



**AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI**



*Piano Integrato di Attività e Organizzazione
PIAO 2024-2026*





PREMESSA.....	4
1 SCHEDE ANAGRAFICHE DELL'AMMINISTRAZIONE.....	6
1.1 Sottosezione - ANALISI DEL CONTESTO.....	7
1.2 Sottosezione - MISSION E STRATEGIA.....	13
2 SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	16
2.1 Sottosezione - VALORE PUBBLICO.....	16
✓ Qualità percepita dai cittadini.....	18
✓ Accessibilità dei Servizi.....	23
✓ AOU CA Eco-sostenibile.....	28
✓ Clima interno.....	29
✓ Esiti.....	31
✓ Digitalizzazione.....	33
2.2 Sottosezione - PERFORMANCE.....	35
2.2.1 Performance Organizzativa: Obiettivi di Budget 2024.....	37
• Gestione Liste d'attesa.....	39
• Implementazione e avvio Televisita - Digitalizzazione.....	44
• Integrazione Socio-sanitaria Ospedale-Territorio.....	45
• Efficientamento energetico.....	45
• Formazione.....	47
• Ambiente di Lavoro.....	47
• Efficienza, qualità clinica di processo.....	50
• Gestione Tecnico amministrativa.....	51
• Appropriatelyzza del consumo dei farmaci e dei dispositivi medici.....	51
• Integrazione AOU Cagliari – UniCA.....	52
2.2.2 Performance Individuale: Obiettivi di Budget 2023.....	54
2.3 Sottosezione - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	56
3 SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	58
3.1 Sottosezione - STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	58
Presidio Ospedaliero Duilio Casula.....	58
Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio.....	59
3.1.1 Parità di Genere (Piano Azioni Positive).....	65
3.2 Sottosezione - ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	67
3.3 Sottosezione - PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE.....	67
✓ Dotazione organica AOU Cagliari.....	68
✓ Programmazione strategica delle risorse umane.....	70
3.3.1 Formazione delle Risorse Umane.....	70
4 SEZIONE MONITORAGGIO.....	78
4.1 Monitoraggio Performance.....	78



4.2	Monitoraggio Soddisfazione dei Pazienti	78
4.3	Monitoraggio e Riesame Ambito Anticorruzione e Trasparenza	79



PREMESSA

Il Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 recante “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” all’articolo 6, prevede che le pubbliche amministrazioni di cui all’articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di 50 dipendenti adottino entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO, di seguito Piano) nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190.

Tale Piano ha l’obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un’ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione inserendo un unico documento la performance, i rischi corruttivi e la trasparenza, l’organizzazione del lavoro compreso quello agile, la formazione del personale ed il fabbisogno del personale.

Preso atto dell’intesa in sede di Conferenza Unificata del 2 dicembre 2021 sullo schema di Decreto del Ministro per la pubblica amministrazione concernente la definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione di cui all’articolo 6, comma 6 del Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 con cui sono stati definiti i contenuti del Piano e predisposto un modello standard, è stato redatto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione che si articola in tre sezioni oltre alla scheda anagrafica dell’amministrazione.

Il PIAO si configura quale strumento per programmare in modo semplificato, qualificato e integrato le performance attese e le misure di gestione dei rischi corruttivi, a partire dalla cura della salute organizzativa e professionale dell’ente in direzione funzionale alla creazione e alla protezione di Valore Pubblico.

Il Piano di durata triennale, con aggiornamento annuale, assicura la qualità e la trasparenza dell’azione amministrativa, il miglioramento della qualità dei servizi resi, l’implementazione continua della reingegnerizzazione dei processi. Scopo del Piano è quello di rafforzare la capacità amministrativa dell’Azienda, funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

Tale strumento rappresenta sinteticamente, la propria strategia per la creazione di Valore Pubblico su tutta l’azione amministrativa.

Il documento è stato redatto secondo una visione complessiva e integrata delle diverse prospettive raccordando i diversi ambiti aziendali.

PIAO 2024	Risorse del Personale	Governance	Contrasto alle disparità	Direzione Aziendale
Elementi che confluiscono nel PIAO	La strategia di gestione del capitale umano, dello sviluppo organizzativo, da realizzarsi anche mediante il ricorso al Lavoro Agile	Gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell’attività e dell’organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;	Le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, digitale (diritto all’accessibilità ai sistemi informatici Legge Stanca del 2004)	Le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione dell’utenza
	Gli obiettivi formativi annuali e pluriennali finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali	L’elenco delle procedure da semplificare e re ingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia	Le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità fisica alle amministrazioni, (abbattimenti delle barriere architettoniche)	
	Gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne (progressioni di carriera del personale);	gli obiettivi programmatici e strategici della performance,	le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere	



Il PIAO interessa tutti gli stakeholder, interni ed esterni, di AOU Cagliari, rappresenta uno strumento di comunicazione interna ed esterna della propria mission e degli obiettivi strategici, in un'ottica di costante e progressiva semplificazione dei processi.

Nel Piano si evidenziano gli obiettivi di performance organizzativa, che guidano il miglioramento dell'azione amministrativa secondo le linee strategiche di aziendali.

La performance diventa un concetto guida intorno al quale si collocano le diverse prospettive della trasparenza, intesa anche come mezzo di accountability dell'agire pubblico nei confronti dei propri stakeholder interni e soprattutto esterni (pazienti, cittadini, enti, terzo settore e tessuto imprenditoriale del territorio), e della prevenzione alla corruzione, intesa come attività di contrasto e mitigazione dei rischi derivanti da comportamenti inappropriati e illegali.

Restano esclusi dal PIAO soltanto i documenti di carattere economico-finanziario.

In conformità con le linee guida del Parlamento Europeo sulla **neutralità di genere** nel linguaggio, si specifica come l'utilizzo del maschile riferito a persone e professioni è da intendersi come neutro.



1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE



La Legge Regionale 11 settembre 2020, n. 24 “Riforma del Sistema Sanitario Regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia: Abrogazione della Legge Regionale n. 10 del 2006, della Legge Regionale n. 23 del 2014 e della Legge Regionale n. 17 del 2016” e ss.ii.mm (L.R. n. 32 del 23/12/2020 e L.R.n. 17 del novembre 2021); ha

modificato l’assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale, istituendo, tra le altre, l’Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari.

L’Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, istituita con deliberazione della Giunta Regionale n. 13/1 del 30.3.2007, adottata in base all’art. 1 comma 3 della L.R. 28 luglio 2006 n. 10, è operativa dal 14.05.2007.

L’Azienda attualmente ha sede legale in Cagliari presso Via Ospedale, n. 54, 09124 – Cagliari.

Garantisce le prestazioni istituzionali attraverso i Presidi Ospedalieri: il P.O. “Duilio Casula” di Monserrato e il presidio ospedaliero “San Giovanni di Dio” di Cagliari e la Clinica “Psichiatrica” attualmente ubicata in via Liguria, secondo quanto disposto dalla DGR 48/15 del 2.12.2014.

L’AOU è la sede istituzionale di attività assistenziali integrate con quelle della didattica e della ricerca proprie della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Cagliari. Eroga e sviluppa, integrandole, assistenza sanitaria polispecialistica, ricerca e formazione, di rilievo ed interesse nazionale ed internazionale.

Persegue la centralità del Cittadino e dello Studente e favorisce la valorizzazione dei Professionisti anche mediante la condivisione degli obiettivi e la responsabilizzazione sui risultati.

I dipendenti al 1.01.2024 risultano complessivamente 1.853 di cui:

- n. 1.618 dipendenti del Servizio Sanitario Regionale e n. 229 universitari, più n. 6 appartenenti ad altre categorie;
- n. 506 Dirigenti e n. 1.303 dipendenti del comparto e n. 44 appartenenti ad altre categorie;

Direttore Generale Dott.ssa Chiara Seazzu

Ragione Sociale Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari

Codice Fiscale e Partita IVA 03108560925

Sede Legale Via Ospedale, n. 54, 09124 – Cagliari

P.E.C.: dir.generale@pec.aoucagliari.it

Centralino (+39) 07051096001



AouCaSiCuraDiTe

www.aoucagliari.it

1.1 Sottosezione - ANALISI DEL CONTESTO

L' AOU Cagliari definisce la propria identità e mission aziendale in coerenza con l'evolversi del **CONTESTO ESTERNO** attivando meccanismi di auto-regolazione e adattamento.

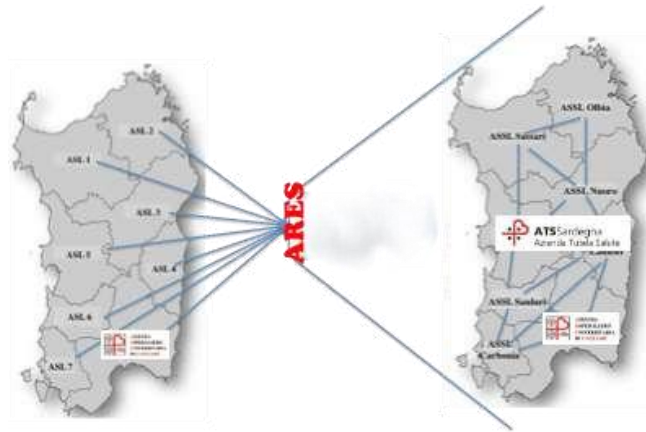


Figura 1: Analisi del contesto di AOU Cagliari

Con L.R. 24/2020 l'Azienda regionale della salute (ARES) supporterà l'azione amministrativa delle ASL e svolgerà, per conto di tutte le aziende sanitarie pubbliche regionali, compresa l'AOU di Cagliari, le funzioni previste all'art. 3 comma 3 della succitata legge.

La Regione e in particolare l'Assessorato alla Sanità rappresenta l'attore istituzionale che interessa il perimetro gestionale dell'AOU Cagliari in termini di Budget di risorse economico-finanziarie, Linee di indirizzo e obiettivi strategici da perseguire.

L'Azienda per assicurare la continuità assistenziale con i servizi territoriali, monitorare i ricoveri ripetuti e attivare percorsi specialistici integrati extraospedalieri, adotta politiche per garantire un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi, sanitari e sociali, finalizzato a fornire l'unitarietà tra prestazioni, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati e l'intersettorialità degli interventi.

Tali politiche sono finalizzate ad introdurre progressivamente le logiche del governo dei processi assistenziali di Disease Management quale strumento di miglioramento dei percorsi di cura rivolti ai pazienti cronici, mirato alla gestione integrata e coordinata delle patologie da parte di tutti gli attori del sistema e dei diversi regimi assistenziali (domiciliare, ambulatoriale, residenziale, ospedaliero) attraverso la presa in carico dei bisogni del paziente nelle diverse fasi di evoluzione della storia naturale della malattia.

Il contesto demografico

La situazione demografica della popolazione residente nella regione Sardegna viene in questo capitolo analizzata inquadrandola nel confronto con la situazione nazionale e con la serie storica relativa agli ultimi dieci anni.

Dall'analisi dei principali indicatori della struttura demografica (Tabella 1) emerge una speranza di vita in crescita e in linea con quella italiana che si ripercuote anche in un incremento dell'età media della popolazione, che risulta maggiore di circa due anni rispetto a quella italiana. Si assiste ad una progressiva diminuzione della quota di individui con meno di 15 anni e un indice di vecchiaia in ulteriore crescita. I dati relativi a questi due indicatori ci mostrano come in Sardegna risulti sempre più marcato il progressivo mutamento dei rapporti intergenerazionali che vediamo riassunti nell'indice di dipendenza strutturale che pone a numeratore gli individui considerati non attivi per ragioni demografiche (i più giovani perché ancora in età formativa e i più anziani perché in età di pensionamento) e a denominatore la popolazione che si trova in età attiva, ovvero la fascia compresa tra i 15 e i 64 anni. Questo indicatore ci fornisce una misura della sostenibilità della struttura di una popolazione poiché esprime il carico, sia dal punto di vista sociale che da quello economico, che la popolazione in età attiva deve sostenere. La Sardegna che mostrava un indice più basso rispetto al dato italiano nel 2019 sta nel tempo riducendo questo vantaggio e nel 2022 registra un valore pressoché simile a quello nazionale, con 57.2 individui a carico ogni 100 persone in età lavorativa. In prospettiva, tale aumento appare destinato a rafforzarsi a causa dello sbilanciamento della popolazione verso le fasce più anziane, così come confermato anche dall'indice di vecchiaia. In Sardegna nel 2022 ogni 100 giovani vi sono oltre 241 residenti della fascia più anziana della popolazione, decisamente più di quanto avvenga a livello nazionale e con un incremento notevole nell'ultimo periodo considerato..

Tabella 1. Indicatori della struttura demografica –Italia e Sardegna,

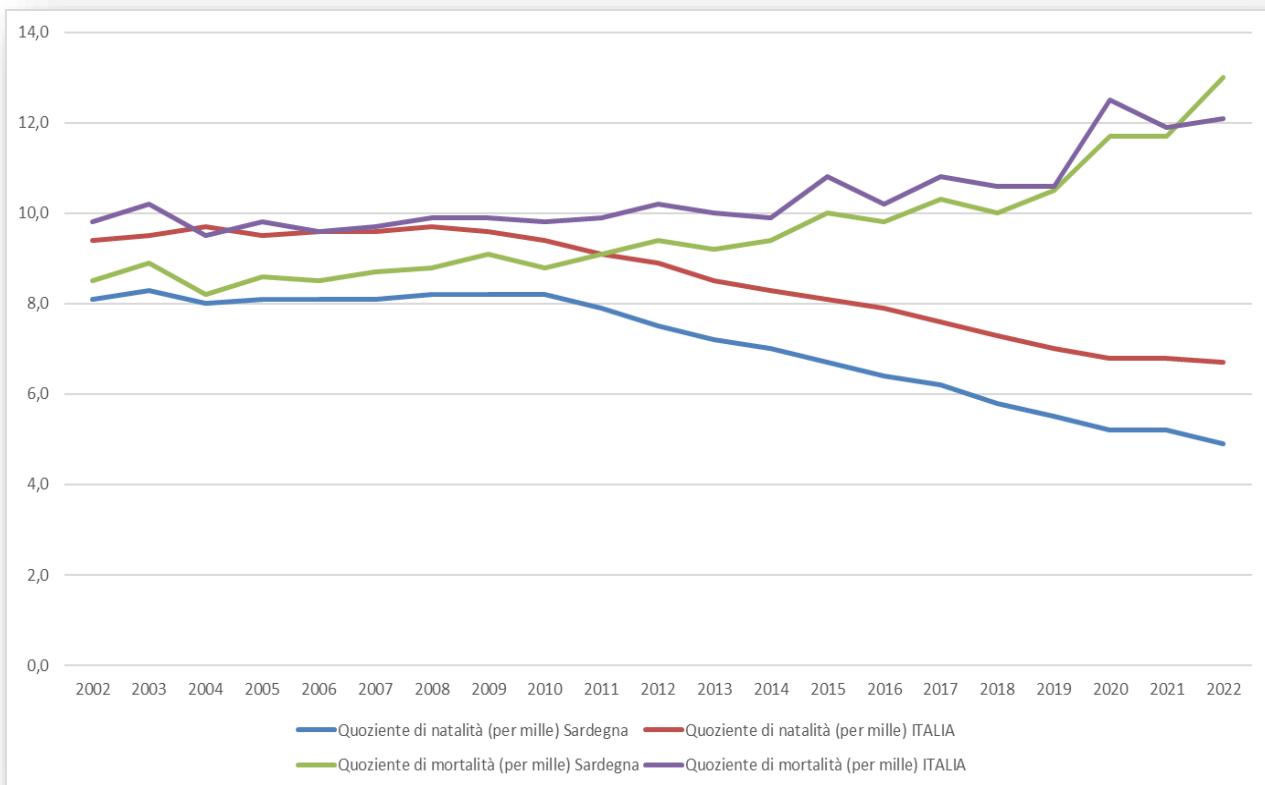
Tabella 1 :Indicatori demografici	Italia	Sardegna	Italia	Sardegna	Italia	Sardegna	Italia	Sardegna	Italia	Sardegna	
	Anno	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Tipo indicatore											
tasso di natalità (per mille abitanti)	7	5,5	6,8	5,2	6,8	5,2	6,7	4,9		..	
tasso di mortalità (per mille abitanti)	10,6	10,5	12,5	11,7	11,9	11,7	12,1	13		..	
saldo migratorio totale (per mille abitanti)	0,4	-1,7	-1,1	-6,8	1,6	4,9	4,4	1,2		..	
tasso di crescita totale (per mille abitanti)	-3,2	-6,7	-6,7	-13,4	-3,5	-1,6	-0,6	-5,8		..	
numero medio di figli per donna	1,27	1	1,24	0,97	1,25	0,99	1,24	0,95		..	
età media della madre al parto	32,1	32,8	32,2	32,8	32,4	33	32,4	32,9		..	
speranza di vita alla nascita - maschi	81,1	80,3	79,8	79,8	80,3	79,9	80,6	79,6		..	
speranza di vita a 65 anni - maschi	19,4	19,4	18,3	18,9	18,8	19,1	18,9	18,6		..	
speranza di vita alla nascita - femmine	85,4	85,8	84,5	85	84,8	85,5	84,8	84,6		..	
speranza di vita a 65 anni - femmine	22,6	23	21,7	22,4	22	22,7	21,9	22		..	
speranza di vita alla nascita - totale	83,2	83	82,1	82,3	82,5	82,6	82,6	82		..	
speranza di vita a 65 anni - totale	21	21,3	20	20,7	20,4	20,9	20,4	20,3		..	
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio	13,2	11,2	13	11	12,9	10,9	12,7	10,7	12,4	10,4	
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	64	65	63,8	64,6	63,6	63,8	63,5	63,6	63,5	63,4	
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	22,9	23,8	23,2	24,4	23,5	25,3	23,8	25,7	24	26,2	
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	56,4	53,8	56,7	54,9	57,3	56,7	57,5	57,2	57,4	57,8	
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio	35,8	36,6	36,4	37,9	37	39,6	37,5	40,5	37,8	41,4	
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio	174	212,4	179,4	222,2	182,6	231,5	187,6	241,8	193,1	252,8	
età media della popolazione - al 1° gennaio	45,5	46,9	45,7	47,3	45,9	47,8	46,2	48,1	46,4	48,4	

Fonte. Elaborazioni su dati Istat - –Sistema di nowcast per indicatori demografici

La contrazione del numero dei residenti in Sardegna non accenna ad arrestarsi e si conferma anche per il 2022: il 1° gennaio 2023 i residenti in Sardegna sono 1.578.146, più di 9000 in meno rispetto all'anno precedente. Il calo è alimentato dal saldo negativo tra nascite e morti, reso ancora più importante in seguito alla diffusione del virus Covid-19 avvenuta a partire dall'anno 2020 e che ha fatto registrare una contrazione della natalità rispetto al precedente 2019 pari al -10,9%, il valore minimo registrato dal secondo dopoguerra.

Nel confronto col dato relativo all'intera nazione emerge come il tasso di natalità raggiunga il valore di 4,9 per la Sardegna a fronte del 6.7 per l'Italia nell'anno 2022, il tutto a fronte di tassi di mortalità in aumento con un valore di 13 per 1000ab per la Sardegna e 12.1 per l'Italia. L'analisi della serie storica relativa agli ultimi dieci anni evidenzia tuttavia che, nonostante l'incremento particolarmente elevato registrato nel 2020 probabilmente legato allo scoppio della pandemia Covid-19, quello dell'innalzamento del tasso di mortalità sia un fenomeno in atto già da tempo, determinato principalmente dal progressivo invecchiamento della popolazione italiana. (Figura 1).

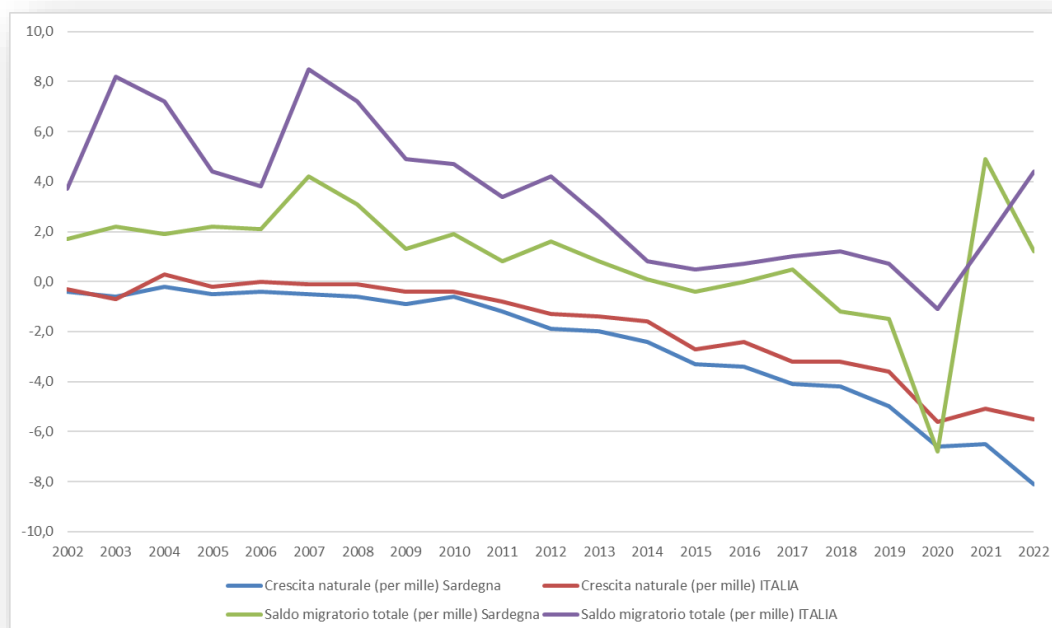
Figura 1. Tassi di natalità e mortalità – Sardegna e Italia, dal 2002 al 2022



Fonte. Elaborazioni su dati Istat - --Sistema di nowcast per indicatori demografici

La contrazione del numero dei residenti non è dovuta solo alla differenza tra nati e morti ma anche al saldo migratorio, dato dalla differenza tra iscrizioni e cancellazioni presso le anagrafi comunali. Sempre a seguito della pandemia e alle limitazioni imposte alle attività sia personali che lavorative, il 2020 fa registrare una decisa contrazione dei movimenti migratori con una ripresa nel 2021 e 2022.

Figura 2. Crescita naturale e Saldo migratorio totale – Sardegna e Italia, dal 2002 al 2022



Fonte. Elaborazioni su dati Istat - –Sistema di nowcast per indicatori demografici

La Mortalità per causa

L'analisi dei tassi di mortalità del 2021 (Tabella 1) fa emergere alcune differenze rilevanti tra i tassi della popolazione nazionale e i dati della Sardegna. Il tasso grezzo di mortalità per tutte le cause in Sardegna è stato di 85,74 decessi ogni 10.000 abitanti contro il tasso nazionale di 89,85. Le cause per le quali si registra la divergenza più ampia sono le malattie dell'apparato cardiocircolatorio, per le quali il tasso regionale è di 22,63/10.000 (-4,04 rispetto al corrispondente dato nazionale). Invece la differenza relativa più ampia tra le principali cause di decesso si registra per la mortalità da COVID-19. Per questa patologia il dato regionale è quasi la metà (-46,4%) della mortalità nazionale (4,42 vs 8,24 ogni 10.000 abitanti). Appaiono rilevanti anche le differenze del tasso di mortalità per tumori maligni, con un tasso regionale più elevato del dato nazionale (23,8 vs 22,14 per 10.000 abitanti). Tra le varie neoplasie maligne si evidenzia una differenza rilevante principalmente per i tumori del colon, del retto e dell'ano, per i quali il tasso regionale è di 3,07 contro il dato nazionale di 2,46 decessi ogni 10.000 abitanti (+24,8% per la popolazione della Sardegna). Le statistiche regionali mostrano un dato più elevato anche per il tasso grezzo di mortalità per demenza, la cui mortalità regionale mostra un tasso pari a 3,86 decessi ogni 10.000 abitanti, mentre la popolazione nazionale ha registrato un tasso pari a 2,7/10.000 (+43% dato regionale rispetto al dato nazionale). Di rilievo anche la differenza per le cause esterne di traumatismo e avvelenamento, con il tasso regionale maggiore rispetto a quello nazionale (4,23 vs 3,42 ogni 10.000 abitanti).



Tabella 1 – Mortalità per causa -Tumori anno 2021

Patologie	Sardegna n. decessi	Sardegna Tasso standardizzato (per 10.000 abitanti)	Italia Tasso di mortalità (per 10.000 abitanti)
<i>Tumori maligni</i>	4998	23,8	22,14
<i>- Tumori maligni del colon, del retto e dell'ano</i>	650	3,07	2,46
<i>Malattie dell'apparato cardiocircolatorio</i>	5091	22,63	26,67
<i>Demenza</i>	893	3,86	2,7
<i>Cause esterne di traumatismo e avvelenamento</i>	848	4,23	3,42
<i>COVID-19</i>	964	4,42	8,24
TOTALE	18687	85,74	89,85

Fonte. Elaborazioni su dati Istat

Anche il confronto del numero assoluto dei decessi in Sardegna tra gli anni 2019 e 2021 (Tabella 2) evidenzia differenze significative. In due anni i decessi per tutte le cause sono aumentati di 1.698 unità (16.989 vs 18.687, +10%). È da sottolineare che oltre la metà di questa differenza è da attribuire ai decessi da COVID-19, che nel 2021 sono stati 964. I decessi per tumori maligni sono rimasti sostanzialmente stabili (+33 casi, +0,7% in due anni), ma si riscontrano rilevanti differenze per alcune forme specifiche di neoplasia maligna. I tumori maligni del seno hanno causato 427 decessi nel 2021, mentre erano stati 372 nel 2019 (+14,8%). I decessi per tumori del pancreas sono passati da 404 a 455 unità (+12,6%). Anche i decessi per tumori della prostata sono aumentati fino ai 253 nel 2021 (+48 unità e +23,4%). Le malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche hanno avuto complessivamente una crescita di decessi del 16,8% (+124 decessi), causato da un aumento dei decessi per diabete mellito di 134 unità in due anni (473 vs 607, +28,3%). I decessi per le malattie del sistema nervoso centrale e degli organi di senso sono passati dagli 877 del 2019 ai 970 del 2021 (+10,6%). Le malattie dell'apparato cardiocircolatorio hanno mostrato un aumento dei decessi 106 unità in due anni, ma l'aumento relativo risulta più contenuto (+2,1%). I decessi causati da malattie dell'apparato genitourinario hanno avuto un aumento relativo di quasi il 20%, arrivando alla cifra di 334 nel 2021, con 54 unità in più. Le cause di morte per traumatismo e avvelenamento (che comprendono le cause accidentali e dolose, etero-/autolesive), sono anch'esse aumentate in questo intervallo temporale, passando dai 796 decessi del 2019 agli 848 nel 2021 (+52 decessi e +6,5%). Più contenuto l'aumento dei decessi per disturbi psichici e comportamentali, 984 nel 2021 (+39 unità e +4,1%). Unici dati che segnano un'ampia decrescita dei decessi sono le malattie dell'apparato respiratorio (escluso COVID-19), che sono diminuite di 128 unità (1244 vs 1116, -10,3%) e le malattie infettive e parassitarie senza i decessi per COVID-19 (-67 decessi, da 401 a 334).



