente ad oggetto *“Adozione suggerimenti di cui alla Deliberazione RAS n. 1/2”* del 03/01/2023 è stato adottato l'Atto aziendale dell'Azienda socio- sanitaria locale n.8 di Cagliari.

L'Atto Aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale e tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica, le competenze dei loro responsabili e inoltre disciplina l'organizzazione delle ASL secondo il modello dipartimentale, rappresentando lo strumento attraverso il quale l'Azienda determina il proprio assetto organizzativo ed il proprio funzionamento, per garantire il perseguimento degli obiettivi e le scelte organizzative e gestionali della ASL.

All'interno del modello organizzativo della ASL sono presenti Dipartimenti e Distretti.

L'organizzazione dipartimentale così come previsto dall'art. 17 bis del D. Lgs n. 502/92, e ss.mm.ii., rappresenta il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali.

Il Dipartimento costituisce tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie nell'ottica di condivisione delle risorse. Tale articolazione aziendale, aggrega strutture organizzative omologhe e complementari che perseguono comuni finalità e pur conservando ciascuna la propria autonomia

clinica e professionale, sono tra loro interdipendenti nel raggiungimento degli obiettivi e nell'utilizzo delle risorse. Lo scopo del Dipartimento è quello di assicurare la corretta gestione amministrativa, economica ed un corretto governo clinico, nell'ottica di condivisione degli obiettivi e delle risorse. Pertanto, esso si configura come articolazione organizzativa di coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse.

Il Distretto svolge l'importante compito di garantire l'integrazione sanitaria e socio-sanitaria, fornisce risposte chiare e costanti alle esigenze sanitarie e socio-sanitarie della popolazione per il soddisfacimento dei loro bisogni garantendo il rispetto dei LEA, con un approccio rivolto al miglioramento dei percorsi di cura e di presa in carico del malato, all'assistenza dei soggetti fragili e delle persone con disabilità, cercando di offrire un'assistenza più vicina al contesto di vita del paziente, organizzando, coinvolgendo e coordinando le diverse figure professionali presenti sul territorio: MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, infermieri, assistenti sociali, medici di continuità assistenziale e personale dipendente.

L'atto aziendale, inoltre, indica 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 e la gestione delle diverse strutture dislocate in tutto il territorio. La ASL di Cagliari infatti gestisce e coordina le attività sanitarie di un territorio molto vasto, all'interno del quale sono presenti varie strutture di ricovero sia pubbliche che private.

Tipologia	Enti di governo	Numero presidi	Nome presidio	Comune
Presidi ospedalieri pubblici	ASL	6	Binaghi	Cagliari
			Marino	Cagliari
			Microcitemico	Cagliari
			San Giuseppe	Isili
			San Marcellino	Muravera
			Santissima Trinità	Cagliari
Case di cura private	ASL	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
Totale	13			

Tabella 1- Strutture ospedaliere presenti sul territorio della ASL n. 8, suddivise per tipologia

Quasi tutte le strutture sono concentrate nel Comune di Cagliari, o nelle immediate vicinanze (due strutture sono situate a Quartu Sant'Elena, una a Decimomannu, due strutture ospedaliere di cui una ad Isili e una a Muravera). Ciò pone evidenti problemi in termini di accessibilità ai servizi per la popolazione residente in centri distanti dal capoluogo.

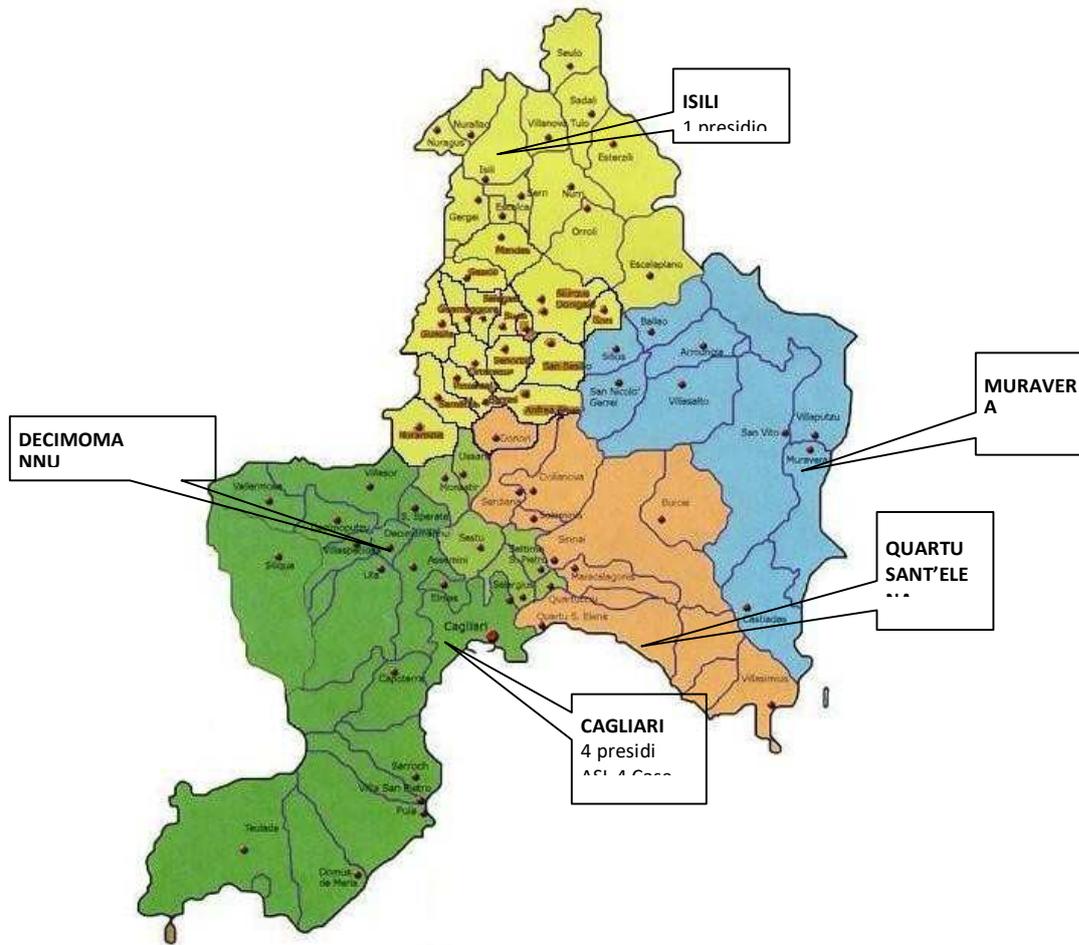


Figura 1 - Dislocazione delle strutture ospedaliere presenti nella provincia di Cagliari

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).

La ripartizione in Distretti è la seguente:

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, Sordiana, 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 247.134 abitanti rilevati dalle statistiche ISTAT 2023. Il distretto Sarrabus - Gerrei risultainvece il più piccolo con 38.970 abitanti.

1.3. Analisi demografica territoriale

Il contesto nel quale opera la ASL n.8 di Cagliari è caratterizzato da una pluralità di bisogni che comportano una gestione improntata alla ricerca continua di soluzioni per fronteggiare i rapidi mutamenti delle variabili demografiche ed epidemiologiche. Tale situazione rende necessaria l’introduzione di nuove politiche di governo clinico finalizzate a creare un sistema integrato di numerosi fattori e bisogni assistenziali.

Per questo risulta utile un’analisi del contesto demografico territoriale.

La distribuzione della popolazione per Distretto nella tabella di seguito riportata indica il numero di abitanti residenti nel territorio della ASL n. 8 di Cagliari, rilevati da Demo ISTAT al 1^a gennaio 2022¹ e al 1^a gennaio 2023:

Distretto	Popolazione e2023	Popolazione e2022	% distribuzione territoriale 2023	% distribuzione territoriale 2022	Delta 2023 vs 2022	Delta 2023 vs 2022 %
Area Ovest	122.153	121.877	22,5%	22,5%	276	0,01%
Cagliari Area Vasta	247.134	246.758	45,5%	45,5%	376	-0,02%

¹ Si consideri che i dati rilevati al 2022 sono gli ultimi dati aggiornati dall’ISTAT

Quartu Parteolla	112.501	112.232	20,7%	20,7%	269	0,01%
Sarrabus Gerrei	38.970	38.876	7,2%	7,2%	94	0,00%
Sarcidano-Barbagia di Seulo - Trexenta	22.269	22.249	4,1%	4,1%	20	0,00%
Totale complessivo	543.027	541.992			1.035	

Tabella 2 - Distribuzione della popolazione per Distretto

Si rileva che al 1^a gennaio 2023 la popolazione che rappresenta l'intero territorio della ASL Cagliari è di 543.027 abitanti, corrispondenti a 1.035 persone in più rispetto all'anno precedente, un leggero aumento della popolazione residente, probabilmente dovuto anche ad un flusso in entrata dei residenti. Si conferma, rispetto al 2022, che la distribuzione percentuale per Distretti si concentra nell'Area Vasta di Cagliari per il 45% circa della popolazione residente. Il Distretto più piccolo rimane quello del Sarrabus-Gerrei con il 4% della popolazione residente. Il lieve aumento della popolazione residente appare proporzionato rispetto alla distribuzione percentuale dell'anno precedente. Rispetto al totale della popolazione l'area Vasta di Cagliari perde il 2% dei residenti che si spalma nei Distretti di Area Ovest e Quartu – Parteolla.

Il grafico di seguito rappresentato sintetizza le percentuali di distribuzione della popolazione nei vari distretti.

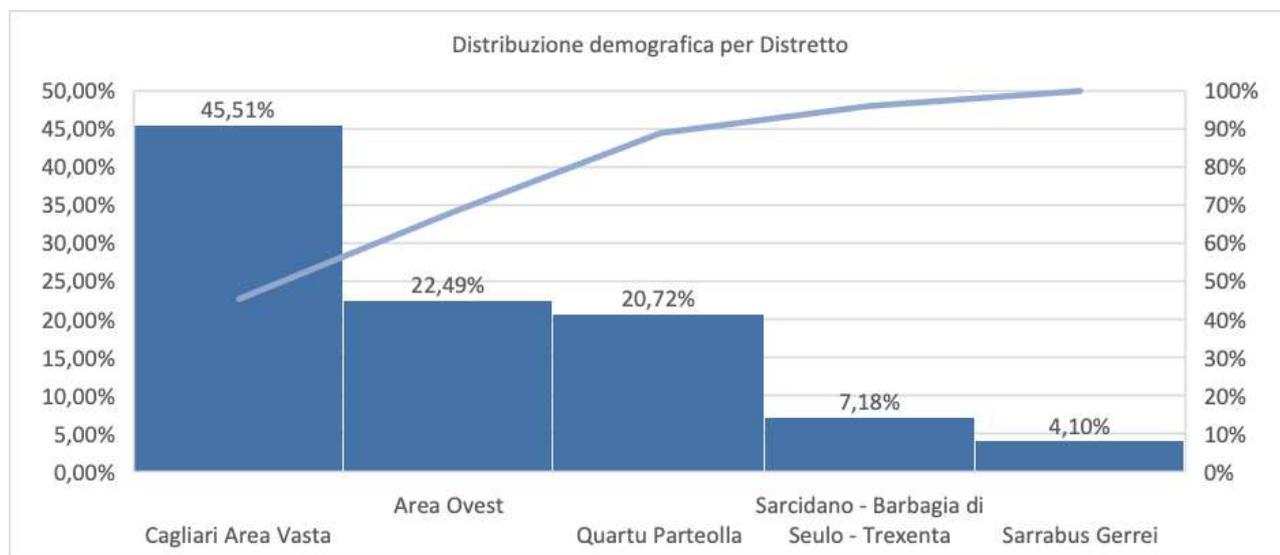


Figura 2 –Distribuzione % territoriale 2023

1.3.1. Composizioni per classi d'età

La composizione della popolazione suddivisa per classi d'età rappresenta, dal punto di vista demografico, il dato 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.

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.

La tabella che segue indica la misura della distribuzione della popolazione residente secondo la fascia d'età descritta scomponendo la popolazione per genere:

Fascia d'età	Femmine	Maschi	Totale (Femmine + Maschi)	Distribuzione % per fascia d'età
da 0 a 5	8.702	9.295	17.997	3,31%
da 6 a 14	18.647	20.121	38.768	7,14%
da 15 a 39	63.004	67.035	130.039	23,95%
da 40 a 59	89.637	88.164	177.801	32,74%
da 60 a 79	73.467	64.398	137.865	25,39%
> 80	24.830	15.727	40.557	7,47%
Totale complessivo	278.287	264.740	543.027	

Tabella 3 - Distribuzione della popolazione per fasce d'età

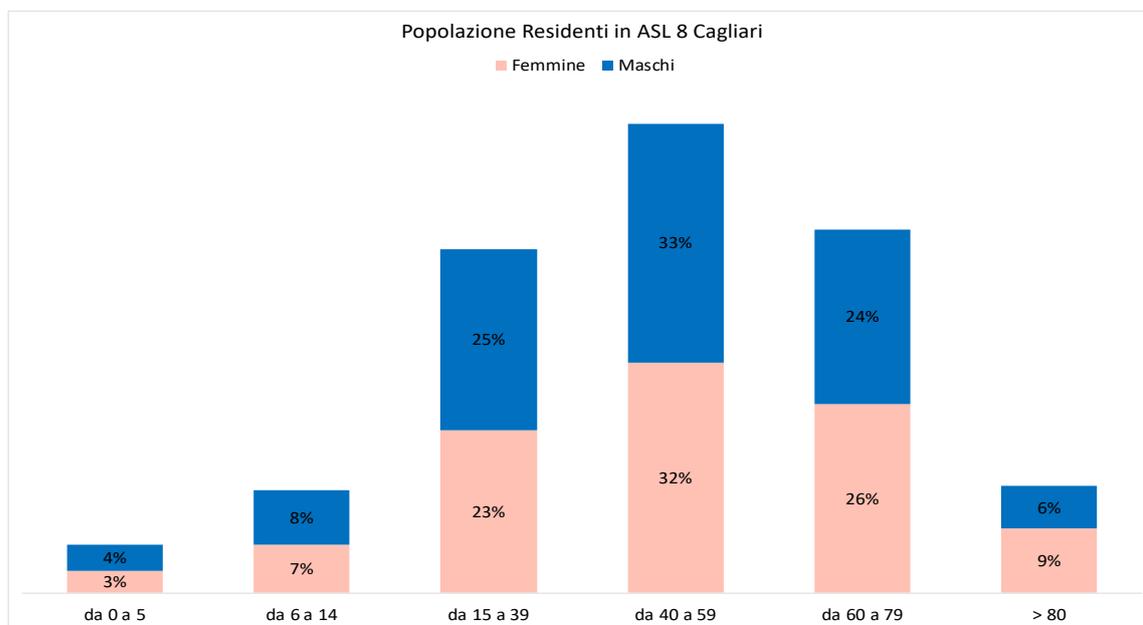


Figura 3 - Distribuzione demografica per classi d'età (fonte: DEMO ISTAT: dati 2023)

Il grafico è rappresentativo di una popolazione maggiormente concentrata nelle fasce di età adulta (40-59 anni e 60-79 anni). I residenti in età compresa tra i 15 e 39 anni corrispondono al 24% della popolazione, solo 10% è composto dalla popolazione di età compresa tra 0-14 anni.

Il confronto tra le 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.

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.

L'analisi demografica della popolazione assistita dall'ASL n.8 di Cagliari presenta tendenze sostanzialmente sovrapponibili all'andamento complessivo regionale, come specificato nella tabella 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	17.997	38.768	130.039	177.801	137.865	40.557	543.027
Sardegna	52.868	110.976	377.654	500.029	412.394	123.631	1.577.552
Incidenza % ASL Cagliari/Sardegna	34,0%	34,9%	34,4%	35,6%	33,4%	32,8%	34,4%

Tabella 4 - Distribuzione per classe d'età ASL Cagliari/Sardegna - dati 2023

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. Oltre il 34% degli abitanti è residente nel territorio della ASL Cagliari.

