

Azienda Socio Sanitaria Locale n.8 Cagliari



PIAO 2023 -2025

Sommario

SOMMARIO	2
PREMESSA	3
SEZIONE – 1 L’AZIENDA.....	4
1.1 SCHEDA ANAGRAFICA.....	4
1.2 ASSETTO ORGANIZZATIVO E AZIENDALE.....	4
1.3 ANALISI DEMOGRAFICA TERRITORIALE.....	7
1.4 ANALISI DEL CONTESTO AZIENDALE	12
SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE	25
2.1 VALORE PUBBLICO.....	25
2.2 PERFORMANCE.....	27
2.3 PIANO ANTICORRUZIONE	52
SEZIONE - 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	78
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	78
3.2 LAVORO AGILE	78
3.3 PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE.....	84
3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	95
SEZIONE – 4 MONITORAGGIO.....	99
4.1 MONITORAGGIO.....	99

PREMESSA

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

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

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

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

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

SEZIONE – 1 L'AZIENDA

1.1 Scheda anagrafica

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

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

Sede Operativa: Cittadella della Salute, via Romagna n. 16, PAD. H, 09127 Cagliari (CA)

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

P.Iva: 03990560926

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

L'Azienda Socio Sanitaria Locale n.8 di Cagliari è stata istituita il 1^a gennaio 2022 e ai sensi della L.R. n. 24/2020, l'ambito territoriale è coincidente con quello della cessata Azienda Sanitaria Locale n. 8 di Cagliari, oggetto di incorporazione ai sensi dell'articolo 1, comma 3, della legge regionale 27 luglio 2017.

1.2 Assetto Organizzativo e Aziendale

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

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

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

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

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

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

Il Dipartimento costituisce tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie nell'ottica di condivisione delle risorse. Tale articolazione aziendale, aggrega strutture organizzative omologhe e

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

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

L'atto aziendale, inoltre, indica le soluzioni organizzative per garantire che le attività di gestione siano strettamente correlate con le attività di programmazione e controllo, al fine di assicurare la piena operatività delle azioni programmate e la gestione delle diverse strutture dislocate in tutto il territorio.

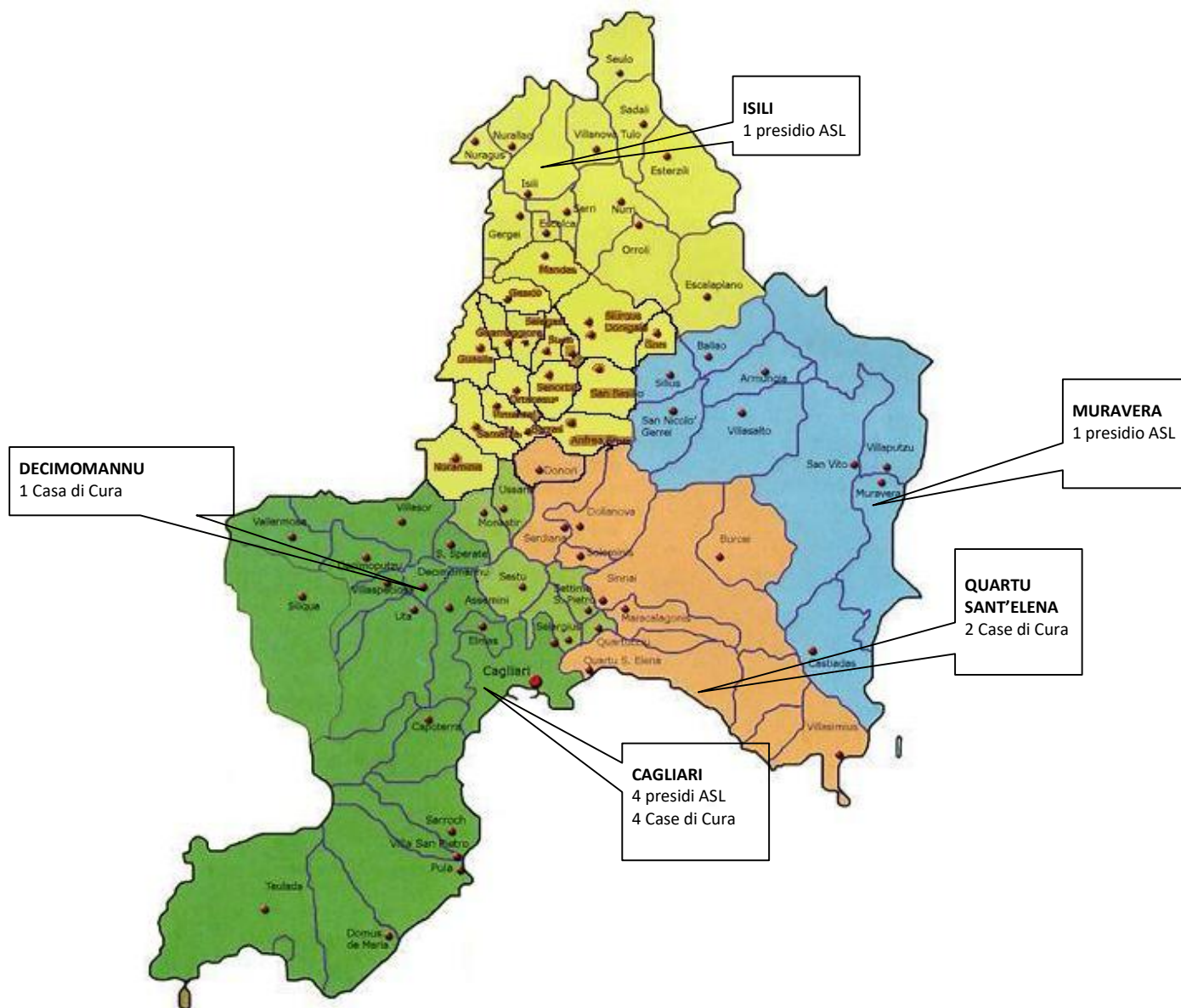
La ASL di Cagliari infatti gestisce e coordina le attività sanitarie di un territorio molto vasto, all'interno del quale sono presenti varie strutture di ricovero sia pubbliche che private.

Tipologia	Enti di governo	Numero presidi	Nome presidio	Comune
Presidi ospedalieri pubblici	ASL	6	Binaghi	Cagliari
			Marino	Cagliari
			Microcitemico	Cagliari
			San Giuseppe	Isili
			San Marcellino	Muravera
			Santissima Trinità	Cagliari
Case di cura private	ASL	7	Policlinico Città di Quartu	Quartu Sant'Elena
			Nuova CDC	Decimomannu
			San Salvatore	Cagliari
			Sant'Anna	Cagliari
			Sant'Antonio	Cagliari
			Sant'Elena	Quartu Sant'Elena
			Villa Elena	Cagliari
Totale		13		

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

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

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



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

La ripartizione in Distretti è la seguente:

1. **Distretto 1 (Cagliari Area Vasta)** comprende il Comune di Cagliari e tutti i comuni che ricadono nell'ex USL 21 (Ambito PLUS Area Urbana di Cagliari e Ambito PLUS 21 – Cagliari, Settimo San Pietro, Selargius, Quartucciu, Monserrato, Sestu, Ussana, Monastir, Nuraminis);
2. **Distretto 2 (Cagliari Area Ovest)** comprende tutti i comuni che ricadono nell'ex USL 20 (Ambito PLUS 20-Area-Ovest - Assemini, Decimomannu, Elmas, Uta, Decimoputzu, Vallermosta, Villasor,

Villaspeciosa, San Sperate, Capoterra, Sarroch, Pula, Villa San Pietro, Domus De Maria, Teulada, Siliqua);

3. **Distretto 3 (Quartu-Parteolla)** comprende tutti i comuni che ricadono nell'Ambito PLUS Quartu-Parteolla - Quartu S. Elena, Burcei, Dolianova, Donori, Maracalagonis, Serdiana, Sinnai, Soleminis);
4. **Distretto 4 (Sarrabus-Gerrei)** comprende tutti i comuni che ricadono nell'Ambito PLUS Sarrabus-Gerrei – Muravera, San Vito, Villaputzu, Castiadas, San Nicolò Gerrei, Armungia, Ballao, Silius, Villasalto, Villasimius);
5. **Distretto 5 (Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta)**, comprende i Comuni transitati dalla ASL n. 3 di Nuoro e i Comuni transitati dalla ASL n. 6 di Sanluri con due sedi fisiche: sede di Isili e sede di Senorbì (Ambito PLUS Sarcidano-Barbagia di Seulo e Ambito PLUS Trexenta – Sede di Isili: Isili, Escalaplano, Escolca, Esterzili, Gergei, Nuragus, Nurallao, Serri, Seulo, Villanovatulo, Nurri, Orroli, Sadali - Sede di Senorbì: Senorbì, Suelli, San Basilio, Goni, Mandas, Ortacesus, Barrali, Sant'Andrea Frius, Siurgus Donigala, Gesico, Guamaggiore, Guasila, Selegas, Pimentel, Samatzai).

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

Dal punto di vista della distribuzione demografica, al contrario, il distretto Area Vasta risulta quello più popolato con 247.440 abitanti rilevati dalle statistiche ISTAT 2022. Il distretto Sarrabus - Gerrei risulta invece il più piccolo con 22.295 abitanti.

1.3 Analisi demografica territoriale

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

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

La distribuzione della popolazione per Distretto nella tabella di seguito riportata indica il numero di abitanti residenti nel territorio della ASL n. 8 di Cagliari, rilevati da Demo ISTAT al 1^a gennaio 2021 e al 1^a gennaio 2022:

Distretto	Popolazione 2022	Popolazione 2021	% distribuzione territoriale 2022	% distribuzione territoriale 2021	Delta 2022 vs 2021	Delta 2022 vs 2021 %
Cagliari Area Vasta	247.440	248.690	45,61%	45,62%	-1.250	-0,50%
Area Ovest	121.493	121.998	22,40%	22,38%	-505	-0,41%
Quartu Parteolla	111.983	112.408	20,64%	20,62%	-425	-0,38%
Sarrabus Gerrei	22.295	22.433	4,11%	4,11%	-138	-0,62%
Sarcidano-Barbagia di Seulo - Trexenta	39.247	39.661	7,24%	7,27%	-414	-1,04%
Totale complessivo	542.458	545.190			-2.732	-0,50%

Tabella 2 - Distribuzione della popolazione per Distretto

Si rileva che al 1^a gennaio 2022 la popolazione che rappresenta l'intero territorio della ASL Cagliari è di 542.458 abitanti, corrispondenti a 2.732 persone in meno rispetto all'anno precedente. La distribuzione percentuale per Distretti evidenzia una maggior numero di abitanti nell'Area Vasta di Cagliari con oltre il 45% della popolazione residente. Il Distretto più piccolo risulta essere quello del Sarrabus-Gerrei con il 4% della popolazione residente. La variazione in diminuzione della popolazione residente è concentrata principalmente nell'Area Vasta di Cagliari che conta una riduzione di 1.250 residenti.

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

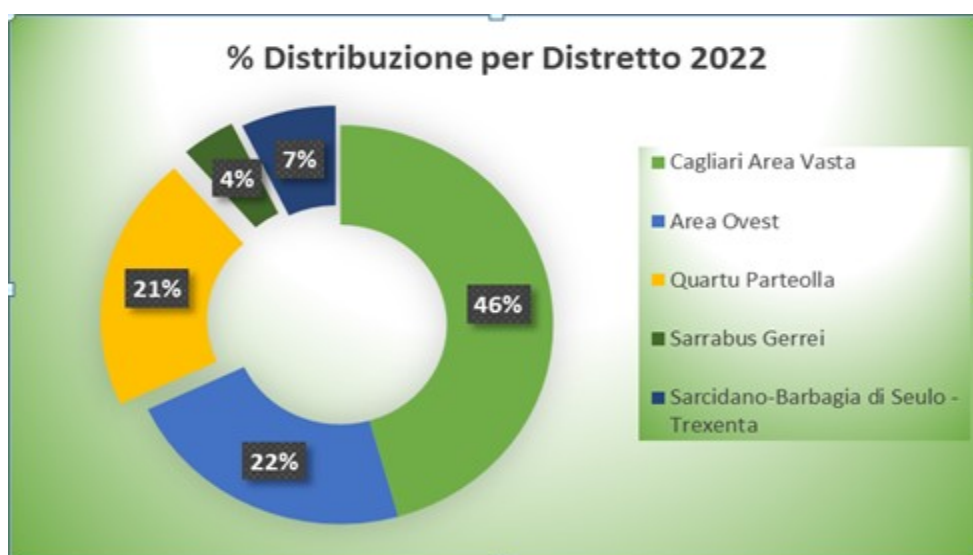


Figura 2 –Distribuzione % territoriale 2022

Composizioni per classi d'età

La composizione della popolazione suddivisa per classi d'età rappresenta, dal punto di vista demografico, il dato più significativo. Analizzare il processo di invecchiamento e quindi la presenza di anziani o di giovani, è

fondamentale per comprendere la dinamica delle generazioni, le trasformazioni nella struttura familiare ed anche i numerosi fenomeni sociali, economici e culturali connessi.

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

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

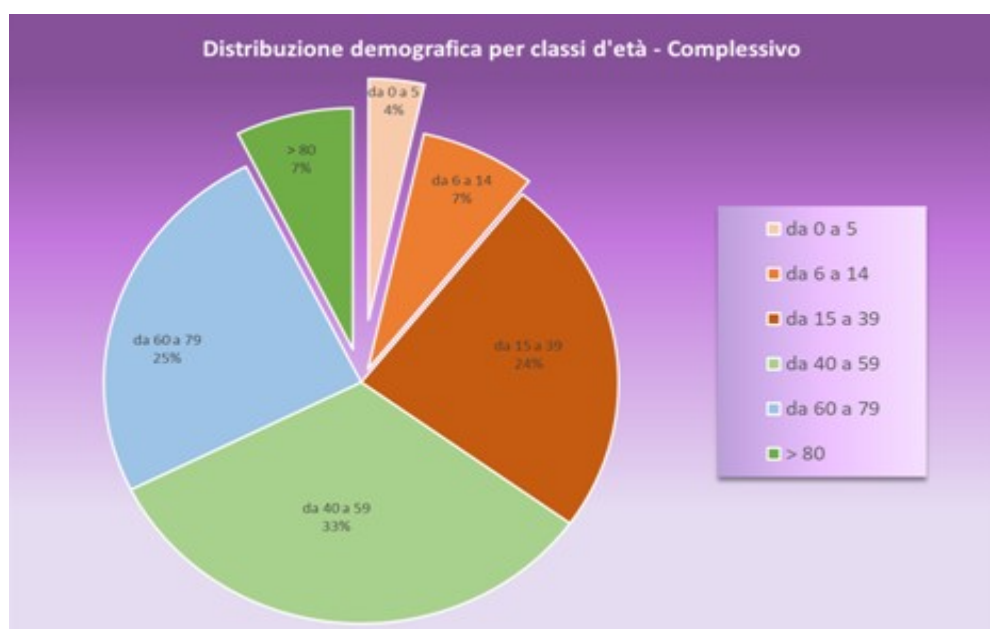


Figura 3 - Distribuzione demografica per classi d'età

Il grafico è rappresentativo di una popolazione maggiormente concentrata nelle fasce di età adulta (40-59 anni e 60-79 anni). I residenti in età compresa tra i 15 e 39 anni corrispondono al 24% della popolazione, solo 11% è composto dalla popolazione di età compresa tra 0-14 anni.