Tabella 2 – Mortalità per causa -Tumori : confronto 2019-2021

Patologie	Sardegna Decessi 2019	Sardegna Decessi 2021	Differenza assoluta e relativa	
<i>Tumori maligni</i>	4965	4998	33	+0,7
- <i>Tumori maligni del seno</i>	372	427	55	+14,8
- <i>Tumori maligni della prostata</i>	205	253	48	+23,4
- <i>Tumori maligni del pancreas</i>	404	455	51	+12,6
<i>Malattie dell'apparato cardiocircolatorio</i>	4985	5091	106	+2,1
<i>Malattie dell'apparato respiratorio (no COVID-19)</i>	1244	1116	-128	-10,3
<i>Malattie infettive e parassitarie (no COVID-19)</i>	401	334	-67	-16,7
<i>Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche</i>	740	864	124	+16,8
- <i>Diabete mellito</i>	473	607	134	+28,3
<i>Disturbi psichici e comportamentali</i>	945	984	39	+4,1
<i>Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso</i>	877	970	93	+10,6
<i>Malattie dell'apparato genitourinario</i>	280	334	54	+19,3
<i>Cause esterne di traumatismo e avvelenamento</i>	796	848	52	+6,5
<i>COVID-19</i>	0	964	964	-
TOTALE	16989	18687	1698	+10,0%

Fonte. Elaborazioni su dati Istat



1.2 Sottosezione - MISSION E STRATEGIA

L'AOU è la sede istituzionale di attività assistenziali integrate con quelle della didattica e della ricerca proprie della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Cagliari. Erega e sviluppa, integrandole, assistenza sanitaria polispecialistica, ricerca e formazione, di rilievo ed interesse nazionale ed internazionale. Persegue la centralità del Cittadino e dello Studente e favorisce la valorizzazione dei Professionisti anche mediante la condivisione degli obiettivi e la responsabilizzazione sui risultati.

L'AOU nello svolgimento delle proprie attività utilizza le risorse assegnate dall'Università degli Studi di Cagliari e dal Servizio sanitario regionale con un modello organizzativo nel quale ciascun professionista opera, a prescindere dallo stato giuridico di provenienza, in maniera integrata e paritaria per il perseguimento degli obiettivi fissati.

L'AOU svolge la propria attività nell'ambito della programmazione sanitaria nazionale e regionale, e concorre al raggiungimento degli obiettivi ed alla realizzazione dei compiti istituzionali della Facoltà di Medicina, nell'ambito delle risorse disponibili, che verranno utilizzate secondo criteri di efficacia ed economicità.

L'azienda, quale componente di un sistema integrato, sviluppa la cooperazione fra le diverse Aziende Sanitarie per garantire l'uniformità e l'unitarietà delle funzioni del S.S.R.

La **MISSIONE** dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria è caratterizzata dalle seguenti macrofunzioni:

L'azienda, quale componente di un sistema integrato, sviluppa la cooperazione fra le diverse Aziende Sanitarie per garantire l'uniformità e l'unitarietà delle funzioni del S.S.R.

La missione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria è caratterizzata dalle seguenti macrofunzioni:

- a) **funzione assistenziale** - l'Azienda è orientata sia alla gestione delle patologie ad alta complessità attraverso l'utilizzo di un approccio multidisciplinare ed il coinvolgimento di tutti gli operatori, sia alla definizione ed applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico-terapeutici, garantendo la continuità nell'emergenza-urgenza delle prestazioni diagnostico-terapeutiche e delle prestazioni di supporto nell'ambito dell'eccellenza;
- b) **la medicina traslazionale** - di cui all'Art. 6 comma 13 della L. n. 240/2010.
- c) **funzione didattica** - l'Azienda è sede di tutti i livelli dell'organizzazione formativa, ovvero Corsi di Laurea in professioni sanitarie, Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, Scuole di Specializzazione, Dottorati di Ricerca, Formazione continua degli operatori sanitari successiva all'abilitazione professionale, anche nell'ottica dell'adempimento dell'Educazione Continua in Medicina prevista dal Ministero della Salute;
- d) **attività di ricerca di base e clinica** (nazionale ed internazionale) e trasferimento tecnologico (terza missione) - l'Azienda realizza attività di ricerca volta a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative ed a favorire il rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria, sede di Comitato Etico, promuove con ogni mezzo l'attività di sperimentazione clinica.
- e) **promozione della salute** - l'Azienda partecipa a tutte le attività di prevenzione in collaborazione con l'Azienda per la Tutela della Salute con particolare riferimento agli screening per i tumori, alle attività di educazione sanitaria nella lotta alle malattie, ecc.
- f) **Slow Medicine** al fine di aderire fattivamente al progetto "Fare di più non significa fare meglio" e alla rete degli "Ospedali e Territori Slow".

Essi sono intesi come "prodotto globale" ed il dimensionamento e l'aggregazione delle Unità Operative deve tener conto sia dell'attività assistenziale che delle attività didattiche e di ricerca, valutate su parametri



oggettivi.

Le attività assistenziali, didattiche e di ricerca sono obiettivi integrati in tutte le articolazioni organizzative dell'Azienda e per tutto il personale impiegato, fermo restando il rispetto dei compiti istituzionali riferiti allo stato giuridico del personale.

L'AOU ha l'obiettivo della creazione di una figura professionale unitaria di dirigente sanitario, in grado di svolgere in modo eccellente i compiti di didattica, ricerca ed assistenza, indipendentemente dall'istituzione di provenienza. È peculiarità dell'AOU l'attività di ricerca competitiva nella comunità scientifica internazionale e la massima efficienza didattico-formativa, in quanto possibile sede di tutti i livelli della formazione.

L'Azienda si propone di rafforzare il suo ruolo attraverso l'impegno costante a:

- aumentare il grado di soddisfazione degli utenti e degli operatori;
- accrescere la posizione di eccellenza per il trattamento di tutte le patologie, ed in particolare per l'alta specialità,
- sviluppare la ricerca scientifica e le attività specialistiche e interdisciplinari a carattere spiccatamente innovativo;
- favorire la sperimentazione di nuovi modelli didattici;
- mettere a punto modalità gestionali atte a coniugare all'eccellenza delle prestazioni la razionalità nell'uso delle risorse;
- favorire l'integrazione ospedale-territorio anche attraverso percorsi di dimissione protetta.

L'Azienda individua ed attua **STRATEGIE** mirate alla appropriatezza dei ricoveri sia per gli aspetti organizzativi che per gli aspetti clinici e promuove l'innovazione assistenziale. A tal fine:

- Adegua l'organizzazione aziendale e il sistema delle relazioni ai principi ed ai contenuti della L.R. 24/2020 e del protocollo regionale di intesa fra Regione e Università.
- Definisce un sistema per il governo aziendale, che integri e completi gli strumenti per la realizzazione dei programmi di governo clinico e lo sviluppo dei sistemi informativi clinicamente orientati.
- Valorizza le persone e lo sviluppo delle competenze anche attraverso l'applicazione innovativa degli strumenti della contrattazione collettiva e di e-learning.
- Organizza le strutture amministrative, tecniche e di supporto in base al principio della distinzione tra indirizzo e controllo (competenza della Direzione Generale) e attuazione e gestione (competenza della Dirigenza).
- Sviluppa percorsi assistenziali integrati all'interno dell'Azienda e fra ospedale e territorio.
- Promuove le aree di eccellenza clinica.
- Promuove l'innovazione assistenziale e l'appropriatezza clinica e organizzativa.
- Persegue il progressivo sviluppo della degenza ospedaliera in aree omogenee per intensità di cura.
- Si avvale delle innovazioni tecnologiche, di concerto con ARES, per lo sviluppo della telemedicina anche attraverso l'impiego del cloud service, di sistemi di Data Driven Decision Making e di soluzioni di intelligenza artificiale

La visione strategica, nel perseguimento delle finalità istituzionali, comporta la realizzazione, in un contesto di ottimizzazione della gestione delle risorse disponibili, di un sistema idoneo per il raggiungimento di obiettivi di appropriatezza e di qualità dei servizi offerti a pazienti, studenti e specializzandi.



L'integrazione Ospedale-Università:

L'Azienda realizza il principio dell'inscindibilità delle funzioni di didattica, di ricerca e di assistenza attraverso un rapporto di cooperazione e leale collaborazione con l'Università e con la Facoltà di Medicina e Chirurgia e con i Dipartimenti Universitari, finalizzato alla qualificazione delle attività stesse e alla realizzazione dei fini istituzionali. A tal fine:

- promuove un contesto favorevole allo sviluppo della ricerca in medicina, per l'innovazione assistenziale e organizzativa;
- definisce un assetto di regole e strumenti per la garanzia di trasparenza;
- promuove la partecipazione della componente ospedaliera alle attività di formazione e ricerca.

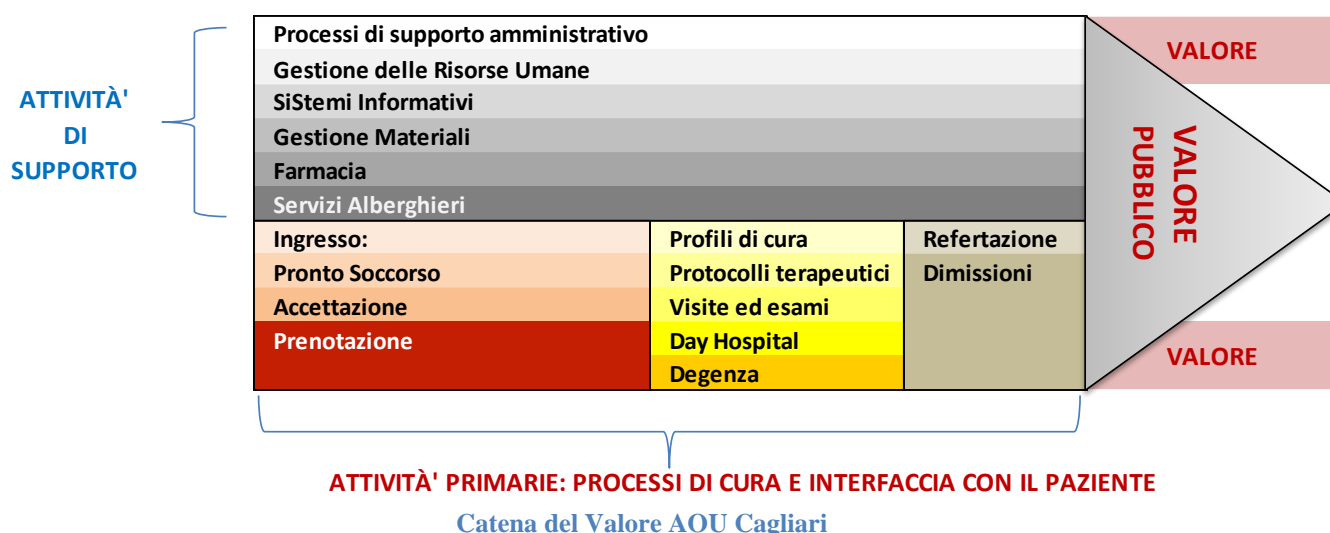


2 SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Sottosezione - VALORE PUBBLICO

Le funzioni aziendali sono considerate come un complesso coordinato di processi (fasi e attività) fra loro complementari e interdipendenti che costituiscono gli anelli di una catena tramite la quale l’Azienda “produce **VALORE**” in termini di efficienza e di efficacia.

Lo scopo fondamentale dell’Azienda e la giustificazione stessa della sua esistenza consistono nel raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute, definita questa come recupero e mantenimento della salute fisica, psichica e sociale, in un processo che includa in modo inscindibile la didattica, come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori e dei soggetti in formazione e la ricerca, volta al continuo progresso delle conoscenze cliniche e biomediche.



La missione istituzionale di tutte le pubbliche amministrazioni è quella di creare risposte strutturate ai bisogni dei propri utenti e più in generale degli stakeholder e dei cittadini. Possiamo dire dunque che si crea **VALORE PUBBLICO** quando si utilizzano le risorse a disposizione in modo efficiente, efficace e dunque funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze dei cittadini, realizzando un miglioramento del livello di benessere degli stessi. Le aziende pubbliche, erogando servizi di pubblica utilità e non avendo finalità di profitto, devono orientare il proprio operato alla creazione di valore. Le loro strategie e capacità di governo devono dunque essere valutate in questa ottica. Nell’ambito della sanità il tema del soddisfacimento dei bisogni e della creazione di valore riveste ancora più importanza dal momento che fra tutti i bisogni possibili quello alla sopravvivenza in salute possiamo dire sia il presupposto per tutti gli altri.

Al fine di mantenere e perseguire la garanzia di creazione del valore verso il Cittadino, l’AOU Cagliari orienta l’attività verso un miglioramento continuo, una revisione critica e consapevole alla base della quale pone una chiara condivisione del cambiamento aziendale ed innovazione dei processi.

In un’ottica di medio lungo periodo, la strategia dell’azienda orientata a puntare sulla massima creazione di **VALORE PUBBLICO** si focalizza su:

- erogare prestazioni di alta complessità, ponendosi come riferimento per l’area del Sud Sardegna, ma anche per il livello regionale nell’offerta ospedaliera;



- garantire la continuità dei percorsi assistenziali e diagnostici, ricercando la massima collaborazione ed integrazione con la medicina generale e con le strutture territoriali operando in un'ottica di percorso;
- garantire la piena accessibilità alle prestazioni, sia di ricovero che ambulatoriali, in modo tale da favorire la piena soddisfazione dei pazienti nell'ambito dei diversi percorsi;
- perseguire un miglioramento continuo degli esiti e della qualità servizi offerti al fine di rispondere al meglio ai bisogni di salute dei pazienti.

L'AOU individua come elementi costitutivi della propria missione istituzionale, i seguenti principi, al fine di garantire un'appropriata risposta alla crescente domanda di salute e di benessere dei cittadini:

- ricercare l'appropriatezza clinica ed organizzativa delle prestazioni, nel rispetto dei principi universalistici dell'assistenza e nel rispetto del principio di equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie;
- perseguire l'innovazione quale processo di creazione di nuovi strumenti organizzativi, tecnologici e produttivi, o modificazione di quelli già esistenti; sostenere l'innovazione organizzativa e gestionale quale elemento valoriale del sistema azienda nel suo complesso;
- mettere in essere tutte le azioni possibili per realizzare la semplificazione, la reingegnerizzazione e la digitalizzazione dei processi;
- favorire un rapporto con i cittadini improntato alla trasparenza ed al rispetto della tutela della riservatezza delle informazioni sui dati personali;
- dare rilievo e potenziare i processi di comunicazione verso i cittadini, i soggetti in formazione e gli operatori, al fine di accrescere la condivisione dei valori etici e degli obiettivi aziendali, diffondendo tra i propri utenti l'informazione al fine di favorirne l'autonomia decisionale;
- affermare la ricerca, di base ed applicata, quale indispensabile strumento di sviluppo della conoscenza scientifica e della formazione dei nuovi professionisti;
- garantire un'adeguata formazione attraverso l'integrazione con UNICA dei professionisti sanitari nei corsi di laurea e di specializzazione;

La visione strategica è fondamentale per definire cosa l'Azienda vuole realizzare nei prossimi anni.

Permette inoltre di orientare l'azione del personale, motivandolo affinché si senta coinvolto e sia dunque disposto ad impegnarsi al massimo per conseguire gli obiettivi stabiliti. E' proprio con questa visione strategica che l'Azienda ha avviato un processo di revisione dell'assetto organizzativo, in osservanza del nuovo Atto Aziendale orientato a garantire la massima coerenza fra i meccanismi operativi e gli obiettivi che, attraverso questi, si vogliono raggiungere.

E' attraverso i diversi processi diagnostici, clinici ed assistenziali che le risorse impiegate (input) vengono organizzate per erogare ai pazienti le prestazioni (output) sia di ricovero che ambulatoriali. Ed è proprio la quantità e la qualità delle prestazioni erogate che contribuisce a produrre il risultato atteso in termini di salute e benessere della popolazione (*outcome*) come **Valore Pubblico** di riferimento in questo contesto.

Si può dire in effetti che gli *outcome* intermedi, quali esiti dei singoli processi, rappresentano i risultati più tangibili delle attività delle organizzazioni e sono il tramite che dovrebbe portare ad un concreto miglioramento del benessere dei cittadini quale *outcome* finale cui tutto il sistema deve tendere.

Il contributo reale generato a vantaggio di tutta la comunità è la creazione di **Valore Pubblico**, ovvero, nel nostro caso, di un livello di salute e benessere complessivo migliore.

Mentre tuttavia gli *outcome* intermedi sono abbastanza misurabili in quanto dipendono spesso prevalentemente dalle azioni delle organizzazioni stesse, gli *outcome* finali talvolta sono di difficile

misurazione proprio perché non dipendono soltanto dalle azioni degli enti pubblici ma anche da una serie molteplice di altri fattori.

Per la realizzazione e la misurazione degli *outcome* intermedi, ovvero dei risultati di performance, gli obiettivi ed i relativi indicatori sono contenuti nella sezione della **Performance**. Per quanto riguarda gli *outcome* finali, ovvero il contributo generato a vantaggio della comunità e la reale creazione di **Valore Pubblico**, gli ambiti nei quali dobbiamo misurare la capacità dell’Azienda di orientare davvero la risposta ai cittadini in ottica di miglioramento del benessere sono rappresentati in questo schema di sintesi:



Di seguito abbiamo provato a delineare questi ambiti di azione in termini di **Valore Pubblico** attraverso obiettivi, con relativi indicatori e valori attesi:

✓ **Qualità percepita dai cittadini**

La percezione che i cittadini hanno dei servizi sanitari è molto importante, perché sono i cittadini i destinatari dei servizi pubblici. Per questo è fondamentale analizzare e misurare la qualità percepita.

L’Aou di Cagliari lo sta facendo in diversi modi.

La presenza sui social

L’Azienda ha una presenza e un monitoraggio sui social quotidiano. Questo perché la comunicazione e le abitudini delle persone sono completamente cambiate rispetto a dieci anni fa: i pazienti sono presenti massicciamente sulle piattaforme social e, dunque, è indispensabile non solo offrire informazione di qualità ma comunicare, dialogare, migliorare il rapporto con i cittadini.

Nel rispetto degli indirizzi aziendali, nel 2023 la comunicazione dell’Aou di Cagliari ha lavorato sulle seguenti linee strategiche:



- 1) Cura del rapporto con i cittadini
- 2) Affiancamento alle attività aziendali e delle strutture interne
- 3) Educazione della salute
- 4) Campagne sanitarie

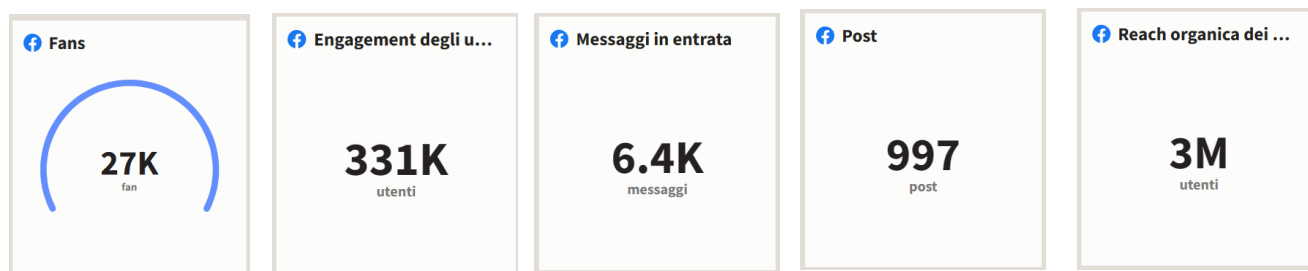
Per raggiungere gli obiettivi, il team della comunicazione ha realizzato diversi prodotti durante tutto il 2023:

- 950 post pubblicati
- 530 foto pubblicate
- 175 articoli
- 72 comunicati
- 35 puntate di 15 minuti con...
- 43 edizioni di 7 giorni in 70 secondi
- 7 rubriche video per un totale di 53 puntate
- 36 reel
- 1.028 storie
- 847 grafiche (campagne istituzionali, servizi aziendali, articoli, riadattamenti)

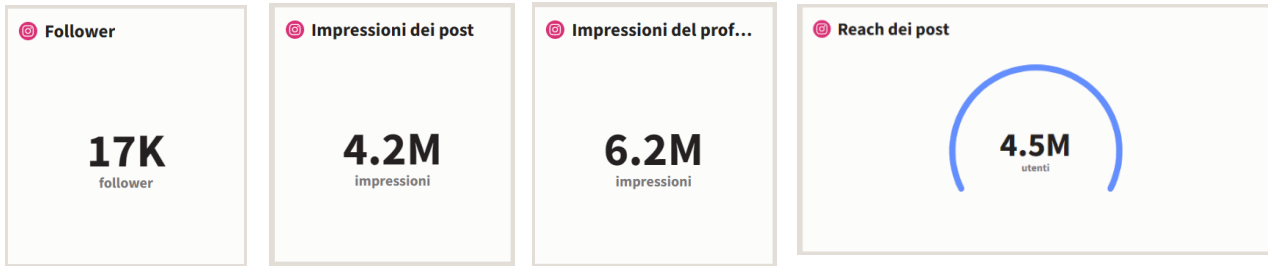
Al 31 dicembre 2023, il traffico portato sulle pagine social dai prodotti vede oltre 7.100 commenti, 186.527 reazioni e 7.448 condivisioni dei post.

L'Azienda ospedaliero-universitaria di Cagliari è presente su tutte le principali piattaforme social e in quelle di messaggistica. A fine 2023 ha anche vinto per il terzo anno consecutivo il premio "Smartphone d'oro" come miglior comunicazione digitale d'Italia

La pagina Facebook ha quasi 30mila fan (cioè gli iscritti alla pagina), un numero decisamente alto rispetto alla media nazionale: assieme all'ospedale Niguarda di Milano è al vertice tra le aziende sanitarie e ospedaliere italiane. La crescita dei fan del 2023 è stata del 22%, con un engagement di 331mila utenti, sono stati ricevuti 6.448 messaggi, pubblicati 997 post. Inoltre, ha la pagina ha una reach organica dei post di 3 milioni di utenti e 85mila reazioni/anno.



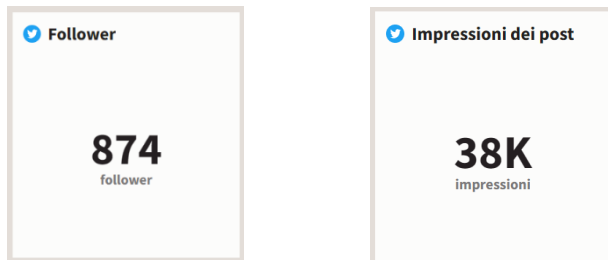
Il profilo Instagram dell'Aou ha oltre 17mila followers, con 4.2 milioni di impressions (visualizzazioni) dei post, 6.2 milioni del profilo, e una reach organica dei post di 4.5 milioni di utenti.



LinkedIn ha 12.666 impressions al mese, quasi 70mila collegamenti (il numero di utenti LinkedIn univoci che hanno visto i post associati alle pagine), 861 post pubblicati



X (ex Twitter) con 874 followers è il social diretto agli stakeholder. Pur essendo un social più di nicchia ha un forte impatto visivo, totalizzando 38mila impressions.



TikTok, ultimo social che si è unito alla famiglia Aou alla fine del 2022, ha 337 follower e 531 like.



Nel 2023 è stato avviato il Progetto di advertising sui social Facebook e Instagram, questo ha consentito di rafforzare la portata delle campagne.

Anna, l'assistente virtuale in 3D



Anche Anna, l'assistente virtuale in presenza, è stata molto importante per migliorare il rapporto con i cittadini. Si tratta di un sistema virtuale in 3D dotato di intelligenza artificiale che risponde alle domande degli utenti. L'assistente virtuale è stata posizionata al piano zero e al primo piano del Blocco C, davanti agli ingressi principali del Policlinico Duilio Casula

L'Ufficio relazioni con il pubblico

Grande successo continua ad avere il sistema digitalizzato dell'Ufficio relazioni con il pubblico. Dal 1 gennaio al 13 novembre 2023 l'Urp ha gestito 2.473 segnalazioni.

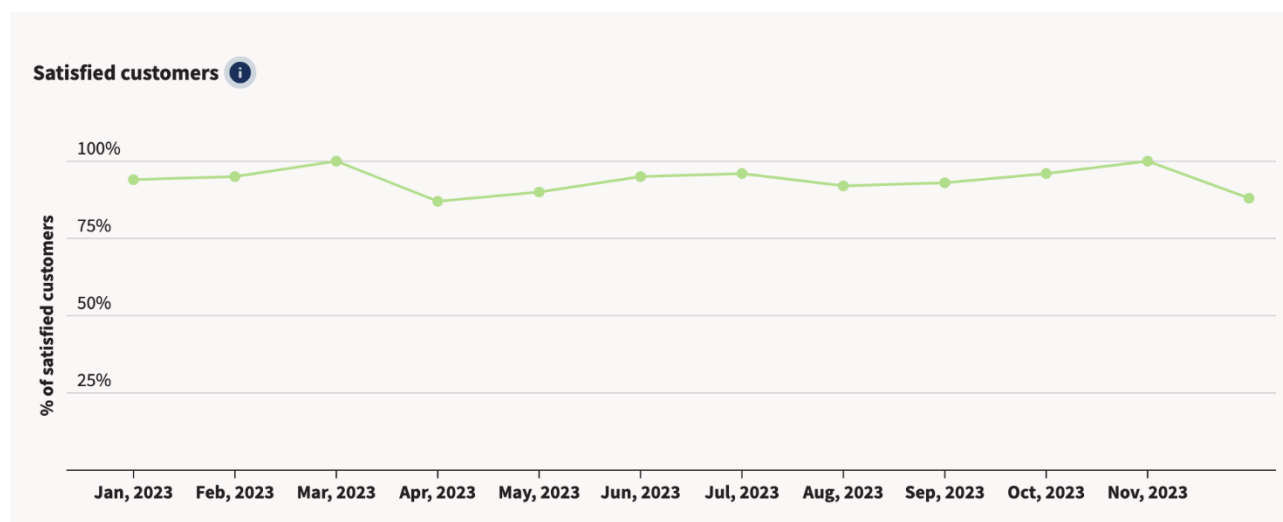
I cittadini e le cittadine, per comunicare con l'Urp, hanno utilizzato tutti i canali disponibili.

Le conversazioni sono state gestite tramite il software "Urp digitale" che consente alle operatrici di rispondere in tempo reale.

Le **2.473 segnalazioni** sono arrivate dai seguenti canali:

o Whatsapp	1.028
o Facebook	117
o Instagram	53
o Email	491
o Chiamata	370
o In presenza	297
o PEC	82

Nel 2023 i pazienti che hanno espresso soddisfazione sul servizio sono stati il 94 per cento.



Per il 2024 l'Azienda intende lavorare per il consolidamento di questi risultati.



..

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO (Target)	TEMPI REALIZZAZIONE	FONTE DATI
Miglioramento qualità percepita dai pazienti sui servizi erogati da AOU CA	Miglioramento valutazione pazienti sui	% Pazienti che hanno dato valutazione buona-ottima sui servizi erogati/Totale pazienti che hanno effettuato indagine di soddisfazione	> 70%	3-5 anni	indagini di soddisfazione del paziente



Ufficio Stampa

L'attività di ufficio stampa e di comunicazione pubblica è stata molto intensa. Il servizio Ufficio Stampa gestisce anche la testata giornalistica AouCa News, che produce quotidianamente:

- Articoli (175 pubblicati sul sito istituzionale)
- Comunicati stampa (72 inviati alle testate giornalistiche)
- Affiancamento alle strutture per eventi/promozioni/riconoscimenti
- Il telegiornale settimanale “7 giorni in 70 secondi” (43 edizioni)
- Il diretto live streaming “15 minuti con...” (35 puntate)

✓ **Accessibilità dei Servizi**

“Il principio di eguaglianza e il principio di universalità del SSN costituiscono presupposto indefettibile per assicurare la coesione sociale del Paese e per contrastare le conseguenze sulla salute frutto delle disuguaglianze sociali, derivanti dalle diverse condizioni socioeconomiche dei singoli territori. Alla tradizionale idea di eguaglianza in base alla quale “gli individui con lo stesso stato di salute (o di bisogno) devono venire trattati egualmente”, si è progressivamente affiancata la convinzione che “gli individui con peggiore stato di salute o con maggiore bisogno devono venire trattati più favorevolmente” (equità verticale). Tale sviluppo del principio di eguaglianza ha consentito di mettere a fuoco tre diversi ambiti in cui il corollario dell'equità deve trovare concreta realizzazione:

- l'accesso alle prestazioni ed ai servizi sanitari;
- i risultati di salute in capo ai singoli soggetti;
- l'allocazione delle risorse e dei servizi secondo i bisogni.