Per capire come tali dati si scompongano nei diversi distretti, si propongono di seguito, le due tabelle riepilogative, espresse in termini assoluti (tabella 4) e in termini percentuali (tabella 5):

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	4.419	9.459	29.894	41.243	29.673	7.465	122.153	22,49%
Cagliari Area Vasta	7.682	16.884	58.163	79.993	63.653	20.759	247.134	45,51%
Quartu Parteolla	3.928	8.508	27.625	37.807	27.958	6.675	112.501	20,72%
Sarcidano - Barbagia di Seulo - Trexenta	1.333	2.552	9.213	11.728	10.424	3.720	38.970	7,18%
Sarrabus Gerrei	635	1.365	5.144	7.030	6.157	1.938	22.269	4,10%
Totale complessivo	17.997	38.768	130.039	177.801	137.865	40.557	543.027	100,00%
% distribuzione classid'età	3,3%	7,1%	23,9%	32,7%	25,4%	7,5%	100,0%	

Tabella 5- Distribuzione in termini assoluti nei diversi distretti per classe d'età - dati 2023

Distretto	da 0 a 5	da 6 a 14	da 15 a 39	da 40 a 59	da 60 a 79	> 80
Area Ovest	24,6%	24,4%	23,0%	23,2%	21,5%	18,4%
Cagliari Area Vasta	42,7%	43,6%	44,7%	45,0%	46,2%	51,2%
Quartu Parteolla	21,8%	21,9%	21,2%	21,3%	20,3%	16,5%
Sarcidano - Barbagia di Seulo - Trexenta	7,4%	6,6%	7,1%	6,6%	7,6%	9,2%
Sarrabus Gerrei	3,5%	3,5%	4,0%	4,0%	4,5%	4,8%

Tabella 6 - Distribuzione % nei diversi distretti per classe d'età - dati 2023

1.3.2.Indicatori di struttura demografica

Lo studio dei principali indicatori di struttura demografica è finalizzato all'analisi delle tendenze demografiche riguardanti il territorio.

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 cagliaritana sia o meno corrispondente a quella dell'intera isola e della penisola.

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

Indice di natalità (per mille)						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ASL Cagliari	6,2	5,6	5,5	5,1	5,1	4,9
Sardegna	6,2	5,8	5,5	5,2	5,2	4,9
ITALIA	7,6	7,3	7	6,8	6,8	6,7

Tabella 7 – Fonte Demo Istat. indice di natalità

L'indice di natalità rileva in generale una notevole riduzione delle nascite tra il 2017 e il 2022, in particolare nell'ultimo triennio analizzato. Tale tendenza si rileva sia a livello di ASL Cagliari che a livello regionale. Mentre, lo stesso indice a livello nazionale, resta pressoché invariato agli anni precedenti.

Si evidenzia un decremento dell'indice di natalità e un costante incremento 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						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ASL Cagliari	186,2%	196,1%	205,6%	214,9%	226,7%	237,1%
Sardegna	203,1%	212,4%	222,2%	231,5%	241,8%	252,8%
ITALIA	169,5%	174,0%	179,4%	182,6%	187,6%	193,1%

Tabella 8 – Fonte Demo Istat. Indice di vecchiaia

L'indice, determinato dal rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età compresa tra 0-14 anni, evidenzia come negli ultimi sei anni 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.

Indice di dipendenza anziani						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ASL Cagliari	32,7%	33,7%	34,9%	36,5%	37,6%	38,3%
Sardegna	35,5%	36,6%	37,9%	39,6%	40,5%	41,4%
ITALIA	35,4%	35,8%	36,4%	37,0%	37,5%	37,8%

Tabella 9 – Fonte Demo Istat. Indice di dipendenza anziani

In linea con quanto esposto, anche per l'età media si registra un costante aumento, non solo a livello locale ma anche regionale e nazionale.

Età media						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ASL Cagliari	45,9	46,3	46,7	47,2	47,3	48,0
Sardegna	46,4	46,9	47,2	47,7	47,6	48,4
Italia	45,2	45,5	45,7	45,9	46,2	46,4

Tabella 10 – Fonte Demo Istat. Età media

In conclusione, la mutazione 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 socio-sanitari che richiedono sempre più una presa in carico continuativa dell'assistito.

1.4. Analisi del contesto aziendale

L'Azienda socio-sanitaria di Cagliari garantisce, attraverso i propri servizi e attraverso i medici e i pediatri convenzionati, la gestione delle patologie acute e croniche.

In particolare garantisce lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria, delle informazioni 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.

Un'analisi del numero di medici e pediatri presenti nell'ASL di Cagliari ed una riclassificazione per anzianità di laurea 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.

In particolare si analizzano i dati relativi a:

- Medicina generale;
- Pediatria;
- Assistenza Domiciliare (Programmata e Integrata).

1.4.1. Assistenza Sanitaria di Base

Medici di medicina generale per anzianità di laurea

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
Totale	395	383	366	-12	-17

Tabella 11 – Medicina Generale – anzianità di laurea (Fonte: NSIS-Mod. FLS.12-q E)

I dati riportati nella tabella riguardanti il numero di medici di medicina generale si riferiscono all'anno 2022 aggiornati al 31/12. In particolare nella tabella 11 si rilevano i dati del numero di medici di medicina generale, presenti all'interno della ASL di Cagliari nel triennio 2020-2022, riclassificati per anzianità di laurea. Si evidenzia una maggiore concentrazione di medici con una anzianità di laurea superiore ai 27 anni. Si ritiene che la tendenza in riduzione dei numeri analizzati possa ripetersi anche nel 2023.

Pediatri

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
Totale	63	61	57	-2	-4

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

Allo stesso modo anche il numero dei pediatri si rileva nei primi mesi dell'anno. I dati analizzati in tabella rilevano dunque l'ultimo aggiornamento al 31/12/2022. La tabella che rappresenta il numero di pediatri presenti all'interno della ASL di Cagliari, riclassificati peranzianità di specializzazione, evidenzia un trend in diminuzione (-2 nel 2021 e -4 nel 2022) ed una quasi totale concentrazione nella fascia oltre i 23 anni di specializzazione. Un trend dunque in riduzione che si può ipotizzare anche nel 2023.

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 gestiscono anche la maggior parte degli assistibili.

1.4.2. 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.

Con riferimento ai dati seguenti relativi all'assistenza domiciliare programmata e integrata, sono aggiornati al 2022 ed esplicitano la tendenza del triennio 2020-2022.

In particolare si analizzano i dati di:

- Assistenza domiciliare programmata;
- Assistenza domiciliare integrata.

Assistenza domiciliare programmata

L'Assistenza Domiciliare Programmata è uno dei servizi dell'assistenza domiciliare, 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.

ASL	Anno	N. Medici che concordano l'intervento	Autorizzazioni concesse (numero di assistiti)
CAGLIARI	2021	265	6.871
	2022	240	4.579

Tabella 13 – Assistenza domiciliare Programmata dati 2021-2022 (Fonte: NSIS-Mod. FLS.21-ql)

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 un 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	2022
Casi trattati totali	4.106	4.277	4564
Casi trattati - anziani	2.823	3.542	3840
Casi trattati - terminali	186	186	158

Tabella 14 – Assistenza Domiciliare Integrata - Fonte: NSIS-Mod. FLS.21-q H

1.4.3. Assistenza Territoriale

L'assistenza territoriale comprende tutte le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, compresa la specialistica e diagnostica ambulatoriale.

Le tabelle sottostanti, suddivise tra strutture pubbliche e strutture private convenzionate, presentano i dati relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate negli anni 2022 e 2023, nel periodo gennaio-settembre e suddivise nelle branche specialistiche previste dal tariffario nazionale.

In particolare, la tabella 15 evidenzia un incremento delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche nel periodo di riferimento e principalmente riconducibile alle seguenti branche:

- Ortopedia e traumatologia, il cui incremento è da attribuire principalmente al reparto del P.O. SS. Trinità;
- Gastroenterologia, nei presidi Binaghi, San Giuseppe e San Marcellino;
- Anestesia, che registra l'incremento nel P.O. Marino, nella struttura di Anestesia e rianimazione;
- Diagnostica per immagini, il cui aumento è dato dai presidi P.O. SS. Trinità (circa 5.000 prestazioni in più), dal P.O. Binaghi (circa 3.000 prestazioni in più), e dal P.O. Marino (circa 4.000 prestazioni in più);
- Medicina fisica e riabilitazione, con incrementi soprattutto nel P.O. Marino e nel Poliambulatorio

di Senorbì;

- Nefrologia;
- Ostetricia e Ginecologia, il cui incremento è da ricondurre alle prestazioni erogate nel P.O.: Microcitemico e nel P.O. SS. Trinità;
- Laboratorio analisi, con un incremento nei vari poliambulatori da attribuire anche all'apertura di circa 22 punti prelievo dislocati nel territorio.

Prestazioni ambulatoriali – strutture pubbliche				
Etichette di riga	Prestazioni 2022	Prestazioni 2023	Diff. Assoluta	Diff.%
01 - Anestesia	8.730	11.032	2.302	26%
02 - Cardiologia	46.685	50.880	4.195	9%
03 - Chirurgia Generale	1.653	2.236	583	35%
04 - Chirurgia Plastica	2.388	1.745	-643	-27%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	271	363	92	34%
06 - Dermosifilopatia	3.683	4.565	882	24%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	56.527	68.197	11.670	21%
09 - Endocrinologia	6.422	8.471	2.049	32%
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	6.230	8.709	2.479	40%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica-Genetica-Immunoematologia E S. Trasf.	793.976	851.094	57.118	7%
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	35.121	40.541	5.420	15%
13 - Nefrologia	20.525	24.010	3.485	17%
14 - Neurochirurgia	2.763	2.668	-95	-3%
15 - Neurologia	9.932	8.864	-1.068	-11%
16 - Oculistica	19.453	20.627	1.174	6%
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	5.318	5.396	78	1%
18 - Oncologia	4.788	4.689	-99	-2%
19 - Ortopedia E Traumatologia	4.254	6.023	1.769	42%
20 - Ostetricia E Ginecologia	19.010	21.644	2.634	14%
21 - Otorinolaringoiatria	7.137	8.012	875	12%
22 - Pneumologia	10.173	12.194	2.021	20%
23 - Psichiatria	3.958	3.453	-505	-13%
25 - Urologia	3.692	4.472	780	21%
26 - Altre Prestazioni*	148.993	172.456	23.463	16%
Altro	357	402	45	13%
Totale complessivo	1.222.039	1.342.743	120.704	10%

Tabella 15 – Dati prestazioni specialistica ambulatoriale – strutture pubbliche – (dati al 30.09 a confronto: anni 2022

e 2023) FONTE ABACO

Prestazioni ambulatoriali – strutture private accreditate				
Branca	Prestazioni 2022	Prestazioni 2023	Diff. Assoluta	Diff.%
02 - Cardiologia	85.035	88.339	3.304	4%
03 - Chirurgia Generale	2.174	1.528	-646	-30%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	2.254	1.984	-270	-12%
06 - Dermosifilopatia	2.870	3.773	903	31%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	216.437	225.650	9.213	4%
09 - Endocrinologia	1.021	1.007	-14	-1%
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	5.547	5.448	-99	-2%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica-Genetica-Immunoematologia E S. Trasn.	1.223.809	1.313.846	90.037	7%
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	565.837	549.577	-16.260	-3%
13 - Nefrologia	34.007	34.913	906	3%
15 - Neurologia	18.178	15.509	-2.669	-15%
16 - Oculistica	26.893	28.134	1.241	5%
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	27.669	31.010	3.341	12%
18 - Oncologia	630	706	76	12%
19 - Ortopedia E Traumatologia	5.764	4.832	-932	-16%
20 - Ostetricia E Ginecologia	4.651	4.586	-65	-1%
21 - Otorinolaringoiatria	2.515	2.491	-24	-1%
25 - Urologia	4.604	4.064	-540	-12%
26 - Altre Prestazioni*	3.910	4.280	370	9%
Altro	4	6	2	50%
Totale complessivo	2.233.809	2.321.683	87.874	4%

Tabella 16 – Dati prestazioni specialistica ambulatoriale – strutture private – (dati al 30.09 a confronto: anni 2022 e 2023) FONTE ABACO

Dall'analisi delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate (che rappresentano il 63% circa delle prestazioni totali), si evince un leggero incremento rispetto all'anno precedente, pari al 4%, attribuibile principalmente alle prestazioni di laboratorio, ed in generale all'attività erogata dalle case di cura private.

Prestazioni ambulatoriali Strutture Pubbliche + Private accreditate				
	Prestazioni anno 2022	Prestazioni anno 2023	Differenza assoluta	Differenza %
Totale strutture private accreditate	2.233.809	2.321.683	87.874	4%
Totale strutture pubbliche	1.222.039	1.342.743	120.704	10%
Totale	3.455.848	3.664.426	208.578	14%

Tabella 17. – Dati prestazioni specialistica ambulatoriale – Totale ASL – (dati al 30.09 a confronto: anni 2022 e 2023) FONTE ABACO

1.4.4. Assistenza Ospedaliera

All'interno della ASL di Cagliari sono presenti 11 strutture di ricovero, di cui 6 pubbliche e 5 private.

Di seguito si rappresenta l'organizzazione dei posti letto nell'anno 2024.

2024			
Struttura	PL Degenza ordinaria	PL Day hospital	PL Day surgery
P.O. S.GIUSEPPE	20	3	2
P.O. R. BINAGHI	4	5	0
P.O. MARINO	14	3	0
P.O. SS. TRINITA'	313	23	8
P.O. SAN MARCELLINO	36	5	2
P.O. MICROCITEMICO A.CAO	26	30	0
Totale complessivo	413	69	12

Tabella 18. Dati Posti Letto strutture pubbliche 2024 - fonte dati NSIS -HSP 12 (estrazione del 26/01/2024)

2024			
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	62	1	6
Nuova Casa Di Cura S.R.L.	75	11	10
Kinetika Sardegna S.R.L.	204	1	18
Totale complessivo	517	16	43

Tabella 19. Dati Posti Letto strutture private 2024. Fonte NSIS – HSP13 (estrazione del 26/01/2024)

Nel corso degli ultimi anni, considerata l'emergenza pandemica, la distribuzione dei posti letto nei presidi pubblici ha subito diverse modifiche. A partire dal 2023, con la chiusura dei reparti covid e la ripresa a pieno regime delle attività di ricovero, si è nuovamente ridistribuita la rete dei posti letto all'interno della ASL di Cagliari.

In particolare, si evidenzia che:

- nel P.O. Binaghi non sono più presenti i posti letto di degenza ordinaria rispetto all'anno precedente, che erano destinati ai pazienti covid positivi, tra cui il reparto di Geriatria afferente

al P.O: Santissima Trinità (trasferito al Binaghi nel 2021 per la gestione dell'emergenza pandemica) nel corso del 2023 ha ripreso a svolgere l'attività ordinaria. L'unico reparto rimasto attivo nel Presidio è la Neurologia, dove è presente il Centro sclerosi multipla;

- nel P.O. Marino è presente il reparto di unità spinale e, a partire dal 2023, sono stati trasferiti dal P.O. Binaghi due posti letto di day hospital, dedicati all'attività di terapia del dolore;
- nel P.O. SS. Trinità restano alcuni posti letto dedicati alla gestione di pazienti covid positivi (31 posti letto totali), ma tutti i reparti hanno ripreso le normali attività di ricovero;
- restano invariati i posti letto dei presidi periferici;
- si riducono i posti letto del P.O. Microcitemico, in seguito al trasferimento dei reparti di Oncoematologia pediatrica e CTMO dalla ASL di Cagliari all'ARNAS Brotzu, come da Delibera n. 822 del 29/12/2023.

Per quanto riguarda le strutture private accreditate i posti letto restano invariati rispetto all'anno precedente.

1.4.5. Dati di attività

Dimessi 2023 vs 2022 – strutture pubbliche

Di seguito si rappresenta la situazione dei ricoveri nelle strutture ospedaliere e nelle strutture di ricovero private, con un confronto tra il periodo gennaio-settembre 2022 e gennaio-settembre 2023.