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

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

L'analisi demografica della popolazione assistita dall'ASL n.8 di Cagliari presenta tendenze sostanzialmente sovrapponibili all'andamento complessivo regionale, come specificato nella tabella di seguito riportata.

Fascia d'età	da 0 a 5	da 6 a 14	da 15 a 39	da 40 a 59	da 60 a 79	> 80	Totale
ASL Cagliari	18.968	39.485	131.068	177.502	135.333	40.102	542.458
Sardegna	55.619	113.013	382.367	500.717	404.557	122.908	1.579.181
Incidenza % ASL Cagliari/Sardegna	34,10%	34,94%	34,28%	35,45%	33,45%	32,63%	34,35%

Tabella 3 - Distribuzione per classe d'età ASL Cagliari/Sardegna - dati 2022

Misurare l'incidenza percentuale del numero degli abitanti residenti sul territorio ASL di Cagliari rispetto al totale della Sardegna, consente di misurare il peso che l'Azienda ha a livello regionale. Oltre il 34% degli abitanti è residente nel territorio della ASL Cagliari.

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

Distretto	da 0 a 5	da 6 a 14	da 15 a 39	da 40 a 59	da 60 a 79	> 80	Totale	% distrib. Territ.
Cagliari Area Vasta	8.122	17.140	58.493	79.970	63.085	20.630	247.440	45,6%
Area Ovest	4.651	9.547	30.107	40.947	28.943	7.298	121.493	22,4%
Quartu Parteolla	4.145	8.683	27.843	37.719	27.117	6.476	111.983	20,6%
Sarabus Gerrei	676	1.475	5.204	6.971	6.034	1.935	22.295	4,1%
Sarcidano-Barbagia di Seulo - Trexenta	1.374	2.640	9.421	11.895	10.154	3.763	39.247	7,2%
Totale complessivo	18.968	39.485	131.068	177.502	135.333	40.102	542.458	100,0%
% distribuzione classi d'età	3,5%	7,3%	24,2%	32,7%	24,9%	7,4%	100,0%	

Tabella 4- Distribuzione in termini assoluti nei diversi distretti per classe d'età - dati 2022

Distretto	da 0 a 5	da 6 a 14	da 15 a 39	da 40 a 59	da 60 a 79	> 80
Cagliari Area Vasta	42,82%	43,41%	44,63%	45,05%	46,61%	51,44%
Area Ovest	24,52%	24,18%	22,97%	23,07%	21,39%	18,20%
Quartu Parteolla	21,85%	21,99%	21,24%	21,25%	20,04%	16,15%
Sarabus Gerrei	3,56%	3,74%	3,97%	3,93%	4,46%	4,83%
Sarcidano-Barbagia di Seulo - Trexenta	7,24%	6,69%	7,19%	6,70%	7,50%	9,38%

Tabella 5 - Distribuzione % nei diversi distretti per classe d'età - dati 2022

Indicatori di struttura demografica

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

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

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

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

Tabella 6 – Fonte Demo Istat. indice di natalità

L'indice di natalità rileva in generale una notevole riduzione delle nascite tra il 2017 e il 2022, in particolare negli anni 2020 e 2021. Nel confronto tra 2022 e 2021, nella ASL di Cagliari, si registra invece un incremento di tale indice, mentre a livello regionale e nazionale l'indice resta invariato rispetto agli anni precedenti.

Ad una leggera ripresa dell'indice di natalità si contrappone la costante tendenza in aumento dell'indice di vecchiaia.

La combinazione dei due fenomeni determina una modifica del profilo demografico dell'azienda, evidenziando un progressivo invecchiamento della popolazione assistita dall'Asl di Cagliari.

Indice di vecchiaia						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ASL Cagliari	179,3%	186,2%	196,1%	205,6%	214,9%	230,8%
Sardegna	195,8%	203,1%	212,4%	222,2%	231,5%	242,0%
ITALIA	165,9%	169,5%	174,0%	179,4%	182,6%	182,6%

Tabella 7 – Indice di vecchiaia

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

Allo stesso modo è possibile riscontrare una crescita del rapporto della popolazione ultra 65enne rispetto alla popolazione ritenuta attiva (età 15-65 anni) che dimostra l'innalzamento della dipendenza degli anziani.

Indice di dipendenza anziani						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ASL Cagliari	31,9%	32,7%	33,7%	34,9%	36,5%	37,6%
Sardegna	34,6%	35,5%	36,6%	37,9%	39,6%	40,5%
ITALIA	35,0%	35,4%	35,8%	36,4%	37,0%	37,5%

Tabella 8 – Indice di dipendenza anziani

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

Età media						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ASL Cagliari	45,5	45,9	46,3	46,7	47,2	47,3
Sardegna	46,1	46,4	46,9	47,2	47,7	47,6
Italia	45,0	45,2	45,5	45,7	45,9	46,2

Tabella 9 – Età media

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

Tale mutamento di scenario ha determinato la necessità di ripensare profondamente i sistemi sociosanitari che richiedono sempre più una presa in carico continuativa dell'assistito.

1.4 Analisi del contesto aziendale

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

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

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

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

In particolare si analizzano i dati relativi a:

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

Assistenza Sanitaria di Base

Medici di medicina generale per anzianità di laurea

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

Tabella 10 – Medicina Generale – anzianità di laurea (Fonte: NSIS-Mod. FLS.12-q E)

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

Nell'anno 2022 la popolazione con età superiore ai 14 anni presente all'interno dell'ASL di Cagliari era pari a 484.005 abitanti su 366 medici di medicina generale, che in media gestiscono circa 1.322 pazienti a testa.

Pediatr

Anzianità di specializzazione	N. pediatri 2020	N. pediatri 2021	N. pediatri 2022	Delta 2021-2020	Delta 2022-2021
Da 0 fino a 2 anni	0	0	1	0	1
Oltre 2 fino a 9 anni	0	0	1	0	1
Oltre 9 fino a 16 anni	0	0	4	0	4
Oltre 16 fino a 23 anni	0	0	0	0	0
Oltre 23 anni	63	61	51	-2	-10
Totale	63	61	57	-2	-4

Tabella 11 – Pediatria – anzianità di specializzazione (Fonte: NSIS-Mod. FLS.12-q F)

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

Nel 2022 erano presenti 57 pediatri per una popolazione con età inferiore a 14 anni pari a 58.453 abitanti, di conseguenza si calcola una media di circa 1.025 pazienti per ogni pediatra.

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

Assistenza Domiciliare

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

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

Assistenza domiciliare programmata

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

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

Tabella 12 – Assistenza domiciliare Programmata dati 2021-2022 (Fonte: NSIS-Mod. FLS.21-ql)

Assistenza domiciliare integrata

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

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

ASL Cagliari	2020	2021	2022
Casi trattati totali	4.106	4.277	4564
Casi trattati - anziani	2.823	3.542	3840
Casi trattati - terminali	186	186	158

Tabella 13 – Assistenza Domiciliare Integrata - Fonte: NSIS-Mod. FLS.21-q H

Dati di Guardia Medica

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

	2020	2021	2022
Punti	38	38	38
Medici titolari	138	102	115
Ore totali	174.776	186.404	*nd
Contatti effettuati	70.027	40.742	*nd
Ricoveri prescritti	1.440	1.714	*nd

Tabella 14 – Guardia Medica (Fonte: NSIS-Mod. FLS.21-q F)

**I dati di Guardia Medica relativi al 2022 attualmente non sono completi.*

I dati relativi al 2021-2020, evidenziano un incremento delle ore, a fronte di una riduzione di Medici titolari e un incremento di ricoveri prescritti.

Assistenza Territoriale

L'emergenza pandemica ha reso necessari dei cambiamenti a livello organizzativo, quali ad esempio:

- la riconversione della forza lavoro nella gestione delle diverse ondate pandemiche oltre che sull'imponente campagna vaccinale negli anni 2021-2022;
- le limitazioni connesse ai tempi di erogazione delle prestazioni collegate alle nuove procedure di sanificazione e sicurezza degli operatori sanitari;
- Un nuovo assetto organizzativo orientato alla ripresa delle attività in fase post emergenziale.

Tali fattori hanno ovviamente penalizzato maggiormente le strutture pubbliche, che solo nel corso del 2022 hanno registrato una fase di ripresa tutt'ora in corso.

Le tabelle sottostanti, suddivise tra strutture pubbliche e strutture private convenzionate, presentano i dati relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nell'anno 2021 e 2022, suddivise nelle branche specialistiche previste dal tariffario nazionale.

Prestazioni ambulatoriali – strutture pubbliche				
Branca	Prestazioni anno 2021	Prestazioni anno 2022	Differenza assoluta	Differenza %
01 - Anestesia	9.319	12.512	3.193	34,3%
02 - Cardiologia	60.581	64.067	3.486	5,8%
03 - Chirurgia Generale	1.954	2.207	253	12,9%
04 - Chirurgia Plastica	3.187	3.239	52	1,6%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	550	394	-156	-28,4%
06 - Dermosifilopatia	4.764	5.107	343	7,2%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	49.082	81.329	32.247	65,7%
09 - Endocrinologia	8.268	8.795	527	6,4%
10 - Gastroenterologia – Ch. Ed Endoscopia Digestiva	6.757	8.672	1.915	28,3%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche- Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica- Genetica-Immunoematologia E S. Trsf.	1.016.048	1.077.725	61.677	6,1%
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	43.600	49.532	5.932	13,6%
13 - Nefrologia	24.353	26.461	2.108	8,7%
14 - Neurochirurgia	2.294	3.538	1.244	54,2%
15 - Neurologia	11.422	13.283	1.861	16,3%
16 - Oculistica	26.763	26.578	-185	-0,7%
17 - Odontostomatologia – Ch. Maxillo Facciale	8.588	6.028	-2.560	-29,8%
18 - Oncologia	4.631	6.246	1.615	34,9%
19 - Ortopedia E Traumatologia	3.708	5.561	1.853	50,0%
20 - Ostetricia E Ginecologia	11.149	25.222	14.073	126,2%
21 - Otorinolaringoiatria	8.015	9.236	1.221	15,2%
22 - Pneumologia	10.505	14.566	4.061	38,7%
23 - Psichiatria	2.898	4.887	1.989	68,6%
25 - Urologia	4.256	5.287	1.031	24,2%
26 - Altre Prestazioni*	171.886	201.555	29.669	17,3%
Altro	441	510	69	15,6%
Totale	1.495.019	1.662.537	167.518	11,2%

Tabella 15 – Dati prestazioni specialistica ambulatoriale – strutture pubbliche – (anni 2021 e 2022) FONTE ABACO

I dati dell'anno 2022 comprendono le prestazioni erogate dal Presidio Ospedaliero Microcitemico "A.Cao" (che incide in particolare per le branche Ostetricia, Altre prestazioni e Diagnostica per immagini) e dal Dipartimento di Prevenzione (in particolare dal Centro Donna, branca Ostetricia) transitati in ASL dal 01/01/2022. Ciò giustifica, in parte, l'incremento del numero di prestazioni rispetto all'anno precedente, dovuto anche ad una ripresa delle attività di specialistica ambulatoriale sia nel territorio che a livello ospedaliero.

Prestazioni ambulatoriali – strutture private accreditate				
Branca	Prestazioni anno 2021	Prestazioni anno 2022	Differenza assoluta	Differenza %
02 – Cardiologia	119.617	111.825	-7.792	-6,5%
03 – Chirurgia Generale	3.681	2.843	-838	-22,8%
05 – Chirurgia Vascolare – Angiologia	2.488	2.825	337	13,5%
06 – Dermosifilopatia	5.065	4.074	-991	-19,6%
08 – Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	302.606	276.707	-25.899	-8,6%
09 – Endocrinologia	1.059	1.436	377	35,6%
10 – Gastroenterologia – Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	7.807	7.541	-266	-3,4%
11 – Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche- Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica- Genetica-Immunoematologia E S. Trsf.	1.562.676	1.575.682	13.006	0,8%
12 – Medicina Fisica E Riabilitazione – Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	726.323	700.021	-26.302	-3,6%
13 – Nefrologia	39.472	45.765	6.293	15,9%
15 – Neurologia	27.156	23.996	-3.160	-11,6%
16 – Oculistica	37.059	37.267	208	0,6%
17 – Odontostomatologia – Chirurgia Maxillo Facciale	39.290	37.386	-1.904	-4,8%
18 – Oncologia	596	855	259	43,5%
19 – Ortopedia E Traumatologia	7.869	7.459	-410	-5,2%
20 – Ostetricia E Ginecologia	6.563	6.142	-421	-6,4%
21 – Otorinolaringoiatria	4.473	3.407	-1.066	-23,8%
22 – Pneumologia	264		-264	-100,0%
25 – Urologia	7.449	6.057	-1.392	-18,7%
26 – Altre Prestazioni*	3.587	5.015	1.428	39,8%
Altro	25	4	-21	-84,0%
Totale	2.905.125	2.856.307	-48.818	-1,7%

Tabella 16 – Dati prestazioni specialistica ambulatoriale – strutture private – (anni 2021 e 2022) FONTE ABACO

Dall'analisi delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate(che rappresentano il 63% circa delle prestazioni totali), si evince invece una leggera riduzione rispetto all'anno 2021, pari a -1.7%, dovuto al fatto che nell'anno precedente le strutture convenzionate hanno dovuto colmare l'assistenza necessaria ai pazienti e non erogabile dalle strutture pubbliche, a causa dell'emergenza pandemica.

In generale si osserva un incremento complessivo delle prestazioni erogate tramite assistenza territoriale, pari a +2.7%.

<i>Prestazioni ambulatoriali Strutture Pubbliche + Private accreditate</i>				
	<i>Prestazioni anno 2021</i>	<i>Prestazioni anno 2022</i>	<i>Differenza assoluta</i>	<i>Differenza %</i>
<i>Totale strutture private accreditate</i>	2.905.125	2.856.307	-48.818	-1,7%
<i>Totale strutture pubbliche</i>	1.495.019	1.662.537	167.518	11,2%
<i>Totale</i>	<i>4.400.144</i>	<i>4.518.844</i>	<i>118.700</i>	<i>2,7%</i>

Tabella 17. – Dati prestazioni specialistica ambulatoriale – Totale ASL – (anni 2021 e 2022) FONTE ABACO

A partire dal 01/01/2022, con la nascita della ASL di Cagliari, sono entrati a far parte della struttura organizzativa anche il Dipartimento di prevenzione e il Dipartimento di salute mentale, che contribuiscono all'erogazione di prestazioni sanitarie in ambito territoriale.