La qualità del servizio è il risultato del rapporto tra qualità erogata, le attese dell'utente ed il servizio che egli ha percepito di aver ricevuto. Per migliorare i risultati e la soddisfazione del cliente-utente è necessario intervenire sulla progettazione di produzione del servizio per ottimizzare i processi di erogazione.

L'accessibilità dei servizi sanitari costituisce uno dei punti critici del nostro Sistema Sanitario e gioca un ruolo determinante nella valutazione di equità del sistema. Sul piano organizzativo, al fine di ottimizzare l'accesso alle prestazioni, la Regione ha istituito il Centro Unico Prenotazioni CUP WEB, con la finalità di gestire l'offerta delle prestazioni sanitarie attraverso:

- *Gestione e programmazione delle agende di prenotazione;*
- *Supporto ai punti di prenotazione e di erogazione;*
- *Monitoraggio del governo delle liste di attesa.*

I lunghi tempi di attesa per usufruire delle prestazioni sanitarie sono una delle principali cause di malcontento dei cittadini relativamente al servizio sanitario.

Il governo dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è pertanto uno degli obiettivi prioritari del SSN e del SSR e l'erogazione dei servizi assegnati, entro i tempi appropriati rispetto alle patologie e alle necessità di cura, è una componente dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.).

Le prestazioni comprese nei L.E.A. poiché sono funzionali alla realizzazione del diritto alla salute, devono essere adeguate alle specifiche esigenze di quanti le richiedono sia sotto il profilo quantitativo (sufficienza) e qualitativo (appropriatezza), che sotto il profilo “temporale”, garantendone l'erogazione con la tempestività richiesta dal quadro diagnostico prospettato in fase di prescrizione.

Per valutare il rispetto dei tempi massimi di attesa, per livelli di priorità, si prendono in considerazione le prestazioni ambulatoriali che rappresentano il primo contatto del paziente con il SSR per la risoluzione del problema di salute gestito in prima battuta dal MMG.



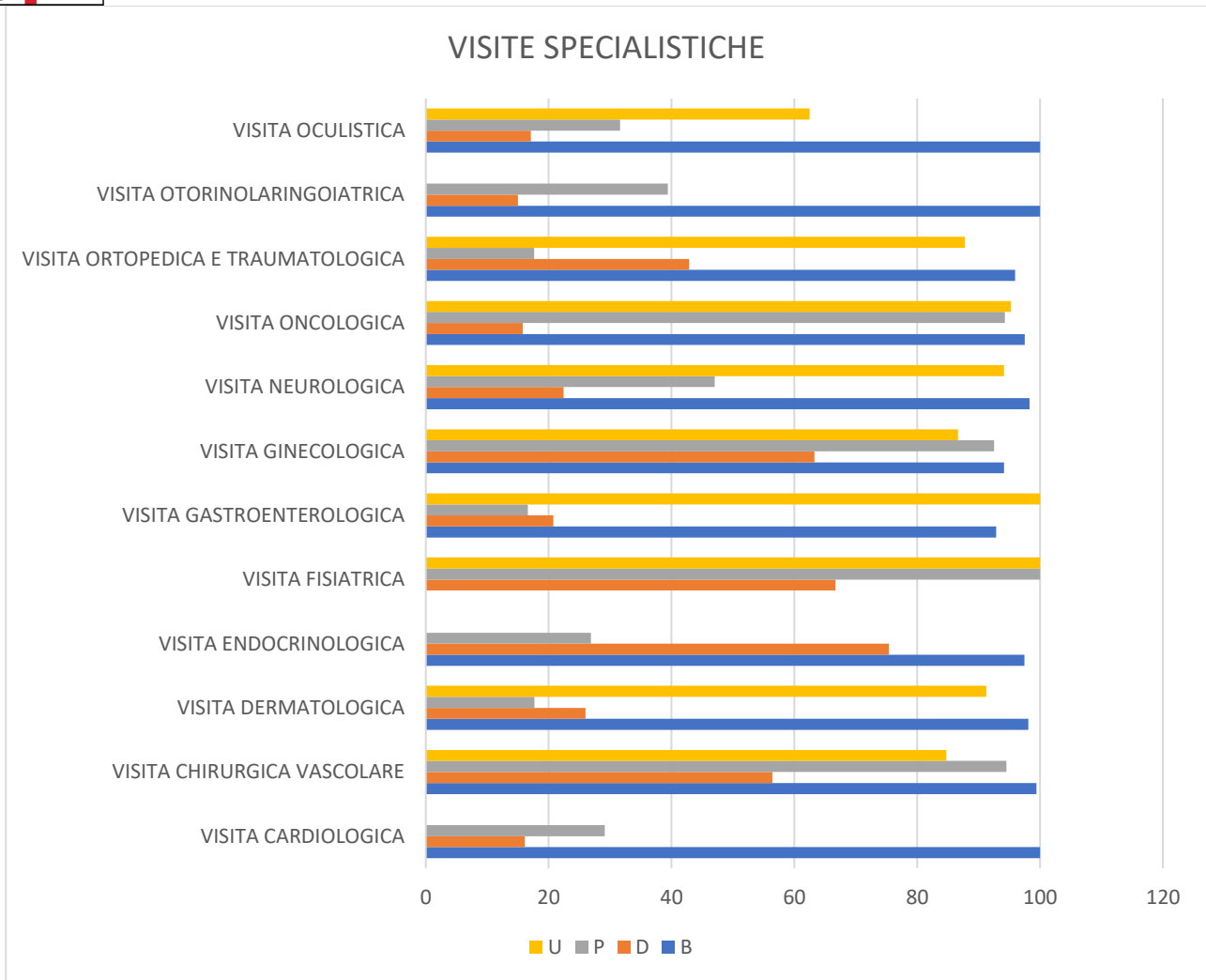
Sono escluse dal monitoraggio tutte le prestazioni di controllo.

Si evidenzia che una rilevante criticità è rappresentata dai pazienti che prenotano la prestazione e senza aver disdetto non si presentano per l'esecuzione della visita, impedendo di riassegnare la prenotazione ad altro utente. A tal fine si intende rinforzare il sistema di informazione, attraverso i diversi canali informativi, in merito alle modalità di disdetta delle prenotazioni e del sistema sanzionatorio che scatta nel caso di abbandono.

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO (Target)	TEMPO DI REALIZZAZIONE	FONTE DATI
Riduzione tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Riduzione del no show	% di abbandono per singola prestazione ambulatoriale	<20%	1-3 anni	CUP WEB
	Responsabilizzazione del paziente				

Si ripropone l'obiettivo strategico inserito nel PIAO 2023/2025 con le risultanze delle percentuali delle prestazioni ambulatoriali indice, garantite entro i tempi massimi, per livello di priorità definiti dal PRGLA per il periodo dal 01/01/2023 al 31/12/2023.

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO (Target)	TEMPO DI REALIZZAZIONE	FONTE DATI
Riduzione tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Prenotazioni prestazioni indice entro i tempi massimi definiti nel PRGLA	% prime prestazioni indice garantite entro i tempi massimi per livello di priorità definiti dal PRGLA	>90%	1-3 anni	CUP WEB



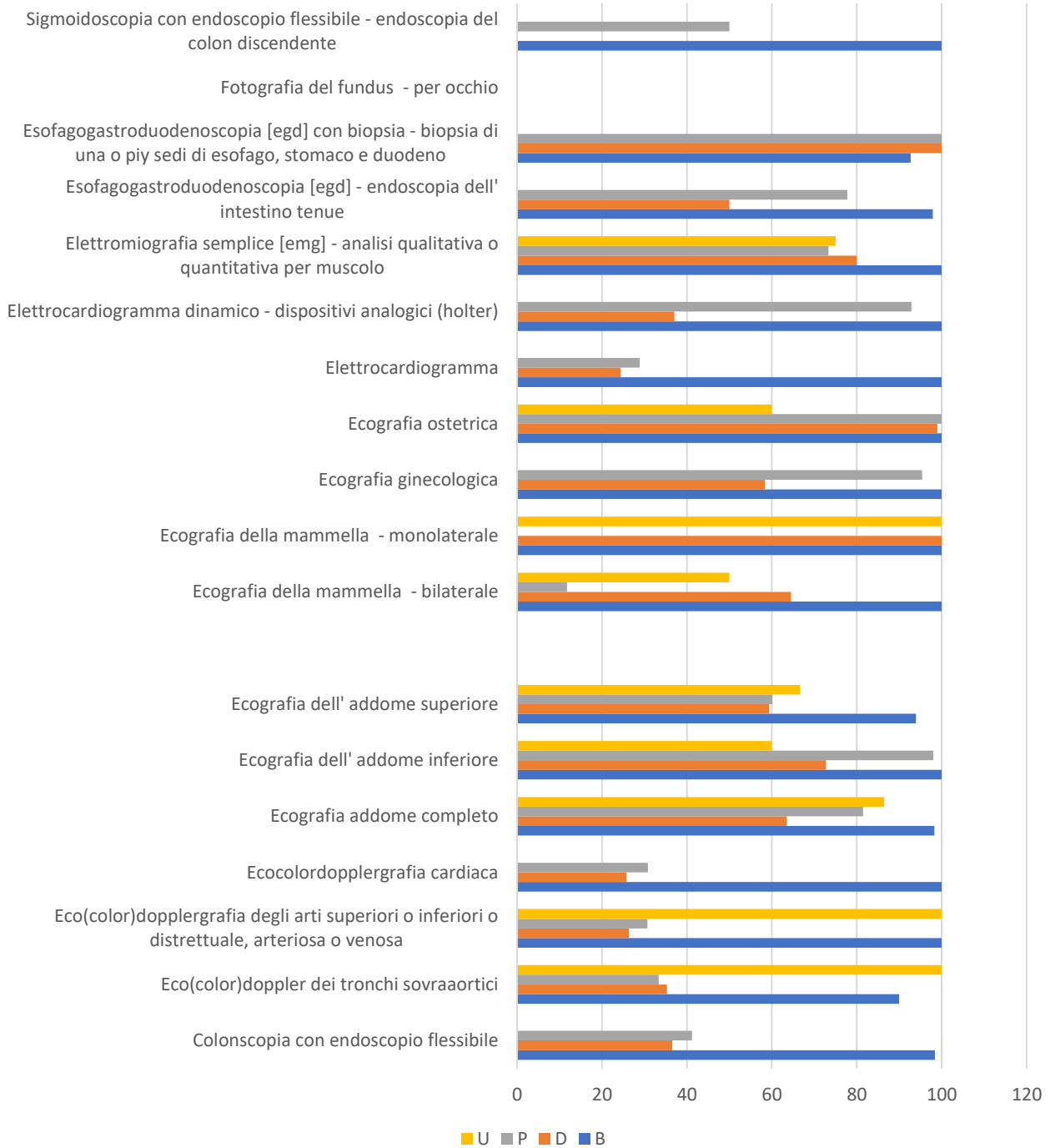
Fonte Cup Web

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI



Fonte Cup Web

DIAGNOSTICA STRUMENTALE



Fonte Cup Web



✓ AOU CA Eco-sostenibile

Ormai è chiaro da tempo che un approccio globale alla salute definita come “stato di totale benessere fisico mentale e sociale” (O.M.S.) non può prescindere da un impegno attivo a tutti i livelli istituzionali su quelli che sono i determinanti, ossia i fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo e dunque di una comunità e di una popolazione. Se sul risultato finale incidono fattori genetici ed epidemiologici, ma anche comportamenti individuali, contesto politico, socio-economico culturale ed ambientale la discussione non è solo teorica e concettuale; le sue conclusioni hanno a che fare con le strategie di prevenzione e le politiche sanitarie di una nazione, di una regione e dunque anche di un’azienda.

E’ con questo orientamento che anche nell’Azienda si è cominciato a pensare a progettualità che possano incidere sul miglioramento del contesto ambientale con un impatto diretto sul P.O. Duilio Casula di Monserrato e sul P.O. San Giovanni di Dio. In questa ottica l’AOU nel 2009 ha approvato la progettazione esecutiva per la realizzazione di impianti fotovoltaici presso il P.O. Duilio Casula di Monserrato che ha permesso di attivare un impianto fotovoltaico il cui intervento è stato concluso nel 2014 ed oggi è in grado di produrre 154,16 KWp.

La programmazione in essere rende evidenti interventi aventi la vocazione di soddisfare i bisogni sanitari propri dell’amministrazione senza trascurare quegli aspetti che possono ricondursi alla sostenibilità ambientale dell’intervento, in particolare connessa alle componenti di consumo energetico, paesaggio, qualità della vita.

Nello specifico si pensa di fare riferimento all’intervento CUI L03108560925202300003, denominato “Riqualificazione ed adeguamento normativo dell’Ospedale Civile S. Giovanni di Dio. Piano di Gestione 5 - Interventi di sostenibilità ambientale ed efficientamento energetico” dell’importo complessivo pari a € 2.394.467,74 e a cui si aggiunge quello del CUI L03108560925202100002, denominato “Riqualificazione e riammodernamento complessivo del Policlinico Duilio Casula” dell’importo di € 47.530.000.

Si ritiene importante rappresentare che i suddetti interventi di OOPP rappresentano la prosecuzione di quell’ambizioso piano di interventi già attuato a partire dal 2013 con i fondi della programmazione ex art. 20 L. 67/88, proseguito negli anni 2014 e seguenti con i fondi dei piani FSC 2007/2013 e 2014/2020 che proiettano l’Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari verso soluzioni di ammodernamento ed **efficientamento energetico** (interventi immobiliari e ammodernamenti tecnologici) per oltre 110 Milioni di Euro in parte riconducibili a spese già sostenute e in parte attualmente in fase di spesa.

Val la pena rappresentare che l’AOU nel corso dell’anno 2023 ha realizzato interventi relativi all’efficientamento energetico della centrale frigorifera (Determine n. 736 del 25.09.2023 e n. 795 del 17.10.2023).

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO (Target)	TEMPI REALIZZAZIONE	FORNTE DATI
Adempimento delle milestone del PNRR	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	Osservanza delle tempistiche previste in merito all'avanzamento procedurale e fisico degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionale	Rispetto del 100% dei target previsti	1-4 anni	Area Tecnica

✓ **Clima interno**

Per quanto migliorare le condizioni di salute e di sicurezza nei luoghi di lavoro sia un obbligo imposto dalla normativa cogente (Dlgs 81/08 s.m.i), l'attività di Safety Management svolta dalla Struttura SSD Prevenzione e Protezione dell'AOU Cagliari, in accordo con il Datore di lavoro e la Direzione Strategica, non è limitata ad una visione unicamente giuridica (ricerca della conformità normativa) ma è calata e adattata al contesto organizzativo aziendale e orientata a fornire il dovuto contributo al raggiungimento degli obiettivi aziendali di efficienza, efficacia, qualità e sicurezza del lavoro svolto. Infatti il rapporto tra benessere organizzativo e performance aziendale è tenuto in considerazione nel calibrare le misure d'intervento (vedi schema).



(*) in relazione alla normativa vigente le attività sono state condivise con gli RLS aziendali, con i Medici Competenti e ove di competenza con il Risk Manager

Dette attività di cui allo schema che precede s'intendono prorogate per tutto l'arco temporale fino al 2026

In tale ottica, alcune specifiche attività in tema di stress lavoro-correlato e prevenzione dei rischi psicosociali, consentono di perseguire in modalità integrata obiettivi di notevole interesse per l'organizzazione in quanto funzionali al garantire un benessere organizzativo che si traduce in benessere psico-fisico, lavorativo e sociale dei lavoratori, in benefici economici e sociali per l'azienda e con effetti anche sul contesto esterno nel suo insieme e dei portatori d'interesse (stakeholder, utenti e pazienti).

La prevenzione del rischio da stress lavorativo e la promozione del benessere organizzativo sono due elementi centrali per il miglioramento delle performance aziendale. Le persone, infatti, costituiscono una risorsa essenziale e imprescindibile per il successo aziendale. È fondamentale che le organizzazioni si prendano cura del benessere dei lavoratori, attraverso interventi che promuovano ambienti di lavoro stimolanti, in grado di ascoltare e rispondere alle esigenze personali, anche al fine di aumentare la motivazione dei lavoratori e prevenire lo stress lavoro-correlato.

L'assolvimento di questo obbligo normativo, secondo il percorso metodologico realizzato dall'azienda, rappresenta un'occasione di analisi e di intervento per migliorare il processo di interazione tra individuo e organizzazione. È anche dimostrato come, nelle imprese in cui vi è un alto livello di coinvolgimento dei dipendenti, si registra una diminuzione del turnover e dell'assenteismo, oltre che un miglioramento generale del clima organizzativo interno e della reputazione dell'azienda verso l'esterno.



Si comprende come nell'attuale panorama sia fondamentale che le organizzazioni affrontino la tematica del benessere lavorativo, ponendo le persone e la loro sicurezza al centro della cultura organizzativa dell'azienda.

Le finalità conoscitive delle dinamiche interne, che permette di individuare e misurare la presenza di criticità, punti di debolezza e di forza del contesto lavorativo, e, minacce e opportunità derivanti dal contesto esterno, sono poi funzionali alla valorizzazione della qualità del lavoro e dell'assistenza, in considerazione della presenza dell'utenza e dei pazienti (soprattutto in un contesto sanitario assistenziale e ospedaliero come l'AOU Cagliari a forte valenza specialistica). La consapevolezza dell'importanza del benessere dei lavoratori per garantire il buon funzionamento dell'azienda è maturata negli ultimi anni (ed è stata evidenziata all'esperienza durante la pandemia Covid-19), anche a causa dei molteplici cambiamenti sociali e organizzativi che hanno coinvolto il mondo del lavoro. Tra i principali fattori che concorrono a promuovere la salute in ambito organizzativo si individua anche la percezione dello stress lavoro-correlato da parte dei lavoratori e del rischio di burnout. Quest'ultima è infatti una forma di disagio lavorativo, elettivamente a carico delle professioni di aiuto e dei servizi, opposta al benessere e all'impegno lavorativo. Lo stress è un fenomeno soggettivo, che riguarda il rapporto tra l'ambiente lavorativo e il modo in cui il soggetto percepisce e affronta gli stressor. Questo può derivare da una serie di situazioni inerenti l'assetto organizzativo, come ad esempio: il contesto lavorativo, i carichi di lavoro eccessivi, gli orari inadeguati, la scarsa qualità delle relazioni interpersonali, la mancanza di comunicazione, di formazione relativa all'attività da svolgersi, la mancata valorizzazione delle capacità del personale, l'inadeguatezza dei processi e delle procedure organizzative vigenti.

Si può in definitiva affermare che la Valutazione del rischio da stress lavoro-correlato e più in generale di tutti i rischi, compresi quelli psico-sociali (consolidati ed emergenti, come ad esempio la patient incivility, l'abuso di sostanze psicotrope, la job insecurity) che hanno un risvolto di rango elevato sotto l'aspetto del management aziendale.

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO (Target)	TEMPI REALIZZAZIONE	FONTE DATI
Capacità di creare un buon clima interno	Formazione e Coaching manageriale su base criteri	Attivazione asset specifico con procedura di intervento calibrata di concerto con direzione strategica rivolto al personale dirigente di UU. OO. Specifiche	Almeno su n. 15 strutture aziendali	1-3 anni	Risultati della SSD Prevenzione e Protezione
Capacità di creare un buon clima interno	Sportello d'ascolto interno al SSD Prevenzione protezione: offerta del servizio settimanale 2023-2025 (decescente)	Attivazione counseling	(6 incontri) sopra la soglia del 60% delle richieste, il restante 40% suddiviso tra orientamento all'aiuto e monitoraggio, in base alle situazioni contingenti presentate dall'utenza	1-3 anni	Risultati della SSD Prevenzione e Protezione
Garantire La parità di Genere in AOUC	Assicurare la conformità ai requisiti normativi	Applicazione sistema gestione Pdr – U.N.I.	Conformità indicatori tecnico-normativi al 70%	1-3 anni	Check list di controllo applicata a cura del CUG di concerto con SSD Prevenzione Protezione



✓ **Esiti**

La qualità dell'assistenza

Il 26 ottobre 2023 l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali ha pubblicato il Programma Nazionale Esiti (PNE) 2023, elaborati con i dati delle schede di dimissione ospedaliera 2022, con il quale viene delineato ogni anno un quadro dell'assistenza sanitaria in tutta Italia, al fine di valutare la qualità dell'assistenza sia in ambito ospedaliero che territoriale, con capacità di definizione che arriva alle singole strutture dei presidi ospedalieri.

I dati del PNE sull'attività sanitaria della nostra Azienda Ospedaliera Universitaria, analizzati nel dettaglio nel recente *"Instant report 2023"*, mostrano diversi elementi di elevata qualità assistenziale.

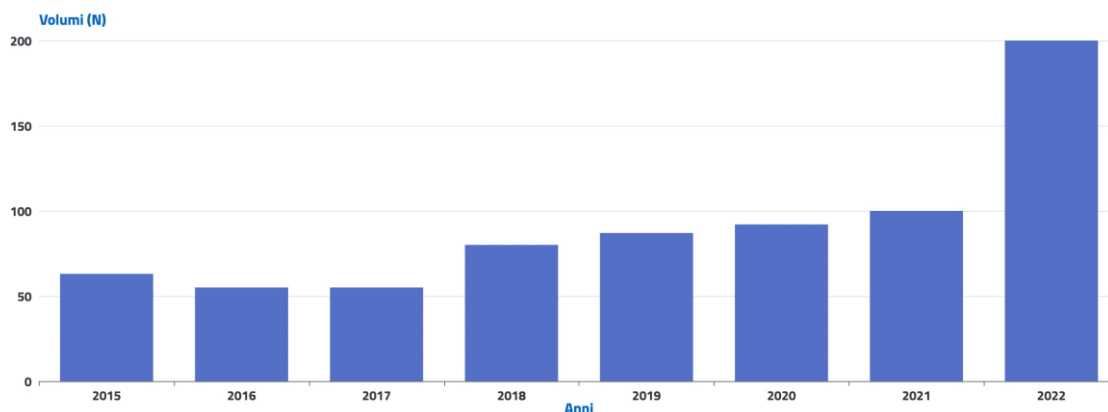
- **Area cardiovascolare**

Gli indicatori statistici riferiti all'area clinica cardiovascolare testimoniano un livello di qualità assistenziale "Molto alta" sia per la mortalità a 30 giorni da un ricovero per Infarto Miocardico Acuto (IMA), che per la proporzione di interventi di Angioplastica Coronarica Transluminale Percutanea (PTCA) eseguiti entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero/service. Ciò testimonia un elevato grado di appropriatezza delle cure e un'organizzazione interna del processo organizzativo che favorisce l'accesso tempestivo ad interventi caratterizzati da un elevato grado di specializzazione. Inoltre, i dati positivi sul piano qualitativo dell'area cardiovascolare sono accompagnati da un dato quantitativo che pone il Policlinico di Monserrato "Duilio Casula" al primo posto in campo regionale per **volume di ricoveri per infarto miocardico acuto**, con 525 ricoveri nel 2022.

- **Chirurgia oncologica**

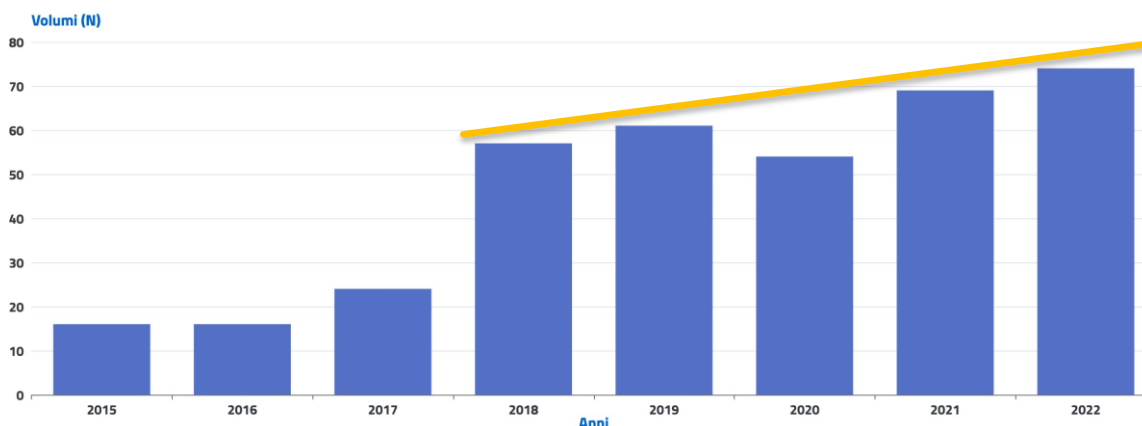
Nell'area clinica della chirurgia oncologica sono di particolare rilievo i dati sul volume dei ricoveri per interventi chirurgico per tumore della mammella. Nel 2022 il volume di questi ricoveri è raddoppiato rispetto al 2021, passando da 100 a 200 unità annuali.

Policlinico Monserrato - Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri



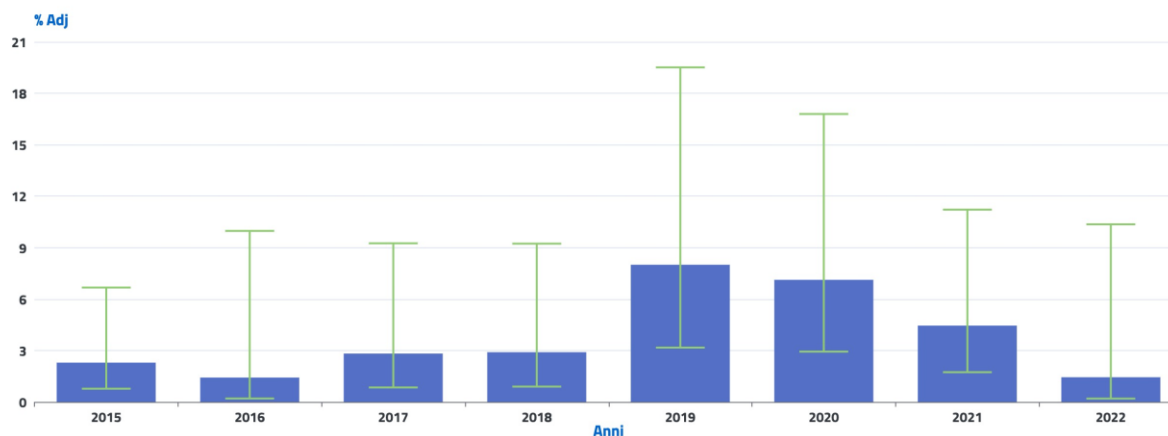
Sempre nel campo oncologico si è registrata una crescita dei ricoveri per intervento chirurgico in laparoscopia per tumore del colon. Come mostrato dal grafico sottostante il dato del 2022, con 74 ricoveri, conferisce continuità al trend di crescita già evidenziato negli anni precedenti, e conferma il superamento della flessione registrata nel 2020 a causa della pandemia da SARS-CoV-2. Inoltre, questo dato rende il Policlinico di Monserrato il presidio ospedaliero con il maggior volume di ricoveri in Sardegna per intervento chirurgico per tumore del colon eseguiti in laparoscopia.

Policlinico Monserrato - Intervento chirurgico per TM colon: interventi in laparoscopia



Volge in senso positivo anche l'indicatore statistico relativo alla mortalità a 30 giorni da un intervento chirurgico per tumore del colon. Da una mediana *adjusted* dell'8% evidenziata nel 2019 (ultimo dato pre-pandemia), si è assistito ad una progressiva discesa fino al valore di 1,44% del 2022, che secondo i criteri di valutazione qualitativa del PNE viene considerato un indice di qualità assistenziale "Alta".