Struttura	N. Dimessi 2022				N. Dimessi 2023				Delta % 2023 VS 2022			
	Area Chirurgica	Area Medica	Altro	Totale struttura	Area Chirurgica	Area Medica	Altro	Totale struttura	Area Chirurgica	Area Medica	Altro	Totale struttura
P.O. S.Giuseppe	120	436		556	261	415		676	118%	-5%		22%
P.O. R. Binaghi		1.920		1.920		2.901		2.901		51%		51%
P.O. Marino	52	106		158	82	3		85	58%	-97%		-46%
P.O. Ss. Trinita'	4.591	4.261	487	9.339	5.775	4.591	593	10.959	26%	8%	22%	17%
P.O. San Marcellino	207	421		628	106	377		483	-49%	-10%		-23%
P.O. Microcitemico	526	532	1.205	2.263	317	517	735	1.569	-40%	-3%	-39%	-31%
Totale	5.496	7.676	1.692	14.864	6.541	8.804	1.328	16.673	19%	15%	-22%	12%

Tabella 20 – Dati Ricovero 2022 e 2023- Fonte Abaco (dati al 30.09: estrazione del 11.01.2024)

Dalla tabella 20 si evince un incremento dei ricoveri nel periodo di riferimento pari a circa il 12%.

Tale incremento è riconducibile principalmente ad un incremento dei ricoveri sia in area medica che in area chirurgica, in particolare nell' area chirurgica nel P.O. SS Trinità (+26%) e nell'area medica del P.O. SS. Trinità (+8%), ma anche nel P.O. Binaghi, il cui incremento è dato dall'attività svolta dall'unico reparto rimasto attivo, ovvero la Neurologia.

E' opportuno evidenziare che per quanto riguarda il P.O. Binaghi, il reparto di Neurologia Day Hospital ha incrementato l'attività, come dimostrato anche dalla Tabella 21 da cui si evince un incremento dei ricoveri in Day Hospital pari al 113%;

Un incremento dei ricoveri si registra anche nel P.O. SS Trinità, grazie ad una ripresa delle attività a pieno regime, mentre si evidenzia una riduzione al Micro (tale dato è in corso di aggiornamento, poiché non risultano chiuse e visibili le SDO relative ai ricoveri di Day Hospital).

Per quanto riguarda i due presidi periferici, il P.O. San Marcellino di Muravera e il P.O. San Giuseppe di Isili, ognuno dei quali conta due soli reparti (Chirurgia generale e Medicina generale), si registra una contrazione dei ricoveri a Muravera, da imputare principalmente al reparto di Chirurgia negli accessi in Day Hospital, mentre risultano stabili i ricoveri ordinari. Si registra invece un incremento nel P.O. San Giuseppe di Isili.

Struttura	N. Dimessi 2022			N. Dimessi 2023			Delta 2023 vs 2022		
	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Totale	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Totale	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Totale
P.O. S.Giuseppe	347	209	556	361	315	676	4%	51%	22%
P.O. R. Binaghi	712	1.208	1.920	332	2.569	2.901	-53%	113%	51%
P.O. Marino	155	3	158	83	2	85	-46%	-33%	-46%
P.O. Ss. Trinita'	6.829	2.510	9.339	9.177	1.782	10.959	34%	-29%	17%
P.O. San Marcellino -	368	260	628	341	142	483	-7%	-45%	-23%
P.O. Microcitemico A.Cao	761	1.502	2.263	890	679	1.569	17%	-55%	-31%
Totale complessivo	9.172	5.692	14.864	11.184	5.489	16.673	22%	-4%	12%

Tabella 21 – Dati Ricovero ordinario e day hospital 2022 e 2023- Fonte Abaco (dati al 30.09: estrazione del 11.01.2024)

Dimessi 2023 vs 2022 – Privato

Un incremento dell'attività di ricovero si registra anche nelle strutture di ricovero private, con un incremento del 8%.

Struttura	N. Dimessi 2022			N. Dimessi 2023			Delta 2023 vs 2022		
	Area Chirurgica	Area Medica	Totale	Area Chirurgica	Area Medica	Totale	Area Chirurgica	Area Medica	Totale
Casa Di Cura S.Anna S.R.L.	1.550	569	2.119	1.688	577	2.265	9%	1%	7%
Casa Di Cura S. Antonio S.P.A.	1.859	730	2.589	2.208	885	3.093	19%	21%	19%
Casa Di Cura Villa Elena	1.825	144	1.969	1.751	161	1.912	-4%	12%	-3%
Nuova Casa Di Cura S.R.L.	2.809	1.757	4.566	3.247	1.829	5.076	16%	4%	11%
Kinetika Sardegna S.R.L.	2.996	640	3.636	3.094	752	3.846	3%	18%	6%
Kinetika Sardegna S.R.L.	2.341	7	2.348	2.459	5	2.464	5%	-29%	5%
Kinetika Sardegna S.R.L.		641	641		640	640		0%	0%
Totale complessivo	13.380	4.488	17.868	14.447	4.849	19.296	8%	8%	8%

Tabella 22 – Dati Ricovero (strutture private accreditate) 2022 e 2023- Fonte Abaco (dati al 30.09: estrazione del 11.01.2024)

1.4.6. Dati di Mobilità

I dati di mobilità sia attiva che passiva hanno subito nel 2023 un incremento rispetto all'anno precedente da attribuire principalmente alla piena ripresa delle attività.

Dati sulla mobilità attiva

I dati evidenziano che alcuni ospedali dell'Azienda, come il P.O. SS.Trinità e il P.O. Binaghi, hanno erogato un elevato volume di prestazioni a pazienti non residenti nel territorio dell'ASL di Cagliari, rispettivamente 2.324 e 1.259 ricoveri nel 2023, considerando che nel P.O. Binaghi è presente il centro sclerosi di riferimento regionale.

Anche nelle case di cura private si registra un incremento della mobilità attiva, pari al 5%, concentrata nelle case di cura Sant'Antonio e Kinetika.

Dati mobilità attiva - ASL CAGLIARI						
Struttura	Dimessi 2022	Valore 2022	Dimessi 2023	Valore 2023	Delta % Dimessi	Delta % Valore
P.O. S.Giuseppe - (Isili)	149	313.806 €	189	412.728 €	27%	32%
P.O. R. Binaghi - (Cagliari)	781	1.845.651 €	1.259	872.661 €	61%	-53%
P.O. Marino - (Cagliari)	71	730.870 €	46	883.219 €	-35%	21%
P.O. Ss. Trinita' - (Cagliari)	2.294	6.082.294 €	2.324	6.073.101 €	1%	0%
P.O. San Marcellino - (Muravera)	70	151.582 €	61	151.195 €	-13%	0%
P.O Microcitemico A.Cao - (Cagliari)	1.070	1.852.268 €	785	2.093.342 €	-27%	13%
TOTALE Pubblico	4.435	10.976.471 €	4.664	10.486.246 €	5%	-4%
Casa Di Cura S.Anna S.R.L.	685	1.193.110 €	692	1.204.402 €	1%	1%
Casa Di Cura S. Antonio S.P.A.	788	1.612.955 €	959	1.817.855 €	22%	13%
Casa Di Cura Villa Elena	936	2.789.033 €	923	2.584.041 €	-1%	-7%
Nuova Casa Di Cura S.R.L.	1.764	3.644.074 €	1.875	3.785.664 €	6%	4%
Kinetika Sardegna S.R.L.	1.141	4.208.001 €	1.210	4.512.851 €	6%	7%
Kinetika Sardegna S.R.L.	895	2.959.084 €	864	3.267.151 €	-3%	10%
Kinetika Sardegna S.R.L.	188	1.217.098 €	206	1.336.418 €	10%	10%
TOTALE Privato	6.397	17.623.356 €	6.729	18.508.383 €	5%	5%
Totale complessivo	10.832	28.599.826 €	11.393	28.994.628 €	5%	1%

Tabella 23. Dati Mobilità attiva 2022 e 2023- Fonte Abaco (dati al 30.09: estrazione del 11.01.2024)

Dati mobilità attiva - ASL CAGLIARI				
Provenienza	Dimessi 2022	Valore 2022	Dimessi 2023	Valore 2023
Fuori regione	391	920.383 €	427	1.132.244 €
Intra regione	10.441	27.679.442 €	10.966	27.862.383 €
Totale complessivo	10.832	28.599.826 €	11.393	28.994.628 €

Tabella 24. Riepilogo Dati Mobilità attiva 2022 e 2023- Fonte Abaco (dati al 30.09: estrazione del 11.01.2024)

Dati mobilità attiva - ASL CAGLIARI %				
Provenienza	Dimessi 2022	Valore 2022	Dimessi 2023	Valore 2023
Intra regione	96%	97%	96%	96%
Fuori regione	4%	3%	4%	4%

Tabella 25 - Dati Mobilità attiva per provenienza 2022 e 2023- Fonte Abaco (dati al 30.09: estrazione del 11.01.2024)

Dati sulla mobilità passiva

Se da un lato si assiste ad un incremento della mobilità attiva, la mobilità passiva risulta più o meno stabile. Non sono attualmente disponibili i dati della mobilità passiva fuori regione.

	Dimessi 2022	Valore 2022	Dimessi 2023	Valore 2023
Fuori Regione	Dato non disponibile	Dato non disponibile	Dato non disponibile	Dato non disponibile
Intraregione	27.821	94.559.703,89	27.482	93.681.574,81
Totale complessivo	27.821	94.559.703,89	27.482	93.681.574,81

Tabella 26- Dati Mobilità passiva 2022 e 2023- Fonte Abaco (dati al 30.09: estrazione del 11.01.2024)

2. SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE

2.1. Valore Pubblico

Per Valore Pubblico di un'azienda sociosanitaria si intende l'esito della sua azione sul livello di salute della popolazione presa in carico, ossia il contributo assicurato dall'azienda al miglioramento dello stato di salute della popolazione di riferimento e della qualità di vita.

L'azione dell'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 8 è mirata 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, imparzialità, partecipazione, continuità, efficienza ed efficacia e di economicità.

Tali obiettivi si concretizzano con azioni finalizzate a garantire:

- 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;
- 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.
- Legalità
Assicurare che tutti gli atti e i comportamenti posti in essere dall'azienda siano rispondenti alle disposizioni normative vigenti. Vigilerà 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.
- Trasparenza
Garantire ai portatori di interesse 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.

- 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.

2.1.1. 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.

La missione istituzionale è improntata ai principi guida già citati:

- 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 la dimensione politico-strategica 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) 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;
- d) la promozione, anche in collaborazione con il dipartimento di prevenzione, di iniziative di educazione sanitaria e di informazione agli utenti;
- e) la fruizione dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari, assicurando l'integrazione con i servizi sociali e con i servizi ospedalieri.

L'organizzazione e il funzionamento sono disciplinati dall'atto aziendale e mirano al raggiungimento dei 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 definizione di un assetto organizzativo della ASL che tenga conto del necessario stretto collegamento tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale e della indispensabile integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria;
- c) 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;
- d) 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;
- e) garantire il miglioramento della qualità e dell'adeguatezza dei servizi sanitari;
- f) garantire l'uniformità dei risultati nella promozione, tutela, cura e assistenza della salute, indipendentemente dal territorio di residenza, dalla struttura di primo contatto e di presa in cura post-acuzie;
- g) 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;
- h) sostenere la formazione degli operatori e la valorizzazione delle competenze professionali.

2.2. Performance

L'analisi demografica conferma, anche quest'anno, che la maggior parte della popolazione assistita ha un'età superiore ai 40 anni. La distribuzione della popolazione si concentra nella fascia d'età che va dai 40 ai 59 anni (il 35% circa) che, insieme alla popolazione con fascia d'età dai 60 anni in su, rappresenta più del 65% dei residenti, di cui il 7,5% è rappresentato da persone con più di 80 anni.

La conferma del 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.

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, che 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.

Tutto ciò premesso, la definizione degli obiettivi di performance tiene conto della presa in carico globale del cittadino/paziente al fine del miglioramento della qualità dei servizi sanitari erogati.

2.2.1. Performance organizzativa e 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 ed agli obiettivi assegnati dalla Regione) 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 quantificare tutte le dimensioni della performance necessarie a migliorare e rendere più razionali i processi decisionali e più trasparente la rendicontazione.

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

Le Dimensioni che compongono la performance individuale sono:

- Risultati: riferiti agli obiettivi annuali inseriti nella programmazione aziendale;
- Comportamenti: sono le azioni che l'individuo mette in atto per raggiungere i risultati, ossia attentano alle modalità con cui un'attività viene svolta da ciascuno all'interno azienda.

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.

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 delle attività ospedaliere e territoriali e delle esigenze del territorio presidiato.

2.2.2. Obiettivi aziendali e Valore pubblico

Gli obiettivi di carattere strategico delineati hanno tutti lo scopo di assicurare continuità al valore pubblico, ossia alla capacità di intervenire in modo efficace ed efficiente sullo stato di rischio della popolazione e, attraverso tutte le sinergie e alleanze individuate come adeguate, agire sulle determinanti della salute affinché gli indicatori di rischio siano monitorati ed i fattori di rischio siano contenuti.

Tali obiettivi tengono conto delle indicazioni fornite dalla delibera G.R. n. 2/7 del 18.01.2024 pur nelle more delle eventuali richieste di adeguamento o di criticità ostative al raggiungimento degli stessi che verranno comunicate alla Direzione Generale della Sanità entro i 60 giorni dall'approvazione della delibera stessa, e che potranno determinare adeguamenti rispetto ad obiettivi e indicatori riportati nell'allegato.

In ragione della rilevanza strategica dell'uso dei dati, gli indicatori di Valore Pubblico sono formulati tenendo conto dei bisogni espressi dal territorio. La realizzazione e formalizzazione degli stessi costituirà la principale misura di crescita nella capacità di intercettare ed interpretare il bisogno sanitario espresso dagli utenti, in termini non solo di risposta ma anche di tutela e prevenzione.

Di seguito sono state individuate 8 iniziative prioritarie di investimento che per la loro trasversalità si ritiene, alla luce dei dati emergenti e degli studi portati avanti, possano permettere il miglioramento nella coesione del sistema proprio perché, se soddisfatte, garantirebbero la creazione di Valore Pubblico legata ad una progressiva e reale percezione di presa in carico assistenziale dell'utente.

Le iniziative di seguito elencate offrono una risposta coerente agli obiettivi di promozione della salute oltre a quelli di assicurare una risposta efficace ed efficiente al bisogno di salute.

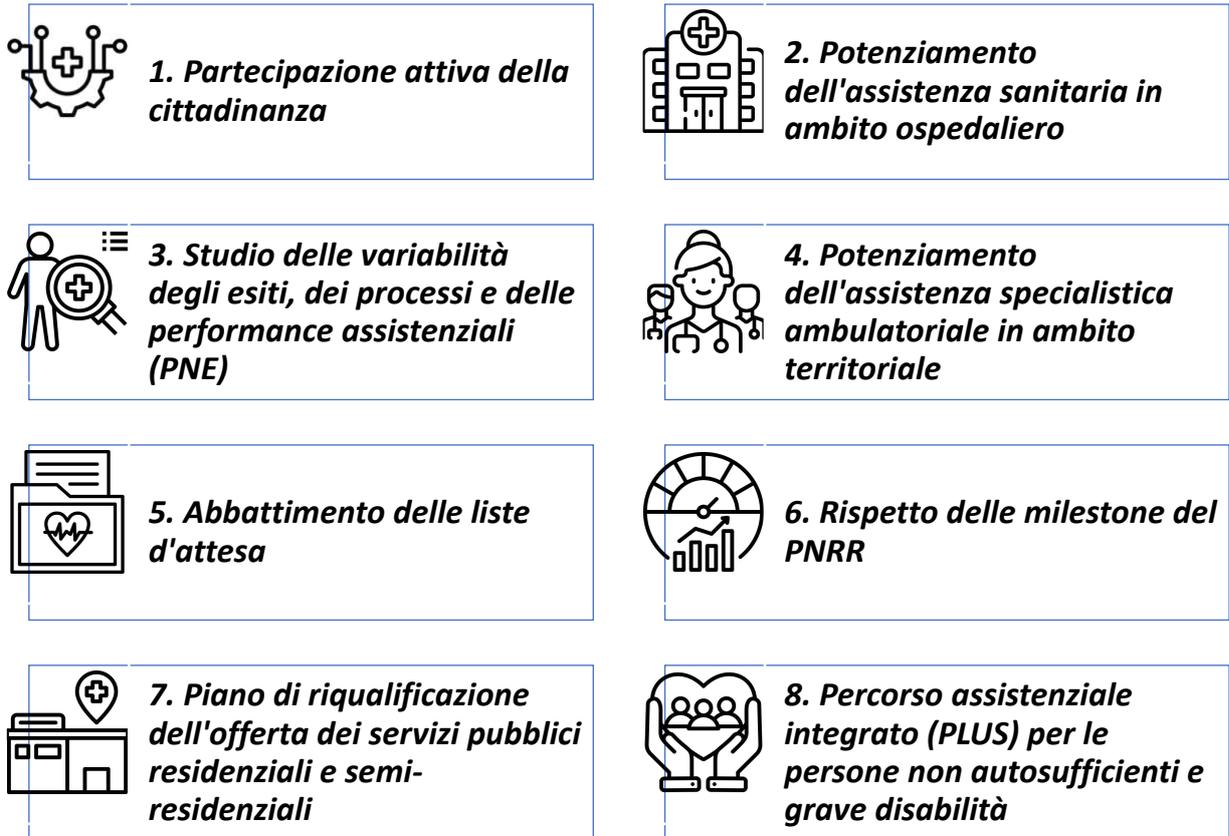


Figura 4 – Obiettivi Aziendali a Valore Pubblico

I seguenti obiettivi verranno successivamente declinati tenendo conto del Valore Pubblico che possono generare nei confronti del paziente/cittadino. Le principali iniziative richiamate offrono un collegamento diretto tra gli indirizzi strategici, gli obiettivi di performance dell'ultimo anno ed i primi esiti percepibili dalle azioni intraprese. Tuttavia, le stesse rilanciano lo sguardo del programmatore aziendale sugli ambiti in cui maggiore appare l'esigenza di investimento per il recupero e la crescita dell'affidabilità dell'azione ASL 8.