Dipartimento di prevenzione

Assicura, attraverso le sue strutture, l'attività di prevenzione collettiva e di tutela della salute della popolazione, attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine umana, in tutte le realtà in cui la salute pubblica è sottoposta a rischi di origine ambientale ed animale, secondo la normativa vigente.

Il Dipartimento si articola nelle seguenti strutture organizzative complesse:

Dipartimento Funzionale Prevenzione Umana

- SC Igiene e Sanità Pubblica (che assicura la funzione CRRT e registro tumori locale)
- SC Centro Donna
- SC Prevenzione e Promozione della Salute
- SC Salute e Ambiente
- SC Servizio Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro (SPRESAL)
- SSD Ufficio Sanzioni
- SSD Medicina Legale

Dipartimento Funzionale Prevenzione Animale e Igiene degli alimenti

- SC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)
- SC Igiene degli Allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAPZ)
- SC Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAOA)
- SC Sanità Animale (SA)

Dipartimento salute mentale

1. Assicura i Livelli Essenziali di Assistenza per la Tutela della Salute Mentale;

2. Assicura la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale e delle dipendenze, attraverso la gestione unitaria dei diversi aspetti della salute psichica, al fine di garantire l'unitarietà dei percorsi di cura e riabilitazione nonché la prevenzione e sensibilizzazione volte a ridurre il pregiudizio e lo stigma nell'ambito della salute mentale.

Il Dipartimento si articola nelle seguenti strutture organizzative complesse e semplici dipartimentali:

- SC Centro di salute mentale (Cagliari, Quartu Sant'Elena, Assemini, Senorbì, Isili e Muravera)
- SC Disturbi alimentari
- SC Alcool Correlati gioco d'azzardo patologico (GAP)
- SC Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (ospedalieri (SPDC)
- SC Servizio sanitario dipendenze (SERD)
- SC Neuropsichiatria infantile Ospedaliera Universitaria UONPIA)
- SC Neuropsichiatria infantile territoriale
- SC REMS
- SC Disturbi pervasivi dello sviluppo
- SSD Psichiatria forense
- SSD Riabilitazione residenziale e semiresidenziale psichiatrica
- SSD Neurologia ed epilettologia pediatrica

Assistenza Ospedaliera

La ASL di Cagliari è l'azienda con il maggior numero di strutture ospedaliere nel territorio regionale, queste ultime sono state anche quelle maggiormente colpite dall'emergenza pandemica a livello regionale.

Con Delibera RAS n. 1/6 del 03/01/2023 è stata riprogrammata la rete delle strutture ospedaliere dedicate all'assistenza dei pazienti affetti da Covid.

In base alla nuova riorganizzazione è prevista l'attivazione progressiva dei posti letto in due fasi. Il passaggio dalla fase uno alla fase due sarà determinato dalla saturazione dei Posti letto previsti per la fase 1. Le strutture ospedaliere dedicate ai pazienti Covid sono il P.O. Binaghi e il P.O. SS. Trinità.

Il P.O. Binaghi ha attivato al momento n. 34 posti letto nella disciplina Medicina Generale (su 44 posti previsti nella Delibera) e n. 11 posti letto in Terapia intensiva.

Il P.O. SS. Trinità ha attivato n. 30 posti letto Covid (dato aggiornato al 31/01/2023).

L'Ospedale Marino di Cagliari continua a tenere la riorganizzazione post-covid, in quanto le Unità Operative di Microchirurgia della Mano e Clinica Ortopedica sono state assegnate rispettivamente all'ARNAS Brotzu e alla AOU Cagliari, così come definito dalla Convenzione tra ATS Sardegna, ARNAS Brotzu e Azienda Ospedaliero-Universitariae secondo quanto disposto dal Commissario ATS Sardegna con deliberazione n.59

del 21.11.2020. In particolare, l'ospedale è destinato a trasformarsi in Ospedale di Comunità, grazie all'attuazione di quanto previsto nel PNRR.

Le tabelle seguenti presentano la riorganizzazione dei Posti Letto nei diversi Presidi Ospedalieri e nelle strutture di ricovero private accreditate afferenti alla ASL di Cagliari, per l'anno 2023.

2023				
Struttura		PL Degenza ordinaria	PL Day hospital	PL Day surgery
200022	P.O. S.GIUSEPPE	20	3	2
200025	P.O. R. BINAGHI	49	7	0
200026	P.O. MARINO	14	1	0
200031	P.O. SS. TRINITA'	284	21	8
200035	P.O. SAN MARCELLINO	18	5	2
200060	P.O. MICROCITEMICO A.CAO	35	33	0
Totale complessivo		420	70	12

Tabella 18 Dati Posti Letto strutture pubbliche 2023 - fonte datiNSIS -HSP 12 (estrazione del 31/01/2023)

2023			
STRUTTURA	PL Degenza ordinaria	PL Day hospital	PL Day surgery
Casa Di Cura S.Anna S.R.L.	68	0	5
Casa Di Cura S. Antonio S.P.A.	108	3	4
Casa Di Cura Villa Elena	62	1	6
Nuova Casa Di Cura S.R.L.	75	11	10
Kinetika Sardegna S.R.L.	204	1	18
Totale complessivo	517	16	43

Tabella 19. Dati Posti Letto strutture private 2023. Fonte NSIS – HSP13 (estrazione del 31/01/2023)

Dati di attività

Dimessi 2022 vs 2021 – strutture pubbliche

Considerati i posti letto a disposizione, di seguito si rappresenta la situazione dei ricoveri nelle strutture ospedaliere e nelle strutture di ricovero private, con un confronto tra il 2021 e il 2022.

Struttura	N. Dimessi 2021				N. Dimessi 2022				Delta % 2022 VS 2021			
	Area Chirurgica	Area Medica	Altro	Totale struttura	Area Chirurgica	Area Medica	Altro	Totale struttura	Area Chirurgica	Area Medica	Altro	Totale struttura
P.O. S.Giuseppe	218	616		834	154	618		772	-29,4%	0,3%		-7,4%
P.O. R. Binaghi		2.477		2.477		2.843	30	2.873		14,8%		16,0%
P.O. Marino		408		408		181		181		-55,6%		-55,6%
P.O. Ss. Trinita'	5.635	5.648	613	11.896	6.566	6.376	657	13.599	16,5%	12,9%	7,2%	14,3%
P.O. San Marcellino	351	624		975	201	613		814	-42,7%	-1,8%		-16,5%
P.O. Microcitemico				0	763	830	2.264	3.857				
Totale	6.204	9.773	613	16.590	7.684	11.461	2.951	22.096	23,9%	17,3%	381,4%	33,2%

Tabella 20 – Dati Ricovero 2021 e 2022- Fonte Abaco

In generale si rileva un incremento dell'attività di ricovero pari al 33.2%, dovuto principalmente:

- all'incorporazione del P.O. Microcitemico (che incide per circa 3.800 ricoveri) ;
- la ripresa delle attività nel P.O. SS. Trinità (+14%, circa 1.700 ricoveri in più rispetto all'anno precedente) e nel P.O. Binaghi.

Analizzando le singole strutture è opportuno evidenziare che per quanto riguarda il P.O. Binaghi, nella seconda metà del 2022, il reparto di Neurologia Day Hospital ha più che raddoppiato i ricoveri, come dimostrato anche dalla Tabella 21 da cui si evince un incremento dei ricoveri in Day Hospital pari al 36%; ma sono anche aumentati (nell'ultimo trimestre 2022) i casi di Covid 19, nei reparti di Medicina Generale e Terapia Intensiva.

Il P.O. SS. Trinità ha provveduto invece ad una riorganizzazione dei reparti, con l'apertura delle cosiddette "bolle covid" all'interno dei reparti stessi, che hanno consentito una ripresa dell'attività ospedaliera ordinaria, nonostante la presenza di pazienti covid positivi, registrando un incremento dei ricoveri sia in area chirurgica che in area medica, considerata anche la riapertura a pieno regime del Pronto Soccorso a partire da giugno 2022.

Nel P.O. Marino si registra un crollo dell'attività di ricovero: la struttura nel 2021 è stata trasformata in Ospedale Covid, ma vista la conclusione della fase emergenziale e la chiusura dei reparti covid durante la prima fase del 2022, tutta l'attività è attualmente svolta dal solo reparto di Unità Spinale.

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

Non è possibile un confronto tra i due anni per il P.O. Microcitemico, in quanto non sono disponibili i dati 2021.

Struttura	N. Dimessi 2021			N. Dimessi 2022			Delta 2022 vs 2021		
	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Totale	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Totale	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Totale
P.O. S.Giuseppe	460	374	834	459	313	772	-0,2%	-16,3%	-7,4%
P.O. R. Binaghi	1.023	1.454	2.477	885	1.988	2.873	-13,5%	36,7%	16,0%
P.O. Marino	402	6	408	175	6	181	-56,5%	0,0%	-55,6%
P.O. Ss. Trinità'	8.599	3.297	11.896	9.897	3.702	13.599	15,1%	12,3%	14,3%
P.O. San Marcellino -	491	484	975	499	315	814	1,6%	-34,9%	-16,5%
P.O Microcitemico A.Cao			0	1.094	2.763	3.857			
Totale complessivo	10.975	5.615	16.590	13.009	9.087	22.096	18,5%	61,8%	33,2%

Tabella 21 – Dati Ricovero ordinario e day hospital 2021 e 2022-Fonte Abaco

Di conseguenza, nel corso del triennio 2023-2025 si prevede una graduale ripresa delle attività di ricovero ospedaliero, volte a garantire l'erogazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini residenti nel territorio ed una ripresa dei volumi di produzione pari a quelli precedenti all'insorgere dell'emergenza pandemica.

Dimessi 2022 vs 2021 – Privato

Quanto appena descritto non si verifica nelle strutture di ricovero private convenzionate che, nel 2022, registrano una leggera contrazione pari al 3.1%. Ciò principalmente è dovuto alla ripresa dell'attività di ricovero delle strutture ospedaliere pubbliche, in fase post emergenziale. La tabella seguente presenta i dati di ricovero delle strutture private negli anni 2022 e 2021.

Struttura	N. Dimessi 2021			N. Dimessi 2022			Delta 2022 vs 2021		
	Area Chirurgica	Area Medica	Totale struttura	Area Chirurgica	Area Medica	Totale struttura	Area Chirurgica	Area Medica	Totale struttura
Casa Di Cura S. Anna S.R.L.	2.060	733	2.793	1.884	703	2.587	-8,5%	-4,1%	-7,4%
Casa Di Cura S. Antonio S.P.A.	2.660	1.091	3.751	2.649	1.021	3.670	-0,4%	-6,4%	-2,2%
Casa Di Cura Villa Elena	2.476	216	2.692	2.433	217	2.650	-1,7%	0,5%	-1,6%
Nuova Casa Di Cura S.R.L.	3.996	2.373	6.369	3.742	2.361	6.103	-6,4%	-0,5%	-4,2%
Kinetika Sardegna S.R.L.	4.186	1.017	5.203	4.179	970	5.149	-0,2%	-4,6%	-1,0%
Kinetika Sardegna S.R.L.	3.444	27	3.471	3.292	10	3.302	-4,4%	-63,0%	-4,9%
Kinetika Sardegna S.R.L.		843	843		880	880		4,4%	4,4%
Totale complessivo	18.822	6.300	25.122	18.179	6.162	24.341	-3,4%	-2,2%	-3,1%

Tabella 22 – Dati Ricovero 2022-2021 (strutture private accreditate)

Dati di Mobilità

I dati di mobilità sia attiva che passiva hanno subito nel 2022 un incremento rispetto all'anno precedente legato fondamentalmente alla ripartenza dell'assistenza ospedaliera rispetto al periodo della prima ondata della pandemia.

Dati sulla mobilità attiva

I dati evidenziano che alcuni ospedali dell'Azienda, come il P.O. SS.Trinità e il P.O. Binaghi, hanno erogato un elevato volume di prestazioni a pazienti non residenti nel territorio dell'ASL di Cagliari, rispettivamente 3.178 e 1.163 ricoveri nel 2022, considerando che entrambi i presidi hanno contribuito alla gestione dei pazienti positivi provenienti da tutta la Sardegna.

L'incremento totale è legato anche all'introduzione del P.O. Microcitemico nella ASL di Cagliari, a partire da gennaio 2022, considerato che rappresenta l'unico ospedale pediatrico e specializzato presente in tutta l'isola.

Dati mobilità attiva - ASL CAGLIARI						
Struttura	Dimessi 2021	Valore 2021	Dimessi 2022	Valore 2022	Delta % Dimessi	Delta % Valore
P.O. S.Giuseppe - (Isili)	276	555.581,82	200	450.596,58	-28%	-19%
P.O. R. Binaghi - (Cagliari)	1.000	2.306.637,58	1.163	2.079.673,80	16%	-10%
P.O. Marino - (Cagliari)	183	1.711.798,61	83	1.188.318,59	-55%	-31%
P.O. Ss. Trinita' - (Cagliari)	2.946	8.440.533,81	3.178	8.272.323,10	8%	-2%
P.O. San Marcellino - (Muravera)	146	329.194,88	87	221.211,13	-40%	-33%
P.O. Microcitemico A.Cao - (Cagliari)			1.734	3.924.076,33		
TOTALE Pubblico	4.551	13.343.746,70	6.445	16.136.199,53	42%	21%
Casa Di Cura S.Anna S.R.L.	805	1.411.971,82	784	1.361.106,19	-3%	-4%
Casa Di Cura S. Antonio S.P.A.	1.088	2.286.420,24	1.026	2.103.398,01	-6%	-8%
Casa Di Cura Villa Elena	1.302	4.130.839,62	1.249	3.775.513,78	-4%	-9%
Nuova Casa Di Cura S.R.L.	2.276	4.675.158,15	2.141	4.440.958,81	-6%	-5%
Kinetika Sardegna S.R.L.	1.724	6.769.762,23	1.611	5.844.601,59	-7%	-14%
Kinetika Sardegna S.R.L.	1.318	4.599.846,63	1.247	4.413.153,51	-5%	-4%
Kinetika Sardegna S.R.L.	231	1.595.027,84	267	1.636.680,89	16%	3%
TOTALE Privato	7.939	24.057.054,71	7.541	22.214.306,59	-5%	-8%
Totale complessivo	13.295	38.812.773,23	14.770	39.711.612,31	11%	2%

Tabella 23 - Dati Mobilità attiva 2021 e 2022

Dati mobilità attiva - ASL CAGLIARI				
Provenienza	Dimessi 2021	Valore 2021	Dimessi 2022	Valore 2022
Intra regione	25.850	75.904.891,30	28.514	76.894.437,68
Fuori regione	740	1.720.655,16	1.026	2.528.786,94
Totale complessivo	26.590	77.625.546,46	29.540	79.423.224,62

Tabella 24- Riepilogo Dati Mobilità attiva 2021 e 2022

Dati mobilità attiva - ASL CAGLIARI %				
Provenienza	Dimessi 2021	Valore 2021	Dimessi 2022	Valore 2022
Intra regione	97%	98%	97%	97%
Fuori regione	3%	2%	3%	3%

Tabella 25 - Dati Mobilità attiva per provenienza 2021 e 2022

Dati sulla mobilità passiva

Se da un lato si assiste ad un incremento della mobilità attiva tra il 2021 e il 2022 , per quanto riguarda la mobilità passiva intraregione si registra un lieve decremento rispetto al 2021, con circa 27.783 ricoveri rispetto ai 30.677 del 2021.