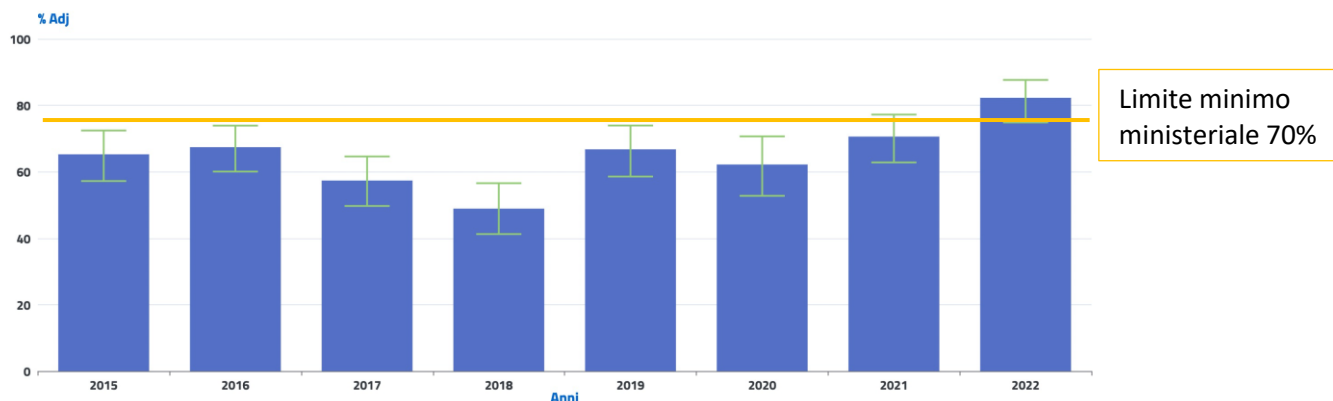
Policlinico Monserrato - Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni



- Chirurgia generale

Un livello qualitativo significativo, viene evidenziato nel campo della chirurgia addominale per la gestione peri-/post-operatoria dell'intervento di **colecistectomia laparoscopica**. Infatti, i pazienti sottoposti a questo intervento possono andare incontro a un elevato rischio di complicanze (ad esempio infezioni ospedaliere) legate alla permanenza in ospedale che si protratti più del necessario. Allo scopo di contenere tali rischi, e la spesa pubblica che ne deriva, il DM 70/2015 ha fissato, per le singole strutture, al 70% la quota minima di colecistectomie per via laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni, e il PNE registra tale performance assistenziale con un indicatore dedicato. Nel 2022 l'AOU di Cagliari ha registrato una percentuale del 82,26% di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni dopo colecistectomia laparoscopica, in crescita rispetto agli anni passati e ben al di sopra del limite minimo ministeriale, portandosi così per la prima volta al livello di qualità assistenziale "Molto Alto".

Policlinico Monserrato - Colectistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni



VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO (Target)	TEMPI REALIZZAZIONE	FONTI DATI
Miglioramento continuo Esiti	Contenimento tasso di mortalità intraospedaliero	%deceduti/Totale dimessi	> media nazionale	1-3 anni	SDO (Scheda Dimissione Ospedaliera)

✓ **Digitalizzazione**

La digitalizzazione è un processo ormai avviato da decenni e regolamentato per le Pubbliche Amministrazioni dal Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD), pubblicato dall'Agenzia per l'Italia digitale (AgID) di cui all'articolo 19 del decreto legge 22 giugno 2012, n. 83, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 134.

Il CAD prescrive anche la razionalizzazione e semplificazione delle procedure amministrative e gestionali, dei documenti, della modulistica, delle modalità di accesso e di presentazione delle istanze da parte dei cittadini e delle imprese, con l'utilizzo di tecnologie dell'informazione e della comunicazione in conformità alle prescrizioni tecnologiche definite nelle regole tecniche di cui all'art. 71 del CAD.

L'art. 42 tratta la dematerializzazione dei documenti delle pubbliche amministrazioni, considerando anche la valutazione del rapporto tra costi e benefici per la digitalizzazione e conservazione dei documenti cartacei, per i quali sia obbligatoria e/o opportuna la conservazione.

In questo contesto è necessario considerare anche le normative riguardanti la trasparenza e la protezione dei dati personali, che regolamentano le modalità e termini obbligatori e/o possibili di conservazione dei documenti, sia analogici che digitali.

Un aspetto fondamentale riguarda il valore legale dei documenti che è sempre attribuito al documento originale, analogico o digitale, e qualsiasi copia conforme analogica o digitale deve essere attestata da un pubblico ufficiale. Procedure massive di digitalizzazione di documenti analogici richiedono inoltre la certificazione di tali processi.



Il valore pubblico, oltre un notevole risparmio economico, è naturalmente la disponibilità, sicurezza, l'accesso, riutilizzo e la fruibilità dei dati e servizi in rete delle pubbliche amministrazioni.

Oggi utilizziamo già una notevole quantità di servizi nativi digitali, ormai considerati una normalità, come per esempio l'e-mail, le comunicazioni su canali social, oppure servizi nativi digitali con valore legale, come la PEC, l'identità digitale, firma digitale e documenti firmati digitalmente.

Nella ns. azienda sanitaria pubblica, utilizziamo oltre tutti questi già menzionati, servizi nativi digitali messi a disposizione dallo Stato e dalla Regione, come per esempio l'Anagrafe Nazionale degli Assistiti (ANA) per accelerare il processo di automazione amministrativa e migliorare i servizi per i cittadini e le pubbliche amministrazioni, il Sistema Informativo Sanitario Integrato Regionale (SISaR) con il quale gestiamo per esempio il personale in servizio, l'economia ed i nostri pazienti per quanto riguarda le prenotazioni su CUP WEB, i ricoveri e le dimissioni.

Inoltre, abbiamo acquisito negli anni servizi nativi digitali per conto proprio, con notevole valore pubblico, come per esempio la diagnosi e refertazione nella Radiologia con "Suitestensa RIS CIS PACS", le analisi del Laboratorio con "Galileo DN Lab", il ritiro dei referti online, la prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica con "Bustermed", i sistemi informatizzati per la gestione del pubblico nella struttura Comunicazione e Relazioni Esterne, nonché i servizi della telemedicina, in particolare il telemonitoraggio e cartelle cliniche digitali delle strutture di Diabetologia/Endocrinologia ed Oncologia Medica, il telemonitoraggio e refertazione della TAO nella struttura di Emostasi e Trombosi, le cartelle sanitarie e di rischio della Medicina del Lavoro, e la refertazione con "ENDOX" nella struttura di Endoscopia Digestiva.

E' in corso una sperimentazione della cartella clinica ambulatoriale generica, che, in caso di soddisfazione delle necessità cliniche, amministrative e legali, potrebbe essere acquisita ed estesa a tutte le strutture aziendali.

L'obiettivo è la dematerializzazione delle cartelle cliniche, che avrebbe un notevole valore pubblico in termini di **benessere economico** (riduzione dei processi, della carta e dell'archivio), **sociale** (sicurezza e disponibilità dei dati dei pazienti), **ambientale** (riduzione della carta e dell'archivio), e **sanitario** (semplicità e disponibilità dei dati ai servizi sanitari, nonché l'efficienza con l'integrazione degli altri sistemi informatizzati).

L'Azienda ospedaliero universitaria di Cagliari punta sulla digitalizzazione anche nei processi e percorsi interni e degli uffici amministrativi e tecnici.

L'obiettivo è quello di facilitare i percorsi e accelerare l'iter delle pratiche, introducendo sia automatismi propri dell'innovazione digitale sia un tracciamento che consentirà al personale dell'Aou di avere sempre la situazione aggiornata delle pratiche e del loro stato. La direzione aziendale intende avviare il progetto inizialmente in via sperimentale, studiandolo insieme alla struttura, in modo tale da facilitare il lavoro dei dipendenti dell'Azienda

(*Customer satisfaction interna*).

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO (Target)	TEMPI REALIZZAZIONE	FONTI DATI
Dematerializzazione delle cartelle cliniche	Miglioramento Servizio interno e al paziente	Acquisto applicativo	entro il 31/12/2024	1-3 anni	Area tecnica/provveditorato
Dematerializzazione dei processi legati alle richieste interne	Monitoraggio in tempo reale delle richieste e del processo	Reingegnerizzazione dei processi e predisposizione progetto	entro il 31/12/2024	1 anno	Direzione Strategica

2.2 Sottosezione - PERFORMANCE

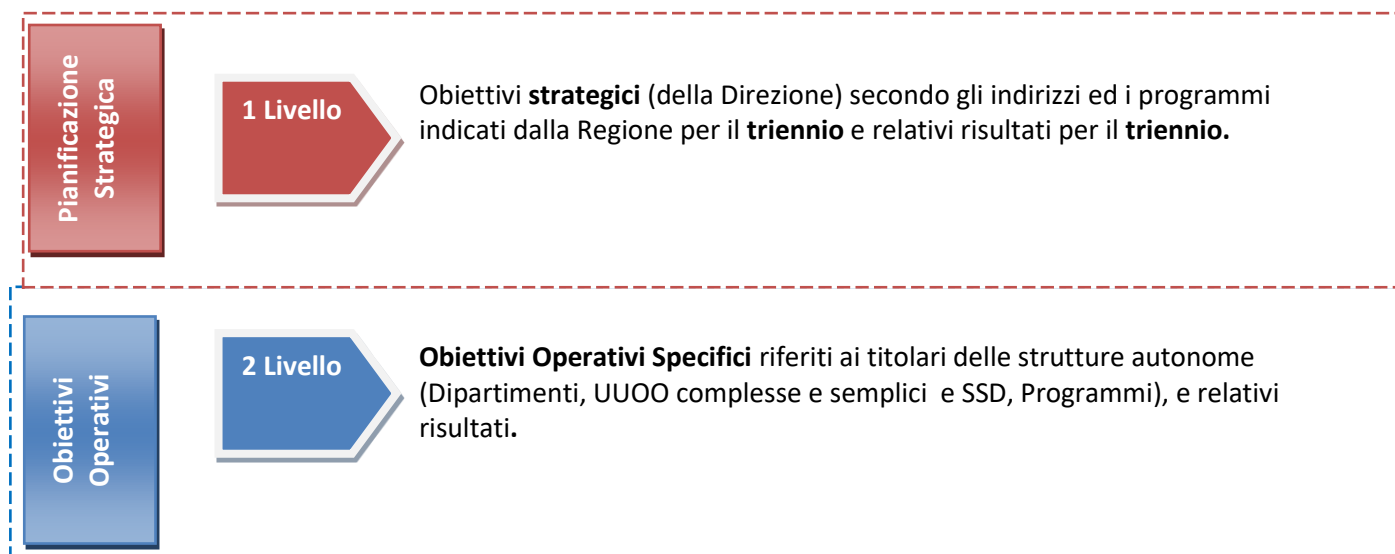
Il **PIANO DELLA PERFORMANCE** è il documento programmatico, sostituito dal PIAO, attraverso il quale l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale e dei vincoli di bilancio, individua gli obiettivi, gli indicatori ed i risultati attesi per il triennio 2023-2025.

Il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance così come previsto dal D.Lgs. 150/2009 “Attuazione Legge 4 marzo 2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”. Secondo quanto previsto dall’art. 10, “*al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche redigono e pubblicano sul sito istituzionale ogni anno il Piano della Performance, documento programmatico triennale ... che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell’amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori*”.

Il **Piano della Performance** si pone lo scopo di:

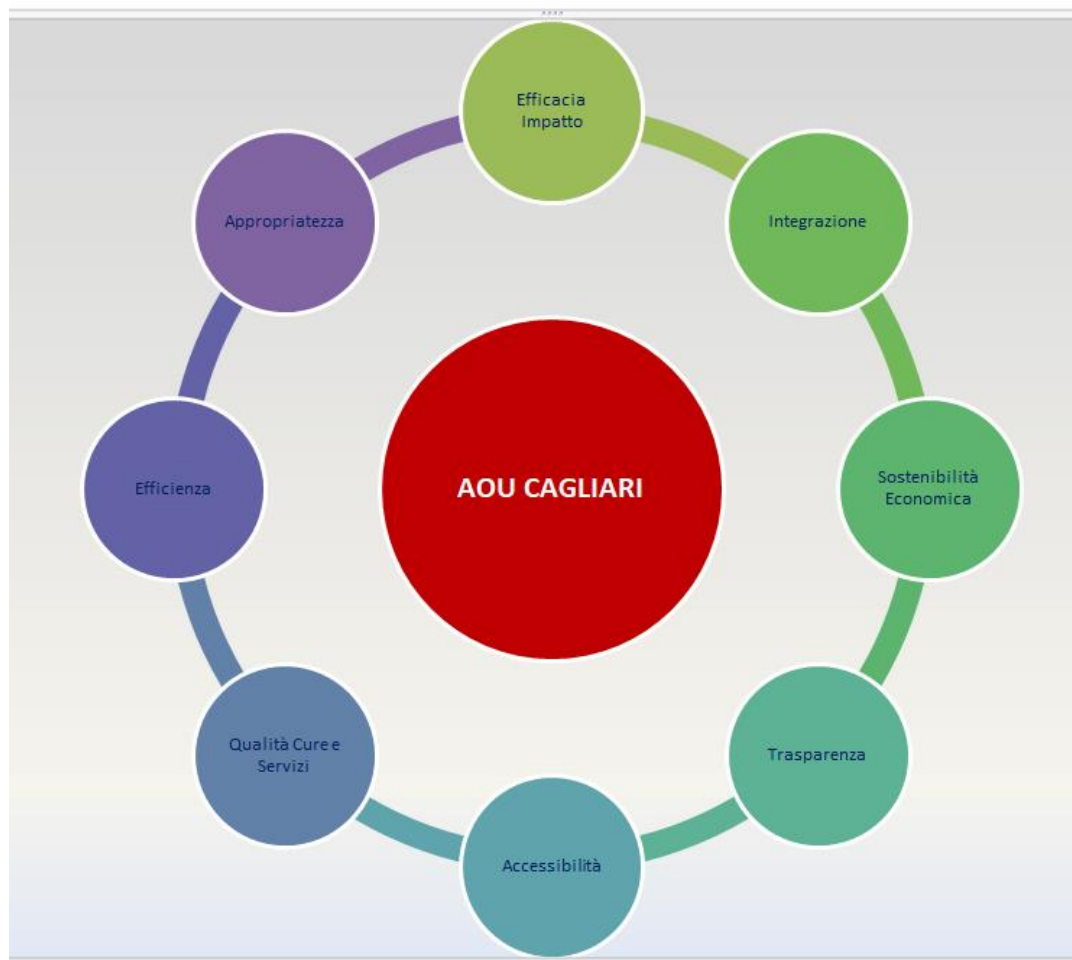
- portare a conoscenza dei cittadini e degli stakeholder gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi che l’Azienda intende realizzare rendendo noti i risultati attesi;
- porre in essere percorsi di miglioramento continuo della performance;
- valorizzare il processo di budget ed il sistema di valutazione del personale migliorando la consapevolezza rispetto agli obiettivi dell’Azienda;
- supportare i processi decisionali in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti ed indiretti (creazione del **Valore Pubblico**).

Il Piano della Performance, è il documento programmatico in cui sono definiti gli obiettivi, gli indicatori gli output/outcome nonché le relative modalità di identificazione degli obiettivi stessi. La pianificazione segue una logica per livelli ovvero:



Adottare un sistema di governance orientato alla creazione di **Valore Pubblico** dovrebbe portare a valutare le aziende sanitarie secondo un **modello multidimensionale**, dove il raggiungimento di una buona performance nelle diverse dimensioni è in grado di dimostrare un'adeguata capacità di risposta alla crescente complessità della domanda di salute ed al benessere dei cittadini.

La **multidimensionalità** degli ambiti di valutazione è rappresentata nello schema seguente:



Il ciclo della performance con il dettaglio dei soggetti che entrano in gioco nel percorso e delle tempistiche di avanzamento delle varie fasi nel corso dell'anno, è descritto nel documento "Il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance", pubblicato nella sezione Amministrazione trasparente ed al cui link si rimanda per ulteriori approfondimenti:

https://www.aoucagliari.it/home/it/sistema_mis_val_performance.page

La definizione degli obiettivi strategici ed operativi da parte dell'Azienda è preordinata anche alla determinazione delle azioni necessarie al loro raggiungimento e conseguentemente degli effetti economici indotti. In questo senso la sintesi del percorso di negoziazione degli obiettivi rappresenta proprio la base per la programmazione del Bilancio, intesa come stima delle risorse necessarie a coprire il fabbisogno espresso.

In effetti anche l'AOU è ormai da molti anni impegnata nella razionalizzazione degli assetti organizzativi, anche in applicazione del nuovo Atto Aziendale e produttivi al fine di ottimizzare in tutti gli ambiti possibili l'appropriatezza, ovvero la maggiore efficienza ottenuta salvaguardando efficacia e qualità complessiva dei servizi erogati.

2.2.1 Performance Organizzativa: Obiettivi di Budget 2024

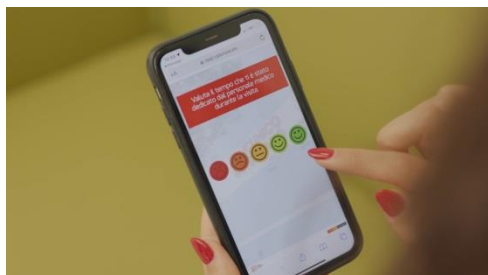
Customer satisfaction

L'Azienda ospedaliero universitaria di Cagliari ha attivato la *customer satisfaction* digitale.

In sostanza, tutti i pazienti che effettuano una visita ambulatoriale, esami oppure siano stati ricoverati nei reparti in degenza o accettati in Pronto Soccorso ricevono poche ore dopo l'uscita dai due presidi dell'Aou un sms con un link che consente loro di esprimere una valutazione sulla prestazione ricevuta.

Questo nuovo sistema consente di:

1. Progettare e/o aggiornare gli strumenti di misurazione attraverso sondaggi digitali interattivi per conoscere l'opinione degli utenti delle strutture sanitarie in ogni momento e in base alle esigenze dell'azienda sanitaria.
2. Preparare ed eseguire il lavoro di programmazione delle indagini digitali in ogni area di applicazione e in ogni centro definito dall'azienda sanitaria.
3. Fornire i canali di distribuzione dei sondaggi digitali appropriati per ciascun servizio e ciascuna area tra i quali l'invio di messaggi SMS e i totem di feedback per la misurazione "a caldo" all'interno della struttura sanitaria.
4. Fornire una piattaforma cloud per l'analisi completa e la reportistica in tempo reale dei risultati ottenuti.



Gli strumenti digitali aggiungono al processo di raccolta e analisi dei dati sulla soddisfazione un maggior livello di partecipazione da parte dei pazienti, la possibilità di misurare in maniera continuata e in tempo reale (anziché limitata ad un determinato periodo dell'anno) e una flessibilità spaziale che consente di segmentare i dati per centro/servizio/specialità.

Inoltre, gli strumenti digitali sono molto più apprezzati dai pazienti, in quanto facili da usare, non invadenti e con una componente ludica.

I dati raccolti con il sistema digitale e la loro analisi automatizzata consentono di individuare azioni di miglioramento dei servizi erogati che, a loro volta, hanno un impatto positivo sulla percezione della qualità da parte del paziente.

Metaverso

L'Aou di Cagliari ha avviato il rafforzamento della attività di comunicazione diretta al cittadino e un importante progetto sul Metaverso.

L'evoluzione delle tecnologie digitali ha aperto nuove opportunità per migliorare la comunicazione e l'interazione tra ospedali, aziende sanitarie e la comunità. In questo contesto, l'uso del metaverso come piattaforma di comunicazione e servizio può rivestire un ruolo originale e al contempo efficace per la sanità e la relazione con il pubblico. L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari ha da tempo messo in campo un'attività multimediale e digitale all'avanguardia e non poteva non cogliere le importanti novità sul fronte di questa nuova tecnologia sia sul versante della comunicazione al pubblico sia sul versante sanitario, partendo sperimentalmente con un progetto legato all'Urp per poi estenderlo ai servizi sanitari.

Per quanto riguarda l'URP digitale, l'obiettivo di questo progetto è di sviluppare ulteriormente il percorso creando una presenza dell'Ufficio relazioni con il pubblico nel metaverso, con una vera e propria esperienza dedicata che ricostruisca i veri luoghi, l'accoglienza e i servizi della struttura sanitaria.

Visti e considerati gli obiettivi istituzionali dell'URP come luogo privilegiato di incontro e ascolto tra il cittadino e l'Azienda ospedaliero-universitaria di Cagliari, dovrà svolgere le stesse funzioni di informazione,



ascolto, accoglienza, partecipazione e risposta alle esigenze dei cittadini, oltre che di tutela dei principi della trasparenza e della partecipazione all'azione amministrativa.

Gli obiettivi dello sportello nel metaverso, con gli avatar dei veri e propri operatori e operatrici di Cagliari, sono:

- a) dare informazioni sui servizi, sulle modalità di accesso e di erogazione delle prestazioni;
- b) accogliere suggerimenti, proposte, osservazioni, segnalazioni;
- c) divulgare le campagne informative, legate alla promozione della salute e al corretto utilizzo dei servizi sanitari.

Obiettivi del Progetto

1. Creazione dell'URP virtuale in ambientazione metaverso: ricostruiremo un ambiente virtuale all'interno del metaverso che rappresenti l'AOU di Cagliari, con edifici, sale d'attesa virtuali e personale "avatarizzato", creando un ecosistema virtuale, con tutti i vantaggi che questo potrà significare.
2. Fornire un ulteriore canale per le Informazioni Sanitarie: all'interno dell'ambiente, creeremo aree interattive per fornire informazioni sulla prevenzione delle malattie, stili di vita sani, programmi di vaccinazione e servizi sanitari locali disponibili, perché le informazioni abbiano un ulteriore canale di dialogo e diffusione col cittadino.
3. Sensibilizzazione ed educazione: all'interno dello spazio virtuale sarà anche possibile organizzare eventi virtuali, seminari e workshop per educare la comunità locale su questioni di salute pubblica. Per seguire tali eventi non sarà necessario possedere dei visori VR, ma basteranno un PC, un tablet, o uno smartphone.
4. Supporto per la prenotazione: da un punto di vista tecnologico con il metaverso è possibile prenotare visite mediche o servizi ambulatoriali, semplificando e innovando il processo di accesso ai servizi sanitari e integrando il servizio sullo spazio virtuale al sistema dell'AOU di Cagliari.
5. Assistenza Virtuale: In linea di principio, sarà possibile fornire un servizio di assistenza virtuale con personale sanitario virtualmente presente per rispondere alle domande dei cittadini e guidarli nella ricerca di informazioni o servizi specifici.

Vale la pena dare evidenza che con delibera del Direttore generale n.1306 del 29/12/2023 è stato approvato il Progetto Ospedale nel Metaverso con le prime applicazioni nell'Ufficio relazioni con il Pubblico.

Si prevede, inoltre, che nel corso del triennio il progetto possa essere sviluppato coinvolgendo diverse strutture in percorsi clinico organizzativi.

OBIETTIVO STRATEGICI	INDICATORE	VALORE ATTESO (Target)	VALORE ANNO PRECEDENTE (BASELINE)	FONTE DATI
Miglioramento qualità percepita dai pazienti sui servizi erogati da AOU CA	verbale demo della piattaforma Metaverso	entro il 31/12/2024		Comunicazione e Relazioni Esterne
Miglioramento qualità percepita dai pazienti sui servizi erogati da AOU CA	due report derivanti dai dati dell'applicativo customer.	entro il 31/12/2024		Comunicazione e Relazioni Esterne



- **Gestione Liste d'attesa**

Al fine di dare attuazione alla necessità dell'abbattimento delle Liste di attesa, come da Delibere della Giunta Regionale n.19 del 17.04.2018 e n. 59/5 del 04.12.2018 "Liste di attesa. Definizione dei raggruppamenti di attesa omogenei (RAO) e degli ambiti territoriali", si rende necessario procedere ad una riorganizzazione dell'attività di gestione dell'intera attività anche alla luce dell'Atto Aziendale adottato con deliberazione del D.G. n° 50 del 25 gennaio 2023 che ha previsto l'istituzione di una struttura amministrativa SSD Cup-Alpi.

La struttura sopra indicata, quale organo di governance interna, vuole essere elemento di raccordo per la gestione dei rapporti "quotidiani" con gli specialisti che erogano le prestazioni ambulatoriali per raccogliere le eventuali segnalazioni e ridurre le disfunzioni organizzative che limitano le prestazioni sul lato dell'offerta con conseguente allungamento delle liste di attesa.

Una gestione snella ed agevole delle procedure di gestione delle agende si ripercuote inevitabilmente in servizi più efficienti per il cittadino e maggior benessere sociale.

Formazione e comunicazione ai cittadini sono le altre leve sulle quali si intende puntare per facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie, monitorare la domanda e l'offerta complessiva per migliorare la capacità dell'offerta aziendale, come richiesto a livello regionale. In assenza di una partecipazione consapevole ed orientata è impossibile il governo dei fenomeni come l'inappropriatezza, l'uso corretto dei codici di priorità, i drop out e tutti gli altri fenomeni che richiedono un coinvolgimento attivo dei cittadini.

Azioni Previste

- Elaborazione di una guida operativa gestione agende SSN e LP
- Revisione regolamento LP
- Aggiornamento/implementazione sito web aziendale per campagna informativa multimediale multicanale ai cittadini, con la finalità di garantire la conoscenza diffusa degli elementi utili alla corretta prenotazione tramite CUP WEB;
- Incremento del monitoraggio agende dal punto di vista della tempistica con inoltro a scadenza periodica;
- Tavoli di lavoro periodici con le strutture eroganti;
- Recall aziendale sulle liste di attesa per le prestazioni più significative;
- Revisione modulistica in modo che sia funzionale sia per i Dirigenti medici che erogano la prestazione sanitaria sia per la società esterna Ali Servizi che gestisce il Front Office
- Potenziare sistemi di pagamento per ridurre il carico del Front office (PAGO PA; Promesse di pagamento; Totem);
- Regolamentazione delle procedure sanzionatorie in caso di mancata disdetta della prestazione medica;
- Tavoli tecnici con la ASL 8 al fine di individuare un percorso per ovviare alla inappropriatezza delle prescrizioni mediche effettuate dai MMG e dai Pediatri di Libera Scelta;
- Studio di fattibilità del progetto smart cup che consiste in un sistema innovativo che prevede la presa in carico immediata del cittadino al momento della prescrizione specialistica da parte del MMG. L'obiettivo è quello di prenotare le visite specialistiche direttamente tramite l'intelligenza artificiale evitando l'accesso al Cup o al call center da parte dell'utente. I vantaggi appaiono molteplici;



- Miglioramento dell'esperienza utente nell'accesso ai servizi;
- Riduzione degli accessi fisici presso Aziende sanitarie e ospedaliere;
- Eco sostenibilità;
- Riduzione dei costi sociali;
- Distribuzione ottimizzata dei carichi delle strutture sanitarie.

La libera Professione non deve essere in contrasto con le finalità istituzionali e deve essere organizzata in modo tale da assicurare l'integrale assolvimento dei compiti e la piena funzionalità dei servizi istituzionali, nel rispetto della vigente normativa in materia.

La SSD Cup ALPI intende aggiornare il regolamento attualmente in vigore oltre che monitorare i volumi di produzione istituzionale e libero professionali rilevati in modo integrato dai flussi informativi interni per ciascun operatore/professionista, onde evitare superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e quella istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa.

Provvederà inoltre all'implementazione dei contenuti e al miglioramento della fruibilità della sezione "Libera Professione" del sito Web istituzionale.