In particolare nella tabella seguente si riportano gli obiettivi di Valore Pubblico con evidenziazione degli indicatori di misurabilità degli stessi:

	Obiettivo	Descrizione	Indicatore	Valore Minimo	TARGET
1	Partecipazione attiva della cittadinanza alla programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari	La promozione della partecipazione dei cittadini alle decisioni e alle politiche pubbliche è ispirata dall'art.118 della Costituzione, meglio noto come principio di sussidiarietà. Tale principio vede il cittadino, sia come singolo sia attraverso associazioni, quale soggetto attivo che può collaborare con le istituzioni negli interventi che incidono sulle realtà sociali. D.Lgs n.150/2009	N. proposte degli utenti anche in forma associata inviate alla mail "oiv.valutazione partecipativa@asltagliari.it"	3	5
2	Potenziamento dell'assistenza sanitaria in ambito ospedaliero	Potenziamento dei ricoveri ospedalieri con previsione di un incremento delle prestazioni ospedaliere compreso in un range tra il 2%-5%, a seconda delle caratteristiche organizzative e gestionali dei diversi reparti dislocati nelle diverse strutture ospedaliere nel territorio della ASL n.8 di Cagliari.	Incremento % del n. di ricoveri rispetto al 2023	2%	5%
3	Studio delle variabilità degli esiti, dei processi e delle performance assistenziali attraverso il monitoraggio degli indicatori definiti nel Piano Nazionale Esiti (PNE)	Gli indicatori di performance rappresentano uno strumento di analisi utile nel miglioramento dei processi e dell'offerta assistenziale, garantendo una migliore efficacia ed efficienza delle prestazioni erogate	Indicatori del Piano Nazionale Esiti	Miglioramento rispetto all'anno precedente	Rispetto dei valori minimi previsti dal Piano Nazionale esiti
4	Potenziamento dell'assistenza specialistica ambulatoriale in ambito territoriale	Potenziamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale con previsione di un incremento delle stesse compreso tra un range del 2-5%, a seconda delle caratteristiche organizzative e gestionali delle diverse strutture dislocati nei cinque distretti della ASL n.8 di Cagliari.	Incremento % del n. di prestazioni rispetto al 2023	2%	5%
5	Ridurre significativamente le liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale) e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" * 100	Miglioramento rispetto all'anno precedente	85% (RAS)
6	Rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	Apertura del 70% dei cantieri previsti entro il 2024	Apertura del 80% dei cantieri previsti entro il 2024

	Obiettivo	Descrizione	Indicatore	Valore Minimo	TARGET
7	<i>Implementare il processo di revisione del sistema regionale dei 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.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementare il “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. • Implementare il 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. 	2/2	Aggiornamento dei piani	Aggiornamento dei piani
8	<i>Percorso assistenziale integrato (PLUS) per le persone non autosufficienti e grave disabilità</i>	Avviare il percorso assistenziale integrato (PROGRAMMA PLUS) per le persone non autosufficienti in condizioni di grave disabilità previsto dal Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022/24 (PNNA) attraverso l'implementazione di un modello organizzativo di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari.	Attuazione degli obiettivi previsti dal piano (PNNA)	raggiungimento dell'80% degli obiettivi previsti nel Programma a PLUS	raggiungimento del 100% degli obiettivi previsti nel Programma a PLUS

Tabella 27 – Obiettivi aziendali a Valore Pubblico

2.2.2.1. Descrizione degli Obiettivi Aziendali a Valore Pubblico

Obiettivo 1 - Valore Pubblico <i>“Partecipazione attiva della cittadinanza alla programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari”</i>	
<i>“Partecipazione attiva della cittadinanza alla programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari”</i>	<p>Il coinvolgimento del cittadino nelle modalità di fruizione dei servizi di accoglienza, cura e assistenza è determinante per un’adeguata consapevolezza del livello di qualità del servizio. Tali iniziative volte al coinvolgimento degli utenti nella valutazione della qualità dei servizi attraverso indagini di customer satisfaction, customer care, ufficio relazione con il pubblico, ecc., sono determinanti al fine di valutare il livello di qualità del servizio programmato, reso e percepito, ma non sufficienti. Il coinvolgimento dell’utente in questi termini è parziale ed ex post.</p> <p>Dalle esperienze degli ultimi anni la Asl di Cagliari intende adottare un approccio più di condivisione, coinvolgendo l’utente e gli stakeholders sin dall’inizio della fase di progettazione e programmazione degli obiettivi che generano valore pubblico.</p> <p>In quest’ottica Il modello di valutazione partecipativa che si intende sviluppare prevede l’implementazione di quattro fasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. individuazione degli obiettivi di miglioramento; 2. individuazione del target group e delle modalità di coinvolgimento; 3. analisi delle criticità e individuazione degli ambiti di miglioramento e dei vincoli organizzativi; 4. definizione degli indicatori e della modalità di misurazione. <p>Requisiti del modello:</p> <ul style="list-style-type: none"> • OGGETTIVITA’: devono essere esplicitate le attività o funzioni valutate, con i collegati indicatori di valutazione; • RESPONSABILIZZAZIONE: devono essere riconoscibili e responsabilizzati i valutatori; • ESITI: deve esistere un collegamento tra la valutazione e la performance organizzativa; • VERIFICABILITA’: i dati rilevati ai fini della misurazione degli indicatori devono essere verificabili. <p>A tal fine, l’implementazione degli interventi di miglioramento delle attività o dei servizi dovranno essere esplicitate in obiettivi operativi e conseguenti indicatori di performance che misureranno il grado di raggiungimento dell’obiettivo stesso, attraverso l’individuazione di un range tra valore minimo e massimo.</p> <p>Tali obiettivi necessitano di alcune caratteristiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Devono essere misurabili attraverso indicatori; b) La raccolta dei dati per la misurazione deve avvenire in maniera completa e affidabile; c) Devono essere assegnati a specifici Centri di Responsabilità (reparti o servizi). <p>Tale modello si concretizza attraverso la partecipazione attiva del cittadino, mediante le sue diverse espressioni di aggregazione, nella progettazione stessa del disegno organizzativo dei percorsi di presa incarico, di comunicazione e nella conseguente valutazione delle performance ottenute.</p>

Obiettivi 2-4-5 - Valore Pubblico

“Potenziamento dell’attività assistenziale erogata”

<p><i>“Potenziamento dell’attività assistenziale erogata”</i></p>	<p>Lo scenario in cui operano i sistemi di welfare dei paesi ad alto tasso di sviluppo è interessato da profondi cambiamenti strutturali, tecnologici ed organizzativi con cui bisogna necessariamente misurarsi.</p> <p>La rilevanza delle dinamiche è ulteriormente accentuata dalla costante crescita qualitativa delle aspettative della popolazione (si vive più a lungo e si vuole vivere meglio) e dal vincolo della “scarsità relativa delle risorse”.</p> <p>La transizione demografica ed epidemiologica degli ultimi vent’anni ha ridisegnato la struttura dei bisogni e della domanda. Difatti si è progressivamente alimentato il passaggio da patologie prevalentemente acute, a situazioni di cronicità diffusa.</p> <p>Tale mutamento di scenario ha determinato la necessità di ripensare profondamente ai sistemi sociosanitari che, dovendosi misurare con malattie che si “curano ma dalle quali non si guarisce”, richiedono sempre di più una “presa in carico complessiva e continuativa” dell’assistito.</p>
--	--

Obiettivi 3 - Valore Pubblico

“Studio delle variabilità degli esiti, dei processi e delle performance assistenziali attraverso il monitoraggio degli indicatori definiti nel PNE”

<p><i>“Studio delle variabilità degli esiti, dei processi e delle performance assistenziali attraverso il monitoraggio degli indicatori definiti nel PNE”</i></p>	<p>Il miglioramento della qualità clinico assistenziale del cittadino è garantita anche attraverso l’utilizzo degli indicatori presenti nel PNE, i quali permettono di valutare l’efficacia, l’appropriatezza e l’equità di accesso ai servizi, oltre che la sicurezza delle cure garantite.</p> <p>Il valore pubblico del piano nazionale per gli esiti sanitari consiste nell’assicurare che il sistema sanitario sia in grado di fornire risultati efficaci, sicuri ed equi per i pazienti, attraverso l’utilizzo di indicatori di esito e la valutazione dei risultati della cura. Inoltre, il piano mira a migliorare l’efficienza e l’appropriatezza delle cure, ridurre le disuguaglianze nell’accesso e nei risultati sanitari, e promuovere la trasparenza e la responsabilità nell’erogazione delle cure.</p>
--	---

Obiettivi 6 - Valore Pubblico

“Rispetto delle milestone del PNRR”

<p><i>“Rispetto delle milestone del PNRR”</i></p>	<p>La Missione 6 Salute, mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l’efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell’emergenza pandemica, ed è articolata in due Componenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Componente 1: riguarda le reti di prossimità, le strutture intermedie e la telemedicina per l’assistenza specialistica territoriale; ha l’obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all’attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), rafforzando l’assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari. 2. Componente 2: si riferisce all’Innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.
--	---

	<p>La Componente 1 prevede tre investimenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investimento 1.1: <u>Case della Comunità</u> e presa in carico della persona - prevede l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di assistenza di base e la realizzazione di centri di assistenza per una risposta integrata alle esigenze di assistenza, al fine di garantire parità di accesso, prossimità territoriale e qualità dell'assistenza alle persone, indipendentemente dall'età e dal loro quadro clinico. • Intervento 1.2.2 <u>COT (Centrali Operative Territoriali)</u>, funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza, al fine di garantire la continuità, l'accessibilità e l'integrazione delle cure. • Intervento 1.3 <u>Ospedali di Comunità</u>, in particolare le strutture del P.O. Marino e del P.O. Binaghi, rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche, che svolgeranno una funzione intermedia tra il domicilio ed il ricovero ospedaliero. Andranno ad accogliere e fornire assistenza ai pazienti a bassa intensità clinica, potenzialmente erogabile a domicilio, ma che necessitano di una sorveglianza infermieristica continuativa. <p>Il valore pubblico generato è dato indubbiamente da una maggiore prossimità di tali strutture, dislocate anche nei territori distanti dal capoluogo (case della comunità e COT) ed una accessibilità più semplice per il paziente, colmando le distanze tra i cittadini e le strutture sanitarie che erogano assistenza.</p> <p>La Componente 2 comprende, invece, misure volte al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari.</p> <p>Inoltre, rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a rafforzare le competenze e il capitale umano del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), così da garantire un valore pubblico caratterizzato da una migliore qualità dell'assistenza offerta, inserita in un contesto tecnologico attuale ed aggiornato.</p> <p>In generale anche all'interno del PNRR si parla di risparmio energetico e di una particolare attenzione al concetto "non arrecare un danno significativo" (DNSH), il quale si basa sul principio che ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno degli obiettivi ambientali stabiliti, quali ad esempio, mitigazione dei cambiamenti climatici, ecosostenibilità, e così via.</p>
--	---

Obiettivi 7 - Valore Pubblico <i>"Piano di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semi-residenziali"</i>	
<i>"Piano di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semi-residenziali"</i>	<p>Con l'attuazione del 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), si intende porre in essere un processo di revisione del sistema regionale approvato per la ASL di Cagliari con Delibera n.828 del 29/12/2023.</p> <p>In particolare si prevede di intervenire nei servizi <u>pubblici residenziali</u> mediante spostamento dell'offerta dell'alta alla media e alla bassa intensità di cura, attraverso il miglioramento del ciclo di turn-over degli assistiti nei casi di inappropriata lungo-assistenza, superando l'eterogeneità nei casi di coabitazione nelle strutture, dovute a differenze d'età o profilo diagnostico e rivalutando il bisogno di posti letto dal tipo SRP1 all'SRP2, SRP3.</p>

	<p>Con riferimento alla <u>riabilitazione psichiatrica di tipo semiresidenziale</u> la ASL di Cagliari, che pone in essere dei programmi riabilitativi psichiatrici finalizzati all’acquisizione e al mantenimento di abilità e competenze, atte a favorire l’autonomia e la cittadinanza attiva, vuole favorire servizi di supporto alla persona e promozione delle autonomie in contesto domiciliare (SPPA) stimate in 200 ore settimanali degli operatori per ciascun anno 2024, 2025, 2026.</p> <p>Il piano aziendale per semi-residenzialità psichiatrica pubblica mira a porre in essere percorsi necessari all’inclusione sociale del paziente con disturbi psichiatrici attraverso la promozione di abilità che permettano livelli crescenti di autonomia abitativa ed inclusione sociale, con un minimo intervento sul versante assistenziale e psicologico.</p> <p>In particolare si intende focalizzare l’intervento su pazienti psichiatrici gravi che hanno abbandonato il percorso di cura nei Servizi del DSMD (dipartimento di salute mentale).</p> <p>Implementare e migliorare il ricorso alla semi-residenzialità, agli inserimenti lavorativi, al supporto alla persona nelle autonomie abitative, all’interno di una filiera indispensabile renderà possibili le dimissioni del paziente dalle comunità e il loro reinserimento nella società. L’obiettivo di valore pubblico è dunque volto a de-istituzionalizzazione dei lungo-assistiti e la programmazione di progetti che permettano loro di vivere nella propria abitazione.</p>
--	--

<p align="center">Obiettivi 8 - Valore Pubblico</p> <p align="center"><i>“Percorso assistenziale integrato (PLUS) per le persone non autosufficienti e grave disabilità”</i></p>	
<p><i>“Percorso assistenziale integrato (PLUS) per le persone non autosufficienti e grave disabilità”</i></p>	<p>L’analisi delle determinanti “di salute” porta alla considerazione che l’accesso ai servizi sanitari risulta efficace nella risposta al bisogno, ma rappresenta solo una minore quota in termini di efficacia nelle iniziative di <i>“presa in carico assistenziale”</i>, evidenziando il prevalere delle condizioni ambientali, sociali e degli stili di vita, rispetto alla decisa e pronta risposta, pur sempre necessaria, al bisogno meramente sanitario.</p> <p>L’integrazione del sociale con il sanitario, dunque, diventa fondamentale nelle decisioni di investimento per il futuro. Lo scenario territoriale ha condizionato certamente le scelte di intervento che la Direzione intende garantire intervenendo sul monitoraggio e sull’assistenza delle patologie di maggiore rilievo al fine di assicurare la generazione di valore pubblico connessa al precoce e tempestivo inquadramento diagnostico dei pazienti e della loro efficace presa in carico assistenziale.</p> <p>Con deliberazione del Direttore Generale n. 827 del 29/12/2023 si stipula un accordo interistituzionale tra ASL Cagliari e PLUS Citta di Cagliari per una collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità (PNNA 2022/24 – DPCM del 03/10/2022).</p> <p>L’accordo è finalizzato alla cooperazione organizzativa, gestionale e professionale necessaria per l’attuazione del Livello Essenziale Delle Prestazioni Sociali (LEPS) relativo al processo assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti e in condizione di disabilità che necessitano di interventi sia di tipo sociale che sanitario.</p> <p>La cooperazione interprofessionale si basa sulla costituzione dell’équipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio Sanitario Nazionale e agli ambiti territoriali sociali (ATS).</p> <p>L’équipe integrata assicura la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale territoriale (UVT) della capacità bio-psico-sociale dell’individuo, anche al fine di delineare</p>

il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di *non autosufficienza* nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e ridurre il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. A questo scopo l'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario definiscono i contenuti del processo assistenziale integrato e coordinano gli strumenti di valutazione dei bisogni.