Non sono invece attualmente disponibili i dati della mobilità passiva fuori regione.

	Dimessi 2021	Valore 2021	Dimessi 2022	Valore 2022
Fuori Regione	Dato non disponibile	Dato non disponibile	Dato non disponibile	Dato non disponibile
Intraregione	30.677	98.723.507,64	27.783	94.432.759,07
Totale complessivo	30.677	98.723.507,64	27.783	94.432.759,07

Tabella 26 - Dati Mobilità passiva 2021 e 2022

SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE

2.1 Valore Pubblico

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

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

Tali obiettivi si concretizzano con azioni finalizzate a garantire:

- La centralità del cittadino/paziente

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

- Equità

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

- Legalità

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

- Trasparenza

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

- *Crescita professionale, sviluppo e innovazione*

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

Missione dell'Azienda Socio-Sanitaria Locale

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

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

La missione istituzionale è improntata ai principi guida già citati:

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

L'Azienda opera come elemento di congiunzione tra la dimensione politico-strategica e il livello operativo gestionale aziendale, assicurando un governo coordinato, orientato e sostenibile del Servizio Sanitario Regionale nell'ottica di fornire la massima aderenza dell'offerta dei servizi sanitari ai bisogni della popolazione.

Le principali funzioni che orientano l'Azienda sono:

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

L'organizzazione e il funzionamento sono disciplinati dall'atto aziendale e mirano al raggiungimento dei seguenti obiettivi fondamentali:

- a) la valorizzazione del coinvolgimento responsabile dei cittadini, degli operatori e degli utenti nelle questioni concernenti la salute in quanto diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività;
- b) la definizione di un assetto organizzativo della ASL che tenga conto del necessario stretto collegamento tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale e della indispensabile integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria;
- c) promuovere l'integrazione e la cooperazione fra le aziende sanitarie e favorire il coordinamento, a livello regionale e attraverso il ruolo assegnato all'ARES, delle politiche del personale e delle politiche finalizzate all'acquisto di beni e servizi e allo sviluppo dell'innovazione tecnologica e del sistema informativo;
- d) assicurare il coordinamento e l'integrazione dell'attività assistenziali con le altre ASL, con l'Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione (ARNAS), con l'Azienda ospedaliero-universitaria, con l'Azienda dell'emergenza e urgenza della Sardegna (AREUS), l'Istituto zooprofilattico della Sardegna (IZS) e gli altri soggetti erogatori pubblici e privati;
- e) garantire il miglioramento della qualità e dell'adeguatezza dei servizi sanitari;
- f) garantire l'uniformità dei risultati nella promozione, tutela, cura e assistenza della salute, indipendentemente dal territorio di residenza, dalla struttura di primo contatto e di presa in cura post-acuzie;
- g) promuovere la sicurezza dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali, sia per i cittadini che per gli operatori, sia all'interno che all'esterno delle strutture sanitarie;
- h) sostenere la formazione degli operatori e la valorizzazione delle competenze professionali.

2.2 Performance

L'analisi della popolazione assistita ha evidenziato, anche nel corso del 2022, un decremento della popolazione con età inferiore a 50 anni (-2,68%), a cui ha corrisposto un incremento di residenti con età superiore ai 50 anni (+2,50%), oltre che un incremento nella fascia d'età superiore agli 80 anni (+5,07%).

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

La transizione demografica ed epidemiologica degli ultimi anni ha ridisegnato la struttura dei bisogni e delle domande; difatti si è progressivamente alimentato il passaggio da patologie prevalentemente acute, a situazioni di cronicità diffusa, che richiedono sempre di più una presa in carico continuativa dell'assistito.

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

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

Nel presente paragrafo si riportano i macro obiettivi previsti per il triennio 2023-2025, evidenziando che il processo di contrattazione delle performance delle singole strutture e l'assegnazione delle schede di budget per ogni centro di responsabilità in fase di programmazione nel rispetto delle linee definite dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 4/62 del 16/02/2023, con la quale la Regione Sardegna ha approvato gli obiettivi dei direttori Generali delle Aziende sanitarie Regionali per l'annualità 2023. Tali obiettivi saranno poi oggetto di declinazione alle singole strutture.

Performance organizzativa e Performance individuale

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

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

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

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

Le Dimensioni che compongono la performance individuale sono:

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

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

La sottosezione del PIAO dedicata alle performance individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi, gli indicatori per la misurazione e la connessione con il valore pubblico per il paziente/cittadino.

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

Obiettivi aziendali e Valore pubblico

Di seguito si riportano i macro-obiettivi che la Azienda Socio Sanitaria Locale n.8 di Cagliari intende perseguire nel prossimo triennio, considerando la fase di avvio dell'azienda stessa, la recente approvazione dell'atto aziendale e la possibilità di declinare in maniera specifica ed appropriata i singoli obiettivi alle strutture di competenza, previa contrattazione con i relativi Direttori.

I seguenti obiettivi, di cui alcuni recepiti secondo la D.G.R. n. 4/62 del 16/02/2023, verranno declinati tenendo conto del valore pubblico che possono generare nei confronti del paziente/cittadino.

	OBIETTIVO	DESCRIZIONE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET
1	Partecipazione attiva della cittadinanza	La promozione della partecipazione dei cittadini alle decisioni e alle politiche pubbliche è ispirata dall'art.118 della Costituzione, meglio noto come principio di sussidiarietà. Tale principio vede il cittadino, sia come singolo sia attraverso associazioni, quale soggetto attivo che può collaborare con le istituzioni negli interventi che incidono sulle realtà sociali. D.Lgs n.150/2009	N. proposte degli utenti anche in forma associata inviate alla mail "oiv.valutazionepartecipativa@aslcagliari.it"	3	5
2	Potenziamento dell'assistenza sanitaria in ambito ospedaliero	Potenziamento dei ricoveri ospedalieri in ottica di ripresa delle prestazioni in fase post emergenziale.	Incremento % del n. di ricoveri rispetto al 2022	3%	7%
		La ripresa si prevede in un incremento delle prestazioni ospedaliere compreso in un range tra il 3%-7%, a seconda delle caratteristiche organizzative e gestionali dei diversi reparti dislocati nelle diverse strutture ospedaliere nel territorio della ASL n.8 di Cagliari.			
3	Studio delle variabilità degli esiti, dei processi e delle performance assistenziali attraverso il monitoraggio degli indicatori definiti nel Piano Nazionale Esiti (PNE)	Gli indicatori di performance rappresentano uno strumento di analisi utile nel miglioramento dei processi e dell'offerta assistenziale, garantendo una migliore efficacia ed efficienza delle prestazioni erogate	Indicatori del Piano Nazionale Esiti	Miglioramento rispetto all'anno precedente	Rispetto dei valori minimi previsti dal Piano Nazionale esiti
4	Potenziamento dell'assistenza specialistica ambulatoriale in ambito territoriale	Potenziamento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in ottica di ripresa delle attività in fase post emergenziale.	Incremento % del n. di prestazioni rispetto al 2022	5%	10%
		La ripresa prevede un incremento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale compreso tra un range del 5-10% , a seconda delle caratteristiche organizzative e gestionali delle diverse strutture dislocati nei cinque distretti della ASL n.8 di Cagliari.			
5	Ridurre significativamente le liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale) e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" * 100	Miglioramento rispetto all'anno precedente	75%

	OBIETTIVO	DESCRIZIONE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET
6	Tutela e Promozione della salute come capisaldi della Prevenzione- Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	Miglioramento rispetto all'anno precedente	screening cervicale: ≥ 35% screening colonrettale ≥ 20% screening mammografico ≥ 30%
		Includere nei percorsi di screening oncologico organizzato i centri di secondo livello ubicati presso le Aziende Ospedaliere (AOU di Sassari e Cagliari, ARNAS Brotzu)	Evidenza di accordi stipulati o rinnovati in base agli indirizzi regionali di cui alla DGR n. 5/32 del 29.1.2019	Miglioramento rispetto all'anno precedente	evidenza di almeno due accordi stipulati o rinnovati per la Asl n.8 di Cagliari
7	Risparmio energetico	Azioni di riqualificazione ed efficientamento energetico sulla base di quanto definito con nota del Dip. Funzione pubblica PG/2022/61338 del 12/09/2022 (Risparmio ed efficienza energetica nella Pubblica Amministrazione - guida operativa ENEA) e dalle Linee Guida all'uso razionale dell'energia e contenimento degli sprechi	del 4.10.2022venti del. Ares n.45 del 29/03/2022 nota ARES NP/2022/2793 del 4.10.2022	realizzazione 40% interventi previsti	realizzazione 60% interventi previsti
8	Rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale		Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2023
9	Garantire il corretto espletamento e la corretta gestione del ciclo amministrativo - contabile nei termini stabiliti	Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	Numero medio di giornate di ritardo	22 gg dalla registrazione della fattura	Numero 0 giornate di ritardo
10	Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI, PASSI D'ARGENTO e OKKIO	Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO	(N. interviste caricate in piattaforma / N. interviste target definito dall'ISS) *100	70% delle interviste previste per il raggiungimento del target stabilito dall'ISS	80% delle interviste previste per il raggiungimento del target stabilito dall'ISS
		Adesione al Sistema di Sorveglianza Okkio 2023	(N di scuole coinvolte nella sorveglianza/N. di scuole campionate dall'ISS)*100	80%	90%

Tabella 27 Obiettivi aziendali e valore pubblico

Obiettivo 1 “Partecipazione attiva della cittadinanza”. Valore Pubblico

Da diversi anni il legislatore ha introdotto strumenti per il coinvolgimento dei cittadini e degli utenti nel processo di misurazione delle performance organizzative degli Enti Pubblici.

Tali attività si sono spesso limitate ad iniziative volte a coinvolgere gli utenti nella valutazione della qualità dei servizi (indagini di customer satisfaction, customer care, ufficio relazione con il pubblico, ecc.)

Il limite di questa tipologia di interventi consiste principalmente nel coinvolgimento parziale ex post del cittadino.

Il cambio di paradigma che l'Asl di Cagliari vuole introdurre per il 2023, consiste nel progetto di coinvolgimento dei cittadini e degli stakeholders sin dall'inizio della fase di progettazione e programmazione degli obiettivi che generano valore pubblico e, successivamente, alla conclusione del percorso delle performance sulla valutazione del raggiungimento degli obiettivi condivisi.

I principi fondamentali sono:

- costruzione di gruppi di lavoro misti (PA e Stakeholders) per l'individuazione di obiettivi di miglioramento orientati alla promozione e tutela dei diritti;
- piena consapevolezza dei soggetti coinvolti dei limiti tecnici, normativi e di contesto connessi alle attività oggetto di valutazione;
- coinvolgimento nel processo di valutazione di tutti coloro che intendono fornire il proprio apporto costruttivo e concreto senza secondi fini ma condividendo diversi tipi di risorse;
- il modello sperimentale deve essere finalizzato a migliorare la qualità dei servizi e l'efficacia delle politiche aziendali attraverso il coinvolgimento diretto dei cittadini e degli stakeholders;
- tale sistema deve essere costruito attraverso un patto implicito tra l'Amministrazione e i cittadini/stakeholder concepito come una operazione win win;

Il modello di valutazione partecipativa si sviluppa in quattro fasi:

1. individuazione degli obiettivi di miglioramento;
2. individuazione del target group e delle modalità di coinvolgimento;
3. analisi delle criticità e individuazione degli ambiti di miglioramento e dei vincoli organizzativi;
4. definizione degli indicatori e della modalità di misurazione.

Requisiti del modello:

- **OGGETTIVITA'**: devono essere esplicitate le attività o funzioni valutate, con i collegati indicatori di valutazione;
- **RESPONSABILIZZAZIONE**: devono essere riconoscibili e responsabilizzati i valutatori;
- **ESITI**: deve esistere un collegamento tra la valutazione e la performance organizzativa;

- **VERIFICABILITA'**: i dati rilevati ai fini della misurazione degli indicatori devono essere verificabili.

L'implementazione degli interventi di miglioramento delle attività o dei servizi dovranno essere esplicitate in obiettivi operativi e conseguenti indicatori di performance che misureranno il grado di raggiungimento dell'obiettivo stesso, attraverso l'individuazione di un range tra valore minimo e massimo.

Tali obiettivi necessitano di alcune caratteristiche:

1. Devono essere misurabili attraverso indicatori;
2. La raccolta dei dati per la misurazione deve avvenire in maniera completa e affidabile;
3. Devono essere assegnati a specifici Centri di Responsabilità (reparti o servizi).

Il coinvolgimento di cittadini e utenti nel processo di definizione e valutazione degli obiettivi delle performance è funzionale al perseguimento delle finalità intrinseche dei sistemi di valutazione delle performance.

I cittadini, anche in forma associata, partecipano al processo di misurazione delle performance organizzativa, anche comunicando direttamente all'Organismo indipendente di valutazione il proprio grado di soddisfazione per le attività e per i servizi erogati, secondo le modalità stabilite dallo stesso Organismo. Gli utenti partecipano al processo di misurazione delle performance organizzative in relazione ai servizi strumentali e di supporto secondo le modalità individuate dall'Organismo indipendente di valutazione, questi infatti non vanno intesi come semplici sistemi di valutazione interni funzionali all'applicazione di istituti contrattuali (produttività, progressioni orizzontali, ecc.), ma puntano ad incidere su dimensioni relative all'impatto delle politiche e dei servizi di assistenza erogati, per un'adeguata consapevolezza del livello di qualità del servizio programmato e quindi del valore pubblico reso e percepito.