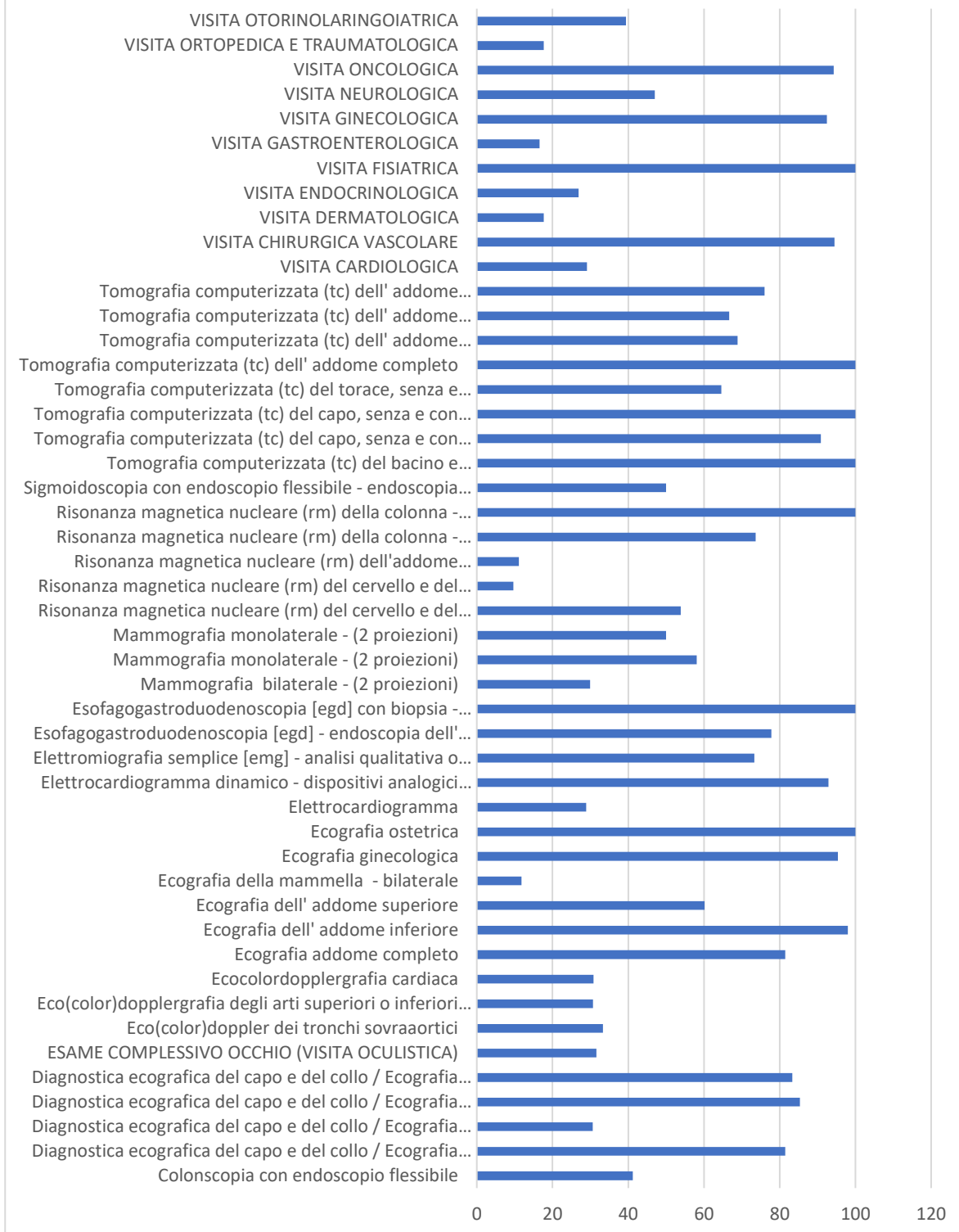
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO (Target)	VALORE ANNO PRECEDENTE (BASELINE)	FONTE DATI
Gestione liste di attesa	Protocollo operativo delle procedure amministrative che sovrintendono tutte le attività del Cup -Alpi	Entro il 31/12/2024		SSD CUP ALPI
Gestione liste di attesa	Valutazione Saturazione Agende	Riprogrammazione delle disponibilità in agenda		CUP WEB
Gestione liste di attesa	Revisione e aggiornamento dei contenuti della Sezione Libera Professione del sito Web aziendale	Entro il 31/12/2024		SSD CUP ALPI

Si ripropongono gli obiettivi strategici presentati nel PIAO 2023/2025 con le risultanze relative all'anno 2023.



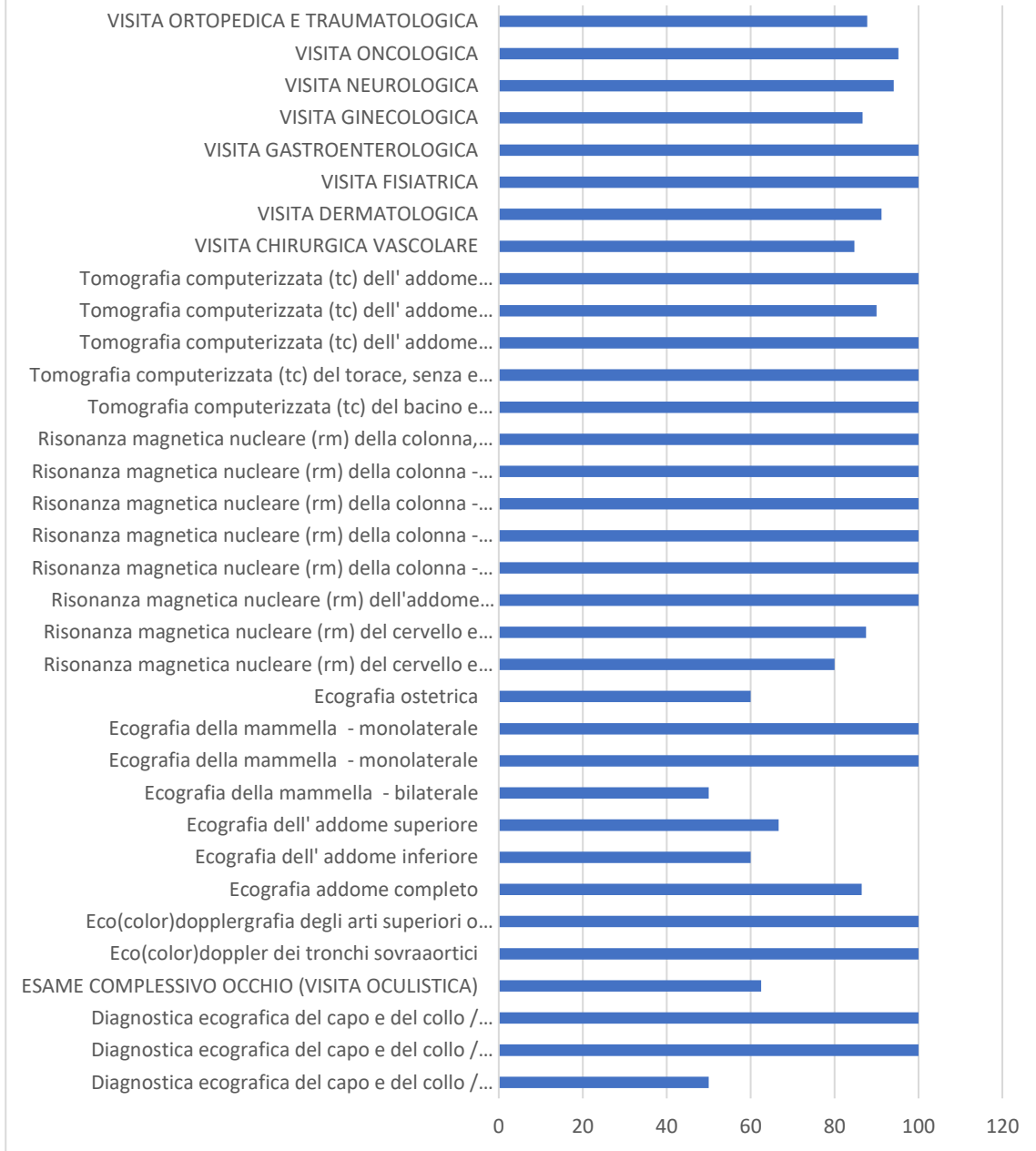
OBIETTIVO STRATEGICI	INDICATORE	VALORE ATTESO (Target)	VALORE ANNO PRECEDENTE (BASELINE)	FONTE DATI
Gestione Liste d'attesa	Lista d'attesa: % di visite programmate	% di visite programmate eseguite entro 120 giorni	58,84%	CupWeb
Gestione Liste d'attesa	Lista d'attesa: da eseguire entro il più breve tempo possibile	entro le 72 ore	89,20%	CupWeb
Gestione Liste d'attesa	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	50%		Si considerano le prestazioni oggetto di monitoraggio PNGLA di primo accesso. Fonte: CUP – report "PRENOTAZIONI PUB, ESCLUSIVE E REGISTRAZIONI(AMB) Data Erogazione (Erogato) 1°ACCESSO"

LISTE D'ATTESA: PERCENTUALE DI VISITE PROGRAMMATE



Fonte Cup Web

LISTE D'ATTESA : VISITE ESEGUITE ENTRO LE 72 ORE



Fonte Cup Web



- **Implementazione e avvio Televisita - Digitalizzazione**

La Televisita è una componente della Telemedicina, che comprende anche il Teleconsulto, il Telemonitoraggio e la Teleassistenza, come individuato nelle “Indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni in Telemedicina” contenute nell’Accordo Stato – Regioni del 17 dicembre 2020.

Per la Telemedicina valgono le stesse norme legislative e deontologiche proprie delle professioni sanitarie, come la corretta gestione dell’interazione e comunicazione con gli utenti, in modo da garantire i criteri di proporzionalità, appropriatezza, dignità, efficacia e sicurezza delle procedure mediche e assistenziali, nonché il rispetto delle norme sul trattamento dei dati personali.

La Televisita è un atto medico del professionista con il paziente a distanza, che si inserisce in un percorso rivolto a garantire la continuità assistenziale ai pazienti per le visite di controllo, e non può in alcun modo sostituirsi alla prima visita specialistica in presenza.

L’obiettivo della Televisita è l’agevolazione dei pazienti, ed è particolarmente adatta a pazienti cronici e fragili che richiedono trattamenti di lungo periodo, persone che necessitano di assistenza e/o supporto territoriale non differibile, nonché pazienti con COVID-19 sospetta o confermata.

In ogni caso, il medico è deputato a decidere in quali situazioni e in quale misura la Televisita può essere impiegata per ciascun paziente in cura, utilizzando eventualmente anche altri strumenti della telemedicina per le attività di rilevazione o monitoraggio a distanza dei parametri biologici e di sorveglianza clinica.

La prenotazione di una Televisita può essere effettuata dal medico specialista o dall’équipe che ha in carico il paziente, esclusivamente in modalità dematerializzata con l’applicativo regionale di prescrizione elettronica, previa valutazione dell’adeguatezza dei propri pazienti alla Televisita, per la quale deve essere disponibile presso i pazienti anche una efficiente strumentazione tecnica (dispositivo, webcam, microfono, altoparlante, connessione di rete).

Con la delibera N. 40/4 del 4.8.2020 la RAS ha recepito l’Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 16 del 20 febbraio 2014), recante "Telemedicina – Linee di indirizzo nazionali", con l’indicazione di dover aggiornare il disciplinare flussi informativi sanitari e di dover modificare i codici del nomenclatore tariffario regionale con i nuovi codici.

L’AOU di Cagliari ha aggiudicato a febbraio 2022 un servizio di Televisita, che comprende un applicativo per l’organizzazione completa del servizio e la Televisita in sé, intesa come “videochiamata” su un canale criptato (peer-to-peer), senza utilizzo di servizi pubblici o piattaforme di altre società esterne, nonché un servizio di Help Desk online e telefonico per supportare il personale sanitario ed i pazienti durante l’utilizzo del servizio. Durante il 2022 e 2023 è stato strutturato e perfezionato l’applicativo per la Televisita nella ns. Azienda, ed attualmente sono in corso le parametrizzazioni per l’interoperabilità dell’applicativo con il CUP, al fine di agevolare la procedura di prenotazione ed esecuzione del servizio.

Durante l’ultimo trimestre del 2023 sono stati formati 89 persone in servizio nell’AOU di Cagliari (85 persone tra medici, infermieri, e specializzandi di 7 strutture sanitarie, e 4 tecnici ed amministrativi di 2 strutture tecniche/amministrative), con i corsi “Comunicazione col Paziente nella Televisita”, “Utilizzo dell’Applicativo” ed “Admin dell’Applicativo”.

Durante l’anno in corso verrà avviato il servizio biennale della Televisita per l’esecuzione delle visite di controllo da remoto in regime programmato.

OBIETTIVI STRATEGICI	INDICATORE	VALORE ATTESO (Target)	VALORE ANNO PRECEDENTE (BASELINE)	FONTE DATI
Implementazione e avvio Televisita	Avvio della televisita	5% delle visite programmate		Sistema Informativo Aziendale



- **Integrazione Socio-sanitaria Ospedale-Territorio**

Per l'anziano, e più in generale per il paziente fragile, soprattutto laddove manca una rete relazionale di supporto efficace, la transizione dal contesto assistenziale ospedaliero a quello territoriale costituisce una criticità che, oltre a tradursi in un inutile prolungamento della degenza ospedaliera, impatta negativamente sulla efficacia delle cure, ponendosi anche alla base del ricovero ripetuto. Con la locuzione “dimissione difficile”, ci si riferisce alle dimissioni ospedaliere di persone che vivono una situazione di disabilità permanente o temporanea per la quale è richiesta la mobilitazione di risorse umane ed organizzative che vanno oltre la potenzialità del paziente e dei suoi familiari, implicando un coinvolgimento particolare della rete dei servizi sanitari e sociali del territorio.

Il PASS (Punto di Accesso Unitario dei Servizi Sanitari nei presidi ospedalieri), è individuato quale strumento atto a “garantire la presa in carico del paziente, nella complessità e globalità dei bisogni, con un'attenzione particolare anche alla famiglia e al contesto di riferimento”. Il funzionamento del PASS viene definito con apposito regolamento aziendale che individua le funzioni strategiche per la facilitazione della presa in carico socio sanitaria integrata del paziente nella fase particolarmente delicata delle dimissioni difficili.

OBIETTIVO STRATEGICI	INDICATORE	VALORE ATTESO (Target)	VALORE ANNO PRECEDENTE (BASELINE)	FONTE DATI
Miglioramento integrazione ospedale - territorio	Proposta di Regolamento PASS	entro 31/12/2024		Sistema Informativo Aziendale

- **Efficientamento energetico**

Un ambito che si può efficientare è proprio la produzione e il consumo energetico delle strutture ospedaliere italiane anche grazie al PNRR. È quanto è emerso da una serie di incontri dal titolo “Energy Efficiency 4.0” organizzati da MCE (Mostra Convegno Expocomfort).

In questa occasione si sono confrontati esperti di energia, impiantistica ed edilizia analizzando le opportunità offerte dal PNRR per usufruire dei finanziamenti previsti dall'UE.

Nel corso dello 2023 l'AOU ha raggiunto gli obiettivi assegnati in termini di rispetto delle milestone del PNC.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 980 del 29.09.2023 questa azienda ha approvato il Progetto di Fattibilità Tecnico Economica “Primi interventi di contrasto e miglioramento sismico preordinati all'adeguamento delle prestazioni dei componenti impiantistici e delle interazioni con la struttura e con i sistemi di fissaggio” nell'ambito del PNC - missione 6 salute – componente 2 “innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale” – investimento 1.2 “verso un ospedale sicuro e sostenibile”. Adeguamento alle vigenti normative in materia di sismica del policlinico universitario Duilio Casula – Adeguamento Blocco Q – CUP G36G21010340001.

Con successivo atto deliberativo del Direttore Generale n. 1302 del 28.12.2023 l'AOU procedeva all'approvazione del Progetto Definitivo-Esecutivo “Primi interventi di contrasto e miglioramento sismico preordinati all'adeguamento delle prestazioni dei componenti impiantistici e delle interazioni con la struttura e con i sistemi di fissaggio” nell'ambito del PNC - missione 6 salute – componente 2 “innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale” – investimento 1.2 “verso un ospedale sicuro e sostenibile”.



Adeguamento alle vigenti normative in materia di sismica del policlinico universitario Duilio Casula – Adeguamento Blocco Q – CUP G36G21010340001.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 981 del 29.09.2023 questa azienda ha approvato il Progetto di Fattibilità Tecnico Economica “Primi interventi di contrasto e miglioramento sismico preordinati all’adeguamento delle prestazioni dei componenti impiantistici e delle interazioni con la struttura e con i sistemi di fissaggio” nell’ambito del PNC - missione 6 salute – componente 2 “innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale” – investimento 1.2 “verso un ospedale sicuro e sostenibile”. Adeguamento alle vigenti normative in materia di sismica del policlinico universitario Duilio Casula – Adeguamento Blocchi C/D/G/H/M/N – CUP G36G21010350001.

Con successivo atto deliberativo del Direttore Generale n. 1303 del 28.12.2023 l’AOU procedeva all’approvazione del Progetto Definitivo-Esecutivo “Primi interventi di contrasto e miglioramento sismico preordinati all’adeguamento delle prestazioni dei componenti impiantistici e delle interazioni con la struttura e con i sistemi di fissaggio” nell’ambito del PNC - missione 6 salute – componente 2 “innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale” – investimento 1.2 “verso un ospedale sicuro e sostenibile”. Adeguamento alle vigenti normative in materia di sismica del policlinico universitario Duilio Casula – Adeguamento Blocco CDGHMN – CUP G36G21010350001.

Vale la pena rappresentare che anche la pianificazione PNRR che l’Azienda Ospedaliero Universitaria è chiamata a realizzare entro il mese di giugno 2026, assorbe una componente non trascurabile delle azioni che la S.C. Servizio Tecnico è chiamata a realizzare in dipendenza di specifici obiettivi assegnati al servizio.

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO (Target)	VALORE ANNO PRECEDENTE (Baseline)	FONTI DATI
Adempimento delle milestone del PNRR	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale (Osservanza delle tempistiche previste in merito all'avanzamento procedurale e fisico degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionale)	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2024		SERVIZIO TECNICO



- **Formazione**

L'offerta formativa dell'Azienda per il triennio 2023-2025 dovrà cercare di:

- ✓ aggiornare i professionisti sanitari sulle competenze tecnico professionali e di sistema secondo il modello ECM previsto negli accordi Stato-Regione;
- ✓ sviluppare capacità manageriali e soft skills dei dirigenti, delle posizioni organizzative, delle alte professionalità e dei funzionari a supporto del change management;
- ✓ Costruire un sistema di gestione dell'emergenza urgenza;
- ✓ Assicurare il migliore inserimento dei neoassunti nell'organizzazione, anche curando lo sviluppo di adeguate capacità relazionali, dell'attitudine al lavoro di gruppo e dello spirito di servizio a supporto del rinnovamento dell'Azienda;
- ✓ Diffondere e consolidare le competenze digitali a supporto della transizione dell'Azienda al digitale;
- ✓ Garantire il costante adeguamento delle conoscenze e competenze del personale ai cambiamenti organizzativi, tecnologici e normativi;
- ✓ Diffondere principi di legalità e trasparenza in coerenza con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

L'Azienda, in qualità di Provider Regionale/Nazionale, organizza l'attività formativa secondo i criteri richiesti dall'accreditamento ECM, rispettando le procedure previste all'interno del Manuale di Qualità, che vanno dalla rilevazione dei bisogni formativi, alla programmazione, progettazione e verifica delle attività, nell'ottica del miglioramento continuo dell'intero processo formativo che prevede un Piano di Audit interno, per la gestione delle non conformità e per il miglioramento continuo delle attività svolte dall'Ufficio Formazione stesso.

OBIETTIVO STRATEGICI	INDICATORE	VALORE ATTESO (Target)	VALORE ANNO PRECEDENTE (BASELINE)	FONTI DATI
La comunicazione e la relazione nei contesti organizzativi sanitari: prendersi cura di sé per prendersi cura degli altri	Attivazione minima: n. 9 edizioni del corso	Predisposizione e avvio corsi; soglia minima n. 150 operatori entro il 31.12.2024		Ufficio formazione
Elaborazione, implementazione e revisione di procedure operative	Attivazione minima: n. 10 edizioni del corso	Predisposizione e avvio corsi; soglia minima n. 150 operatori entro il 31.12.2024		Ufficio formazione

- **Ambiente di Lavoro**

L'Azienda si pone l'obiettivo di valorizzare al suo interno il Comitato Unico di Garanzia (CUG).

Tale Comitato paritetico è costituito all'interno delle Amministrazioni pubbliche ai sensi della Legge n. 183 del 4 novembre 2010 recante semplificazioni e razionalizzazioni in tema di pari opportunità, benessere di chi lavora e assenza di discriminazioni nelle amministrazioni pubbliche e sostituisce, unificando le competenze, i pre-esistenti comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing.

Il CUG promuove, la cultura delle pari opportunità ed il rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo, attraverso la proposta, agli organismi competenti, di piani formativi per tutti i lavoratori e tutte le lavoratrici, anche attraverso un continuo aggiornamento per tutte le figure dirigenziali.

Il CUG opererà in stretto raccordo con la Direzione strategica dell'Azienda di appartenenza nonché in collaborazione con la struttura SSD Prevenzione e Protezione per le aree di attinenza al benessere organizzativo e i sistemi di gestione H.S.; altresì il CUG esercita le proprie funzioni utilizzando le risorse umane e strumentali, idonee a garantire le finalità previste dalla legge, che l'amministrazione metterà a tal fine a disposizione, anche sulla base di quanto previsto dai contratti collettivi vigenti e adotta un proprio Regolamento che disciplini le modalità di funzionamento (periodicità delle riunioni, validità delle stesse,



verbali, rapporti sulle attività, diffusione delle informazioni, casi di dimissioni, decadenza e cessazione della/del Presidente e dei/delle componenti, audizione di esperti etc.).

Nell'Azienda ospedaliero universitaria di Cagliari per combattere lo stress da lavoro è attivo lo "sportello d'ascolto del disagio psicosociale lavorativo e orientamento all'aiuto" voluto dalla direzione aziendale e realizzato dal Servizio di Prevenzione e Protezione dell'AOU. Un servizio di counseling gratuito e destinato al personale in difficoltà o disagio derivante da situazioni lavorative e di rischio psicosociale.

In sanità, oltre alle fonti di stress più comuni, sono presenti altri fattori come la responsabilità per la vita delle persone, le urgenze ed emergenze, la pressione lavorativa come la complessità dei compiti, il carico orario di lavoro e ancora, l'incertezza e il rischio nelle decisioni, le relazioni con l'utenza. Il burnout è un disagio delle professioni di cura connotato da esaurimento psico-fisico ed emotivo, distacco e cinismo, senso di inefficacia professionale e disillusione professionale.

Le relazioni negative sul posto di lavoro tra colleghi possono degenerare nel mobbing, comportamenti ostili sistematici e per un tempo significativo; e per i pazienti e i loro accompagnatori (caregivers) possono generarsi relazioni ostili nei confronti dei sanitari.

Il Covid-19 inoltre ha comportato la riorganizzazione delle strutture sanitarie, la maggiore esposizione agli agenti patogeni, la paura del contagio e della morte, lo stigma sociale dovuto all'esposizione al virus, modifiche degli orari di lavoro e della reperibilità procedure straordinarie, maggiore fatica, più difficoltà nel bilanciare vita lavorativa e privata e l'isolamento/quarantena in caso di contagio.

Gli esperti dello sportello d'ascolto aiuteranno l'utente a focalizzare le cause e i possibili percorsi di miglioramento delle problematiche presentate. Il dipendente verrà indirizzato verso percorsi diagnostici e/o terapeutici, che poi verranno monitorati. Lo specialista potrà inoltre, proporre strumenti di rilevazione diagnostica psicologica, coerenti con il problema presentato.

Azioni positive:

- Implementazione delle attività già svolte dal Punto di Ascolto aziendale dedicato al miglioramento del benessere organizzativo e all'indicazione delle eventuali misure di prevenzione da adottare per contrastare i fattori forieri di stress in ambito lavorativo, ed anche all'orientamento ed al supporto dei dipendenti per focalizzare la propria situazione e progettare possibili percorsi personalizzati;
- implementazione della conoscenza delle attività del Punto di ascolto per il personale dell'AOUCA ;
- implementazione delle indagini finalizzate alla rilevazione del benessere organizzativo;
- applicazione del percorso relativo alla valutazione stress lavoro correlato (valutazione dei dati oggettivi e soggettivi di stress, livello di rischio, individuazione delle misure correttive, pianificazione del piano attuativo, rivalutazione per la verifica della efficacia delle misure attuate);
- predisposizione di interventi di sensibilizzazione, prevenzione e modalità di gestione dello stress lavoro correlato in collaborazione con i Servizi di Prevenzione e Protezione;
- informazione/formazione su tematiche relative al fenomeno del disagio lavorativo.

Promozione della conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro

La promozione della conciliazione tra i tempi di vita e tempi di lavoro richiede lo sviluppo di azioni in materia tese a implementare modalità di lavoro flessibili e servizi alla famiglia e alle persone.

Azioni positive:

- regolamentare, in coerenza con la normativa e con le disposizioni contrattuali in materia, la gestione delle modalità di lavoro in termini di flessibilità oraria, telelavoro, part-time, etc.;
- individuare percorsi di supporto al reinserimento del dipendente al rientro da congedi prolungati e malattie attraverso forme idonee di reinserimento e di recupero formativo, anche attraverso il coinvolgimento del Comitato Unico di Garanzia;
- Favorire la Parità di Genere in AOUCA dando evidenza dell'applicazione di un sistema di verifica di



conformità;

- sviluppare percorsi formativi volti a consentire l'acquisizione delle competenze legate ai nuovi contesti organizzativi;
- progettare e studiare la fattibilità del servizio di asilo nido aziendale ed effettuare un'attività di monitoraggio delle attività allo scopo di adeguarle il più possibile alle esigenze del personale dipendente che usufruisce del servizio.

OBIETTIVI STRATEGICI	INDICATORE	VALORE ATTESO (Target)	VALORE ANNO PRECEDENTE (BASELINE)	FONTE DATI
Comitato Unico di Garanzia	Delibera Aggiornamento componenti Comitato	Revisione 2024 - 2025	Delibera precedente	Affari Generali
Regolamento CUG	redazione – approvazione di Regolamento CUG	1-2 anni		Dati CUG, Normativa, prassi di riferimento, linee guida
Miglioramento ambiente di lavoro	Procedura di Valutazione Stress Lavoro Correlato INAIL Modulo settore sanitario	Riscontro partecipato dei dipendenti come adesione compilazione questionari sopra soglia del 70% tutta AOUCa entro 2025	Attività e Dati pregressi	SSD Prevenzione e Protezione
Patient incivility	Progettazione, realizzazione e valutazione di un protocollo di segnalazione; implementazione di attività formative e di prevenzione e gestione della problematica, rivolte ai dipendenti delle UU. OO. Più esposte	progettazione, realizzazione e valutazione di un protocollo di segnalazione	Attività e Dati pregressi	SSD Prevenzione e Protezione
Risk Assessment o di Audit UU.OO.	Attivare specifica di Gruppo Omogeneo per Unità Operativa per burnout, benessere e soddisfazione lavorativa	Adozione di specifici strumenti indicatori (questionari soggettivi) integrata nelle attività di Risk Assessment o di Audit delle singole U.O.	Attività e Dati pregressi	SSD Prevenzione e Protezione
Empowerment UU.OO.	Messa a punto e adozione procedura del Servizio Prevenzione e Protezione per Analisi-Empowerment-Supervisione nell'organizzazione singole UU.OO. su campione strutture con maggiori criticità	n. 3 strutture anno, con incremento cumulativo annuale 2024-2026	Attività e Dati pregressi	SSD Prevenzione e Protezione



- **Efficienza, qualità clinica di processo**

Come già descritto, l'impostazione a livello aziendale delle schede di budget parte dal recepimento degli obiettivi che la Regione Sardegna assegna annualmente alle aziende sanitarie.