Dal punto di vista organizzativo, l'erogazione di interventi, servizi o attività, è necessariamente definita dal PAI elaborato nell'ambito del percorso assistenziale. Lo stesso PAI definisce anche l'indispensabile integrazione puntuale tra interventi, servizi o attività riferiti a LEPS e corrispondenti interventi, servizi o attività definiti dai LEA sanitari quando appropriati rispetto ai bisogni complessi di salute accertati e valutati. A questo scopo l'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario pongono in essere tutte le attività di collaborazione necessarie, sia a livello direzionale programmatico che a livello organizzativo e professionale.

Alla funzione di programmazione spetta il compito di intercettare i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici, normativi e culturali e, sulla base di essi, di indicare gli interventi assistenziali adeguati.

L'approccio integrato, nell'analisi dei bisogni, nelle scelte delle priorità di intervento e nell'adozione degli strumenti di governo del sistema, permette di rispondere in maniera adeguata alla complessità dei fenomeni e dei bisogni sociosanitari complessi e trova la sua attuazione nella programmazione congiunta dei servizi sociosanitari.

2.3. Piano delle azioni Positive

Nella creazione del valore pubblico, la ASL n. 8 di Cagliari pone un'attenzione particolare anche verso i propri dipendenti, sviluppando un piano col fine di avviare all'interno dell'azienda un processo attraverso il quale vengono conseguiti obiettivi di parità di genere e pari opportunità e ha altresì lo scopo di rendere conciliabile la vita privata con il lavoro, sostenendo condizioni di benessere lavorativo anche al fine di prevenire e rimuovere qualunque forma di discriminazione.

Per azioni positive si intende l'adozione di misure particolari, in deroga al principio di uguaglianza formale dirette a rimuovere gli impedimenti ad una piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne.

La ASL di Cagliari, nella predisposizione del Piano individua i seguenti principi quali fonte di ispirazione:

- a) identiche opportunità di genere, presupposto di uguale possibilità di riuscita o pari occasioni favorevoli;
- b) Azioni positive come strategia destinata a stabilire l'uguaglianza delle opportunità;
- c) Benessere organizzativo, contrasto a ogni forma di violenza, coesione e opportunità di comunicazione all'interno dei luoghi di lavoro.

In quest'ottica la ASL di Cagliari, già a partire dall'anno precedente, ha implementato un sistema virtuoso di tutela verso le categorie designate attuando azioni finalizzate a garantire l'equità di genere e contro le discriminazioni; stimolare la cultura di genere e pari opportunità; scoraggiare comportamenti discriminatori nei luoghi di lavoro, tutelare le lavoratrici madri nell'inserimento al lavoro a seguito della nascita del proprio figlio.

Allo stesso modo si vorrebbe promuovere il concetto del benessere organizzativo nei luoghi di lavoro finalizzato a migliorare la qualità della vita lavorativa nelle aziende. È forse banale ma per lavorare bene bisogna stare bene sul proprio luogo di lavoro.

La promozione del benessere organizzativo nelle aziende sanitarie deve partire dall'approfondimento dei punti di forza e delle criticità in esse presenti, al fine di progettare opportuni interventi di miglioramento. In ASL Cagliari sono state avviate negli anni scorsi varie iniziative di indagine sul benessere e il clima organizzativo.

2.4. Programmazione Annuale e Pluriennale - Bilancio Preventivo Pluriennale

Nell'ambito della programmazione annuale e triennale e della definizione dei principali obiettivi di performance organizzativa, si devono necessariamente considerare le risorse economiche a disposizione dell'Azienda.

Con Delibera del Direttore Generale Asl Cagliari n. 718 del 15/11/2023 è stato approvato il Bilancio Economico Preventivo della ASL n. 8 di Cagliari, per gli anni 2024-2026 redatto ai sensi dell'art.25 del D. Lgs 118/2011, nonché in ottemperanza alle direttive regionali sulla composizione del documento stesso.

Tra i fattori particolarmente rilevanti che incidono sulla gestione economico-finanziaria e sull'assetto organizzativo e istituzionale, si sottolineano:

- 1 la riforma del sistema sanitario regionale prevista dalla L.R. n. 24/2020 e ss.;
- 2 la convenzione n. 29 del 10.03.2022 tra ARES e ASL Cagliari che disciplina le attività d'interesse comune, ovvero la gestione e il supporto da parte di ARES in relazione ai processi amministrativi, tecnici e contabili;
- 3 la modificazione del profilo demografico della popolazione di riferimento che, anno dopo anno, registra un incremento nelle fasce di età adulta e una corrispondente contrazione delle fasce di età più giovani.

La programmazione Annuale e Pluriennale del Bilancio Preventivo è stata elaborata in conformità alla Legge di stabilità L.R. n 1 del 21 febbraio 2023, alla Nota RAS n.24917 del 02.10.2023 avente ad oggetto "Indicazioni per la compilazione dei Bilanci di previsione 2024-2026", e contenente i dati relativi alla mobilità e alle assegnazioni provvisorie, poi rettificata con la Nota RAS n. 25080 del 03.10.2023 e alle Direttive di Programmazione per le Aziende Sanitarie deliberate con la DGR n.58/16 del 27/12/2017.

Inoltre, con la Nota RAS n.25341 del 05.10.2023 l'Assessorato ha definito gli stanziamenti in c/ esercizio relativamente allo scorporo del P.O. Microcitemico, che è stato incorporato all'interno della ASL di Cagliari a partire dal 1^a gennaio 2022. Le suddette note sono state successivamente integrate ed aggiornate in data 06.11.2023 con la nota n. 28051.

In particolare, il competente Assessorato, con le note sopra richiamate ha impartito le indicazioni per la compilazione dei Bilanci di previsione 2024-2026, specificando nel dettaglio:

- i dati relativi alla mobilità e alle assegnazioni provvisorie, per i quali successivamente si procederà all'adeguamento rispetto ai nuovi documenti di programmazione regionali;
- i documenti da allegare al Bilancio Previsionale, secondo quanto stabilito dalla DGR 34/23 del 2015, con

particolare riferimento al Piano Triennale dei lavori pubblici, Piano triennale degli acquisti dei beni e dei servizi e del Piano triennale del fabbisogno del personale.

Nella programmazione si tiene conto degli accantonamenti rinnovo contrattuale della dirigenza in fase di applicazione e del comparto, secondo le linee guida RAS avente ad oggetto “indicazioni per la compilazione Bilanci di previsione 2024-26” indicato alla nota RAS 24917 del 2/10/2023.

In particolare la ASL di Cagliari ha dovuto considerare l’incorporazione del P.O. “A Cao” - Microcitemico con la relativa valorizzazione del personale acquisito, pari a circa complessivi 19Mln di euro.

In sintesi, la programmazione economica rappresentata considera uno scenario di coerenza con le indicazioni regionali e con i fattori appena analizzati, che richiedono la predisposizione del Conto Economico nel rispetto del vincolo del pareggio di bilancio nel triennio 2024-2026.

Il valore dei Costi della Produzione previsti per il triennio 2024-2026, considerano gli investimenti definiti dal PNRR per la ASL di Cagliari, a cui seguono i relativi finanziamenti dedicati.

In particolare, tali investimenti sono destinati all’avvio dei processi previsti dalla Missione 6 del PNRR per la reingegnerizzazione delle Centrali Operative Territoriali (COT); alla riconversione dei Presidi Ospedalieri Marino e Binaghi in Ospedali di Comunità; alla ristrutturazione ed edificazione di 15 Case della comunità nel rispetto delle milestone previsto entro il 2026.

L’obiettivo degli stanziamenti dei fondi PNRR per la Sanità, individuati alla Missione 6, è quello di garantire l’assistenza al cittadino, potenziando i servizi sul territorio per adattarli alle esigenze del paziente, ricollocandolo nelle strutture adatte alla gestione di lungo degenza e/o bassa intensità di cura, con il potenziamento della telemedicina, lo sviluppo del Fascicolo sanitario Elettronico 2.0, il potenziamento del Cup/web e in particolare lo sviluppo dei sistemi di sicurezza nel rispetto del GDPR e individuazione del DPO in un’ottica di integrazione ospedale-territorio come previsto dalla riorganizzazione sanitaria prevista alla DGR 24/2020.

Tali azioni strategiche andranno a incidere inevitabilmente sull’organizzazione aziendale con un impatto sulla gestione e sulla definizione dei costi di produzione relativi al prossimo triennio come conseguenza di una maggiore appropriatezza per la presa in carico del paziente, migliore efficientamento tecnico- organizzativo e razionalizzazione delle risorse.

Di seguito si riepilogano gli interventi PNRR finanziati per la ASL di Cagliari:

DETTAGLIO INTERVENTI – M6C1 Intervento 1.1 Case della Comunità

AZIENDA SANITARIA	TITOLO INTERVENTO	RISORSE PNRR	CO-FINANZIAMENTO REGIONALE
ASL N. 8 DI CAGLIARI	CASA DELLA COMUNITÀ' DI ISILI VIA EMILIA	2.414.937,00	
	CASA DELLA COMUNITA' DI MURAVERA VIA SARDEGNA	649.447,00	
	CASA DELLA COMUNITA' DI VILLASIMIUS VIA REGINA ELENA	946.788,00	
	CASA DELLA COMUNITA' DI DECIMOMANNU VIA GIARDINI	780.771,00	
	CASA DELLA COMUNITA' DI VILLASOR CORSO VENETO	739.355,00	
	CASA DELLA COMUNITA' DI CAPOTERRA VIA LOMBARDIA	542.750,00	
	CASA DELLA COMUNITA' DI TEULADA VIA GUGLIELMO MARCONI	1.775.032,00	
	CASA DELLA COMUNITA' DI SADALI VIA SANTA CROCE	1.195.575,00	
	CASA DELLA COMUNITA' DI CAGLIARI VIA QUESADA	1.906.355,00	
	CASA DELLA COMUNITA' DI CAGLIARI VIA ROMAGNA	1.525.037,00	
	CASA DELLA COMUNITA' DI MONASTIR VIA NAZIONALE	2.308.601,00	
	CASA DELLA COMUNITA' DI SESTU VIA DANTE ALIGHIERI	745.607,00	
	CASA DELLA COMUNITA' DI DOLIANOVA PIAZZA EUROPA	218.625,00	
	CASA DELLA COMUNITA' DI SINNAI VIA ELEONORTA D'ARBOREA	1.437.386,00	
	CASA DELLA COMUNITA' DI ELMAS VIA DELL'ARMA AZZURRA	1.979.145,00	
TOTALE ASL N. 8 DI CAGLIARI		19.165.411,00	0,00

DETTAGLIO INTERVENTI - M6C1 Intervento 1.2.2 COT (Strutture)

AZIENDA SANITARIA	TITOLO INTERVENTO	COSTO COMPLESSIVO	RISORSE PNRR	CO-FINANZIAMENTO REGIONALE
ASL N. 8 DI CAGLIARI	CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DI ISILI VIA EMILIA	166.087,00	166.087,00	
	CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DI CAGLIARI VIA QUESADA	331.386,00	187.051,00	144.335,00
	CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DI MURAVERA VIA SARDEGNA	166.087,00	166.087,00	
	CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DI ASSEMINI VIA 2 AGOSTO snc	166.087,00	166.087,00	
TOTALE ASL N. 8 DI CAGLIARI		829.647,00	685.312,00	144.335,00

DETTAGLIO INTERVENTI - M6C1 Intervento 1.3 Ospedali di Comunità

AZIENDA SANITARIA	TITOLO INTERVENTO	COSTO COMPLESSIVO	RISORSE PNRR	CO-FINANZIAMENTO REGIONALE
ASL N. 8 DI CAGLIARI	OSPEDALE DI COMUNITÀ' PRESSO IL P.O. MARINO DI CAGLIARI	5.285.295,00	2.518.133,00	2.767.162,00
	OSPEDALE DI COMUNITA' PRESSO IL P.O. BINAGHI DI CAGLIARI	4.502.012,00	2.518.133,00	1.983.879,00
TOTALE ASL N. 8 DI CAGLIARI		9.787.307,00	5.036.266,00	4.751.041,00

Di seguito si rappresenta la sintesi delle macro-voci del BEP relativo al triennio 2024-2026:

Cod.	Descrizione	BEP 2023	BEP 2024	Δ
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	1.087.855	1.447.823	359.969
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	1.071.701	1.430.585	358.884
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-	-	-
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-	-
XA0000	RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A - B +/- C +/- D +/- E)	16.154	17.239	1.085
YZ9999	Totale imposte e tasse	16.154	17.239	1.085
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	0	0	0

Tabella 28 - Sintesi BEP 2024-2026

2.5. Piano Anticorruzione

Con la Delibera del Direttore Generale n. 25 del 01/02/2023 si conclude definitivamente l'iter di approvazione dell'Atto Aziendale della Asl di Cagliari che, in base all'articolo 1 "Principi e finalità generali" della L.R. 24/20 e s.m.i., ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3 ha personalità giuridica di diritto pubblico, autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, tecnica, gestionale e contabile. L'Azienda è parte integrante del sistema del Servizio Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna e del sistema del Servizio Sanitario Nazionale.

All'atto della redazione della presente sottosezione – che rappresenta un aggiornamento della sottosezione anticorruzione e trasparenza PIAO 2023-2025 - la costituita Asl di Cagliari non ha del tutto completato l'implementazione delineata nel suddetto Atto Aziendale che, tuttavia, è stato in buona parte attuato con l'attivazione di diverse strutture organizzative strategiche nonché di Dipartimenti in esso contemplati e indicati nelle allegate Tabelle.

La sottosezione è predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge n. 190 del 2012 formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore.

Gli elementi essenziali della sottosezione, volti a individuare e a contenere rischi corruttivi, sono quelli indicati nel Piano nazionale anticorruzione (PNA 2013, PNA 2019, PNA 2023 approvato con delibera 7 del 17/01/2023, PNA aggiornamento 2023 approvato con Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge n. 190 del 2012 e del decreto legislativo n. 33 del 2013.

Per le analisi relative alla mappatura dei processi, all'identificazione dei rischi corruttivi e alle conseguenti misure organizzative per il trattamento del rischio, si rinvia al documento PTPCT 2023-2025 allegato al presente documento quale appendice che potrà essere oggetto di aggiornamento secondo la periodicità prevista dalla norma.

3. SEZIONE - 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1. Struttura organizzativa

L'Azienda Socio-Sanitaria è la più grande azienda del territorio regionale sia per dimensione e macro-articolazioni che per numero di dipendenti. Con l'Atto Aziendale Deliberato con Deliberazione del DG n. 25 del 01/02/2023, *"l'Azienda Sanitaria Locale n. 8 di Cagliari determina la propria organizzazione e il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia imprenditoriale ed organizzativa, nel rispetto della normativa vigente. Garantisce l'erogazione dei servizi per la tutela della salute e dei bisogni socio-sanitari dei cittadini per il territorio di propria competenza"*.

Nel paragrafo 3.3 si rappresenta più nel dettaglio il prospetto del Piano Triennale del Fabbisogno del personale, relativo all'anno 2024, pubblicato con Deliberazione n. 718 del 15/11/2023 "Adozione del Bilancio Annuale e Pluriennale di Previsione degli anni 2024-2025-2026 ai sensi dell'art. 25 Del Decreto Legislativo 118/2011 e art. 39 L.R. n.4 /2020. I dati relativi al PTFP 2024-2026 sono allegati al presente piano (Allegati F1, F2).