Tale obiettivo si concretizza attraverso la partecipazione del cittadino, mediante le sue diverse espressioni di aggregazione, nella progettazione stessa del disegno organizzativo dei percorsi di presa incarico, di comunicazione e nella conseguente valutazione delle performance ottenute.

Obiettivi 2 - 4 -5 “Potenziamento dell'attività assistenziale erogata”. Valore Pubblico

Lo scenario in cui operano i sistemi di welfare dei paesi ad alto tasso di sviluppo è interessato da profondi cambiamenti strutturali, tecnologici ed organizzativi con cui bisogna necessariamente misurarsi.

La rilevanza delle dinamiche è ulteriormente accentuata dalla costante crescita qualitativa delle aspettative della popolazione (si vive più a lungo e si vuole vivere meglio) e dal vincolo della “scarsità relativa delle risorse”.

La transizione demografica ed epidemiologica degli ultimi vent'anni ha ridisegnato la struttura dei bisogni e della domanda. Difatti si è progressivamente alimentato il passaggio da patologie prevalentemente acute, a situazioni di cronicità diffusa.

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

Tale scenario è stato ulteriormente “stressato” negli ultimi due anni dagli effetti pandemici che hanno costretto il sistema a profonde e frequenti fasi di riorganizzazione produttiva al fine di affrontare le emergenze legate ai picchi di contagi e alle importanti campagne di vaccinazione.

Questo ha certamente determinato la contrazione su alcune attività assistenziali, per tale motivo la Direzione intende focalizzare il 2023 come l’anno del recupero del terreno perso nel monitoraggio e nell’assistenza delle patologie non covid correlate, al fine di garantire la generazione di valore pubblico connessa al precoce e tempestivo inquadramento diagnostico dei pazienti e della loro efficace presa in carico assistenziale.

Obiettivo 3 “Studio delle variabilità degli esiti, dei processi e delle performance assistenziali attraverso il monitoraggio degli indicatori definiti nel PNE”. Valore Pubblico

Il miglioramento della qualità clinico assistenziale del cittadino è garantita anche attraverso l’utilizzo degli indicatori presenti nel PNE, i quali permettono di valutare l’efficacia, l’appropriatezza e l’equità di accesso ai servizi, oltre che la sicurezza delle cure garantite.

Il valore pubblico del piano nazionale per gli esiti sanitari consiste nell'assicurare che il sistema sanitario sia in grado di fornire risultati efficaci, sicuri ed equi per i pazienti, attraverso l'utilizzo di indicatori di esito e la valutazione dei risultati della cura. Inoltre, il piano mira a migliorare l'efficienza e l'appropriatezza delle cure, ridurre le disuguaglianze nell'accesso e nei risultati sanitari, e promuovere la trasparenza e la responsabilità nell'erogazione delle cure.

Obiettivo 6 “Promozione della salute”. Valore Pubblico

Secondo i dati ministeriali circa il 40% dei tumori può essere prevenuto adottando uno stile di vita corretto ed essere diagnosticato in fase iniziale, cioè prima che si manifesti a livello clinico.

Per garantire equità nell'accesso a una diagnosi precoce, il Servizio sanitario regionale effettua tre programmi di screening per la prevenzione dei tumori di cui due tipicamente femminili, seno e collo dell'utero, e il terzo dedicato indistintamente a entrambi i sessi: lo screening per il tumore del colon-retto, una malattia divenuta la seconda neoplasia nelle donne e la terza negli uomini.

Le evidenze cliniche e gli studi scientifici dimostrano l'importanza della diagnosi precoce di tali tumori in relazione al miglioramento sensibile dell'aspettativa di vita che determina un rilevante effetto sulla creazione di valore pubblico. In particolare, i programmi di screening si sono dimostrati efficaci nel cambiare la storia naturale dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto. In alcuni casi, lo screening riesce a evitare l'insorgenza del tumore, in altri può salvare la vita. Quando questo non è possibile, la diagnosi precoce consente comunque di effettuare interventi poco invasivi e non distruttivi.

Il perfezionamento di apposite convenzioni tra la Asl Cagliari e l'Arnas Brotzu e L'AOU di Cagliari garantisce l'efficace presa in carico dei pazienti in un percorso assistenziale integrato.

Il programma di screening per il tumore della cervice uterina

Il carcinoma della cervice uterina rappresenta il quinto tumore per frequenza nelle donne sotto i 50 anni di età e complessivamente l'1,3% di tutti quelli diagnosticati. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di tumore del collo dell'utero è pari a circa il 68%.

I test per lo screening del tumore del collo dell'utero sono il Pap-test e sono offerti ogni 3 anni alle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni.

Il Centro Screening della ASL 8 invia le lettere di invito ad eseguire il pap test alle donne interessate.

L'obiettivo dello screening è che ciascuna donna della fascia di età interessata abbia eseguito il pap test negli ultimi tre anni o che comunque sia stata invitata a farlo (round). Il round si completa quando il pap test viene offerto a tutta la popolazione bersaglio.

Se il test HPV risulta positivo la donna dovrà sottoporsi ad un ulteriore test che quindi diventa un esame di completamento (chiamato anche test di triage) che individua le donne con modificazioni cellulari e che devono fare la colposcopia.

Se invece la citologia non presenta alterazioni importanti la donna ripeterà il test HPV dopo un anno.

Dai 25 a 30 anni l'esame di riferimento rimane il Pap test da eseguirsi ogni tre anni. Questa scelta è dovuta al fatto che in giovane età la probabilità di avere una infezione da HPV è molto alta senza che questa assuma una importanza clinica.

Il programma di screening per il tumore del colon retto

Il tumore del colon-retto è la seconda neoplasia nelle donne e la terza negli uomini. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari al 65,3% negli uomini e 66,3% nelle donne.

Il programma di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore del colon retto prevede l'invito ad eseguire un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (S.O.), mediante una lettera inviata dal Centro Screening a tutte le persone di età compresa fra i 50 ed i 69 anni con residenza anagrafica nei Comuni della ASL di Cagliari.

Si tratta di un esame semplice: consiste nella raccolta (eseguita a casa) di un piccolo campione di feci che poi sarà analizzato per ricercare la presenza di tracce di sangue non visibili a occhio nudo, il cosiddetto “sangue occulto”.

Qualora l’esame evidenziasse la presenza di tracce di sangue è necessario sottoporsi all’esame di approfondimento, vale a dire la colonscopia. Questo perché la presenza di tracce di sangue potrebbe essere un indizio della presenza di forme tumorali oppure di polipi che potrebbero, in futuro, degenerare. La colonscopia è un esame endoscopico che permette, attraverso l’introduzione di una sonda flessibile dotata di telecamera, di visualizzare direttamente l’intero colon retto.

Se la colonscopia non rivela alcuna patologia, la persona viene invitata a ripetere il test per la ricerca del sangue occulto dopo cinque anni.

Se la colonscopia rivela la presenza di adenomi o carcinoma viene proposto il trattamento indicato dai protocolli terapeutici.

Se il test non rivela la presenza di sangue occulto nelle feci, l’utente riceve una comunicazione scritta.

Il programma di screening per il tumore della mammella

Il tumore della mammella è la neoplasia più frequente nelle donne, nelle quali circa un tumore maligno ogni tre è un tumore mammario.

Lo screening per la diagnosi precoce del tumore mammario si rivolge alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni e si esegue con una mammografia ogni 2 anni, e prevede una lettera di invito diretto spedita dal Centro Screening della ASL 8: la popolazione bersaglio sarà chiamata ogni due anni ad eseguire una mammografia presso i Centri aziendali accreditati.

La mammografia è un esame radiologico della mammella, che consente di identificare precocemente i tumori del seno, in quanto è in grado di individuare i noduli, anche di piccole dimensioni, non ancora percepibili al tatto.

I programmi organizzati di screening prevedono che l’esame venga eseguito visualizzando la mammella sia dall’alto verso il basso che lateralmente. Una maggiore accuratezza nella diagnosi viene ottenuta dalla valutazione della mammografia effettuata separatamente da 2 medici radiologi.

Se la mammografia dà un sospetto di positività, al primo esame seguono ulteriori accertamenti diagnostici che, all’interno dei programmi organizzati di screening, consistono in una seconda mammografia, in un’ecografia e in una visita clinica.

A questi esami può far seguito una biopsia per valutare le caratteristiche delle eventuali cellule tumorali. Soltanto al completamento di questo percorso si ottiene la conferma della diagnosi e, in caso di positività, si dà il via all’iter terapeutico.

Se la mammografia non rivela alcuna patologia, le donne riceveranno entro sette giorni una lettera che conterrà, oltre al referto, la raccomandazione di riferire al proprio Medico di Medicina Generale la comparsa di eventuale sintomatologia clinica nel periodo di intervallo tra il primo ed il secondo invito. In alcuni casi particolari, se il medico radiologo lo riterrà necessario, si procederà ad approfondimenti diagnostici; al termine dell'iter verranno comunicate alla donna le conclusioni e le sarà consegnata la documentazione sanitaria ed il referto.

Tutti gli esami e gli eventuali trattamenti terapeutici sono completamente gratuiti.

Obiettivo 7 “Risparmio energetico”. Valore Pubblico

L'Efficienza energetica consiste nel fare di più ma con meno sprechi, adottando comportamenti consapevoli e responsabili verso gli usi energetici, attraverso interventi che includono miglioramenti tecnologici, ottimizzazione della gestione energetica e diversificazione dell'approvvigionamento di energia. Una maggiore attenzione verso l'ambiente ha ripercussioni anche sulla salute umana e sul miglioramento della qualità della vita dei cittadini, inoltre potrebbe aprire le porte a nuove tecnologie innovative, ad un risparmio economico che consentirebbe di canalizzare le risorse a disposizione verso altri settori.

Nel caso delle amministrazioni pubbliche giocano un ruolo fondamentale i seguenti aspetti: le politiche d'acquisto, la riqualificazione del patrimonio immobiliare, la pianificazione e gestione dell'uso energetico in maniera efficiente tramite azioni di audit, volte a individuare gli sprechi, interventi di miglioramento, promozione sulla consapevolezza dei dipendenti. La sanità rappresenta il settore dei servizi che più consuma energia. I consumi ed i costi energetici nel sistema sanità impongono una riflessione sugli interventi strutturali e organizzativi da mettere in campo anche per sensibilizzare e orientare il grande numero di dipendenti del Servizio sanitario regionale a un uso corretto degli impianti e delle attrezzature.

L'ASL di Cagliari si impegna a ridurre la propria impronta ecologica nei seguenti ambiti di azione:

1. utilizzo di risorse: l'utilizzo razionale delle risorse ed eliminazione degli sprechi, attraverso il costante monitoraggio dei consumi energetici in rapporto all'ottimizzazione delle condizioni climatiche e di luminosità all'interno degli edifici e all'utilizzo dei sistemi ICT;
2. l'utilizzo di sistemi di illuminazione, monitor e altri apparati elettrici/elettronici a basso consumo;
3. il contenimento del consumo di carta, con l'ottimizzazione dei processi di stampa (es. fronte/retro) e il maggior ricorso alla gestione elettronica dei documenti;
4. la riduzione dei consumi idrici;
5. l'utilizzo di energie rinnovabili e/o a basso tenore di emissioni, tramite il ricorso ad energia elettrica prodotta da fonti rinnovabili;

6. la riduzione e lo smaltimento dei rifiuti, con o l'estensione della raccolta differenziata a carta, plastica e pile alcaline;
7. corretto utilizzo di macchinari e ascensori;
8. adeguata regolazione di impianti di riscaldamento e condizionamento;
9. a massimizzazione della quota di rifiuti avviabile a riciclo/riutilizzo;
10. la costante verifica del corretto smaltimento dei rifiuti non avviabili a riciclo/riutilizzo.
11. Ristrutturazioni e nuove realizzazioni: il miglioramento dell'efficienza energetica degli edifici, definendo standard che prevedano l'utilizzo di tecnologie costruttive ad alte prestazioni nelle ristrutturazioni e in eventuali nuove edificazioni.

Per ognuno di questi ambiti l'azienda si impegna a identificare gli indicatori di performance più significativi, a fissare obiettivi di miglioramento realizzabili e a monitorare i risultati conseguiti, adottando soluzioni organizzative, tecniche e gestionali adeguate.

Nei confronti di tutti i propri portatori di interesse e della collettività in generale, l'azienda si impegna a promuovere una maggiore sensibilità ambientale attraverso:

- il supporto a iniziative per la tutela e il recupero del patrimonio ambientale;
- la formazione e informazione su tematiche ambientali e per lo sviluppo di norme e standard di comportamento sempre più efficaci per i privati e le organizzazioni;
- la partecipazione a iniziative di organismi/organizzazioni nazionali o internazionali che aiutano le imprese ad agire in maniera sempre più sostenibile e socialmente responsabile.

Attraverso il monitoraggio dei consumi di energia e delle relative emissioni, dei consumi idrici e di carta, della produzione di rifiuti e del rischio ambientale nell'erogazione del credito, anche confrontandosi con le migliori pratiche di settore, l'ASL di Cagliari incoraggia il miglioramento continuo. In particolare le attività di coordinamento e monitoraggio dell'applicazione della presente politica ambientale sono svolte con la collaborazione delle funzioni aziendali alle quali sono assegnate specifiche responsabilità in materia. Tutte le strutture organizzative aziendali sono responsabili dei controlli di primo livello per la realizzazione degli obiettivi della politica ambientale, ciascuna in relazione alle proprie competenze. In particolare compete ai responsabili un ruolo attivo nella diffusione presso le proprie strutture di comportamenti individuali orientati al miglior utilizzo delle risorse e alla riduzione degli sprechi.

Obiettivo 8 "Rispetto delle milestone del PNRR". Valore Pubblico

La Missione 6 Salute, mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica, ed è articolata in due Componenti:

1. Componente 1: riguarda le reti di prossimità, le strutture intermedie e la telemedicina per l'assistenza specialistica territoriale; ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.
2. Componente 2: si riferisce all'Innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La Componente 1 prevede tre investimenti:

- Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona - prevede l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di assistenza di base e la realizzazione di centri di assistenza (efficienti sotto il profilo energetico) per una risposta integrata alle esigenze di assistenza, al fine di garantire parità di accesso, prossimità territoriale e qualità dell'assistenza alle persone indipendentemente dall'età e dal loro quadro clinico (malati cronici, persone non autosufficienti che necessitano di assistenza a lungo termine, persone affette da disabilità, disagio mentale, povertà), mediante l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di assistenza primaria, e la realizzazione di centri di erogazione dell'assistenza (efficienti sotto il profilo energetico) per una risposta multiprofessionale.
- Intervento 1.2.2 COT (Centrali Operative Territoriali), funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza, al fine di garantire la continuità, l'accessibilità e l'integrazione delle cure.
- Intervento 1.3 Ospedali di Comunità, in particolare le strutture del P.O. Marino e del P.O. Binaghi, rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche, che svolgeranno una funzione intermedia tra il domicilio ed il ricovero ospedaliero. Andranno ad accogliere e fornire assistenza ai pazienti a bassa intensità clinica, potenzialmente erogabile a domicilio, ma che necessitano di una sorveglianza infermieristica continuativa.