Al fine di misurare l'**efficienza assistenziale** sono utilizzati ormai da anni indicatori sulla degenza media, Indice di Case-Mix, Indice comparativo di Performance, etc.

Per migliorare l'**efficienza del Pronto Soccorso** vi sono indicatori come la capacità di filtro, e relativamente alla **qualità delle cure** è posta attenzione al parto in analgesia e alla riduzione dei parti cesarei. Per migliorare l'appropriatezza, efficienza ed efficacia delle prestazioni erogate si sono individuati obiettivi per la riduzione della percentuale di ricoveri diurni medici con finalità diagnostica, e per l'abbattimento dei ricoveri inappropriati. Vi sono poi una serie di indicatori che vanno a misurare la **qualità clinica e/o di processo** quali:

OBIETTIVO STRATEGICI	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO (Target)	VALORE ANNO PRECEDENTE (BASELINE)	FONTE DATI
Efficienza, qualità clinica di processo	Esito delle cure, governo clinico e gestione del rischio	Adesione al progetto dell'OMS "Save Lives Clean your hands"			Fonte SDO
Efficienza, qualità clinica di processo	Esito delle cure, governo clinico e gestione del rischio	Aumento della percentuale di interventi per frattura di femore operata entro 2 gg			Fonte SDO
Efficienza, qualità clinica di processo	Esito delle cure, governo clinico e gestione del rischio	Garantire la predisposizione di un Piano di Formazione sulla gestione del Rischio Clinico			Fonte SDO
Efficienza, qualità clinica di processo	Esito delle cure, governo clinico e gestione del rischio	Garantire l'applicazione degli strumenti di governo del rischio clinico nell'Area chirurgica			Fonte SDO
Efficienza, qualità clinica di processo	Esito delle cure, governo clinico e gestione del rischio	Garantire l'efficacia e la qualità dell'attività clinico - assistenziale			Fonte SDO
Efficienza, qualità clinica di processo	Esito delle cure, governo clinico e gestione del rischio	Riduzione dei parti cesarei			Fonte SDO
Efficienza, qualità clinica di processo	Produzione	Garantire la qualità, l'efficacia e l'efficienza dell'attività ospedaliera in coerenza con il PNE. Attuazione degli Audit PNE edizione 2021			Fonte SDO
Efficienza, qualità clinica di processo	Appropriatezza	Aumentare la % dei ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inapproprietezza			Fonte SDO
Efficienza, qualità clinica di processo	Appropriatezza	Garantire la vigilanza per un corretto uso del farmaco e porre attenzione alla possibile insorgenza di reazioni avverse.			Fonte SDO
Efficienza, qualità clinica di processo	Appropriatezza	Miglioramento degli esiti del monitoraggio della griglia LEA			Fonte SDO
Efficienza, qualità clinica di processo	Appropriatezza	Riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inapproprietezza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012			Fonte SDO
Efficienza, qualità clinica di processo	Appropriatezza	Riduzione della % di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico.			Fonte SDO
Efficienza, qualità clinica di processo	Appropriatezza	Riduzione della percentuale di ricoveri diurni medici con finalità diagnostica			Fonte SDO
Efficienza, qualità clinica di processo	Appropriatezza	Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi			Fonte SDO
Efficienza, qualità clinica di processo	Appropriatezza	Boarding in Pronto Soccorso	1-2 anni		Fonte SDO
Efficienza, qualità clinica di processo	Esito delle cure, governo clinico e gestione del rischio	Implementare il sistema informativo regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) : 1) n. segnalazioni SIRMES da parte delle unità operative sanitarie; 2) n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	1) >= 80 segnalazioni per azienda sanitaria; 2) >= 1 audit per U.O. con facilitatore del rischio clinico formato		Fonte SDO



- **Gestione Tecnico amministrativa**

Tutte le procedure d'acquisto vengono espletate tramite la piattaforma elettronica del Centro aggregatore della Regione Sardegna CRC o tramite la piattaforma MEPA di AcquistinretePA del Ministero Economia e Finanze. Inoltre si aderisce sempre alle convenzioni Consip e della CRC per tutti i prodotti presenti, quando necessari, e alle gare espletate in unione d'acquisto per tutta la Sardegna su disposizione della Giunta Regionale.

Nell'espletamento delle procedure d'acquisto si assemblano le richieste e si raccolgono i fabbisogni con l'obiettivo di realizzare procedure di rilievo comunitario, al fine di assicurare la massima partecipazione dei concorrenti e la massima trasparenza, tanto che nell'anno 2022 sono state bandite ben 25 procedure sopra soglia.

Nell'espletamento delle procedure sotto soglia si invitano i fornitori iscritti nelle piattaforme elettroniche utilizzate, le quali verificano anche i requisiti in capo agli stessi.

Attualmente si è anche attivato l'uso di una piattaforma elettronica per la raccolta dei fabbisogni di tutta la Sardegna in una gara regionale di dispositivi medici CND R in cui questa Azienda è capofila.

Una delle strategie consolidate in materia di raccolta del fabbisogno è comunque verificare il consumo storico e confrontarlo con l'attività sanitaria svolta.

I servizi che si occupano all'espletamento dei procedimenti di gara provvedono annualmente a compilare la mappatura dei processi a rischio, misurandolo nelle varie fasi dei procedimenti stessi.

OBIETTIVO STRATEGICI	INDICATORE	VALORE ATTESO (Target)	VALORE ANNO PRECEDENTE (BASELINE)	FONTE DATI
Obblighi di pubblicità in materia di trasparenza	tempestivo e regolare flusso delle informazioni, da pubblicare nel rispetto dei termini stabiliti dalla legge	tempi previsti dall'ANAC		Sito istituzionale AOU Ca

- **Appropriatezza del consumo dei farmaci e dei dispositivi medici**

La spesa farmaceutica a carico del SSN si articola nelle due componenti dedicate rispettivamente alla spesa farmaceutica convenzionata (farmaceutica territoriale) e alla spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera). Al finanziamento della spesa farmaceutica è destinata una quota del finanziamento complessivo ordinario del SSN.

La spesa farmaceutica ospedaliera indica la spesa riferibile ai medicinali di fascia H acquistati o resi disponibili all'impiego da parte delle strutture sanitarie direttamente gestite dal SSN. L'articolo 1, comma 398, della legge di bilancio 2017 ha rideterminato in aumento il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera, dal 3,5% al 6,89% e ha compreso al suo interno i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, intesa come la distribuzione, per il tramite delle strutture ospedaliere e dei presidi delle aziende sanitarie locali, di medicinali agli assistiti per la somministrazione presso il proprio domicilio. Conseguentemente il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera ha assunto la denominazione di "tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti".

Negli scorsi anni la RAS ha affidato alle Aziende Sanitarie obiettivi di contenimento della spesa farmaceutica. L'AOU continuerà ad attenzionare questo ambito assegnando alle varie SC/SSD Aziendali, obiettivi di risparmio economici riportati annualmente come obiettivi di budget. nonostante nell'assegnazione degli obiettivi alle Aziende per l'anno 2024 la RAS non abbia previsto specifici obiettivi in merito.



OBIETTIVO STRATEGICI

Efficienza economico - finanziaria (riduzione spesa farmaco)
Consumo Medicinali Ospedalieri commisurato al valore della produzione

Efficienza economico - finanziaria (riduzione spesa **Dispositivi**)
commisurato al valore della produzione

• **Integrazione AOU Cagliari – UniCA**

Nel presente paragrafo sono rappresentate le Scuole di Specializzazione dell'Area Sanitaria, distinguendo tra quelle con sede amministrativa a Cagliari e quelle che, invece, fanno parte della rete formativa di altri Atenei. Sono riportate, inoltre, i corsi di laurea delle Professioni Sanitarie che insistono, per ciò che concerne le attività di tirocinio degli studenti, nelle Strutture Aziendali unitamente agli studenti del Corso di Laurea a Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia.

Corsi di Laurea delle professioni sanitarie in:

- Assistenza sanitaria
- Educazione Professionale
- Fisioterapia
- Igiene dentale
- Infermieristica
- Ostetricia
- Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
- Tecniche di laboratorio biomedico
- Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia

È obiettivo dell'Università degli Studi di Cagliari e dell'AOU Cagliari trasferire ed accorpate tutte le Scuole di specializzazione presso il Presidio Duilio Casula quale Sede Centrale dell'attività Didattica ed Assistenziale.



SCUOLE DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE E SANITA' PUBBLICA (DSMSP)		SEDE AMMINISTRATIVA
1	Allergologia ed Immunologia Clinica	Cagliari
2	Anatomia Patologica	Cagliari
3	Anestesia e Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore	Cagliari
4	Dermatologia e Venerologia	Cagliari
5	Ematologia	Cagliari
6	Endocrinologia (non attiva x a.a. 2018/2019)	Roma - La Cattolica
7	Genetica Medica	Cagliari
8	Geriatria	Cagliari
9	Igiene e Medicina Preventiva	Cagliari
10	Malattie dell'Apparato Cardiovascolare	Cagliari
11	Malattie dell'Apparato Digerente	Cagliari
12	Medicina Fisica Riabilitativa (non attiva x a.a. 2018/2019)	Roma - Tor Vergata
13	Medicina del Lavoro	Cagliari
14	Medicina Legale	Cagliari
15	Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico	Cagliari
16	Medicina Interna	Cagliari
17	Nefrologia	Cagliari
18	Neurologia	Cagliari
19	Neuropsichiatria Infantile	Cagliari
20	Oncologia Medica	Cagliari
21	Psichiatria	Cagliari
22	Reumatologia	Cagliari
23	Radiodiagnostica	Cagliari
24	Scienze dell'Alimentazione	Cagliari

*Fonte Facoltà di Medicina e Chirurgica – UniCA



SCUOLE DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE (DSC)		SEDE AMMINISTRATIVA
1	Chirurgia Generale	Cagliari
2	Chirurgia Orale	Cagliari
3	Chirurgia Plastica (non attiva x a.a. 2018/2019)	Sassari
4	Chirurgia Vascolare	Cagliari
5	Ginecologia ed Ostetricia	Cagliari
6	Odontoiatria Pediatrica	Cagliari
7	Oftalmologia	Cagliari
8	Otorinolaringoiatria	Cagliari
9	Ortognatodonzia	Cagliari
10	Ortopedia (non attiva x a.a. 2018/2019)	Sassari
11	Pediatria	Cagliari

SCUOLE DIPARTIMENTO SCIENZE BIOMEDICHE (DSB)		SEDE AMMINISTRATIVA
1	Farmacologia e Tossicologia Clinica	Cagliari
2	Microbiologia e Virologia	Cagliari
3	Neuropsichiatria Infantile	Cagliari
4	Patologia Clinica	Cagliari

La missione delle Aziende Ospedaliero Universitarie consiste nello svolgimento integrato e coordinato delle funzioni di assistenza, di didattica e di ricerca, al fine di assicurare elevati standard di assistenza sanitaria nel Servizio Sanitario Regionale, di accrescere la qualità dei processi di formazione, di sviluppare le conoscenze in campo biomedico e tecnologico, valorizzando altresì in via paritaria le funzioni e le attività del personale ospedaliero e di quello universitario. Le attività caratterizzanti comprendono paritariamente: – il prodotto assistenziale; – il prodotto formativo; – il prodotto scientifico che consiste nella attività di ricerca (nazionale ed internazionale e trasferimento tecnologico (terza missione); – la medicina traslazionale, di cui all'Art. 6 comma 13 della L. n. 240/2010.

L'Azienda svolge la propria funzione di promozione, coordinamento e gestione dell'attività di ricerca attraverso strutture specifiche e UO con il compito di fornire supporto metodologico e tecnico alle attività di ricerca in tutte le sue fasi, sia nell'ambito di studi spontanei non finanziati che come componente effettivo inserito all'interno del gruppo di lavoro nei progetti che beneficiano di finanziamento esterno.

Verranno formalizzati accordi con la struttura specifica che si occupa di formazione per le azioni relative alla terza missione, all'alta formazione ed i corsi ECM

2.2.2 Performance Individuale: Obiettivi di Budget 2023

Il sistema di valutazione della performance individuale, finalizzato alla promozione e alla crescita delle competenze del personale, tende a:

- supportare le singole persone nel miglioramento continuo della propria professionalità;
- promuovere una corretta gestione del personale, attraverso il riconoscimento del merito;



- evidenziare l'importanza del contributo individuale rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
- contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole volto alla realizzazione della missione aziendale.

La valutazione individuale è determinata dalla valutazione di due dimensioni:

- **la prestazione individuale**, relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali e/o d'équipe. Annualmente gli obiettivi sono definiti dall'Azienda e/o dai responsabili di struttura e sulla base delle caratteristiche degli stessi possono essere strutturati come obiettivi individuali e/o di équipe.
- **i comportamenti e le competenze organizzative**, relativi alle caratteristiche individuali espresse dalla persona dentro l'organizzazione, orientati a tener conto della rilevanza - rispetto agli obiettivi aziendali - delle linee di sviluppo della funzione, del ruolo svolto dal valutato e dell'area professionale di appartenenza. Gli obiettivi individuali sono sviluppati e assegnati nel rispetto delle disposizioni normative contrattuali vigenti e in coerenza con il documento "Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance" dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, alle quali si rimanda:

https://www.aoucagliari.it/home/it/sistema_mis_val_performance.page

2.3 Sottosezione - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza 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.

Gli elementi essenziali della sottosezione, volti a individuare e a contenere rischi corruttivi, sono quelli indicati nel Piano nazionale anticorruzione (PNA 2013 e 2019) 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, e PNA 2022 delibera ANAC n. 7/2023

Il Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza non è inteso, né come un mero adempimento amministrativo, né come un ulteriore regolamento aziendale, bensì come una risposta puntuale, fondata sulla mappatura ed analisi dei rischi, per prevenire ogni condotta che possa dar luogo a fenomeni corruttivi e, in senso più ampio, come strumento finalizzato a prevenire condotte illecite nella gestione degli interessi pubblici, nonché a garantire la trasparenza, la legalità e la legittimità dell'attività amministrativa. Mira, inoltre, ad individuare e a sanzionare, mediante gli strumenti giuridici dell'ordinamento (D.lgs. 165/2001 e CCNL di riferimento) nel rispetto delle relative funzioni e ruoli gerarchici, comportamenti dei propri dirigenti e dipendenti in contrasto con i principi che regolano il pubblico impiego e il codice penale.



Il lavoro svolto, per la cui puntuale analisi si rimanda al Piano anticorruzione 2024-2026 predisposto dal RPCT, è stato sviluppato con riferimento a diversi fattori tra i quali:



- Analisi delle Aree di Rischio
- Soggetti e fasi della Programmazione per il contrasto dei Rischi corruttivi e per la Trasparenza
- Analisi del Rischio e Anticorruzione: valutazione dei processi lavorativi
- La Valutazione del Rischio
- La strategia per la Prevenzione della Corruzione e il collegamento con il Ciclo della Performance
- Monitoraggio e riesame delle misure.

La Trasparenza è intesa come accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni. Questo principio, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di uguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa, ed è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, dei diritti, civili politici e sociali.

L'Azienda ha provveduto all'istituzione dell'apposita sezione Amministrazione Trasparente dell'AOU di Cagliari. All'interno della sezione sono pubblicati, in osservanza a quanto disposto dalla normativa di riferimento i dati relativi ad: Disposizioni Generali, Organizzazione, Consulenti e Collaboratori, Personale, Performance, Bilanci, Attività e procedimenti, Bandi di gara e contratti, Servizi erogati, Opere pubbliche etc., con l'obiettivo fondamentale di favorire la prevenzione della corruzione, attivare un nuovo tipo di "controllo sociale" (accesso civico), sostenere il miglioramento delle performance e migliorare la responsabilità (*accountability*) dei manager pubblici.

I contenuti del PTPCT sono oggetto di costante aggiornamento con lo scopo di addivenire ad un arricchimento graduale della quantità di informazioni a disposizione del cittadino.

I dati pubblicati sul sito istituzionale sono stati selezionati in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia di trasparenza e, più in generale, sulla base del quadro normativo inerente gli obblighi di pubblicazione on line delle amministrazioni. Le categorie di dati pubblicati tendono a favorire un rapporto diretto fra il cittadino e la pubblica amministrazione, nonché una gestione della *res publica* che consenta un miglioramento continuo nell'erogazione dei servizi all'utenza.

Poiché la pubblicazione delle informazioni sul proprio sito istituzionale costituisce la principale modalità di attuazione della trasparenza, è importante porre l'accento sulla protezione dei dati personali in modo tale che i dati pubblicati e i modi di pubblicazione risultino pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità indicate dalla legge, in ossequio alla disciplina in materia di protezione dei dati personali.

Tutti i documenti pubblicati dovranno riportare al loro interno fonte, data, periodo di riferimento o validità e l'oggetto al fine di garantire l'individuazione della natura dei dati e la validità degli stessi, anche se il contenuto informativo è reperito o letto al di fuori del contesto in cui è ospitato.

L'aggiornamento dei dati contenuti nella sezione "Amministrazione Trasparente" dovrà avvenire ogni qualvolta si rendano necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazione di documenti urgenti.

In questo modo, attraverso la pubblicazione on line, si offre la possibilità agli stakeholder di conoscere sia le azioni ed i comportamenti strategici adottati con il fine di sollecitarne e agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento, sia l'andamento della performance ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel ciclo di gestione delle performance.

La verifica periodica della pubblicazione di dati e documenti, effettuata in modo continuo ed aperto, sia dagli operatori istituzionali preposti, sia dal pubblico, rappresenta uno stimolo per l'Azienda a migliorare costantemente la qualità delle informazioni a disposizione degli stakeholder.

Sono possibili tre diversi accessi agli atti, ai dati e alle informazioni detenute dall'azienda:

1. **accesso civico** (con la richiesta di pubblicazione obbligatoria dei dati sul sito Amministrazione trasparente, qualora questi non fossero già presenti);
2. **accesso documentale** (secondo la legge 241 del 1990);



3. **accesso generalizzato** (secondo il D.Lgs 97/2016) che ha ampliato l'istituto dell'accesso civico, prevedendo che chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle PA, nel rispetto di limiti di tutela giuridicamente rilevanti.

3 SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Sottosezione - STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'Azienda Ospedaliero Universitaria ha adottato il proprio Atto Aziendale in via definitiva con la deliberazione n. 50 del 25/01/2023 e la deliberazione n. 219 del 27/02/2023 avente ad oggetto presa d'atto deliberazione della Giunta Regionale 3/35 del 27/01/2023 Adozione definitiva, e successivamente con la deliberazione n. 602 del 13/06/2023 ha proceduto all'Adozione del Regolamento attuativo dell'Atto aziendale. Con tale regolamento si disciplinano le modalità attuative dell'organizzazione prevista nell'Atto Aziendale definitivo per assicurarne la continuità e la regolarità dell'azione amministrativa.

In particolare, il Regolamento definisce le modalità per il passaggio, nel periodo transitorio, dall'attuale organizzazione (definita ex ante) a quella a regime (definita ex post), così come descritta nell'Atto Aziendale e nell'allegato organigramma

Presidio Ospedaliero Duilio Casula



Il Policlinico universitario è stato istituito nel 1994 e ha iniziato la sua attività nel 1996 nella Clinica medica M. Aresu, successivamente denominato PO Duilio Casula di Monserrato, è un presidio multispecialistico ed è sede di strutture ad alta specializzazione e di Centri di riferimento per molteplici patologie.

Nella sua struttura, inoltre, hanno sede la gran parte delle cliniche della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Cagliari, nonché numerose scuole di specializzazione. Questa organizzazione consente agli studenti ed agli specializzandi di compiere il percorso formativo nelle strutture dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria con il loro pieno coinvolgimento nel processo assistenziale.

Attualmente tutta l'attività assistenziale di ricovero ordinario è ubicata al Duilio Casula



Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio



L'Ospedale Civile San Giovanni di Dio è il presidio più antico della città di Cagliari. Costruito nel 1844, su progetto del celebre architetto Gaetano Cima, è, per antonomasia, l'ospedale dei cagliaritari. Esso, infatti, costituisce un patrimonio della città non solo per il ruolo che da più di un secolo svolge nel garantire l'assistenza ai cittadini, ma anche per il suo radicamento nella comunità e nel tessuto urbano.

Il San Giovanni di Dio è un presidio multispecialistico che rappresenta ancora oggi un punto di riferimento della sanità isolana grazie alle molteplici strutture di eccellenza che vi operano.

L'ospedale è anche sede di alcune delle scuole di specializzazione della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università cagliaritano.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari è articolata, per il perseguimento della proprie finalità, in strutture organizzative nell'ambito delle quali sono individuati gli ambiti di specializzazione ed i livelli di responsabilità dei professionisti e degli operatori. Tale modello è individuato al fine di consentire il migliore utilizzo possibile delle risorse, delle conoscenze e delle competenze a disposizione.

Le tipologie di strutture organizzative aziendali sono le seguenti: • **DIPARTIMENTI** L'Azienda, nel rispetto della normativa vigente in materia, individua il dipartimento come modello di gestione aziendale al fine di favorire il raggiungimento degli standard qualitativi e quantitativi di assistenza ospedaliera. I Dipartimenti sono costituiti dalla aggregazione delle strutture complesse e di quelle semplici dipartimentali, in base all'art. 17 bis del d.lgs. 502/1992 e s.m.i. e all'art. 4 del Protocollo di intesa Università di Sassari e Cagliari con la Regione Sardegna di cui alla DGRn.34/3 del 12/07/2017, e sono dotati di autonomia tecnico - professionale nonché di autonomia gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti.

Il Dipartimento costituisce tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, nell'ottica di comunanza delle risorse. I Dipartimenti possono essere classificati in Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), Dipartimenti Funzionali e Dipartimenti Strutturali. Nel dettaglio:

A. DIPARTIMENTI AD ATTIVITÀ INTEGRATA (DAI)

L'assetto strutturale dell'Azienda prevede i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), che assicurano l'omogeneità e l'affinità dei percorsi assistenziali con le peculiari esigenze di didattica e di ricerca programmate dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Il DAI supera l'attuale logica dei reparti e con la gestione unitaria delle risorse economiche, strumentali ed umane, garantisce l'integrazione con la didattica e la ricerca per il miglioramento continuo della



qualità e quantità dell'assistenza.

Il DAI fornisce al cittadino un percorso assistenziale caratterizzato da omogeneità nella gestione degli aspetti diagnostici, terapeutici e riabilitativi perseguendo, nella logica della centralità persona, il livello più elevato possibile dell'appropriatezza della cura

Il DAI risponde ad una piena integrazione gestionale sulla base dei seguenti requisiti tra l'assistenza, la didattica e la ricerca:

- Flessibilità nell'utilizzo degli spazi, delle risorse umane e tecnologiche per una razionalizzazione ed ottimizzazione dei costi in linea con i vincoli del bilancio.
- Ottimale offerta dei servizi all'utente favorendone la collocazione al centro del percorso assistenziale.
- Massima cooperazione tra struttura ospedaliera ed Universitaria, con l'adozione di un metodo di lavoro interdisciplinare e la predisposizione di linee guida e percorsi assistenziali integrati.
- L'organizzazione dipartimentale deve assumere dimensioni adeguate e comprende un numero maggiore di strutture per lo sviluppo di economie di scala significative, una maggiore efficacia delle risposte assistenziali e l'accrescimento delle competenze professionali degli operatori.

I DAI sono organizzati per finalità assistenziali cercando di ubicare l'insieme delle attività e delle strutture aggregate in una condizione di continuità logistica e spaziale per favorire e facilitare l'interscambio del personale e delle tecnologie.

La gestione di un DAI è affidata al Direttore di Dipartimento nominato dal Direttore Generale di intesa con il Rettore, ed è scelto tra i responsabili delle strutture complesse di cui si compone. Il DAI:

- Gestisce in termini funzionali le strutture che lo compongono.
 - È dotato di autonomia operativa e gestionale.
 - Individua i fabbisogni di formazione e di sviluppo della qualità.
 - È titolare di budget ed è organizzato per centri di responsabilità.
 - Propone alla Direzione Aziendale i piani operativi di produzione nel rispetto delle risorse assegnate e degli obiettivi generali.
 - È soggetto a rendicontazioni analitiche, cura la raccolta e l'elaborazione dei dati di attività e l'utilizzo delle risorse trasmettendole agli uffici competenti.
- Partecipa, nelle forme di competenza e con modalità definite in un apposito regolamento, alla programmazione e il controllo del raggiungimento degli obiettivi delle singole unità organizzative che lo costituiscono.

B. DIPARTIMENTI FUNZIONALI

I Dipartimenti Funzionali si configurano come un modello organizzativo che tende ad integrare le competenze e le conoscenze in una specifica area fra strutture omologhe o complementari, attraverso l'adozione, l'attivazione e la gestione di percorsi clinico-assistenziali, protocolli comuni, linee guida condivise e programmi di rilevanza strategica, atti a garantire la continuità assistenziale e lo sviluppo integrato delle risorse professionali.

I Dipartimenti Funzionali non sono dotati di risorse e budget dipartimentale e sono finalizzati esclusivamente al coordinamento dello sviluppo organizzativo delle strutture.

Le attività dei Dipartimenti Funzionali saranno definite in un apposito Regolamento.

C. DIPARTIMENTI STRUTTURALI

I Dipartimenti Strutturali sono costituiti dall'aggregazione di strutture complesse (almeno 3 strutture complesse nell'ambito dell'organizzazione sanitaria) eventualmente articolabili in strutture semplici. Sono



dotati di autonomia tecnico professionale, e possono altresì essere dotati di autonomia gestionale, nei limiti degli obiettivi, delle risorse attribuite, anche a mezzo di apposito budget, dalla Direzione Aziendale.

La gestione di un Dipartimento Strutturale è affidata al Direttore di Dipartimento. Le attività dei Dipartimenti Strutturali saranno definite in un apposito Regolamento.

- **STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI (SSD)**

Costituisce un'articolazione dipartimentale caratterizzata da un'adeguata dimensione qualitativa e quantitativa dell'attività e delle risorse professionali utilizzate. È dotata di responsabilità di budget ed opera per le specifiche competenze in autonomia tecnico professionale e gestionale organizzativa con responsabilità piena dell'utilizzo delle risorse in relazione agli obiettivi assegnati.

Le attività della Struttura Semplice Dipartimentale non possono sovrapporsi, anche parzialmente, ai perimetri di Strutture Complesse.

La dotazione organica non è inferiore a due unità (compreso il Responsabile).

Alla direzione della Struttura Organizzativa Semplice Dipartimentale è preposto il Dirigente Responsabile.

- **STRUTTURE COMPLESSE (SC)**

Costituiscono articolazione organizzative alle quali è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie assegnate (budget). Ciascuna struttura complessa può afferire ad un solo Dipartimento Strutturale, ad un solo DAI, ad un solo Dipartimento Funzionale o direttamente alla Direzione Aziendale.

Il numero di Strutture Complesse Sanitarie è correlato alla necessità di garantire i parametri indispensabili per l'accreditamento delle Scuole di Specializzazione.

- **STRUTTURE SEMPLICI (SS)**

Sono articolazioni organizzative delle Strutture Complesse, con responsabilità limitata di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie per l'assolvimento delle funzioni assegnate, pertinenti alla struttura complessa di appartenenza, e del cui utilizzo, ai fini del budget, risponde al direttore della struttura complessa.

Alla direzione della Struttura Semplice è preposto il Dirigente Responsabile.

- **PROGRAMMI**

In considerazione delle specifiche esigenze formative e della stretta correlazione esistente tra attività assistenziale e didattica, il Direttore Generale d'intesa con il Rettore, secondo quanto previsto dall'art. 5 del protocollo di intesa Regione Autonoma della Sardegna e Università di Cagliari e Sassari, affida la responsabilità e la gestione di programmi inter e/o infradipartimentali, ai professori universitari di prima fascia, in coerenza con i rispettivi Settori Scientifico Disciplinari di afferenza, ai quali non sia stato possibile conferire un incarico di direzione di struttura organizzativa semplice o complessa.