Si premette che il Piano del Fabbisogno del Personale non tiene conto dei successivi atti aziendali intervenuti nella struttura organizzativa che avranno luogo a partire dal 1° gennaio 2024. In particolare si evidenzia quanto segue:

- Con deliberazione del DG n. 824 del 29/12/2023 (con proposta n. 957 del 28/12/2023 da parte di SC VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE) la ASL di Cagliari trasferisce alla ARNAS Brotzu il personale assegnato alle Strutture di Oncoematologia Pediatrica e del Centro Trapianti di Midollo Osseo a seguito della presa d'atto del Protocollo d'Intesa tra la ASL n. 8 di Cagliari e l'Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione ARNAS Brotzu avente ad oggetto il trasferimento delle Strutture relative avvenuta con deliberazione del DG n. 822 del 29/12/2023;
- Con deliberazione del DG n. 826 del 29/12/2023 (con proposta n. 96' del 29/12/2023 da parte di SC VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE) la ASL di Cagliari acquisisce il personale afferente la Struttura Complessa di Diabetologia della ARNAS Brotzu , e con esso dovrà acquisire anche la proporzione di fondi contrattuali relativa al personale in discorso – con atto successivo-, a seguito del trasferimento in seno alla ASL Cagliari della Struttura con l'Atto Aziendale approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 25 del 01/02/2023.

Secondo la classificazione del personale per ruolo si rileva che circa 8% dei dipendenti è inquadrato in quello Amministrativo, circa il 75% dei dipendenti è inquadrato nel ruolo sanitario, il 15% circa nel ruolo Tecnico, il 2% circa nel ruolo Socio – Sanitario (introdotto con l'atto aziendale di cui sopra) e solo lo 0,3 % nel restante ruolo Professionale, come specificato nel grafico riportato rispetto alla totalità dei dipendenti impiegati nelle ASL di Cagliari.

La composizione del personale dipendente rileva un'età media di 52 anni, in particolare 52 anni per le donne e 53 per gli uomini. Per la maggior parte si rileva la presenza di donne per circa il 70% contro il 30% di uomini. E' possibile approfondire l'analisi evidenziando la presenza di donne e uomini anche per ruolo ricoperto come nella tabella sottostante:

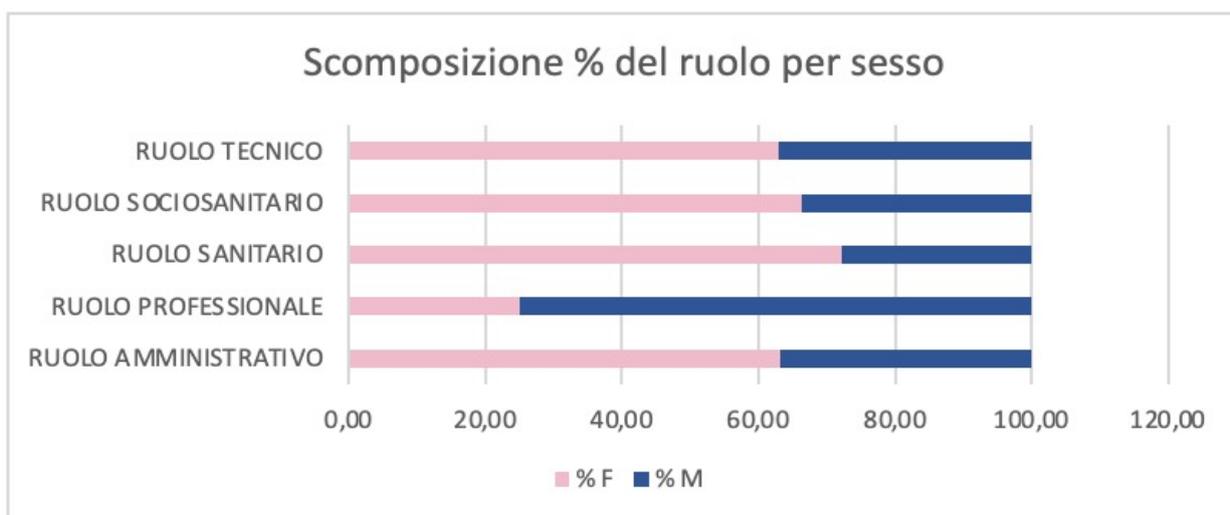
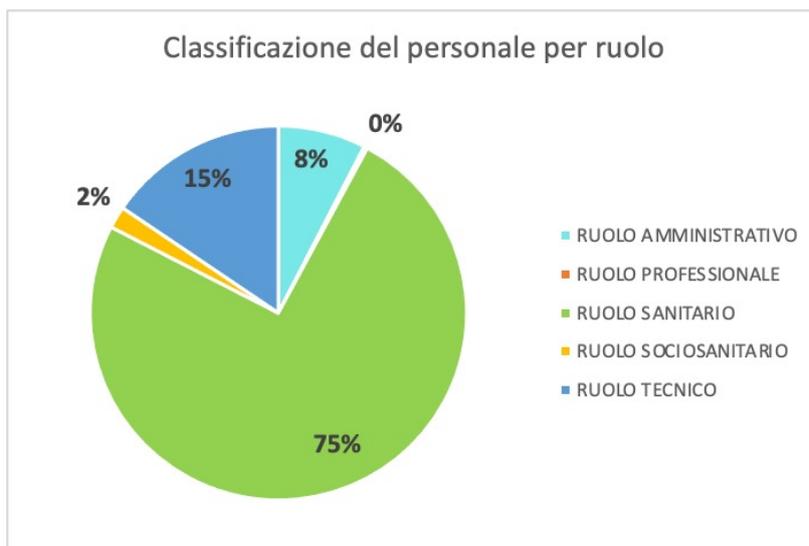


Figura 5 – Scomposizione percentuale del ruolo ricoperto dei dipendenti ASL Cagliari

Per poter apprezzare meglio l'analisi dei dipendenti della ASL è possibile scomporre ciascun ruolo per i differenti profili come riportato nella tabella che segue, che evidenzia la composizione percentuale del personale ASL Cagliari per profilo:

RUOLO	PROFILO	%
RUOLO AMMINISTRATIVO	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	0,1
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	7,4
RUOLO PROFESSIONALE	ASSISTENTE RELIGIOSO	0,1
	COL.TECNICO PROFESSIONALE	0,0
	DIRIGENTE INGEGNERE	0,2
RUOLO SANITARIO	DIRIGENTE BIOLOGO	1,4
	DIRIGENTE CHIMICO	0,0
	DIRIGENTE FARMACISTA	0,6
	DIRIGENTE FISICO	0,0

	DIRIGENTE INFERMIERISTICO	0,1
	DIRIGENTE MEDICO	19,8
	DIRIGENTE MEDICO VETERINARIO	1,4
	DIRIGENTE PSICOLOGO	2,0
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	3,5
	PERSONALE DI VIGILANZA ED ISPEZIONE	2,7
	PERSONALE INFERMIERISTICO	38,3
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	4,8
RUOLO SOCIOSANITARIO	ASSISTENTE SOCIALE	0,1
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	1,8
RUOLO TECNICO	ASSISTENTE SOCIALE	1,0
	ASSISTENTE TECNICO	0,3
	AUSILIARIO SPECIALIZZATO	1,4
	COL.TECNICO PROFESSIONALE	0,4
	DIRIGENTE ANALISTA	0,0
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	10,2
	OPERATORE TECNICO	2,2

Tabella 29 – Scomposizione percentuale dei dipendenti ASL Cagliari per ruolo con dettaglio del profilo ricoperto

I profili più presenti sono: il 38% rappresentato dal personale infermieristico, il 19,8% dal dirigente medico, il 10,2% dall'operatore socio-sanitario e il 7,4% dal personale amministrativo.

3.2. Lavoro agile

La Legge n. 124 del 7 agosto 2015 ha dato il via all'adozione e allo sviluppo di nuove forme di lavoro dirette a promuovere una migliore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti pubblici.

L'art. 14 della suddetta legge avente ad oggetto la "promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche" prevedeva espressamente che le amministrazioni pubbliche adottassero misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e per la sperimentazione di nuove modalità di svolgimento della prestazione lavorativa. Le misure da adottare dovevano garantire ad almeno il 10% dei dipendenti richiedenti la possibilità di avvalersi di tali innovative modalità in un arco temporale di tre anni.

In una fase successiva, con la Legge n. 81 del 22 maggio 2017, il Legislatore ha disciplinato i contenuti del lavoro agile definendolo come una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, caratterizzata dall'assenza di vincoli di orario e/o di luogo di lavoro e con la possibilità di utilizzare strumenti tecnologici. La prestazione lavorativa risulta caratterizzata dal suo svolgimento in parte all'interno e in parte all'esterno dei locali aziendali, senza una postazione fissa, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale previsti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

In attuazione delle predette disposizioni la presidenza del Consiglio dei Ministri ha emanato la direttiva 3/2017 recante le linee guida sul lavoro agile e dirette a fornire indicazioni inerenti l'organizzazione del lavoro, la gestione del personale per promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, il benessere organizzativo e l'esercizio dei diritti dei lavoratori.

La sperimentazione del lavoro agile ha subito una fase di accelerazione in seguito all'emergenza epidemiologica da Covid-19, diventando modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni. Il Lavoro agile adottato durante la fase emergenziale ha avuto specifiche caratteristiche e connotazioni che lo hanno differenziato da quello ordinario disciplinato dalla legge 81/2017.

Infine, in un'ottica di superamento del lavoro agile c.d. emergenziale e di ripensamento delle ordinarie modalità di lavoro sulla scorta di un'implementazione dell'utilizzo dello smart working, l'art. 14, comma 1, Legge n. 124 del 7 agosto 2015, così come modificato dall'art. 263, comma 4 bis, del decreto legge n. 34 del 19 maggio 2020 (c.d. "decreto rilancio"), convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 77 del 17 luglio 2020, ha previsto che le amministrazioni pubbliche redigano il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) entro il 31 gennaio di ciascun anno.

A seguito dell'introduzione da parte del Legislatore, con Decreto Legge n. 80 del 9 Giugno 2021 convertito con modificazioni dalla Legge n. 113 del 6 Agosto 2021 del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO), il POLA costituisce parte del PIAO. Quest'ultimo ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le

amministrazioni, tra i quali il POLA, prevedendo come termine per l'adozione il 31 Gennaio di ogni anno. Il lavoro agile supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l'amministrazione e il lavoratore dipendente, basato sul principio guida "FAR BUT CLOSE", ovvero "lontano ma vicino", teso a porre in evidenza la collaborazione tra l'Amministrazione e i lavoratori per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità che questi ultimi scelgono per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'amministrazione.

Tale principio si basa sui seguenti fattori:

- Flessibilità dei modelli organizzativi.
- Autonomia nell'organizzazione del lavoro.
- Responsabilizzazione sui risultati.
- Benessere del lavoratore.
- Utilità per l'amministrazione.
- Tecnologie digitali che consentono e favoriscono il lavoro agile.
- Cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti.
- Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive.
- Equilibrio in una logica "win win": l'amministrazione consegue i propri obiettivi e i lavoratori migliorano il proprio "work-life balance".

Tra i seguenti fattori ricoprono un ruolo strategico la cultura organizzativa e le tecnologie digitali in una logica di "change management", ovvero di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie.

La modalità applicativa del lavoro agile in un'Azienda Sanitaria ha caratteristiche ovviamente differenti rispetto ad altre Pubbliche Amministrazioni, non soltanto per la tipologia di attività che, nella stragrande maggioranza dei casi, richiede la presenza fisica dell'operatore sanitario, ma anche, nel caso della Asl n.8 di Cagliari, per le dimensioni e la complessità organizzativa dell'Azienda che naturalmente condizionano le modalità di applicazione. Solo una minima parte dei sanitari, infatti, può lavorare in tale modalità, mentre il personale addetto a funzioni non sanitarie è generalmente più facilitato.

Il POLA rappresenta lo strumento di programmazione finalizzato all'attuazione del lavoro agile, che assicura lo svolgimento dell'attività lavorativa da remoto ad almeno il 15% del personale, in un'ottica di maggiore efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa. La medesima percentuale dovrà essere garantita anche in caso di mancata adozione del Piano.

Legittimato a presentare domanda è il personale dipendente in servizio presso la ASL n.8 di Cagliari, sia del Comparto che della Dirigenza con contratto di lavoro a tempo determinato e indeterminato/tempo pieno o parziale, nel rispetto del principio di non discriminazione e di opportunità tra uomo e donna.

Il datore di lavoro che stipula accordi individuali per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile deve, in ogni caso, assicurare priorità alle domande secondo l'ordine sottoindicato:

1. alle richieste presentate dai lavoratori e lavoratrici che presentino gravi, urgenti, e non altrimenti conciliabili situazioni di salute;
2. alle richieste formulate dalle lavoratrici e dai lavoratori con figli fino a dodici anni di età, o senza alcun limite di età nel caso di figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104 del 5 Febbraio 1992;
3. alle richieste dei lavoratori che siano caregivers ai sensi dell'art. 1, comma 255, della Legge n. 205 del 27 Dicembre 2017;
4. alle lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'art. 16 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e paternità, di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 15; alle donne in stato di gravidanza.
5. L'Amministrazione avrà cura di valutare con attenzione le richieste di accesso al lavoro agile presentate dal personale che versi in situazioni di particolare necessità causate da motivazioni contingenti e imprevedibili.

Per quanto riguarda la disciplina sul lavoro agile per la ASL di Cagliari si rinvia all'allegato del presente documento.

3.3. Piano triennale del Fabbisogno del personale

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2024-2026 ASL CAGLIARI – ANNO 2024								
Profilo professionale / Disciplina	Posti coperti al 01/01/2024		Cessazioni 2024		Assunzioni 2024		Posti coperti al 31/12/2024	
	Teste	Costo	Teste	Risparmi	Teste	Costo	Teste	Risparmi
<u>RUOLO AMMINISTRATIVO</u>								
COMPARTO								
Commesso - A	13	273.629,98 €	3	31.572,69 €	0	- €	10	210.484,60 €
Coadiutore amministrativo - B	63	1.326.052,98 €	12	126.290,76 €	3	31.572,69 €	54	1.136.616,84 €
Coadiutore amministrativo senior - BS	11	244.500,19 €	2	22.227,29 €	0	- €	9	200.045,61 €
Assistente amministrativo - C	147	3.483.954,39 €	26	308.104,81 €	46	545.108,51 €	167	3.957.961,79 €
Collaboratore amministrativo professionale - D	53	1.365.170,82 €	1	12.878,97 €	24	309.095,28 €	76	1.957.603,44 €
Collaboratore amministrativo professionale senior DS	6	77.273,82 €					6	51.515,88 €
	221	4.905.632 €	37	401.368 €	106	1.164.516 €	290	5.668.780 €
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA								
Dirigente amministrativo	5		0		3	71.320,68 €	8	380.376,96 €
Totale Ruolo Amministrativo	298	6.770.582,18 €	44	501.074,52 €	76	957.097,16 €	330	7.894.605,12 €
<u>RUOLO PROFESSIONALE</u>								
COMPARTO								
Assistente religioso - D	3	77.273,82 €	-	- €	-	- €	3	77.273,82 €
Collab. Prof. Specialista nei rapporti con i media, giornalista pubblico - settore informazione	1	25.756,94 €	-	- €	-	- €	1	25.756,94 €
Collab. Prof. Specialista della Comunicazione Istituzionale - settore comunicazione	-	- €	-	- €	-	- €	-	- €
	4	103.030,76 €	-	- €	-	- €	4	103.030,76 €

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2024-2026 ASL CAGLIARI – ANNO 2024								
Profilo professionale / Disciplina	Posti coperti al 01/01/2024		Cessazioni 2024		Assunzioni 2024		Posti coperti al 31/12/2024	
	Teste	Costo	Teste	Risparmi	Teste	Costo	Teste	Risparmi
DIRIGENZA PROFESSIONALE								
Dirigente Avvocato	-	- €	-	- €	-	- €	-	- €
Dirigente Elettrico	1	47.547,12 €	-	- €	-	- €	1	47.547,12 €
Dirigente Civile	1	47.547,12 €	-	- €	-	- €	1	47.547,12 €
Dirigente Meccanico	1	47.547,12 €	-	- €	-	- €	1	47.547,12 €
Dirigente Ingegnere - altro	5	190.188,48 €	-	- €	-	- €	5	190.188,48 €
Totale Ruolo Professionale	12	435.860,60 €	-	- €	-	- €	12	435.860,60 €
<u>RUOLO TECNICO</u>								
COMPARTO								
Ausiliario specializzato - A	57	1.199.762,22 €	10	105.242,30 €			47	989.277,62 €
Operatore Tecnico - B	52	1.094.519,92 €	11	115.766,53 €	11	115.766,53 €	52	1.094.519,92 €
Operatore Tecnico addetto Assistenza (esaurimento) - B						- €	0	- €
Operatore Tecnico Specializzato - BS	36	853.213,32 €	5	59.250,93 €	5	59.250,93 €	36	853.213,32 €
Operatore Tecnico Specializzato Senior (esaurimento) - C							0	- €
Assistente tecnico - C	15	355.505,55 €	3	35.550,56 €	3	35.550,56 €	15	355.505,55 €
Assistente Informatico - C (sostituisce denominazione Programmatore)					1	11.850,19 €	1	23.700,37 €
Collaboratore Tecnico Professionale - D	17	437.884,98 €	0				17	437.884,98 €
	177	3.940.885,99 €	29	315.810,31 €	21	235.297,67 €	169	3.779.860,70 €
DIRIGENZA TECNICA								
Dirigente Analista	1	47.547,12 €					1	47.547,12 €
Totale Ruolo Tecnico	178	3.988.433,11 €	29	315.810,31 €	21	235.297,67 €	170	3.827.407,82 €