Il valore pubblico generato è dato indubbiamente da una maggiore prossimità di tali strutture, dislocate anche nei territori distanti dal capoluogo (case della comunità e COT) ed una accessibilità più semplice per il paziente, colmando le distanze tra i cittadini e le strutture sanitarie che erogano assistenza.

La Componente 2 comprende, invece, misure volte al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari.

Inoltre, rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a rafforzare le competenze e il capitale umano del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), così da garantire un valore pubblico caratterizzato da una migliore qualità dell'assistenza offerta, inserita in un contesto tecnologico attuale ed aggiornato.

In generale anche all'interno del PNRR si parla di risparmio energetico e di una particolare attenzione al concetto "*non arrecare un danno significativo*" (DNSH), il quale si basa sul principio che ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH.

Obiettivo 9- "Garantire il corretto espletamento e la corretta gestione del ciclo amministrativo - contabile nei termini stabiliti". Valore Pubblico

Il decreto legislativo 145/2018, articolo 1, comma 865 riguarda i tempi di pagamento per le forniture e i servizi nell'ambito della sanità. In generale, stabilisce che le amministrazioni pubbliche debbano effettuare i pagamenti entro 30 giorni dalla data di ricevimento della fattura o della richiesta di pagamento, a meno che non siano previsti tempi diversi per specifiche categorie di forniture e servizi. Inoltre, il comma 865 stabilisce che per le forniture e i servizi sanitari, i pagamenti devono essere effettuati entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura o della richiesta di pagamento.

Il valore pubblico dei tempi di pagamento nella sanità consiste nella necessità di garantire la stabilità finanziaria del settore sanitario, nonché la sostenibilità economica delle attività sanitarie.

Inoltre, i tempi di pagamento adeguati permettono di evitare ritardi nei pagamenti e di garantire la continuità delle attività sanitarie, riducendo al contempo il rischio di insolvenze. Inoltre, i tempi di pagamento brevi contribuiscono a favorire la competitività del settore sanitario e a favorire l'innovazione.

Obiettivo 10 - "Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI, PASSI D'ARGENTO e OKKIO". Valore Pubblico

Passi e Passi d'Argento sono i Sistemi di Sorveglianza destinati rispettivamente alla popolazione di età lavorativa (18-69 anni) ed alla popolazione anziana (65 anni ed oltre).

Attraverso tali sistemi, si ottengono informazioni epidemiologiche che riguardano l'esposizione ai fattori di rischio comportamentali (fumo, alcol, alimentazione errata, sovrappeso, etc), l'utilizzo dei servizi di prevenzione (vaccinazioni, screening oncologici), le prevalenze di malattie croniche, etc.

PASSI E PASSI D'ARGENTO è essenziale per:

- conoscere i bisogni di salute della popolazione
- verificare le offerte di salute del SSN /ASL
- conoscere i cambiamenti dei bisogni e delle offerte di salute
- per monitorare lo stato di salute della popolazione di 18 – 69 anni del nostro territorio aziendale
- per facilitare la realizzazione dei profili di salute degli abitanti della ASL di Cagliari
- per offrire "Indicatori" di valutazione dei progetti di promozione della salute del Piano Regionale di prevenzione
- per consentire a “Decisori” e “Stakeholder” la messa a punto di azioni correttive nei programmi di salute locali
- per contribuire al report nazionale e regionale di PASSI

Nel dettaglio i due sistemi di sorveglianza studiano i seguenti argomenti.

PASSI	PASSI D'ARGENTO
✓ Abitudini alimentari	✓ Alcol: uso e abuso
✓ Sedentarietà	✓ Eccesso ponderale ed alimentazione
✓ Consumo di alcol	✓ Fattore di rischio “Sedentarietà”
✓ Fumo	✓ Fattore di rischio “Fumo”
✓ Screening mammella	✓ Salute percepita e sintomi di depressione
✓ Screening cervicale	✓ Uso di farmaci e vaccinazione antinfluenzale
✓ Screening colon-rettale	✓ Vista – udito – masticazione
✓ Sicurezza stradale e domestica	✓ Le cadute e le malattie croniche
✓ Rischio cardiovascolare	✓ Disabilità, fragilità, mancanza di autonomie
✓ Salute percepita e depressione	✓ Sicurezza e accesso ai servizi
✓ Vaccinazione contro influenza	✓ L'anziano “risorsa” e quello isolato

Figura 4 – i sistemi di sorveglianza Passi e Passi d'argento

Nel corso del 2022 sono state effettuate tutte le interviste necessarie per raggiungere la rappresentatività aziendale ovvero: per PASSI sono state effettuate 396 interviste rispetto alle 385 richieste (oltre il 100% del target), mentre per PASSI d'Argento sono state effettuate 245 interviste rispetto alle 242 richieste (oltre il 100% del target), raggiungendo e superando i valori target previsti anche dagli obiettivi della Direzione

Generale per il 2022. Questi dati rappresentano un'indiscussa risorsa per i decisori e gli stakeholder locali per elaborare piani di prevenzione sanitari per la popolazione residente, che a sua volta potrà usufruire di piani della prevenzione mirati e utili proprio a individuare in anticipo patologie e/o stili di vita da correggere.

Il progetto OKKIO alla Salute ha l'obiettivo di monitorare e promuovere nelle scuole corrette abitudini alimentari e stili di vita sani.

Difatti, a livello internazionale, è ormai riconosciuto che il sovrappeso e l'obesità sono un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie cronico-degenerative e una sfida prioritaria per la sanità pubblica. In particolare, l'obesità ed il sovrappeso in età infantile hanno delle implicazioni dirette sulla salute del bambino e rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo di gravi patologie in età adulta.

La sorveglianza è alla base delle strategie italiane in materia di prevenzione e promozione della salute quali il Programma Governativo "Guadagnare salute" e il Piano Nazionale della Prevenzione.

OKKIO alla SALUTE, che è passato ad una periodicità di raccolta dati triennale, rispetto alle precedenti di cadenza biennale, ha lo scopo di descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, degli stili alimentari, dell'abitudine all'esercizio fisico dei bambini della terza classe primaria e delle attività scolastiche favorevoli la sana nutrizione e l'attività fisica.

I dati consolidati negli anni registrano prevalenze di obesità più alte nelle regioni del sud e del centro. Dopo una leggera e progressiva diminuzione del fenomeno osservata negli anni precedenti, si rileva una sostanziale stabilizzazione del fenomeno, sebbene l'obesità continui a mostrare un trend in diminuzione.

Persistono tra i bambini le abitudini alimentari scorrette, infatti, l'8% dei bambini salta la prima colazione e il 33% fa una colazione non adeguata (ossia sbilanciata in termini di carboidrati e proteine); il 53% fa una merenda di metà mattina abbondante. Tuttavia si sono osservati dei miglioramenti rispetto al passato: è diminuita la percentuale di genitori che dichiara che i propri figli non consumano quotidianamente frutta e/o verdura (20%) e quella relativa al consumo quotidiano di bevande zuccherate e/o gassate (36%).

I valori dell'inattività fisica e dei comportamenti sedentari permangono elevati: il 34% dei bambini pratica attività sportiva strutturata per non più di un'ora a settimana e il 24% fa giochi di movimento per non più di un'ora a settimana. Il 18% non ha fatto attività fisica il giorno precedente l'indagine.

Dati simili a quelli osservati nelle precedenti rilevazioni confermano l'errata percezione dei genitori dello stato ponderale e dell'attività motoria dei propri figli: tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi, il 37% ritiene che il proprio figlio sia sotto-normopeso. Inoltre, grazie alla partecipazione dei dirigenti scolastici e degli insegnanti, è stato possibile raccogliere informazioni sulla struttura degli impianti, sui programmi didattici e sulle iniziative di promozione della sana nutrizione e dell'attività fisica degli alunni nei plessi di scuole primarie italiane.

I questionari di OKkio alla SALUTE sono uno strumento flessibile che ben si presta a rilevare altri importanti indicatori della salute dei bambini, ha permesso inoltre di disporre di dati aggiornati e confrontabili sulla prevalenza di sovrappeso e obesità in età infantile, sullo stile di vita dei bambini e sulle attività scolastiche di promozione della salute.

Obiettivi del triennio 2023-2025

Con Delibera G.R. n. 4/62 la Regione Sardegna ha definito gli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie (allegato E del presente piano), alcuni dei quali sono stati già descritti nella tabella precedente, associati al Valore pubblico che possono generare nei confronti del cittadino/paziente.

La tabella che segue è esplicativa degli obiettivi presenti nella suddetta Delibera, a cui l'azienda dovrà tendere nel corso 2023, e dei successivi anni 2024 e 2025, con il fine di perseguire il miglioramento dell'efficienza organizzativa aziendale e della qualità dei servizi offerti.

Obiettivi ASL CAGLIARI Anni 2023 - 2025

Obiettivo tempi di pagamento dei debiti commerciali

Obiettivo	Indicatore	Standard 2023	Standard 2024	Standard 2025
Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	Numero medio di giornate di ritardo	Numero 0 giornate di ritardo NEL TRIENNIO	Numero 0 giornate di ritardo NEL TRIENNIO	Numero 0 giornate di ritardo NEL TRIENNIO

Livello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e della qualità

Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana

Obiettivo	Indicatore	Standard 2023	Standard 2024	Standard 2025
Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	screeninig cervicale ≥ 35% screening coloretale ≥ 20% screening mammografico ≥ 30%	screeninig cervicale ≥ 36% screening coloretale ≥ 21% screening mammografico ≥ 31%	screeninig cervicale ≥ 37% screening coloretale ≥ 22% screening mammografico ≥ 32%
Includere nei percorsi di screening oncologico organizzato i centri di secondo livello ubicati presso le Aziende Ospedaliere (AOU di Sassari e Cagliari, ARNAS Brotzu)	Evidenza di accordi stipulati o rinnovati in base agli indirizzi regionali di cui alla DGR n. 5/32 del 29.1.2019	evidenza di almeno due accordi stipulati o rinnovati per la Asl n. 8 di Cagliari	Rinnovo degli accordi	Rinnovo degli accordi
Realizzare gli 8 Piani Mirati di Prevenzione (PMP) con l'attuazione, per ciascuno di essi, della formazione per le figure aziendali della prevenzione delle imprese (datori di lavoro, RLS, RLST, RSPP, ASPP, Medici Competenti, etc.), dell'assistenza alle imprese, dell'esame delle schede di autovalutazione compilate dalle imprese, dell'informazione/ comunicazione, come stabilito per il 2023 nel PRP 2020-2025	Numeratore: numero di PMP realizzati da parte di ogni SPreSAL di ciascuna ASL con l'attuazione delle attività stabilite per il 2023 nel PRP x 100 Denominatore: numero complessivo di PMP (n. 8) da realizzare da parte di ogni SPreSAL di ciascuna ASL	100% (= 8/8 x 100) NEL TRIENNIO	100% (= 8/8 x 100) NEL TRIENNIO	100% (= 8/8 x 100) NEL TRIENNIO
Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO	(N. interviste caricate in piattaforma / N. interviste target definito dall'ISS) *100	80% delle interviste previste	82% delle interviste previste	84% delle interviste previste
Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (ReNCaM) fino al 2021	(N. schede codificate/N. schede inserite)*100	90%	93%	95%
Adesione al Sistema di Sorveglianza Okkio 2023	(N di scuole coinvolte nella sorveglianza/N. di scuole campionate dall'ISS)*100	90%	90%	90%

Area della della Qualità e Governo clinico				
Obiettivo	Indicatore	Standard 2023	Standard 2024	Standard 2025
Implementazione del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES) e revisione di un processo critico attraverso FMEA di Dipartimento o Area	1. n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie ospedaliere 2. n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES 3. redazione di una FMEA per area	1. >= 50 segnalazioni all'anno 2. >= 5 audit tutti i sinistri dell'Azienda Sanitaria all'anno 3. >= una per area all'anno	1. >= 50 segnalazioni all'anno 2. >= 5 audit tutti i sinistri dell'Azienda Sanitaria all'anno 3. >= una per area all'anno	1. >= 50 segnalazioni all'anno 2. >= 5 audit tutti i sinistri dell'Azienda Sanitaria all'anno 3. >= una per area all'anno
Produzione e invio di una relazione sulle strutture sanitarie, socio sanitarie e ospedaliere pubbliche e private accreditate	Delibera aziendale di approvazione	Deliberazione entro il 30/09/2023	Aggiornamento della relazione	Aggiornamento della relazione
Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare				
Obiettivo	Indicatore	Standard 2023	Standard 2024	Standard 2025
Ottenere i risultati attesi dalla road map stilata da Bruxelles	Ottenere il 100% degli obiettivi stabiliti ai sensi della road map stilata in risposta alle raccomandazioni dell'audit FVO novembre 2021	Sorveglianza attiva e passiva nel domestico raggiungendo il 100 % degli obiettivi fissati dall'OEVR. 8 carcasse al mese	Sorveglianza attiva e passiva nel domestico raggiungendo il 100 % degli obiettivi fissati dall'OEVR. 8 carcasse al mese	Sorveglianza attiva e passiva nel domestico raggiungendo il 100 % degli obiettivi fissati dall'OEVR. 8 carcasse al mese
		Recuperare i censimenti ancora mancanti tra quelli da registrare a sistema al 31 Marzo	Recuperare i censimenti ancora mancanti tra quelli da registrare a sistema al 31 Marzo	Recuperare i censimenti ancora mancanti tra quelli da registrare a sistema al 31 Marzo
Ottenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da Tubercolosi	Ottenimento/Conservazione della qualifica al 31/12/2023	a) almeno il 99,8 % degli stabilimenti, pari ad almeno il 99,9 % della popolazione bovina, è indenne da infezione da MTBC;b) il tasso di incidenza dello stabilimento per cui è stata confermata l'infezione nel corso dell'anno non supera lo 0,1 %	a) almeno il 99,8 % degli stabilimenti, pari ad almeno il 99,9 % della popolazione bovina, è indenne da infezione da MTBC;b) il tasso di incidenza dello stabilimento per cui è stata confermata l'infezione nel corso dell'anno non supera lo 0,1 %	a) almeno il 99,8 % degli stabilimenti, pari ad almeno il 99,9 % della popolazione bovina, è indenne da infezione da MTBC;b) il tasso di incidenza dello stabilimento per cui è stata confermata l'infezione nel corso dell'anno non supera lo 0,1 %
Ottenere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie compresa nel piano di monitoraggio per la Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST ovicaprine. Campionamenti	Percentuale di ovini e caprini morti, testati per scrapie compresa almeno tra l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati	Attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL	Attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL	Attività comprendente almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL

Ottenere almeno un valore pari all'85% dei bovini morti testati per BSE di età superiore ai 48 mesi rispetto al numero di bovini morti di età superiore ai 48 mesi registrati in BDN a norma di quanto previsto dal reg. CE 999/2001	percentuale di bovini testati rispetto ai bovini registrati morti in BDN compresi tra 94,9% e il 75% del valore atteso	Attività volta al garantire che i bovini testati rispetto ai bovini registrati morti in BDN di valore siano di valore superiore almeno al 50% del valore registrato in bdn valore atteso de 74,99%	Attività volta al garantire che i bovini testati rispetto ai bovini registrati morti in BDN di valore siano di valore superiore almeno al 50% del valore registrato in bdn valore atteso de 74,99%	Attività volta al garantire che i bovini testati rispetto ai bovini registrati morti in BDN di valore siano di valore superiore almeno al 50% del valore registrato in bdn valore atteso de 74,99%
Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR				
Obiettivo	Indicatore	Standard 2023	Standard 2024	Standard 2025
Percentuale di prestazioni erogate con prenotazione in agende pubbliche nel CUP, limitatamente a quelle oggetto di monitoraggio PNGLA	Rapporto fra il numero di prestazioni erogate che sono state prenotate attraverso il CUP in agende "pubbliche" (ossia visibili e prenotabili dal cittadino attraverso uno dei canali istituzionale e la totalità delle prestazioni erogate nel medesimo periodo * 100	75%	76%	77%
Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	% di segnalazioni ME su numero di decessi con LCA	CAGLIARI ≥ 20%	CAGLIARI ≥ 23%	CAGLIARI ≥ 25%
Migliorare la qualità dei dati dei flussi di monitoraggio del valore della produzione	1. N. record trasmessi entro i termini /N. totale record *100 2. N. errori di 1° e 2° livello rilevati al termine previsto/N. totale record *100	1. ≥ 95% 2. ≤ 5%	1. ≥ 95% 2. ≤ 5%	1. ≥ 95% 2. ≤ 5%
Implementare il processo di revisione del sistema regionale dei residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e alla bassa intensità di cura, anche attraverso la riqualificazione della produzione diretta di servizi pubblici.	<ul style="list-style-type: none"> Adozione di un "Piano aziendale di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti" ai sensi della DGR 13/12 del 09/04/2021. Trasmissione a ARIS del sopra citato Piano, con relativa valorizzazione dei risparmi derivanti dalla sua implementazione e contestuale richiesta di aumento dei tetti di spesa per pari importo. Adozione di un piano aziendale degli acquisti di servizi residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti da erogatori privati accreditati che valorizzando la riduzione del fabbisogno nel livello di cura SRP1 ed il contestuale aumento del fabbisogno nel livello di cura livello SRP2 e SRP3. 	3/3	Aggiornamento dei piani	Aggiornamento dei piani

Implementare le attività previste nel il Piano triennale di attività per l'Alzheimer e le demenze per il triennio 2021-2023.	• Sperimentazione e implementazione dei protocolli di diagnosi precoce e interventi riabilitativi, cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i Disturbi Neuro Cognitivi in collegamento con AOU Cagliari, AOU Sassari e Arnas Brotzu	n. 2 protocolli di diagnosi precoce e interventi riabilitativi, cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i Disturbi Neuro Cognitivi entro il 30/09/2023		
Conseguimento del risparmio di sangue ed emoderivati con la riduzione del consumo tramite implementazione di PDTA aziendali secondo i programmi di Patient Blood Management (PBM): 1) Appropriately della fase pre-operatoria del PBM 2) Congruità nella fase diagnostica secondo algoritmo pre-operatorio PBM	1) N° pazienti inviati a consulenza PBM/N° interventi chirurgici in elezione candidati al percorso di PBM 2) N° consulenze PBM efficaci/N° consulenze effettuate. (Delta Hb dopo supporto non trasfusionale >1g)	1) >50% 2) >70%	1) >50% 2) >70%	1) >50% 2) >70%
Livello della sostenibilità economica e finanziaria				
Area della razionalizzazione e contenimento della spesa				
Obiettivo	Indicatore	Standard 2023	Standard 2024	Standard 2025
Efficienza economico - finanziaria	Pareggio di bilancio	Ricavi = costi	Ricavi = costi	Ricavi = costi
Razionalizzazione spesa farmaceutica per acquisti diretti	Riduzione spesa farmaceutica per acquisti diretti rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1, comma 281, della L. 30/12/2021, n. 234	1.750.000,00	300.000,00	500.000,00
Razionalizzazione spesa farmaceutica convenzionata	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1, comma 281, della L. 30/12/2021, n. 234	1.518.000,00	300.000,00	500.000,00
Area della riqualificazione e potenziamento del patrimonio immobiliare				
Obiettivo	Indicatore	Standard 2023	Standard 2024	Standard 2025
Rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2023	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2024	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2025
Area della gestione amministrativo-contabile				
Obiettivo	Indicatore	Standard 2023	Standard 2024	Standard 2025
Rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione	Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015.	Approvazione dei documenti di programmazione entro i tempi	Approvazione dei documenti di programmazione entro i tempi	Approvazione dei documenti di programmazione entro i tempi

Tabella 28 – Obiettivi triennali 2023-2025

Piano azioni positive

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

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

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

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

In questa ottica, la ASL di Cagliari si propone di conseguire i seguenti obbiettivi:

- Sviluppo di politiche per l'equità di genere e contro le discriminazioni;
- Attività di comunicazione volta a sviluppare la cultura di genere e pari opportunità;
- Individuazione di un sistema di comunicazione (e-mail dedicata) al di fuori del luogo di lavoro volto a segnalare eventuali o possibili/probabili comportamenti discriminatori verificatisi nel luogo di lavoro;
- Accoglienza e nuovo inserimento delle lavoratrici madri successivamente alla nascita del proprio figlio;
- Studio di fattibilità finalizzato all'individuazione di uno spazio ricreativo dedicato ai figli delle lavoratrici madri in età compresa tra i tre e i sei anni.

Sviluppo di politiche per l'equità e contro le discriminazioni.

La ASL si impegna a coinvolgere il proprio personale nella programmazione delle attività lavorative dei servizi/settori/reparti ospedalieri, tramite incontri informativi periodici, attraverso i quali il personale dipendente sarà aggiornato sulle strategie operative poste in essere per il miglioramento delle attività.

Detti incontri hanno lo scopo di integrare e coinvolgere il personale e di migliorare in tal modo la comunicazione nei luoghi di lavoro.

Promozione della conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro.

Affinché possa essere conciliabile il ruolo di madre con quello di lavoratrice, su richiesta della dipendente potrà essere possibile una flessibilità fino ad un massimo di un'ora e trenta minuti sia in entrata che in uscita dell'orario di lavoro.

Esempio: nel caso in cui l'orario di lavoro corrisponda a 08.00 – 14.00, sarà possibile posticipare l'orario di ingresso fino alle ore 09.30 e quello in uscita fino alle ore 15.30.

Detta possibilità verrà garantita fino al compimento del anno di vita del proprio figlio.

Individuazione di un sistema di comunicazione (e-mail dedicata) volto a segnalare eventuali o possibili/probabili comportamenti discriminatori verificatisi nel luogo di lavoro

La Asl si impegna in collaborazione con i Distretti/ Servizi ove sono presenti in organico figure professionali (Psicologi) in grado di supportare le dipendenti in difficoltà, ad istituire una e-mail dedicata dove si chiede un incontro con un tecnico in grado di ascoltare il disagio del lavoratore sul luogo di lavoro e di orientare lo stesso verso la soluzione del problema segnalato.

Accoglienza e nuovo inserimento delle lavoratrici madri successivamente alla nascita del proprio figlio

Il responsabile della U.O./ settore, gradualmente e in modo conciliante consente alla lavoratrice di riprendere contatto, in un arco temporale di almeno una settimana, con l'attività lavorativa in precedenza svolta. Informa, inoltre, la dipendente sui nuovi processi lavorativi adottati in sua assenza e le consente di acquisirne padronanza.

Studio di fattibilità per la realizzazione di uno spazio ricreativo dedicato ai bambini di età compresa tra 3 e 8 anni, riservato esclusivamente ai figli dei lavoratori della ASL.

Detto spazio, presumibilmente gestito da un soggetto terzo, sarà usufruibile dai piccoli contemporaneamente alla presenza nel luogo di lavoro del proprio genitore.

Programmazione Annuale e Pluriennale - Bilancio Preventivo Pluriennale

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

Con Delibera del Direttore Generale Asl Cagliari n. 497 del 15/11/2022 è stato approvato il Bilancio Economico Preventivo della ASL n. 8 di Cagliari, per gli anni 2023-2025 redatto ai sensi dell'art.25 del D. Lgs 118/2011, nonché in ottemperanza alle direttive regionali sulla composizione del documento stesso.

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

- 1 la riforma del sistema sanitario regionale prevista dalla L.R. n. 24/2020 e ss.;
- 2 la fase di avvio e riorganizzazione della Azienda Socio Sanitaria Locale n.8 di Cagliari, che alla fine del primo esercizio sta attualmente lavorando per dotarsi di una nuova tecnostruttura organizzativa;
- 3 la fase di ripresa delle attività assistenziali sia in ambito ospedaliero che in ambito ambulatoriale in epoca post-emergenziale, volta a garantire una riorganizzazione delle strutture sanitarie e del personale sulla base delle mutate esigenze del cittadino, così da assicurare l'erogazione dei servizi sanitari e dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- 4 la convenzione n. 29 del 10.03.2022 tra ARES e ASL Cagliari che disciplina le attività d'interesse comune, ovvero la gestione e il supporto da parte di ARES in relazione ai processi amministrativi, tecnici e contabili;
- 5 la modificazione del profilo demografico della popolazione di riferimento che, anno dopo anno, registra un incremento nelle fasce di età adulta e una corrispondente contrazione delle fasce di età più giovani.

In sintesi, la programmazione economica rappresentata considera uno scenario di coerenza con le indicazioni regionali e con i fattori appena analizzati, che richiedono la predisposizione del Conto Economico nel rispetto del vincolo del pareggio di bilancio nel triennio 2023-2025.

Il valore dei Costi di Produzione previsto per il Triennio 2023-2025 non tiene conto degli investimenti definiti dal PNRR per la ASL di Cagliari.

In particolare, tali investimenti sono destinati all'apertura delle Centrali Operative Territoriali (COT); alla riconversione degli Ospedali Marino e Binaghi in Ospedali di Comunità; alla ristrutturazione ed edificazione di 15 Case della comunità entro il 2026, con specifico finanziamento di cui alla Missione 6.2 PNRR.

L'obiettivo degli stanziamenti dei fondi PNRR è quello di garantire l'assistenza al cittadino, potenziando i servizi sul territorio e adattandoli alle esigenze del paziente, ricollocandolo nelle strutture adatte alla gestione ad alta o a bassa intensità di cura.

Tali importanti azioni andranno a rivoluzionare inevitabilmente l'organizzazione aziendale con un impatto sulla gestione e, di conseguenza, sulla definizione dei costi di produzione relativi al prossimo triennio.

Di seguito si rappresenta la sintesi delle macrovoci del BEP relativo al triennio 2023-2025:

CODICE	ASL8	2023	2024	2025
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	1.097.973.870		
BAZ9999	Totale costi della produzione (B)	1.082.852.768		
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-		
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-		
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	-		
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	15.121.102		
YZ9999	Totale imposte e tasse	15.121.102		
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	0		

Tabella 29 - Sintesi BEP 2023-2025

Piano Triennale degli Investimenti 2023-2025

Nella definizione della programmazione triennale, tenuto conto dei programmi di riorganizzazione aziendale e nel voler migliorare i servizi offerti ai cittadini/pazienti, la ASL di Cagliari definisce un piano di investimenti definito a interventi di acquisizione di nuove strutture, riqualificazione e manutenzione ordinaria e straordinaria nei Presidi Ospedalieri presenti nel territorio, oltre che interventi destinati alla sicurezza degli edifici.

Nel prossimo triennio si considerano anche gli interventi per la realizzazione di case della comunità e case della salute, oltre che la riorganizzazione dei nuovi ospedali di comunità, secondo quanto definito dalle milestone del PNRR.

Di seguito si riporta la tabella che rileva gli investimenti per struttura negli anni 2023-2024-2025.

Riclassificazione investimenti per struttura			
Struttura	ANNO 2023	ANNO 2024	ANNO 2025
CASA DELLA COMUNITA	1.916.540,00	3.833.080,00	3.833.080,00
CASA DELLA SALUTE		150.000,00	550.000,00
CITTADELLA DELLA SALUTE		685.000,00	
PO BINAGHI	450.201,00	3.900.402,00	3.400.402,00
PO MARINO	528.529,00	3.297.059,00	3.932.070,00
PO SAN GIUSEPPE	511.609,00	2.243.217,00	2.008.217,00
PO SAN MARCELLINO		2.200.000,00	2.340.000,00
PO SS TRINITA	1.000.000,00	14.545.300,00	11.850.000,00
POLIAMBULATORIO		304.000,00	355.000,00
STRUTTURE VARIE		200.000,00	400.000,00
ALTRE STRUTTURE	66.357,00	5.982.710,00	4.277.711,00
Totale complessivo	4.473.236,00	37.340.768,00	32.946.480,00

Tabella 30 - Riclassificazione investimenti per struttura – Piano triennale degli investimenti 2023-2025

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

Struttura	ANNO 2023	ANNO 2024	ANNO 2025
MANUTENZIONE ORDINARIA	1.045.000,00	25.569.300,00	19.945.000,00
MANUTENZIONE STRAORDINARIA	499.827,00	809.651,00	299.651,00
RIQUALIFICAZIONE		5.105.000,00	6.845.000,00
RISTRUTTURAZIONE	2.928.409,00	5.856.817,00	5.856.829,00
Totale complessivo	4.473.236,00	37.340.768,00	32.946.480,00

Tabella 31 - Riclassificazione investimenti per tipologia intervento – Piano triennale degli investimenti 2023-2025

L’obiettivo finale del Piano degli Investimenti sintetizzato nelle due tabelle riportate è quello di garantire ai pazienti strutture adeguate e rimodernizzate, con una migliore qualità degli ambienti dove poter ricevere le cure e l’assistenza delle quali necessitano.