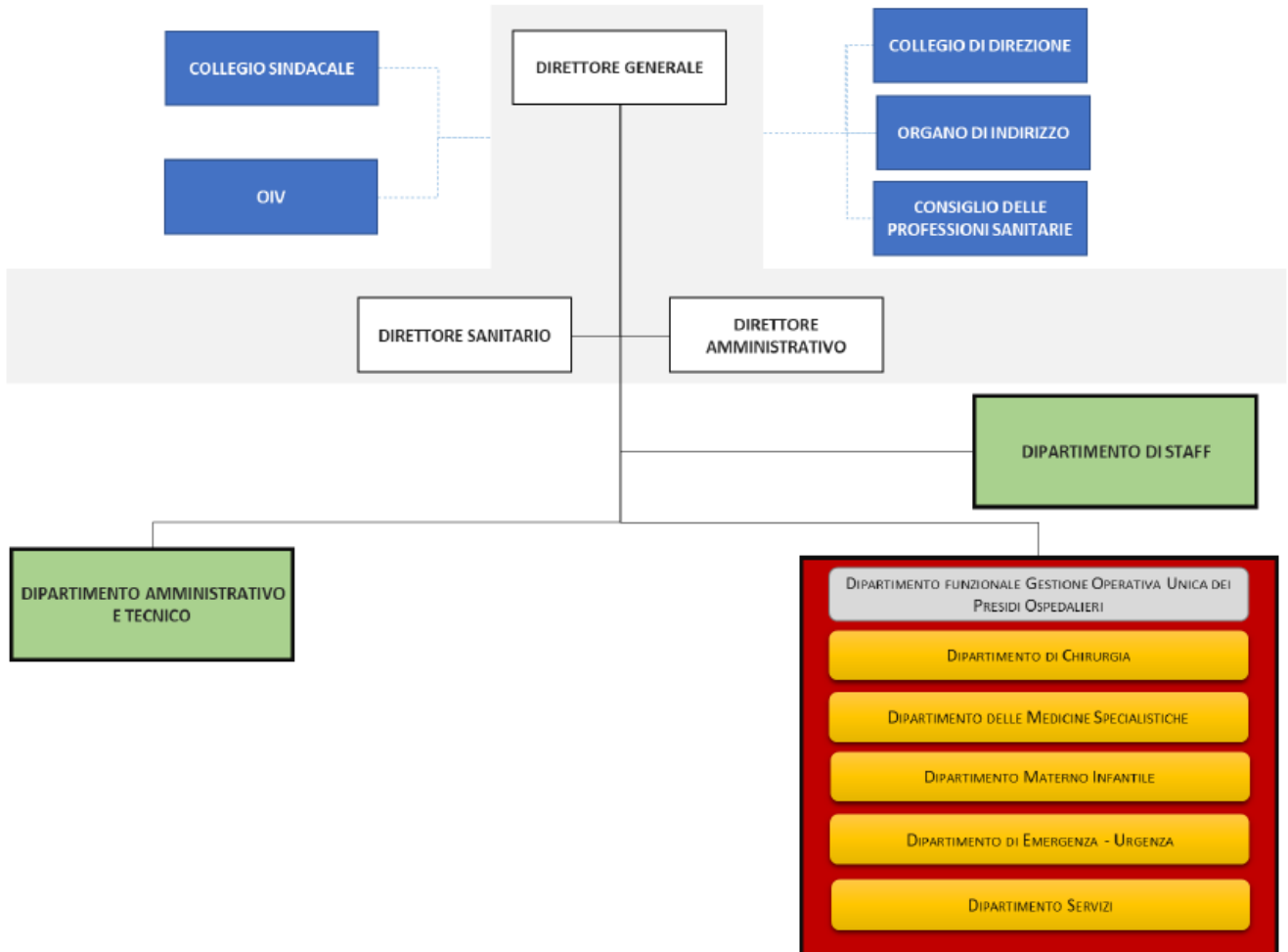
Con le stesse modalità possono essere istituite ed assegnate forme di coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale. In quanto tali, costituiscono un modello organizzativo che consente, anche in relazione a determinati processi assistenziali o di ricerca di rilievo aziendale, la programmazione e l'organizzazione unitaria di attività e competenze fornite da professionisti afferenti a strutture organizzative, anche diverse.

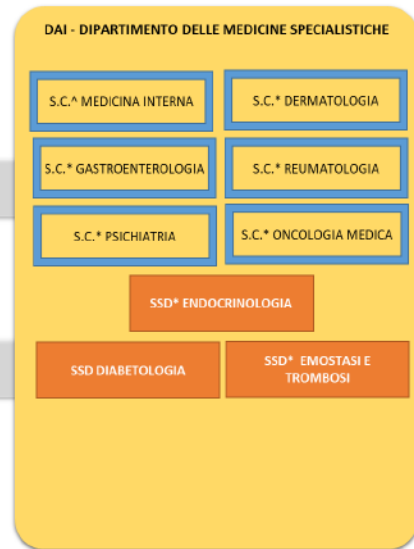
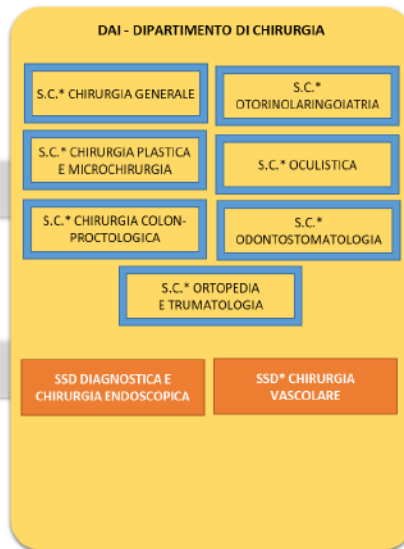
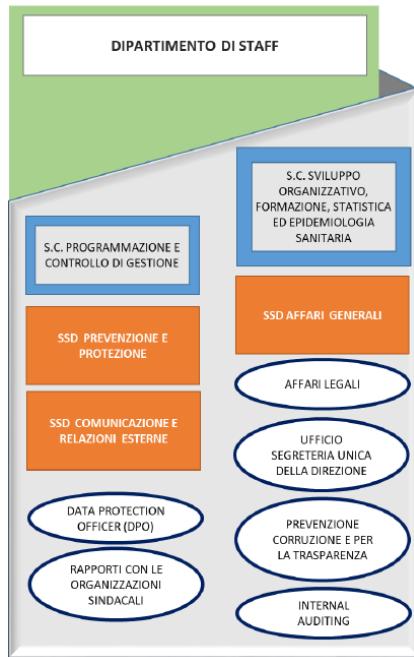
Eventuali programmi possono essere attribuiti anche ai professori universitari di seconda fascia ai quali non sia stata attribuita una struttura organizzativa e a condizione che i programmi siano di minore complessità e rilevanza, nel rispetto degli obiettivi assistenziali e del principio di invarianza dei costi organizzativi complessivi.

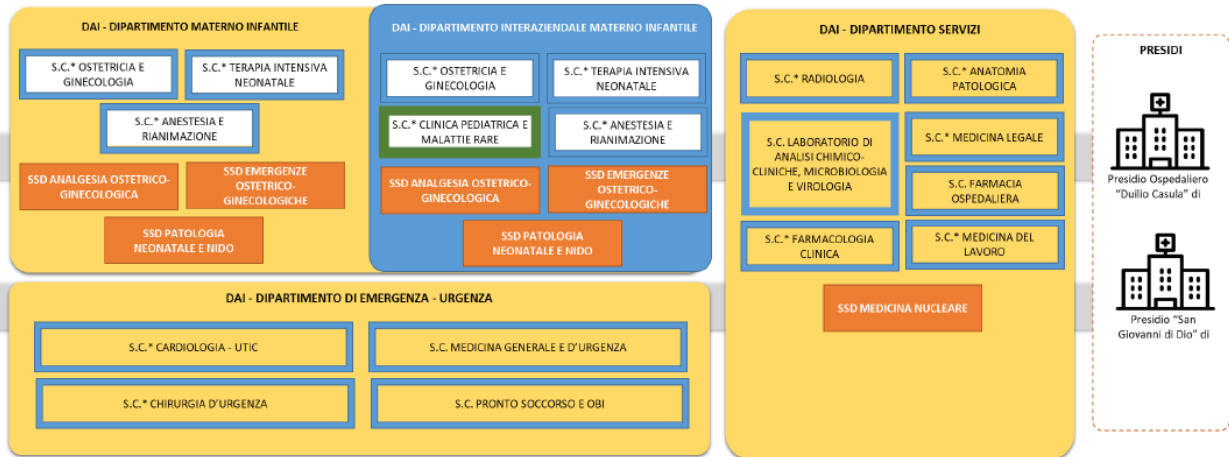


Al Responsabile del Programma può competere l'assegnazione, il coordinamento e la gestione di risorse umane e strumentali e la responsabilità diretta in ordine al raggiungimento degli obiettivi.

ORGANIGRAMMA AZIENDALE









3.1.1 Parità di Genere (Piano Azioni Positive)

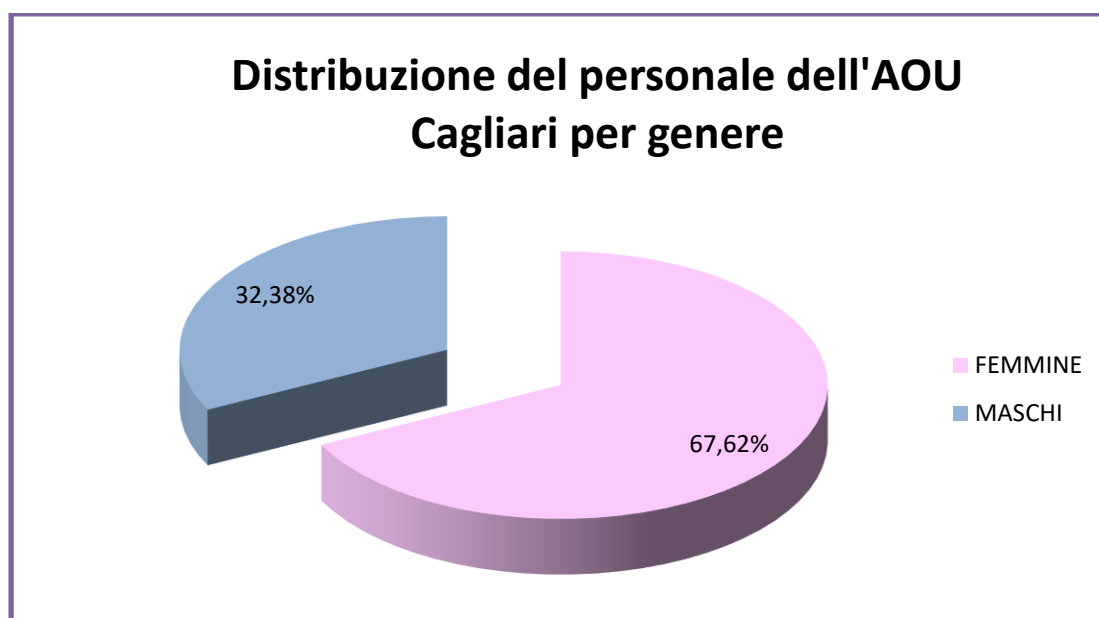
Tale sezione del Piano mira ad introdurre azioni positive all'interno del contesto organizzativo e di lavoro per riequilibrare le situazioni di disparità di condizioni fra uomini e donne e per migliorare il benessere organizzativo dell'Azienda nel suo complesso. Le azioni positive previste vogliono facilitare la rimozione di tutti quegli ostacoli che si frappongono al conseguimento di una effettiva uguaglianza tra donne e uomini e alla valorizzazione delle differenze e tendono ad un sostanziale miglioramento della qualità del lavoro con conseguente innalzamento del livello dei servizi offerti. Le azioni positive non riguardano solamente le donne, bensì la totalità dei dipendenti, pur nella consapevolezza che in Italia i carichi familiari - per cultura e per organizzazione familiare – gravano tendenzialmente sul genere femminile.

La Commissione Europea ha più volte sottolineato l'urgenza di integrare la dimensione di genere nella lettura dei contesti sociali e lavorativi, che consenta di concretizzare un approccio equo e inclusivo delle donne che, valorizzandone una migliore allocazione, aumenti competitività e promuova il superamento di una cultura discriminatoria ancora radicata in Italia e, ancor più, nelle regioni meridionali.

Nell'ottica dello sviluppo delle risorse umane destinato all'incremento della qualità delle performance il tema delle pari opportunità costituisce un elemento, per il suo carattere di trasversalità, in grado di fungere da indicatore della diffusione e del grado di attenzione che l'intero contesto lavorativo assegna alle politiche di tutela e uguaglianza di chi lavora.

Il rispetto della Parità di genere costituisce pertanto un'importante risorsa per l'AOU di Cagliari al fine di supportare il personale nella messa in atto di azioni migliorative rivolte a risolvere eventuali tensioni ed a creare un clima di lavoro improntato sulla collaborazione e sul benessere.

Di seguito si indica il quadro di riscontro tra la situazione delle donne e degli uomini nell'attuale situazione del personale dipendente in servizio presso l'AOU di Cagliari. Le tabelle di seguito riportate sono riferite al personale in servizio al 01/01/2024:





Età media per ruolo del personale

Genere	ETÀ MEDIA DIPENDENTI
FEMMINE	49,28
MASCHI	51,34
FEMMINE + MASCHI	49,91

Nelle tabelle seguenti si può osservare la distribuzione per genere e per età dei dipendenti, con un'età media pari a anni 49,91, e una prevalenza di dipendenti, 67,62% appartenenti al sesso femminile.

La distribuzione per sesso e ruolo di appartenenza è evidenziata nella tabella sottostante:

Descrizione Ruolo	F	M	F	M
RUOLO AMMINISTRATIVO	85	38	4,59%	2,05%
RUOLO PROFESSIONALE	4	5	0,22%	0,27%
RUOLO SANITARIO	924	423	49,92%	22,85%
RUOLO SOCIOSANITARIO	221	77	11,94%	4,16%
RUOLO TECNICO	17	38	0,92%	2,05%
Totale complessivo	1251	600	67,59%	32,41%

GENERE	INCARICHI DI DIPARTIMENTO/STRUTTURA COMPLESSA/STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE	%
FEMMINE	18	32,80%
MASCHI	37	67,20%



3.2 Sottosezione - ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari, dopo l'esperienza nella fase emergenziale dovuta al COVID 19 dell'istituto del Lavoro Agile di cui alla legge n. 81/2017 e s.m.i. e la contrattualizzazione dell'istituto in argomento per il personale dipendente, intende autorizzare l'accesso a tale modalità lavorativa ai dipendenti richiedenti, ivi compreso il personale in assistenza ex DPR n. 761/1979, nel rispetto delle condizioni stabilite dalla vigente normativa.

Attraverso lo sviluppo del lavoro agile l'AOU intende introdurre nuove soluzioni organizzative orientate al lavoro per obiettivi e risultati, razionalizzare l'uso degli spazi aziendali e modernizzare le dotazioni informatiche e tecniche, promuovere una migliore conciliazione dei tempi di lavoro con quelli della vita sociale e di relazione dei propri dipendenti.

Inoltre, attraverso l'organizzazione del lavoro agile, l'AOU intende facilitare l'integrazione lavorativa dei soggetti a cui, per cause dovute a condizioni di disabilità o ad altri impedimenti di natura oggettiva, personale o familiare, anche temporanea, il tragitto casa-lavoro e viceversa risulta particolarmente gravoso, con l'obiettivo di assicurare il raggiungimento di pari opportunità lavorative anche per le categorie fragili. Nel corso del triennio 2024 – 2026 l'AOU, attraverso le Strutture competenti, provvederà a definire un Regolamento sul Lavoro Agile che, sulla base della normativa vigente, contempili i diversi ambiti la cui definizione risulta essere necessaria.

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO (Target)	VALORE ANNO PRECEDENTE (Baseline)	FONTE DATI
Regolamentazione dello strumento organizzativo Lavoro Agile e avvio	Regolamento Lavoro Agile	1-2 anni		SERVIZIO PERSONALE

3.3 Sottosezione - PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

A partire dal giorno 15/07/2022 ovvero dalla data di entrata in vigore del Dpr 24 giugno 2022 n. 81 (Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione), pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 151 del 2022, in quanto a far data dal 15 luglio 2022 il Piano dei fabbisogni, di cui all'articolo 6, commi 1, 4 e 6 del Dlgs 165/2001, è soppresso in quanto assorbito nella apposita sezione del PIAO ovvero la 3.3 dello stesso, intitolata appunto Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale.

Il Decreto Mpa Mef del 30 giugno 2022 n. 132 (Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione - Gazzetta Ufficiale 209 del 7 settembre 2022) che reca in allegato lo schema-tipo del PIAO il quale assorbe una serie di Piani (tra cui quello dei Fabbisogni) che finora le amministrazioni erano tenute a predisporre, entra in vigore solo e soltanto in data 22 settembre 2022.

Infatti la Sezione 3.3. parte dalla rappresentazione della consistenza di personale al 31.12 dell'anno precedente, per passare alla programmazione "strategica" delle risorse umane, finalizzata all'ottimizzazione necessaria ai servizi offerti ai cittadini, calcolata sulla base della capacità assunzionale legata ai vigenti limiti di spesa, cessazioni, evoluzione dei bisogni, puntando ad obiettivi di trasformazione dell'allocazione delle risorse, alle "strategie" di copertura del fabbisogno, alla "formazione" del personale diventato ormai punto strumento di efficientamento del capitale umano



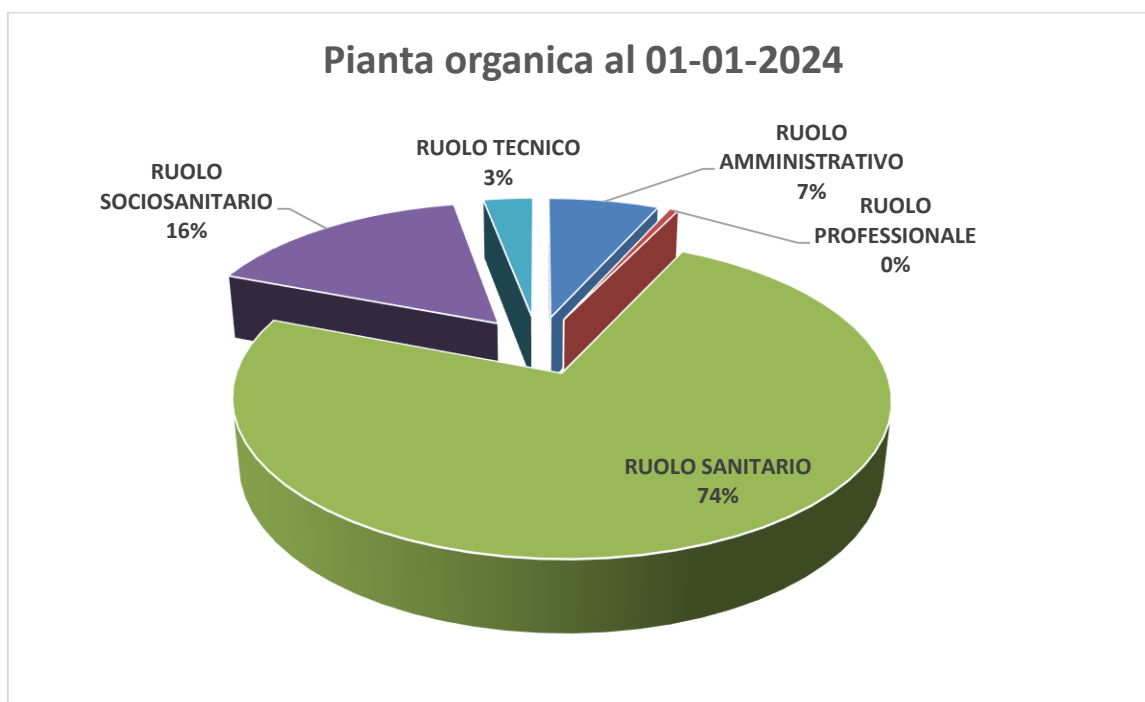
✓ **Dotazione organica AOU Cagliari.**

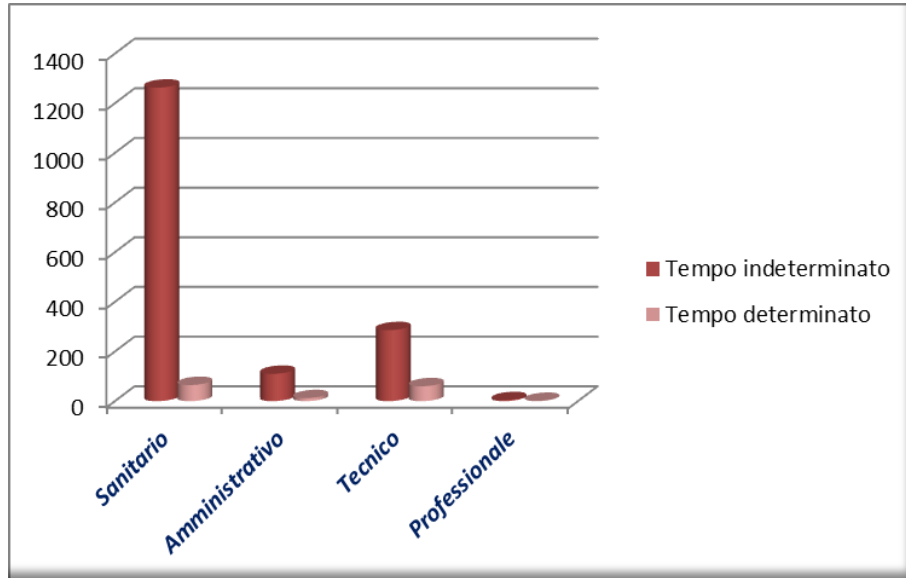
L'organico attuale rappresenta l'elemento fondamentale, caratterizzante e distintivo dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari nel perseguimento della *missione aziendale*.

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

01/01/2024				
Descrizione Ruolo	CO.CO.CO.	TEMPO DETERMINATO	TEMPO INDETERMINATO	Totale complessivo
RUOLO AMMINISTRATIVO	6	8	115	123
RUOLO PROFESSIONALE		4	6	10
RUOLO SANITARIO	39	35	1287	1361
RUOLO SOCIO SANITARIO		26	272	298
RUOLO TECNICO	1	11	43	55
Totale complessivo	40	84	1723	1853

di cui universitari:







✓ Programmazione strategica delle risorse umane

Nella predisposizione del piano triennale del fabbisogno del personale (PTFP), l'Azienda si pone l'ambizioso obiettivo di rispettare i vincoli finanziari, in armonia con gli obiettivi di performance e soprattutto con la missione istituzionale di garantire l'erogazione del Livelli Essenziali di Assistenza ai propri residenti.

Il PTFP rappresenta infatti il fabbisogno effettivo di personale nei limiti delle risorse finanziarie effettivamente disponibili. Pertanto, il PTFP, in primo luogo, contiene le previsioni di spesa non superiori alle risorse previste nel Bilancio Economico Preventivo (BEP) per l'anno 2024. Si precisa altresì che il Bilancio di Previsione unitamente al corrispondente modello CE, rispetta i tetti di spesa previsti dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali in materia quali quelli applicabili al personale dipendente, ai contratti di somministrazione e ai contratti a tempo determinato.

Il PTFP è redatto secondo gli schemi Prospetto 1 e 2 riportati dalla delibera RAS n°46/42 del 22/11/2019.

Il PTFP è organizzato per ruolo (amministrativo, professionale, socio-sanitario, tecnico e sanitario) e dettagliato per profilo professionale.

I valori relativi alle teste sono espressi in unità di personale a tempo pieno equivalente (FTE). I valori in termini di costo sono indicati al netto degli oneri accessori, dell'IRAP e dei fondi contrattuali.

Per le cessazioni e assunzioni previste in corso d'anno il numero di teste è indicato per intero mentre i costi/risparmi sono riportati pro-quota.

Per il dettaglio delle voci indicate si rimanda all'Allegato E - Piano del Fabbisogno del Personale inserito nella deliberazione di Programmazione annuale e triennale 2024-2026 la n. 1148 del 15-11-2023.

PTFP 2024-2026 per teste e costo

RUOLO	ANNO 2024		ANNO 2025		ANNO 2026	
	Posti coperti al 31/12		Posti coperti al 31/12		Posti coperti al 31/12	
	Teste	Costo	Teste	Costo	Teste	Costo
Ruolo Amministrativo	111	€ 2.915.225,70	111	€ 3.168.016,64	111	€ 3.168.016,64
Ruolo Professionale	9	€ 316.647,81	9	€ 361.231,09	9	€ 361.231,09
Ruolo Socio Sanitario	276	€ 6.886.742,67	276	€ 6.941.777,10	276	€ 6.941.777,10
Ruolo Tecnico	38	€ 881.511,37	38	€ 985.349,74	38	€ 985.349,74
Ruolo Sanitario	1124	€ 51.063.779,49	1124	€ 52.144.567,90	1124	€ 52.144.567,90
Personale Complessivo						
Totale Comparto	1177	€ 34.552.772,46	1177	€ 35.115.274,49	1177	€ 35.115.274,49
Totale Dirigenza	381	€ 27.511.134,57	381	€ 28.485.667,98	381	€ 28.485.667,98
Totale Complessivo Personale Dipendente	1558	€ 62.063.907,04	1558	€ 63.600.942,47	1558	€ 63.600.942,47

3.3.1 Formazione delle Risorse Umane

Il tema della formazione professionale del personale è uno dei principali strumenti di innovazione e di modernizzazione nella Pubblica Amministrazione. Nelle aziende sanitarie l'aggiornamento continuo comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili ad una pratica competente ed esperta, in grado di rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario e allo sviluppo professionale dei professionisti sanitari.

I professionisti sanitari hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire una assistenza qualitativamente utile.

La formazione ha anche il ruolo di valorizzazione delle risorse umane, facendo leva non solo sulle conoscenze e competenze di tipo tecnico-professionale e relazionale, ma anche essere di stimolo alla



motivazione, strumento strategico del miglioramento continuo dei processi interni, essenziale per il raggiungimento degli obiettivi e il miglioramento dei servizi, con positive ricadute sul benessere organizzativo.

In quest'ottica, la formazione è un processo complesso che risponde a diverse esigenze e funzioni: la valorizzazione del personale e, conseguentemente, il miglioramento della qualità dei processi organizzativi e di lavoro dell'ente. Soprattutto negli ultimi anni, il valore della formazione professionale ha assunto una rilevanza sempre più strategica finalizzata anche a consentire flessibilità nella gestione dei servizi e a fornire gli strumenti per affrontare le nuove sfide a cui è chiamata l'azienda sanitaria.

Il Piano della Formazione del personale è il documento programmatico che, tenuto conto dei fabbisogni e degli obiettivi formativi, individua gli interventi formativi da realizzare nel corso dell'anno. Attraverso la predisposizione del piano formativo si intende, essenzialmente, aggiornare le capacità e le competenze esistenti adeguandole a quelle necessarie a conseguire gli obiettivi programmatici dell'Azienda, per favorire lo sviluppo organizzativo dello stesso e l'attuazione dei progetti strategici.

La programmazione e la gestione delle attività formative devono altresì essere condotte tenendo conto delle numerose disposizioni normative che nel corso degli anni sono state emanate, per favorire la predisposizione di piani mirati allo sviluppo delle risorse umane.