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2024-2026 ASL CAGLIARI – ANNO 2024								
Profilo professionale / Disciplina	Posti coperti al 01/01/2024		Cessazioni 2024		Assunzioni 2024		Posti coperti al 31/12/2024	
	Teste	Costo	Teste	Risparmi	Teste	Costo	Teste	Costo
RUOLO SOCIO-SANITARIO								
COMPARTO	-	- €	-	- €	-	- €	-	- €
Operatore Socio Sanitario - BS	394	22.652,81 €	34	385.097,77 €	140	1.585.696,70 €	500	11.326.405,00 €
Operatore Socio Sanitario Senior (esaurimento) - C	-	- €	-	- €	-	- €	-	- €
Assistente Sociale - D	44	1.155.050,16 €	7	91.878,99 €	9	118.130,13 €	46	1.207.552,44 €
Assistente Sociale senior - DS	-	- €	-	- €	-	- €	-	- €
Assistente Sociale - D	-	- €	-	- €	-	- €	-	- €
Assistente Sociale senior - DS	-	- €	-	- €	-	- €	-	- €
	438	1.177.702,97 €	41	476.976,76 €	149	1.703.826,83 €	546	12.533.957,44 €

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2024-2026 ASL CAGLIARI – ANNO 2024								
Profilo professionale / Disciplina	Posti coperti al 01/01/2024		Cessazioni 2024		Assunzioni 2024		Posti coperti al 31/12/2024	
	Teste	Costo	Teste	Risparmi	Teste	Costo	Teste	Risparmi
RUOLO SANITARIO								
COMPARTO	1	24.504,01 €	0				1	24.154,09 €
Infermiere generico (esaurimento) - C	2	48.308,18 €	0				2	48.308,18 €
Massofisioterapista senior (esaurimento) - C	47	1.233.803,58 €	1	13.125,57 €	0	- €	46	1.207.552,44 €
Assistente Sanitario - D	3	78.753,42 €	0				3	78.753,42 €
Dietista - D	31	813.785,34 €					31	813.785,34 €
Educatore Professionale - D	79	2.073.840,06 €	5	65.627,85 €	5	65.627,85 €	79	2.073.840,06 €
Fisioterapista - D	3	78.753,42 €					3	
Igienista Dentale - D	1341	35.202.778,74 €	57	748.157,49 €	118	1.548.817,26 €	1.402	36.804.098,28 €

Infermiere - D	33	866.287,62 €	1	13.125,57 €			32	
Infermiere Pediatrico - D	20	525.022,80 €			0	- €	20	525.022,80 €
Logopedista - D	3	78.753,42 €					3	78.753,42 €
Ortottista - Assistente di Oftalmologia - D	77	2.021.337,78 €	0				77	2.021.337,78 €
Ostetrica - D	8	210.009,12 €	2	26.251,14 €	2	26.251,14 €	8	210.009,12 €
Tecnico di Neurofisiopatologia - D	110	2.887.625,40 €	6	78.753,42 €	6	78.753,42 €	110	2.887.625,40 €
Tecnico Prevenzione Ambienti Luoghi di Lavoro - D	91	2.310.100,32 €	10	131.255,70 €	12	157.506,84 €	93	2.441.356,02 €
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico - D	97	2.546.360,58 €	5	65.627,85 €	5	65.627,85 €	97	2.546.360,58 €
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica - D	5	131.255,70 €	0				5	131.255,70 €
Tecnico Audiometrista - D	5	131.255,70 €					5	131.255,70 €
Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica - D	2	52.502,28 €	2	26.251,14 €	2	26.251,14 €	2	52.502,28 €
Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolut. - D	9	239.682,78 €	1	13.315,71 €			8	213.051,36 €
Infermiere senior - Ds	1	24.504,01 €	0				1	24.154,09 €
	1.967	51.554.720,25 €	90	1.181.491,44 €	150	1.968.835,50 €	2.027	52.289.021,97 €

**PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2024-2026 ASL CAGLIARI
- ANNO 2024**

Profilo professionale / Disciplina	Posti coperti al 01/01/2024		Cessazioni 2024		Assunzioni 2024		Posti coperti al 31/12/2024	
	Teste	Costo	Teste	Risparmi	Teste	Costo	Teste	Costi
<u>RUOLO SANITARIO</u>								
DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA								
Dirigente biologo	52	2.840.753,08 €	2	54.629,87 €	5	136.574,67 €	55	3.004.642,68 €
Dirigente chimico	1	54.629,87 €			1	27.314,93 €	2	109.259,73 €
Dirigente delle professioni sanitarie	4	183.215,76 €			1	22.901,97 €	5	273.149,33 €
Dirigente farmacista OSPEDALIERA	8	437.038,94 €					8	437.038,94 €
Dirigente farmacista TERRITORIALE	13	710.188,27 €	1	27.314,93 €	1	27.314,93 €	13	710.188,27 €
Dirigente fisico	2	109.259,73 €			1	27.314,93 €	3	163.889,60 €
Dirigente Psicologo	80	4.370.389,36 €	2	54.629,87 €	2	54.629,87 €	80	4.370.389,36 €
Dirigente socio-sanitario								
	160	8.705.475,01 €	5	136.574,67 €	11	296.051,30 €	166	9.068.557,92 €

Profilo professionale / Disciplina	Posti coperti al 01/01/2024		Cessazioni 2024		Assunzioni 2024		Posti coperti al 31/12/2024	
	Teste	Costo	Teste	Risparmi	Teste	Costo	Teste	Costi
<u>RUOLO SANITARIO</u>								
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA								
Anatomia Patologica	9	515.540,28 €	0	- €	0		9	515.540,28 €
Anestesia e Rianimazione e Terapia Intensiva	68	3.895.193,21 €	0	- €	6	171.846,76 €	74	4.238.886,73 €
Dirigente Medico - Cardiologia	33	1.890.314,35 €	5	143.205,63 €	5	143.205,63 €	33	1.890.314,35 €
Dirigente Medico - Chirurgia Maxillo Facciale	6	343.693,52 €	0	- €	0	- €	6	343.693,52 €
Dirigente Medico - Chirurgia Plastica	1	57.282,25 €	0	- €	0	- €	1	57.282,25 €
Dirigente Medico - Chirurgia Generale	26	1.489.338,58 €	7	200.487,89 €	7	200.487,89 €	26	1.489.338,58 €
Dirigente Medico - Dermatologia e Venereologia	3	171.846,76 €	0	- €	0	- €	3	171.846,76 €
Dirigente Medico - Direzione Medica di Presidio	9	515.540,28 €	1	28.641,13 €	1	28.641,13 €	9	515.540,28 €
Dirigente Medico - Ematologia	10	572.822,53 €	1	28.641,13 €	1	28.641,13 €	10	572.822,53 €
Dirigente Medico - Endocrinologia	6	343.693,52 €	1	28.641,13 €	1	28.641,13 €	6	343.693,52 €
Dirigente Medico - Epidemiologia	1	57.282,25 €	0	- €	0	- €	1	57.282,25 €
Dirigente Medico - Farmacologia e Tossicologia clinica	1	57.282,25 €	1	28.641,13 €	1	28.641,13 €	1	57.282,25 €
Dirigente Medico - Gastroenterologia	9	515.540,28 €		- €	2	57.282,25 €	11	630.104,78 €
Dirigente Medico - Genetica medica	6	343.693,52 €	0	- €	0	- €	6	343.693,52 €
Dirigente Medico - Geriatria	13	744.669,29 €		- €	2	57.282,25 €	15	859.233,80 €
Dirigente Medico - Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	42	2.405.854,63 €	11	315.052,39 €	12	343.693,52 €	43	2.463.136,88 €
Dirigente Medico - Malattie dell'apparato respiratorio	16	916.516,05 €	2	57.282,25 €	2	57.282,25 €	16	916.516,05 €
Dirigente Medico - Malattie infettive	15	859.233,80 €	3	85.923,38 €	3	85.923,38 €	15	859.233,80 €
Dirigente Medico - Malattie Metaboliche e Diabetologia	10	572.822,53 €	1	28.641,13 €	1	28.641,13 €	10	572.822,53 €
Dirigente Medico - Medicina del Lavoro e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	10	572.822,53 €	2	57.282,25 €	2	57.282,25 €	10	572.822,53 €
Dirigente Medico - Medicina dello sport	1	57.282,25 €		- €	0	- €	1	57.282,25 €
Dirigente Medico - Med. e Chirur. d'Accettazione e d'Urgenza	25	1.432.056,33 €		- €	3	85.923,38 €	28	1.603.903,09 €
Dirigente Medico - Medicina Fisica e della Riabilitazione	26	1.489.338,58 €	4	114.564,51 €	5	143.205,63 €	27	1.546.620,83 €

Dirigente Medico - Medicina Interna	48	2.749.548,15 €	4	114.564,51 €	4	114.564,51 €	48	2.749.548,15 €
Dirigente Medico - Medicina Legale	8	458.258,02 €	1	28.641,13 €	4	114.564,51 €	11	630.104,78 €
Dirigente Medico - Medicina Trasfusionale	3	171.846,76 €		- €	0	- €	3	171.846,76 €
Dirigente Medico - Nefrologia	16	916.516,05 €		- €	2	57.282,25 €	18	1.031.080,56 €
Dirigente Medico - Neurologia	17	973.798,30 €	3	85.923,38 €	3	85.923,38 €	17	973.798,30 €
Dirigente Medico - Neuropsichiatria Infantile	31	1.775.749,85 €		- €	0	- €	31	1.775.749,85 €
Dirigente Medico - Oncologia	1	57.282,25 €		- €	4	114.564,51 €	5	286.411,27 €
Dirigente Medico - Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base	15	859.233,80 €	5	143.205,63 €	5	143.205,63 €	15	859.233,80 €
Dirigente Medico - Ortopedia e Traumatologia	32	1.833.032,10 €	5	143.205,63 €	7	200.487,89 €	34	1.947.596,61 €
Dirigente Medico - Ostetricia e Ginecologia	45	2.577.701,39 €		- €	0	- €	45	2.577.701,39 €
Dirigente Medico - Otorinolaringoiatria	10	572.822,53 €	1	28.641,13 €	1	28.641,13 €	10	572.822,53 €
Dirigente Medico - Patologia clinica	4	229.129,01 €		- €	0	- €	4	229.129,01 €
Dirigente Medico - Pediatria	63	3.608.781,95 €	7	200.487,89 €	7	200.487,89 €	63	3.608.781,95 €
Dirigente Medico - Psichiatria	83	4.754.427,01 €	11	315.052,39 €	11	315.052,39 €	83	4.754.427,01 €
Dirigente Medico - Radiodiagnostica	55	3.150.523,92 €	2	57.282,25 €	2	57.282,25 €	55	3.150.523,92 €
Dirigente Medico - Urologia	16	916.516,05 €	3	85.923,38 €	3	85.923,38 €	16	916.516,05 €
Dirigente Veterinario - Igiene degli Alimenti di Origine Animale AREA B	14	801.951,54 €	5	143.205,63 €	8	229.129,01 €	17	973.798,30 €
Dirigente Veterinario - Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche -AREA C	15	859.233,80 €	3	85.923,38 €	3	85.923,38 €	15	859.233,80 €
Dirigente Veterinario - Sanità Animale - AREA A	23	1.317.491,82 €	7	200.487,89 €	10	286.411,27 €	26	1.489.338,58 €
	845	48.403.503,87 €	96	2.749.548,15 €	128	3.666.064,20 €	877	50.236.535,97 €
Totale Ruolo Sanitario	2.972	108.663.699,13 €	191	4067614,256	289	5.930.951,00 €	3.070	111.594.116 €

<i>PERSONALE COMPLESSIVO</i>								
Profilo professionale / Disciplina	Posti coperti al 01/01/2024		Cessazioni 2024		Assunzioni 2024		Posti coperti al 31/12/2024	
	Teste	Costo	Teste	Risparmi	Teste	Costo	Teste	Costi
Totale Comparto	2.879	63.546.922,15 €	204	2.475.353,03 €	393	4.793.736,48 €	3.068	76.220.099,03 €
Totale Dirigenza	1.019	57.489.355,84 €	101	2.886.122,82 €	142	4.033.436,18 €	1.060	60.065.847,81 €
Totale Complessivo Personale Dipendente	3.898	124.977.163,98 €	305	5.677.286,16 €	535	9.062.470,32 €	4.128	136.285.946,84 €

Tabella 32 – PFTP 2024

Prospetto n. 2 - Quadratura CE Personale dipendente

QUADRATURA MODELLO CE			
Personale dipendente	2024	2025	2026
Costo Personale da PTFP	136.285.946,84	136.285.946,84	136.285.946,84
Oneri accessori	55.877.238,21	55.877.238,21	55.877.238,21
Fondi contrattuali	41.677.264,49	41.677.264,49	41.677.264,49
Altre voci a carico del bilancio aziendale* CONTRATTI TEMPO DETERMINATO FINANZIATO	670.412,78	670.412,78	670.412,78
Totale (da quadrare con la voce BA2080 del mod. CE)	234.510.862,32	234.510.862,32	234.510.862,32

Tabella 33 – Dettaglio costi personale 2023

3.4. Formazione del personale

La formazione in sanità svolge una funzione strategica, in quanto strumento di innovazione e diffusione delle conoscenze, volto al miglioramento continuo della organizzazione, all'umanizzazione dei servizi, allo sviluppo complessivo delle competenze e relazionali della comunità professionale, alla realizzazione degli obiettivi programmatici del sistema sanitario regionale. L'attività formativa proposta rispetta i criteri previsti dal modello regionale di accreditamento dei provider della Sardegna, così come definito dalla D.G.R. 4/14 del 5.2.2014 e dalla D.G.R. 31/15 del 19.6.2018.

ARES Sardegna è stata individuata quale Provider unico per l'accREDITamento dei corsi previsti nel PFA per le Aziende sanitarie regionali, tra cui ASL Cagliari.

La formazione contribuisce in modo determinante alla diffusione della cultura della tutela della salute e ad assicurare un'offerta di servizi sanitari efficaci ed appropriati.

La legge regionale di riforma sanitaria n. 24 del 11 settembre 2020 colloca la S.C del Servizio Formazione, Ricerca e Cambiamento Organizzativo nell'azienda ARES.

Il fabbisogno formativo per il 2024 è stato definito attraverso:

- la richiesta ai Direttori Generali delle Aziende del SSR di proporre l'attivazione di progetti formativi necessari per lo sviluppo e l'aggiornamento delle competenze tecnico-professionali e relazionali della propria unità operativa;
- l'analisi dei documenti di programmazione nazionali, regionali e aziendali;
- l'integrazione con i corsi di formazione a distanza asincroni a seguito dell'attivazione della Piattaforma FAD aziendale;

Il PFA 2024 costituisce l'offerta formativa annuale di ASL Cagliari ed è il risultato:

- degli indirizzi dati dalla Regione Autonoma della Sardegna;
- degli indirizzi delle Direzioni Aziendali (Formazione Generale);
- dei fabbisogni formativi espressi dalle Direzioni, dai Dipartimenti, dai Distretti e dalle Unità Operative (Formazione specifica);
- Il PFA elaborato dal Servizio Formazione, Ricerca e Cambiamento Organizzativo, è stato validato dal Comitato scientifico e dal Collegio di Direzione di ARES e verrà approvato dalla Direzione Generale di ARES con atto deliberativo.