Tra questi, le principali sono: -

- **Lgs 502/1992 integrato dal D.Lgs 229/1999**, che avevano istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità,
- **il decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 28, articolo 4**, che attribuisce agli Accordi tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano la regolamentazione concernente il nuovo sistema di formazione continua in medicina Accreditazione dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario attività formative realizzate all'estero, liberi professionisti. (LAVORO, SALUTE E POLITICHE SOCIALI),
- **il D.lgs. 165/2001**, art.1, comma 1, lettera c), che prevede la “migliore utilizzazione delle risorse umane nelle Pubbliche Amministrazioni, curando la formazione e lo sviluppo professionale dei dipendenti”;
- **gli artt. 49-bis e 49-ter del CCNL del personale degli Enti locali del 21 maggio 2018**, che stabiliscono le linee guida generali in materia di formazione, intesa come metodo permanente volto ad assicurare il costante aggiornamento delle competenze professionali e tecniche e il suo ruolo primario nelle strategie di cambiamento dirette a conseguire una maggiore qualità ed efficacia dell'attività delle amministrazioni; -
- **il “Patto per l'innovazione del lavoro pubblico e la coesione sociale”, siglato in data 10 marzo 2021** tra Governo e le Confederazioni sindacali, il quale prevede, tra le altre cose, che la costruzione della nuova Pubblica Amministrazione si fondi ... sulla valorizzazione delle persone nel lavoro, anche attraverso percorsi di crescita e aggiornamento professionale (reskilling) con un'azione di modernizzazione costante, efficace e continua per centrare le sfide della transizione digitale e della sostenibilità ambientale; che, a tale scopo, bisogna utilizzare i migliori percorsi formativi disponibili, adattivi alle persone, certificati e ritenere ogni pubblico dipendente titolare di un diritto/dovere soggettivo alla formazione, considerata a ogni effetto come attività lavorativa e definita quale attività esigibile dalla contrattazione decentrata; -
- **la legge 6 novembre 2012, n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”**, e i successivi decreti attuativi (in particolare il D.lgs. 33/13 e il D.lgs. 39/13), che prevedono tra i vari adempimenti, (articolo 1: comma 5, lettera b; comma 8; comma 10, lettera c e comma 11) l'obbligo per tutte le amministrazioni pubbliche di ... formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione garantendo, come ribadito dall'ANAC, due livelli differenziati di formazione: a) livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, riguardante l'aggiornamento delle competenze e le tematiche dell'etica e della legalità; b) livello specifico, rivolto al responsabile della prevenzione, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree di rischio. In questo caso la formazione dovrà



riguardare le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto dell'amministrazione.

- il contenuto dell'articolo 15, comma 5, **del decreto Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62**, in base a cui: "Al personale delle pubbliche amministrazioni sono rivolte attività formative in materia di trasparenza e integrità, che consentano ai dipendenti di conseguire una piena conoscenza dei contenuti del codice di comportamento, nonché un aggiornamento annuale e sistematico sulle misure e sulle disposizioni applicabili in tali ambiti";
- **il Regolamento generale sulla protezione dei dati (UE) n. 2016/679**, la cui attuazione è decorsa dal 25 maggio 2018, il quale prevede, all'articolo 32, paragrafo 4, un obbligo di formazione per tutte le figure (dipendenti e collaboratori) presenti nell'organizzazione degli enti: i Responsabili del trattamento; i Sub-responsabili del trattamento; gli incaricati del trattamento del trattamento e il Responsabile Protezione Dati; -
- **il Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD)**, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, successivamente modificato e integrato (D.lgs. n. 179/2016; D.lgs. n. 217/2017), il quale all'art 13 "Formazione informatica dei dipendenti pubblici" prevede che: "Le pubbliche amministrazioni, nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili, attuano politiche di reclutamento e formazione del personale finalizzate alla conoscenza e all'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, nonché dei temi relativi all'accessibilità e alle tecnologie assistive, ai sensi dell'articolo 8 della legge 9 gennaio 2004, n. 4. 1-bis. Le politiche di formazione di cui al comma 1 sono altresì volte allo sviluppo delle competenze tecnologiche, di informatica giuridica e manageriali dei dirigenti, per la transizione alla modalità operativa digitale";
- **il D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81, coordinato con il D.lgs. 3 agosto 2009, n. 106** "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro" il quale dispone all'art. 37 che: "Il datore di lavoro assicura che ciascun lavoratore riceva una formazione sufficiente ed adeguata in materia di salute e sicurezza, ... con particolare riferimento a: **a)** concetti di rischio, danno, prevenzione, protezione, organizzazione della prevenzione aziendale, diritti e doveri dei vari soggetti aziendali, organi di vigilanza, controllo, assistenza; **b)** rischi riferiti alle mansioni e ai possibili danni e alle conseguenti misure e procedure di prevenzione e protezione caratteristici del settore o comparto di appartenenza dell'azienda... e che i "dirigenti e i preposti ricevono a cura del datore di lavoro, un'adeguata e specifica formazione e un aggiornamento periodico in relazione ai propri compiti in materia di salute e sicurezza del lavoro."

Principi della formazione e linee di indirizzo

L'attività formativa dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari si ispira ai seguenti principi:

- valorizzazione del personale: il personale è considerato come un soggetto che richiede riconoscimento e sviluppo delle proprie competenze;
- uguaglianza e imparzialità: la formazione è offerta a tutti i dipendenti, in relazione alle esigenze formative riscontrate;
- continuità: la formazione è erogata in maniera continuativa;
- partecipazione: il processo di formazione prevede verifiche del grado di soddisfazione dei dipendenti e modi e forme per inoltrare suggerimenti e segnalazioni;
- efficacia: la formazione deve essere monitorata con riguardo agli esiti della stessa in termini di gradimento e impatto sul lavoro;
- efficienza: la formazione deve essere erogata sulla base di un ponderato rapporto tra qualità della formazione offerta e costi della stessa.

In ragione delle caratteristiche dell'Azienda e dei suoi scopi formativi in tema di sanità, in AOU vengono privilegiate le attività inerenti alla formazione del personale interno dell'Azienda, ovvero la pianificazione, l'organizzazione e la gestione della formazione interna del personale. L'AOU viene coinvolta anche in



attività rivolte a professionisti sanitari esterni all'Azienda, ovvero nell'organizzazione e nella gestione di convegni ed eventi formativi per la formazione continua in sanità. Tutte queste attività di formazione sono legate al ruolo di Provider accreditato ECM, AOU di Cagliari.

Il sistema formativo in AOU

L'offerta formativa annuale viene costruita sulla base degli obiettivi strategici e degli obiettivi specifici (rilevati anche col supporto dei Referenti per la Formazione,) all'interno di un percorso che cerca di integrare gli obiettivi nazionali e regionali con gli obiettivi aziendali in un'ottica di "sistema", di Clinical Governance. L'obiettivo prioritario è quello di creare il modello del sistema di gestione della formazione. Gli interventi formativi si propongono di trasmettere idonee competenze, sia di carattere generale che di approfondimento tecnico, perseguendo i seguenti obiettivi:

- aggiornare il personale rispetto alle modifiche normative, procedurali, disciplinari, professionali;
- valorizzare nel tempo il patrimonio delle risorse umane;
- fornire opportunità di investimento e di crescita professionale da parte di ciascun dipendente, in coerenza con la posizione di lavoro ricoperta;
- fornire le competenze gestionali, operative e comportamentali di base, funzionali ai diversi ruoli professionali;
- preparare il personale alle trasformazioni dell'Azienda, favorendo lo sviluppo di comportamenti coerenti con le innovazioni e con le strategie di crescita;
- migliorare il clima organizzativo con idonei interventi di informazione e comunicazione istituzionale;
- favorire le condizioni idonee per affermare una cultura organizzativa orientata all'Azienda.

Il primo passo da compiere, ai fini di una adeguata programmazione delle diverse attività formative e di un corretto impiego delle risorse finanziarie ed umane, è quello di una corretta individuazione dei bisogni formativi.

Gli obiettivi formativi devono essere finalizzati a rendere l'aggiornamento continuo meno episodico e più orientato a creare sistema all'interno dell'organizzazione, con un incremento dell'utilizzo di metodi e tecniche didattiche che permettano un elevato grado di interattività e di diretto coinvolgimento, dove le iniziative di didattica frontale vengono integrate da discussione di casi clinici, sessioni pratiche, simulazioni, etc. Infatti, in un sistema sanitario devono essere realizzati interventi formativi capaci di attivare il ciclo "learn-work-learn", ossia attività teoriche e pratiche che, partendo dai problemi reali, diano le basi teoriche ma anche gli strumenti pratici, per migliorare i comportamenti e la qualità dell'assistenza.

Le attività formative vengono individuate con la rilevazione degli obiettivi strategici e quelli specifici. Gli obiettivi specifici vengono rilevati attraverso il coinvolgimento dei referenti formazione e dei Direttori delle Unità Operative.

La rilevazione dei bisogni strategici tiene conto della Programmazione Strategica, degli obiettivi strategici Regionali e Nazionali e della Programmazione di Sistema, espressione delle esigenze formative specifiche delle Unità Operative e del personale dell'azienda, nel rispetto delle linee di indirizzo del sistema sanitario nazionale e regionale

L'analisi viene condotta partendo dai fabbisogni dell'Amministrazione relativi al raggiungimento degli obiettivi istituzionali e di quelli delle singole strutture, ma anche tenendo conto dei bisogni individuali dei dipendenti. Ciò, alla luce delle innovazioni normative e tecnologiche, con l'obiettivo di una positiva ricaduta di tali interventi sull'intero sistema organizzativo.

Di grande importanza è la valutazione dei risultati dell'attività formativa. Le attività di formazione sono inserite all'interno di un sistema di qualità legato al sistema di accreditamento stesso, come la valutazione della rilevanza e dell'efficacia del corso, e dei docenti. Viene prevista anche una valutazione d'impatto di alcuni processi. Le attività formative sono obbligatorie e riconosciute come attività di servizio.



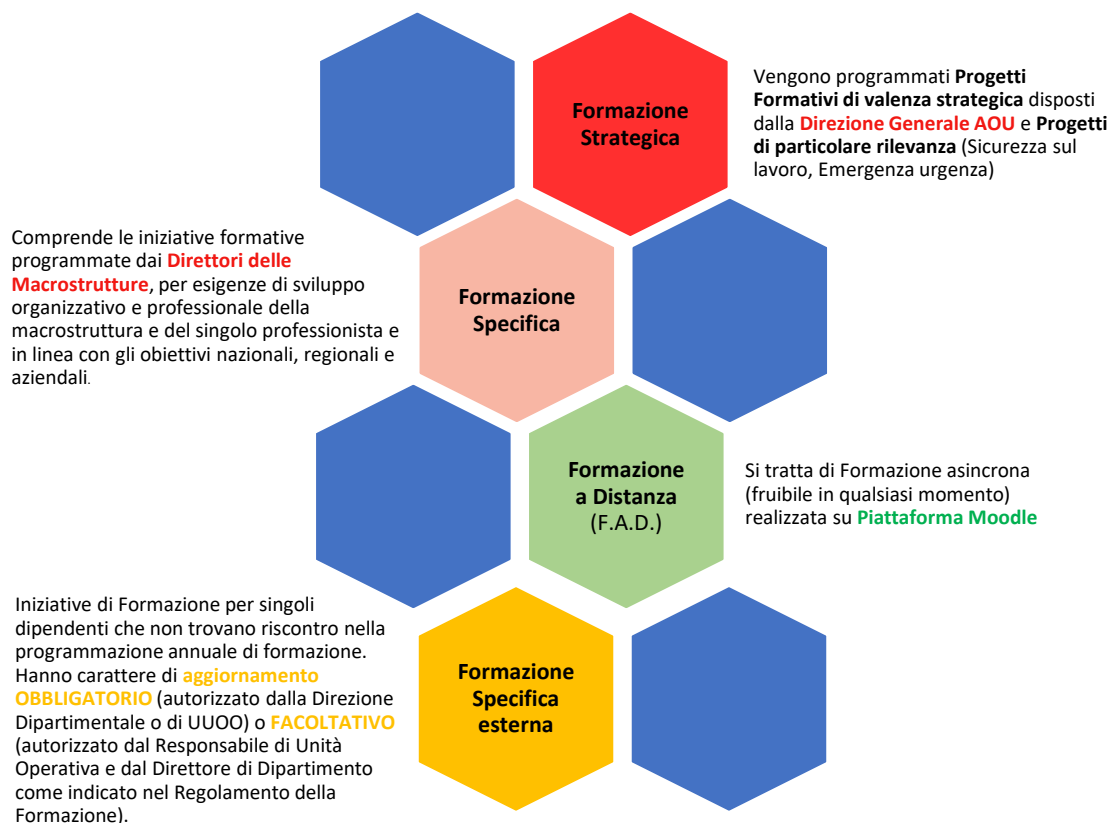
Per quanto riguarda le risorse economiche, si farà riferimento al budget assegnato annualmente per lo svolgimento delle attività pianificate nel PFA (1% del monte salari).

Si rileva, infine, che l'Azienda, anche al fine di incentivare e favorire l'accesso del personale a percorsi di istruzione e qualificazione, garantisce l'applicazione di quanto previsto nei vigenti CCNL in materia di permessi per studio nonché modalità di articolazione della prestazione lavorativa che facilitino la partecipazione ai corsi di studio (ad esempio attraverso la flessibilità dell'orario di lavoro).

I due principali ambiti in cui si divide l'attività formativa del personale dipendente sono: la formazione obbligatoria e la formazione facoltativa o non obbligatoria.

- Per formazione obbligatoria si intende l'insieme di tutte quelle attività formative negli ambiti in cui esse sono richieste come condizione necessaria per lo svolgimento di alcune attività professionali o per l'assicurazione di precise garanzie e che permettono all'Azienda di adeguarsi alle normative vigenti. In tali ambiti, rientra la formazione relativa ai temi della trasparenza e della prevenzione della corruzione, della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, della sicurezza relativa alle norme antincendio e di quella relativa alle esigenze di primo soccorso.
- Per formazione facoltativa o non obbligatoria si intende, invece, l'insieme degli interventi formativi di carattere trasversale, che interessano e coinvolgono i dipendenti appartenenti alle diverse UUOO/Servizi in cui è suddivisa l'Azienda, con l'obiettivo di produrre un incremento delle competenze non solo personali, ma anche dell'intera struttura dell'Azienda, che si rende, così, capace, di rispondere meglio ai bisogni degli utenti a cui si rivolge.

La formazione è articolata in diverse macro-tipologie di interventi formativi:





Obiettivi della formazione 2024

Nel PFA dell'anno 2024 vengono rafforzati i percorsi formativi che prevedono l'utilizzo delle metodologie di apprendimento dall'esperienza, come le attività laboratoriali, la simulazione e la comunità di pratica, che stimolano il confronto e la capacità riflessiva, alla base della crescita professionale e del cambiamento organizzativo. Un approccio costruttivo, pratico/pragmatico che dia senso e significato all'agire del professionista, che trova nella formazione un luogo di co-apprendimento e di empowerment, un terreno comune finalizzato alla costruzione di un nuovo saper essere.

Il PFA 2024 si pone in linea con le indicazioni del PNRR, in alcuni suoi aspetti, e contiene diversi elementi innovativi: la formazione sul governo delle liste d'attesa delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri, che si pone in una logica di riqualificazione organizzativa di una delle linee produttive dell'Azienda. Viene prevista una formazione sullo sviluppo delle competenze relazionali, in quanto leadership, team building e comunicazione appaiono imprescindibili per gestire i cambiamenti, un percorso per promuovere sviluppare la cultura organizzativa in materia di digitalizzazione documentale e migliorare le competenze digitali assolutamente necessarie per realizzare la completa transizione al digitale, percorsi di progettazione di protocolli di studio, ricerca e di sperimentazioni cliniche/organizzative, come indicato negli accordi Stato – Regioni e nelle delibere di marzo/aprile 2022 della Commissione Nazionale per la formazione continua, in linea con una delle missioni fondamentali dall'azienda che è la ricerca e le sue molteplici ricadute in termini di miglioramento assistenziale.

La programmazione della Formazione 2024 è orientata alla ripresa della formazione in presenza, valorizzando l'esperienza della formazione e-learning acquisita.

Gli obiettivi formativi aziendali si ricollegano principalmente ai seguenti temi nazionali, regionali e aziendali:

- Costruzione di un sistema di gestione dell'emergenza urgenza con la metodologia didattica della simulazione
- Promozione di percorsi di Prevenzione e Promozione della sicurezza per i lavoratori
- Realizzazione di un modello condiviso per la gestione delle Emergenze/Urgenze
- Implementare l'utilizzo di una metodologia per la costruzione di procedure, protocolli e percorsi clinico-assistenziali e organizzativi;
- Sviluppare competenze comunicativo/relazionali in equipe e con il paziente;
- Implementare un sistema di gestione delle liste d'attesa delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri
- Costruire percorsi di studio e ricerca e di sperimentazioni cliniche/organizzative
- Sensibilizzare gli operatori all'accoglienza e al supporto delle vittime di violenza di genere
- Implementare la rete del rischio clinico e le competenze dei referenti
- Utilizzare metodologie innovative nell'ascolto del paziente, come quelle delle Medical Humanities
- Implementare le competenze tecniche specialistiche nel DAI dei Servizi e nel DAI Materno-Infantile
- Implementare il sistema di gestione delle SDO, anche la formazione all'utilizzo di un software specifico
- Sensibilizzare alla problematica dell'accoglienza e supporto delle vittime di violenza.

Il personale aziendale verrà coinvolto anche in tutti quei progetti di formazione regionale, erogati dalle altre aziende sanitarie della Sardegna, individuate come capofila.

Gli obiettivi aziendali, all'interno del PFA, sono stati trasformati in obiettivi formativi e inseriti all'interno delle seguenti macroaree:

GLI OBIETTIVI FORMATIVI			
OBIETTIVI FORMATIVI TECNICO PROFESSIONALI	Competenze e conoscenze tecnico professionali, finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico professionali individuali, relative allo specifico settore di attività	Eventi rivolti ai professionisti per singola professione o disciplina professionale	26
OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO	Finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie	Eventi rivolti ai professionisti per ambito organizzativo/ gestionale	27
OBIETTIVI FORMATIVI DI SISTEMA	Finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitaria sostegno di un comportamento lavorativo organizzativo efficace.	Eventi rivolti a tutti i professionisti, con caratteristica interprofessionale	13
TOTALE			66



Formazione e ricerca

L'AOU di Cagliari vuole migliorare la gestione dei progetti di ricerca e innovazione e per questo motivo, sta avviando un percorso consolidamento di un ufficio ricerca e sperimentazione, inserito nella SC Sviluppo Organizzativo, Formazione, Statistica ed Epidemiologia Sanitaria, finalizzato alla costruzione di strategie di intervento per sviluppare l'attività di ricerca anche in integrazione con l'Assistenza e la Didattica.

In particolare, gli obiettivi dell'ufficio sono:

- Costruire la governance dell'unità aziendale dedicata alla ricerca, con un confronto con altre realtà, con l'analisi di buone prassi e le attività partecipate di formazione sul campo;
- Progettare e istituire una struttura di gestione capace di svolgere un ruolo centrale per la ricerca, con funzioni e attività integrate nel sistema aziendale e al passo con la normativa e con i modelli maturati a livello nazionale;
- Identificare il ruolo, le funzioni e le competenze da inserire nella struttura di ricerca aziendale;
- Definire le procedure e la documentazione organizzativa necessaria per regolamentare i processi relativi alla gestione dei progetti di ricerca e innovazione;
- Strutturare un piano di monitoraggio dei progetti attivi ad oggi e un piano, a medio e lungo termine, per la gestione dei progetti di nuovo avvio;
- Predisporre un piano di divulgazione interna e di formazione, intervenendo per allineare tutti gli attori del processo al nuovo modello a tendere;
- Sviluppare e consolidare i meccanismi di integrazione formale e informale fra i tre processi fondamentali della mission aziendale: Assistenza, Didattica e Ricerca.



4 SEZIONE MONITORAGGIO

Il monitoraggio delle sottosezioni Valore pubblico e Performance avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, mentre il monitoraggio della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza avviene secondo le indicazioni di ANAC.

In particolare, con riferimento al monitoraggio delle misure previste per la prevenzione della corruzione e per la promozione della trasparenza, si rimanda al paragrafo “*Monitoraggio attuazione delle misure previste nel PTPCT 2023-2025*” della sezione III “Rischi corruttivi e trasparenza”.

Per la Sezione Organizzazione e capitale umano il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale dall’Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all’articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

Questa sezione descrive, in relazione a ciascun ambito di programmazione previsto dal PIAO e rappresentato nelle sezioni precedenti, quali sono le tempistiche e le modalità di valutazione riguardo al conseguimento degli obiettivi dichiarati e all’implementazione delle azioni in programma.

4.1 Monitoraggio Performance

Per far sì che la programmazione degli obiettivi da raggiungere porti a dei buoni risultati, occorre sempre alla fase di programmazione vera e propria far seguire la fase del monitoraggio. E’ in tale fase infatti che, nel corso dell’anno, viene monitorato l’andamento degli indicatori in modo tale da rendersi conto se alcuni degli obiettivi prefissati sono lontani dalla loro realizzazione ed è pertanto necessario porre in essere delle azioni correttive per far sì che alla fine dell’anno tali obiettivi vengano effettivamente raggiunti. La finalità di qualsiasi processo di programmazione e controllo è infatti quella di indirizzare le azioni dell’organizzazione verso il raggiungimento degli obiettivi prefissati; è quella, dunque, di governare l’azienda in maniera guidata rispetto all’andamento non organizzato delle attività. Per tale motivo alla fase di definizione degli obiettivi, siano essi strategici di medio-lungo periodo, o di breve periodo, deve seguire sempre la fase di monitoraggio. Relativamente agli **obiettivi annuali di budget contenuti nel Piano della Performance**, l’Azienda effettua un monitoraggio di tutti gli indicatori contenuti nelle schede budget, con cadenza periodica: per alcuni indicatori è necessario un monitoraggio più frequente, per altri meno. Nel caso si rilevino delle criticità è utile incontrarsi con i diretti interessati per cercare di condividere come intervenire.

Alla fase di monitoraggio infrannuale, una volta finito l’anno, segue la verifica finale, approvata dall’OIV. I risultati della verifica finale vengono esposti annualmente nella **Relazione sulla Performance e pubblicati nel sito** istituzionale dell’Azienda.

4.2 Monitoraggio Soddisfazione dei Pazienti

Per quanto riguarda l’esperienza di ricovero dei pazienti, come descritto nella sezione sulla performance, è attiva la valutazione dell’esperienza di ricovero vissuta dai pazienti. L’indagine si rivolge a pazienti ricoverati presso le strutture ospedaliere e rileva la soddisfazione sul servizio di ricovero ricevuto o della prestazione sanitaria in generale ricevuta.

Le domande proposte, a risposta chiusa ed aperta, consentono al paziente di esprimere pareri, criticità e di segnalare elementi o persone che hanno fatto la differenza nell’esperienza di cura.

In questo caso il monitoraggio del livello di soddisfazione è possibile in tempo reale durante tutto l’anno. Si tratta quindi di un’opportunità davvero importante per lavorare sul miglioramento della qualità dell’assistenza, dal momento che le informazioni raccolte possono essere fonte preziosa di indicazioni, sia in relazione alle criticità da affrontare, sia riguardo alla possibilità di valorizzare gli esempi virtuosi che ne emergono.



4.3 Monitoraggio e Riesame Ambito Anticorruzione e Trasparenza

Il monitoraggio dell'attuazione delle misure di prevenzione del rischio previste e della loro efficacia è responsabilità del RPCT che, a tal fine, si coordina con gli organismi di monitoraggio della performance organizzativa e individuale. Il sistema di monitoraggio, semestrale e annuale, è articolato su 2 livelli:

- il primo livello è in capo al direttore/responsabile della struttura organizzativa chiamata ad adottare le misure (autovalutazione), e fornisce al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione delle misure stesse;
- il secondo livello compete al RPCT, coadiuvato dalla Rete e dalle strutture interne con funzioni di controllo.

La verifica dell'attuazione degli obiettivi annuali prevede, oltre al monitoraggio semestrale, una rendicontazione finale che dà conto delle relazioni redatte a fine anno dai direttori/responsabili di struttura ed è pubblicata sul sito aziendale (relazione annuale del RPCT) nei primi mesi dell'anno successivo.

I risultati del monitoraggio degli obiettivi sono condivisi con l'OIV e con la Direzione Aziendale e trasmessi alle strutture competenti in materia di performance organizzativa e individuale.

Il **riesame periodico** della funzionalità complessiva del sistema di gestione del rischio, insieme al monitoraggio delle misure di mitigazione del rischio, rappresenta un tassello fondamentale per assicurare un'efficace strategia di prevenzione della corruzione, riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio; è coordinato dagli organismi interni che svolgono attività di controllo trasversale e viene effettuato secondo il c.d. modello di prevenzione a rete a intervalli programmati.

Tale riesame richiede la partecipazione attiva dei dipendenti al processo di gestione del rischio e all'attuazione delle misure di prevenzione programmate, al fine di individuare rischi emergenti, identificare ulteriori processi organizzativi da mappare, prevedere nuovi e più efficaci criteri per l'analisi e la ponderazione del rischio. È una prassi che non porta all'introduzione di nuovi controlli ma a razionalizzare e sistematizzare quelli esistenti, migliorandone la finalizzazione rispetto agli obiettivi prefissati e sensibilizzando le persone alla partecipazione attraverso la consultazione e la comunicazione.

L'attuazione degli obblighi di pubblicità in materia di trasparenza è oggetto di monitoraggio costante da parte dei dirigenti responsabili e dei loro referenti operativi.

Le modalità di gestione dei dati e delle informazioni riportate sul sito internet dell'Azienda sono rimesse alla responsabilità del dirigente della singola Struttura aziendale che li produce o comunque li detiene rispondendo dunque della loro correttezza, completezza e aggiornamento. Come espressamente previsto dall'art. 43 del d.lgs. n. 33/2013, i dirigenti responsabili di Struttura devono garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni, da pubblicare nel rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Il RPCT effettua un monitoraggio semestrale sugli adempimenti di cui al D.Lgs 33/2013 (e per talune informazioni, ad esempio quelle contenute in "consulenti e collaboratori", anche trimestrale) e quando necessario sollecita i dirigenti a cui compete l'adempimento o l'aggiornamento da effettuare.

Infine, l'OIV attesta annualmente il rispetto degli obblighi di trasparenza in capo all'Azienda, attraverso una verifica compiuta con l'utilizzo di un file c.d. "griglia di attestazione" predisposto ogni anno da A.N.A.C e contenente alcuni obblighi a campione.



Hanno collaborato alla stesura del PIAO i seguenti servizi:

SERVIZIO COMPETENTE	SEZIONE E ARGOMENTI
Servizio Programmazione e Controllo	<i>Sezione Valore Pubblico</i>
	<i>Piano della Performance</i>
	<i>Piano delle Azioni Positive</i>
	<i>Sezione Monitoraggio</i>
	<i>Coordinamento e unione dei documenti prodotti dagli altri servizi</i>
Servizio Personale	<i>Organizzazione del Lavoro Agile</i>
	<i>Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale</i>
Sviluppo Organizzativo e Informativo	<i>Ufficio Formazione: Formazione del Personale</i>
	<i>Obiettivi di Digitalizzazione e Implementazione Televisita</i>
Servizio Tecnico	<i>Efficientamento energetico</i>
	<i>Investimenti di alta tecnologia come da PNRR</i>
Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione	<i>Rischi Corruttivi e Trasparenza</i>
Servizio Provveditorato	<i>Rischi Corruttivi e Trasparenza - Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio</i>
Comunicazione e Relazioni Esterne	<i>Customer Satisfaction e agli Obiettivi correlati alla qualità dei procedimenti e dei servizi e Obiettivi e performance finalizzati alla piena accessibilità dell'amministrazione</i>
Programma Customer satisfaction, secondo un approccio di action research	<i>Customer Satisfaction e agli Obiettivi correlati alla qualità dei procedimenti e dei servizi e Obiettivi e performance finalizzati alla piena accessibilità dell'amministrazione</i>
Servizio di Prevenzione e Protezione	<i>Clima Interno e Ambiente di lavoro e formazione correlata</i>