Gli obiettivi, le metodologie e le finalità del PFA devono tendere a garantire la coerenza con:

- gli obiettivi formativi nazionali, regionali e aziendali;
- le scelte strategiche aziendali;
- l'analisi del fabbisogno formativo espresso dalle articolazioni aziendali;

- le competenze scientifiche delle varie professionalità;
- il miglioramento qualitativo degli eventi formativi.

La realizzazione dei punti sopra citati, implica il raggiungimento di obiettivi di sistema, di processo e tecnico-professionali. All'interno del Piano della Formazione assumono particolare rilievo tre tipologie di obiettivi formativi:

1. quelli finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività nella disciplina di appartenenza (obiettivi formativi tecnico-professionali);
2. quelli finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, dell'efficienza, dell'efficacia, dell'appropriatezza e della sicurezza negli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Questi obiettivi si rivolgono dunque ad operatori e gruppi di lavoro che intervengono in un determinato segmento di produzione (obiettivi formativi di processo);
3. quelli finalizzati allo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza del sistema sanitario. Questi obiettivi si rivolgono, di norma, a tutti gli operatori avendo quindi caratteristiche interprofessionali (obiettivi formativi di sistema);
4. Quelli finalizzati allo sviluppo legati al PNRR per lo sviluppo delle competenze tecniche, professionali e manageriali del personale del sistema sanitario.

L'Azienda programma attività formative che garantiscano pari opportunità a tutti i dipendenti, che siano sostenibili nei costi e di dimostrata efficacia. Le aree della formazione che si intende sviluppare nel corso del 2024 possono essere identificate sostanzialmente con:

- Area della formazione generale;
- Area della formazione specifica tecnico-professionale;
- Area della formazione conseguente a indirizzi Regionali e/o Ministeriali.

Si ritiene prioritario, per la sua valenza strategica e per il raggiungimento di validi obiettivi di salute dei cittadini, la prosecuzione di percorsi formativi legati alla riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, al rischio clinico, all'emergenza urgenza, alla sicurezza sul lavoro, al possesso dei requisiti organizzativi richiesti per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie aziendali e alla realizzazione/gestione di procedure operative aziendali e di servizio. In collaborazione con il livello strategico aziendale e con le articolazioni organizzative aziendali, sono state scelte le metodologie didattiche che si sono dimostrate efficaci, sia in riferimento all'esperienza acquisita negli anni precedenti ed ai risultati ottenuti, sia rispetto ai dati della bibliografia scientifica. A tal fine sono state ritenute

appropriate le seguenti tipologie formative che vengono considerate di notevole importanza nel percorso di crescita, sia dei singoli professionisti che dell'organizzazione aziendale:

- A. la formazione residenziale interattiva e in videoconferenza sincrona (RES): perché attribuisce ai partecipanti un ruolo attivo e permette un elevato livello di interazione tra loro e i docenti, soprattutto con il ricorso ad appropriate metodologie didattiche quali "lavori di gruppo", "esercitazioni", "role playing", "simulazioni", etc.;
- B. la formazione sul campo (FSC), in particolare con l'utilizzo di Gruppi di lavoro/studio/miglioramento perché l'apprendimento avviene attraverso l'interazione di un gruppo di pari, favorisce il processo di miglioramento, contribuisce all'integrazione interprofessionale e interdisciplinare ed è fondamentale per favorire/rafforzare il "lavoro di squadra" e il senso di appartenenza alla unità organizzativa.
- C. la Formazione a distanza (FAD) asincrona sulla piattaforma aziendale. La FAD essendo svincolata dal tempo, dallo spazio e dai luoghi di fruizione dell'apprendimento superando i limiti posti dalla presenza dei discenti in un luogo fisico come l'aula tradizionale, riduce i costi complessivi dell'intervento didattico, razionalizza l'intervento del docente con la possibilità di distribuire on-line varie tipologie di documenti e materiali audiovisivi anche interattivi, permette un ampliamento della platea dei destinatari della formazione.

Queste tipologie formative e le metodologie didattiche che le accompagnano si ritengono indispensabili per azioni di diffusione ed implementazione di linee guida, procedure o protocolli, audit clinici ed organizzativi, attività di analisi e revisioni sistematiche dei processi assistenziali, soprattutto in un'organizzazione orientata al miglioramento continuo della qualità.

Nel 2024 la gran parte dell'attività formativa sarà realizzata in house con il supporto di strutture esterne avanzate nel campo della simulazione e delle non technical skills, e si svilupperà attraverso corsi residenziali interattivi e corsi di formazione sul campo. Tutte le strutture aziendali hanno potuto proporre tematiche di interesse specifico, consentendo il raggiungimento nell'elenco complessivo degli eventi di un buon equilibrio tra progetti formativi elaborati nelle diverse ASL, nell'assistenza territoriale, nei presidi ospedalieri, nei dipartimenti funzionali e strutturali e nelle strutture amministrative, professionali e tecniche.

Sul piano dei contenuti vengono previsti nel PFA 2024, accanto alla formazione su specifiche discipline e campi professionali specialistici, anche percorsi di apprendimento condivisi di tipo interdisciplinare ed interprofessionale, che possano apportare significativi benefici sul piano della gestione della complessità organizzativa e in riferimento a tutte quelle innovazioni operative, che dovranno sostenere efficacemente il governo clinico dei processi di salute, particolarmente importanti in questa fase di riorganizzazione della tutela della salute in Sardegna.

La tabella di seguito riportata indica il Piano formativo dedicato ai dipendenti dell'Asl di Cagliari relativamente a ciascun servizio aziendale, con dettaglio del numero dei corsi, ore di formazione previste, numero di partecipanti e il costo relativo:

SERVIZIO	NUMERO EDIZIONI CORSI	ORE TOT. FORMAZIONE PER SERVIZIO	N. PARTECIPANTI COMPLESSIVI	COSTI COMPLESSIVI PER CORSI
M.C.A.U. PRONTO SOCCORSO E OBI	26	280	790	19.660,08 €
PRONTO SOCCORSO	10	50	170	1.807,40 €
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	7	96	175	8.514,80 €
DIREZIONE DISTRETTO SOCIO SANITARIO	5	25	70	1.291,00 €
CLINICA DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA	3	24	54	9.360,00 €
OSTETRICIA E GINECOLOGIA- SS TRINITA'	1	24	20	31.748,08 €
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	59	658	2005	69.988,92 €
Totale	111	1157	3284	142.370,28 €

Tabella 30 – Piano formativo dedicato ASL Cagliari

Il grafico sotto riportato evidenzia i corsi di formazione previsti per la Asl di Cagliari in una graduazione percentuale in base all'investimento previsto:



Figura 6 – Scomposizione % del Piano formativo circa i costi stimati per ASL Cagliari

Emerge che i corsi sui quali si vuole investire maggiormente sono quelli sul “servizio di prevenzione e protezione” con una percentuale di costi del 49% circa sul totale previsto (142.370 €). A seguire si rilevano i corsi di Ostetricia e Ginecologia del SS Trinità con il 22% circa e con il 13,8% il “M.C.A.U Pronto Soccorso e OBI”.

Si riporta inoltre il dettaglio dei corsi di formazione “Infermiere di comunità per COT” presente all'interno del piano formativo generale dedicato ai distretti ASL 8 Cagliari. Il corso, come specificato nella tabella che segue, comporterà il coinvolgimento di n. 32 persone.

COT Pienamente funzionanti T1 2024			
2. CORSO DI FORMAZIONE INFERMIERE DI COMUNITA' PER COT			
Formazione	Tipologia	Partecipanti	Finanziamento
Formazione IFoC da assegnare alle COT	Corsi di formazione specifici forniti dal Servizio sanitario regionale per permettere l'avvio delle COT entro il T1 2024.	128	Con quota parte dei € 485.100,00 previsti per CORSO DI FORMAZIONE DM 77/2022 la riforma del territorio secondo il PNRR: percorso formativo per gli operatori coinvolti. FONDI FSE

Azienda Sanitaria	Distretto	Comune	Infermiere di Comunità	Coordinatore	Personale di supporto	Totale personale	Totale personale ASL
			3 / 5	1	2		
ASL n. 8 di CAGLIARI	Cagliari Area Vasta	Cagliari	5	1	2	8	32
	Cagliari Area Ovest	Assemini	5	1	2	8	
	Sarabus Gerrei	Muravera	5	1	2	8	
	Sarcidano, Barbagia di Seulo, Trexenta	Isili	5	1	2	8	

Tabella 31 – Corsi di formazione COT - ASL Cagliari

Al fine di dettagliare meglio i corsi formativi previsti per l'anno 2024, si riportano due tabelle suddivise per le aree tematiche d'interesse quali:

- I. Area emergenza e urgenza;
- II. Area sicurezza sui luoghi di lavoro.

Le stesse vengono poi esplicitate nei diversi Servizi aziendali sui quali verranno impartiti i corsi di formazione, viene specificato il numero relativo di edizioni previste, il numero di partecipanti coinvolti e le ore di formazione dedicate per ciascuna tipologia di corso.

AREA TEMATICA	SERVIZIO ASL 8 CAGLIARI	CORSO	TITOLO DEL CORSO	N EDIZIONI	N PARTECIPANTI	N. ORE FORMAZIONE DEDICATE	
Area emergenza ed urgenza	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	A1	CORSO EPALS (EUROPEAN PEDIATRIC ADVANCE LIFE SUPPORT)	5	75	80	
		A2	SEPSI: PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DALLE UNITÀ OPERATIVE ALLA TERAPIA INTENSIVA – APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE	2	100	16	
	CLINICA DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA	B B1	GESTIONE DEI COMPORTAMENTI AGGRESSIVI IN AMBIENTE OSPEDALIERO	3	54	24	
		C C1	CORSO FORMAZIONE BLS/D	5	70	25	
	M.C.A.U. PRONTO SOCCORSO E OBI	D	D1	ALS- ADVANCED LIFE SUPPORT	10	150	200
			D2	INCONTRI MULTIDISCIPLINARI IN PRONTO SOCCORSO: PROBLEMATICHE UROLOGICHE	2	80	10
			D3	INCONTRI MULTIDISCIPLINARI IN PRONTO SOCCORSO: DOLORE ADDOMINALE	2	80	10

		D4	INCONTRI MULTIDISCIPLINARI IN PRONTO SOCCORSO: LE ARITMIE	2	80	10	
		D5	INCONTRI MULTIDISCIPLINARI IN PRONTO SOCCORSO: LE INTOSSICAZIONI	2	80	10	
		D6	INCONTRI MULTIDISCIPLINARI IN PRONTO SOCCORSO: SINCOPE	2	80	10	
		D7	INCONTRI MULTIDISCIPLINARI IN PRONTO SOCCORSO: SINDROME NEUROLOGICA ACUTA	2	80	10	
		D8	INCONTRI MULTIDISCIPLINARI IN PRONTO SOCCORSO: TRAUMA MINORE	2	80	10	
		D9	INCONTRI MULTIDISCIPLINARI IN PRONTO SOCCORSO: VERTIGINI	2	80	10	
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA- SS TRINITA'	E	E1	URGENZE ED EMERGENZE IN SALA PARTO	1	20	24
	PRONTO SOCCORSO	F	F1	APPROPRIATEZZA RADIOLOGICA IN PS	3	45	15
			F2	DALLA C-PAP ALLA NIV IN PRONTO SOCCORSO	4	80	20
			F3	INTERPRETAZIONE DI BASE DEGLI ESAMI RADIOLOGICI IN URGENZA	3	45	15
	TOTALE				52	1.279	499

Tabella 32 – Corsi di formazione Area “Emergenza ed urgenza” - ASL Cagliari

AREA TEMATICA	SERVIZIO ASL 8 CAGLIARI	CORSO	TITOLO DEL CORSO	N EDIZIONI	N PARTECIPANTI	N. ORE FORMAZIONE DEDICATE	
Area sicurezza luoghi di lavoro	SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	G	G1	CORSO “AGGIORNAMENTO FORMAZIONE DEI LAVORATORI RISCHIO ALTO” (6 ORE)	6	210	36
			G2	CORSO DI AGGIORNAMENTO ANNUALE PER RLS (ART. 37 D.LGS 81/2008 - 8 ORE)	1	35	8
			G3	CORSO DI AGGIORNAMENTO PER RSPP E ASPP (ART. 32 D.LGS 81/2008)	1	35	12
			G4	CORSO DI FORMAZIONE “ADDETTI ALL’EMERGENZA ANTINCENDIO LIVELLO 3 CON ESAME IDONEITÀ VVF”	7	245	140
			G5	CORSO DI FORMAZIONE PER DIRIGENTI (ART. 37 D.LGS 81/2008 - ORE 16)	1	35	16
			G6	CORSO DI FORMAZIONE PER LAVORATORI ADDETTI ALLA GESTIONE DEL PRIMO SOCCORSO ANCHE CON UTILIZZO DEL DAE (15 ORE)	6	150	90
			G7	CORSO DI FORMAZIONE PER PREPOSTO (ART. 37 D.LGS 81/2008 - 8 ORE)	5	175	40
			G8	CORSO DI TIPO 2-FOR: CORSO DI FORMAZIONE ANTINCENDIO PER ADDETTI ANTINCENDIO IN ATTIVITÀ DI LIVELLO 2 (8 ORE)	9	315	72

	G9	CORSO DI TIPO 3-AGG: CORSO DI AGGIORNAMENTO ANTINCENDIO PER ADDETTI ANTINCENDIO IN ATTIVITÀ DI LIVELLO 3	8	280	64
	G10	CORSO FORMAZIONE SPECIFICA RISCHIO ALTO ART. 37 D.LGS. 81/2008 - 12 ORE	15	525	180
	TOTALE		59	2.005	658

Tabella 33 – Corsi di formazione Area “Sicurezza luoghi di lavoro” - ASL Cagliari

Complessivamente si prevedono: 27 corsi, 111 edizioni, 3.284 dipendenti coinvolti, 1.157 ore di formazione da impartire.

Si riporta in allegato al PIAO il piano formativo delle risorse umane.

4. SEZIONE – 4 MONITORAGGIO

4.1. 4.1 Monitoraggio

La valutazione della performance richiede la definizione di un sistema di misurazione e monitoraggio dei risultati, che sia in grado di tradurre in un punteggio la prestazione resa, sia in merito alla performance organizzativa, sia quella individuale.

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.

Nella definizione delle schede di budget, ogni obiettivo si traduce in un indicatore, qualitativo o quantitativo, che rappresenta la metrica di riferimento e per il quale va identificato un valore minimo ed un valore atteso (o target).

Dopo una prima fase di programmazione e definizione degli obiettivi aziendali, segue sempre la fase di monitoraggio dei risultati ottenuti, sia intermedia, sia a fine anno.

Il monitoraggio si rivela uno strumento utile, durante il corso dell'anno, per misurare l'andamento delle performance pianificate, calcolare gli indicatori, analizzarne i risultati ed eventualmente attivare le leve necessarie a porre in essere le azioni correttive.

Il monitoraggio delle sottosezioni si rifà a quanto stabilito dalla normativa, in particolare:

- Sezione Rischi corruttivi e trasparenza secondo le indicazioni dell'ANAC e le misure previste nella sezione 2 del presente piano, alla quale si rinvia per il dettaglio;
- Sezione Valore pubblico e Performance secondo le modalità stabilite dagli artt. 6 e 10, comma 1, lett. b) del Decreto Legislativo n. 150 del 2009.

La rendicontazione degli obiettivi avviene utilizzando i dati fruibili dalle fonti ufficiali dell'azienda o acquisendo la documentazione e/o le relazioni dalle strutture stesse per quanto di competenza, in modo da giustificare in maniera puntuale ed oggettiva i risultati misurati.

Inoltre, la coerenza degli obiettivi di performance e della loro valutazione, sarà effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

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.

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

- a) agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità e al quale

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

Per il restante personale la valutazione è legata:

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

Allegati al PIAO

- A. PIAO
- B. Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza
 - Allegato 1 Misurazione del Rischio (Misurazione del Rischio)*
 - Allegato 2 Tabella rischi e misure*
 - Allegato B3 - Elenco obblighi di pubblicazione ASL CA*
 - All.I - Obblighi amministrazione trasparente - Del.264.2023 mod. da Del.601.2023*
- C. Piano organizzativo del lavoro agile
- D. Piano della Formazione (PFA 2024)
- E. Piano del fabbisogno del personale
 - E1. PTFP 2024-2026*
- F. Piano delle dotazioni strumentali