2.3 Piano Anticorruzione

CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE

Con la Delibera del Direttore Generale n. 25 del 01/02/2023 si conclude definitivamente l’iter di approvazione dell’Atto Aziendale della Asl di Cagliari che, in base all’articolo 1 “Principi e finalità generali” della L.R. 24/20 e s.m.i., ai sensi e per gli effetti dell’articolo 3 ha personalità giuridica di diritto pubblico, autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, tecnica, gestionale e contabile. L’Azienda è parte integrante del sistema del Servizio Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna e del sistema del Servizio Sanitario Nazionale. Non può non evidenziarsi, tuttavia, come all’atto della redazione della presente sottosezione, la costituita Asl di Cagliari sia in piena fase di implementazione ed allo stato attuale l’Atto aziendale non abbia ancora trovato piena attuazione, risultando ad oggi non ancora operative numerose strutture organizzative in esso contemplate e indicate nelle allegate Tabelle. La sottosezione è predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti dall’organo di indirizzo, ai sensi della legge n. 190 del 2012 formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore. Gli elementi essenziali della sottosezione, volti a individuare e a contenere rischi corruttivi, sono quelli indicati nel Piano nazionale anticorruzione (PNA 2013, PNA 2019 e PNA 2023 approvato con delibera 7 del 17/01/2023) e negli atti di regolazione generali adottati dall’ANAC ai sensi della legge n. 190 del 2012 e del decreto legislativo n. 33 del 2013.

Contestualizzazione

L'elaborazione di un progetto del genere, deve essere contestualizzata alla stagione di forti cambiamenti, alle riforme connesse agli impegni assunti dall'Italia con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per superare il periodo di crisi derivante dalla pandemia, oggi reso ancor più problematico dagli eventi bellici in corso nell'Europa dell'Est. Le ingenti risorse a disposizione e le deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per esigenze di celerità della realizzazione di molti interventi, hanno indotto l'ANAC a chiedere ai RPCT un maggiore sforzo organizzativo per rafforzare i criteri dell'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione per evitare che i risultati attesi con l'attuazione del PNRR siano vanificati da eventi corruttivi, senza gravare sullo sforzo volto alla semplificazione e alla velocizzazione delle procedure amministrative. Come da indicazione del PNA approvato in data 17/01/2023, il presente piano intercetta gli orientamenti finalizzati a supportare i RPCT nell'importante ruolo di coordinatore della strategia della prevenzione della corruzione e, allo stesso tempo, rafforzare l'asse del collegamento fra la prevenzione della corruzione e le altre sezioni di cui si compone il PIAO, prime fra tutte quella della performance, in vista della realizzazione di obiettivi di valore pubblico.

I PROTAGONISTI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

1. LA DIREZIONE AZIENDALE

La Direzione aziendale è la prima protagonista della attività di prevenzione della corruzione, assicura il suo fondamentale sostegno all'azione del Responsabile della prevenzione della corruzione, e in particolare:

- designa e supporta il R.P.C.T,
- adotta il PIAO ed i suoi aggiornamenti;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001, regolamenti per le sponsorizzazioni, atti di organizzazione dell'attività libero professionale etc.);
- garantisce il coordinamento degli atti connessi alla prevenzione della corruzione con particolare riferimento a quelli organizzativi.

2. IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Svolge nello specifico le seguenti attività e funzioni:

- elabora l'apposita sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione relativa alla prevenzione della corruzione, che deve essere adottato dalla Direzione aziendale entro il 31 gennaio di ogni anno e ne cura la trasmissione al Servizio Programmazione e Controllo per gli adempimenti di pubblicazione sul sito aziendale e di informativa al Dipartimento della Funzione Pubblica;
- definisce appropriate procedure per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- verifica l'attuazione del piano e propone le dovute modifiche dello stesso laddove siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nella attività dell'Amministrazione;
- verifica, d'intesa con il dirigente competente, sull'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività negli ambiti in cui è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- redige e pubblica sul sito web dell'Amministrazione, entro il 15 dicembre di ogni anno, la relazione recante i risultati dell'attività svolta e cura la trasmissione della stessa alla Direzione Generale dell'Amministrazione e all'OIV.

La suddetta relazione si basa anche sui rendiconti ricevuti dai dirigenti relativamente alle misure poste in essere e sui risultati realizzati in esecuzione del Piano stesso. Tale relazione viene trasmessa contestualmente per le attività di valutazione dei medesimi dirigenti. Tenuto conto del delicato compito organizzativo e di raccordo, svolto dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, l'Azienda si impegna ad assicurare allo stesso Responsabile un appropriato supporto attraverso l'assegnazione di adeguate, risorse professionali, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo.

3. I DIRIGENTI, I DIRETTORI DI DIPARTIMENTO/SERVIZIO E UU.OO E TUTTI I RESPONSABILI DI UFFICIO E INCARICO PER AREA DI COMPETENZA

Nel sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza, i dirigenti svolgono le seguenti funzioni:

- attività informativa nei confronti del RPCT, nel rispetto delle tempistiche assegnate, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, implementazione e monitoraggio delle misure adottate nel PIAO;
- partecipano al processo di gestione del rischio;
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;

- adottano le misure gestionali di competenza, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);
- osservano le misure contenute nella sezione prevenzione della corruzione e trasparenza del PIAO (art. 1, comma 14, della l. n.190 del 2012).

4. ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE E ALTRI ORGANI DI CONTROLLO INTERNO

Nell'ambito della prevenzione della corruzione e della trasparenza gli organismi di controllo interno, l'O.I.V. ed il Collegio Sindacale, svolgono i seguenti compiti:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione con riferimento alla trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 d.lgs. n. 33 del 2013);
- esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Ente (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165 del 2001);
- propongono annualmente eventuali modifiche e miglioramenti del PIAO e in particolare della sezione per la prevenzione della corruzione e trasparenza.

5. L'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI

L'Azienda, nelle more della piena attuazione dell'Atto Aziendale, allo stato attuale non dispone di un proprio Ufficio dei Procedimenti Disciplinari (UDP) risultando ancora operativo in continuità amministrativa quello attivato dall'ex ATS Sardegna, anche a seguito di accordo espresso tra i vertici ARES e i direttori generali della AA.SS.LL. Pertanto, al momento dell'attivazione ed implementazione delle strutture, così come previste nell'Atto Aziendale, sarà opportuno in via prioritaria superare tale fase transitoria con la nomina di un proprio UDP aziendale e con l'approvazione dei rispettivi regolamenti per il personale Dirigente e per il personale del Comparto Sanità, al fine dell'esercizio delle proprie funzioni come previste dalle vigenti norme in materia e nello specifico:

- espletare i procedimenti disciplinari di competenza (art. 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);
- provvedere alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e di quella contabile;
- proporre l'aggiornamento del Codice di comportamento e relazionare semestralmente al Responsabile Anticorruzione sulla attività del proprio Ufficio.

6. IL RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE

Il Piano Nazionale Anticorruzione attribuisce importanza preminente alla formazione del personale ed in particolar modo alla formazione destinata a coloro che operano nelle aree a maggior rischio. L'Azienda, nelle more della piena attuazione del proprio Atto Aziendale, non ha allo stato attivato un proprio Servizio Formazione, attualmente ancora in capo ad ARES. Pertanto, al momento dell'attivazione ed implementazione della struttura complessa "Affari Generali così come prevista nell'Atto Aziendale, sarà opportuno in via prioritaria superare tale fase transitoria con la declinazione di specifiche procedure operative per definire e sviluppare rapporti di collaborazione col RPCT con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- collegamento tra la formazione specifica in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e il programma annuale della formazione;
- i criteri per individuare i soggetti che erogano la formazione e i contingenti di personale da formare;
- i contenuti, i canali e gli strumenti di erogazione della formazione.

7. IL PERSONALE DIPENDENTE E I COLLABORATORI DELL'AZIENDA

Prevenire la corruzione è un'azione collettiva che passa sicuramente attraverso l'impegno e la responsabilità di tutti i protagonisti che sin qui sono stati indicati, ma è in primo luogo un'azione sinergica di tutti coloro che operano a qualsiasi titolo nell'Azienda. Moltissimi dipendenti e collaboratori svolgono infatti la propria attività a contatto con il pubblico, contribuendo a costruire l'immagine dell'Azienda sia in termini positivi che negativi. Appare evidente, pertanto, che la consapevolezza di valori etici condivisi e principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati devono assumere per tutti i dipendenti e per i collaboratori un'estrema importanza. Ciascun dipendente/collaboratore è tenuto quindi:

- a partecipare al processo di gestione del rischio;
- ad osservare le misure contenute nel PIAO Sez. PCT.;
- a segnalare le situazioni di condotta illecita di cui sono venuti a conoscenza, in ragione del rapporto di lavoro, al proprio dirigente o al RPCT o all'U.P.D. (art.54 bis del D.lgs. 165/01), ovvero per il tramite della piattaforma aziendale Whistleblower;
- a segnalare casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis l. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento nazionale);
- a segnalare al proprio dirigente/superiore gerarchico o al RPCT l'apertura di eventuali procedimenti penali e procedimenti contabili per reati contro la pubblica amministrazione, che si sono conclusi

con la richiesta del rinvio a giudizio, entro quindici giorni dalla ricezione formale del provvedimento;

- a tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato.

8. IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE DELLA STAZIONE APPALTANTE (RSA) E SOGGETTO GESTORE PER L'ANTIRICICLAGGIO.

Al mantenimento del sistema di prevenzione dell'anticorruzione e della trasparenza, partecipa anche la figura del responsabile dell'anagrafe stazione appaltante e soggetto gestore antiriciclaggio (RSA). L'individuazione e la nomina di tale figura responsabile è stata operata con Deliberazione del Direttore Generale n. 06 del 24/01/2022. In riferimento alle indicazioni dell'ANAC (comunicato del 28 ottobre 2013) il RSA è incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa. Tale figura inoltre è individuata nella presente sezione del PIAO come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione e ad essa spetta l'obbligo informativo di implementazione la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici presso l'ANAC con i dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, la classificazione della stessa e l'articolazione in centri di costo. Tali adempimenti sussistono fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici.

VALUTAZIONE DEL DIVERSO LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DI CORRUZIONE DELLE ARTICOLAZIONI AZIENDALI –INDIVIDUAZIONE DELLA ATTIVITA' RISCHIO

Rilevato che, ad oggi, non sono intervenuti fatti corruttivi nel triennio di vigenza del PIAO 2022- 2024 Sezione Prevenzione Corruzione e Trasparenza, nella seguente sottosezione sono riportati - in coerenza e continuità con quanto già indicato nel vigente PIAO in tema di valutazione delle aree a rischio - le rilevazioni sintetiche delle attività in essere da parte della costituita Azienda e la mappatura del rischio di corruzione in relazione all'esistente. Tuttavia, in considerazione del fatto che l'organizzazione aziendale è ancora in fase di implementazione, potrebbe rendersi opportuno, procedere gradualmente ad una revisione ed integrazione della mappatura dei processi e dell'analisi e valutazione delle aree di rischio alla luce della definizione dell'articolazione aziendale che via via si andrà a delineare. Dalle analisi effettuate, sono stati aggregati, conformemente alle aree di rischio generali e specifiche così come individuate dall'aggiornamento al PNA e alle specificità emerse dall'esame del contesto esterno e interno, alcuni processi a medio e alto rischio di corruzione, sui quali è stata focalizzata l'attenzione al fine di individuare appropriate e concrete misure di prevenzione e riduzione del rischio. In particolare, è stato valutato il grado

di rischio dei principali processi connessi con le attività aziendali più rilevanti, con specifico riferimento alla probabilità (media e alta) che si verifichi un evento corruttivo. In questa fase transitoria per la misurazione del rischio è stata utilizzata la stessa metodologia già in uso presso l'ex ATS Sardegna sin dal 2019 come illustrata nell'allegato 1 alla presente sezione. I livelli di rischio sono stati così definiti:

- Medio (normativa di principio, ridotta pubblicità, attività a media discrezionalità, controlli ridotti, modesta gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo). Nei casi in cui sia riscontrabile un livello di rischio medio, saranno assicurati controlli e verifiche semestrali, definizione di protocolli operativi o regolamenti e implementazione delle misure preventive specificatamente individuate.
- Alto (alta discrezionalità, elevata gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo, potere decisionale concentrato in capo a singole persone, rotazione dei funzionari dedicati solo in tempi molto lunghi, rischio di danni alla salute in caso di abusi, notevole casistica di precedenti storici di fatti corruttivi). Nelle attività in cui è previsto un alto livello di rischio, saranno effettuati controlli e verifiche trimestrali, saranno definiti i protocolli operativi e rafforzate le misure preventive specificatamente individuate. Nell'allegato 2 alla presente sezione sono contenute le schede con l'individuazione di:
 - Processi a rischio;
 - Singole misure di prevenzione e contenimento;
 - Grado di rischio;
 - Tempi del monitoraggio;
 - Struttura o Strutture di riferimento;
 - Responsabile/i delle misure.

Si evidenzia, come peraltro già anticipato, che la complessa fase di riorganizzazione in atto del Sistema Sanitario, sia in ambito regionale che in ambito aziendale, suggerisce di focalizzare l'attenzione su un numero limitato di processi particolarmente rilevanti, rinviando alla piena attuazione dell'Atto Aziendale la definizione e il completamento della mappatura.

MISURE PER PREVENIRE IL RISCHIO DI CORRUZIONE

I Piani Nazionali Anticorruzione e nello specifico quello del 2022 in riferimento anche alla fase di gestione dei fondi a valere sui progetti del PNRR, così come il PIAO - Sez. PCT aziendale focalizzano essenzialmente tre obiettivi:

- Ridurre l'opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- Incentivare i controlli e quindi la possibilità di scoprire gli eventi corruttivi;

- Creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Le misure di ordine generale che l'Azienda intende mettere in campo in questa fase transitoria al fine di prevenire il rischio di corruzione, riservandosi di adottarne delle ulteriori via via che viene gradualmente attuato l'Atto Aziendale recentemente approvato, sono le seguenti:

- rotazione dei dipendenti;
- gestione del conflitto di interessi;
- monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti;
- patto d'integrità negli affidamenti;
- trasparenza e pubblicazione degli atti;
- gestione e monitoraggio del sistema di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito tramite la piattaforma whistleblower attivata a decorrere dal 01/12/2022. Alcune delle misure individuate potranno, stante il perdurare di questa fase transitoria, essere applicate con gradualità e/o più o meno integralmente in funzione della disponibilità delle risorse umane e organizzative necessarie nelle more della riorganizzazione prevista nell'Atto Aziendale.

ROTAZIONE DEI DIPENDENTI

Il quadro normativo vigente nel pubblico impiego privatizzato prevede l'istituto della rotazione del personale. Tale istituto è rimesso all'autonoma determinazione delle amministrazioni che - tenuto conto di eventuali limiti oggettivi e/o soggettivi - potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici. Va precisato che sui criteri generali di rotazione deve essere data informazione alle organizzazioni sindacali in modo di consentire loro di presentare osservazioni e proposte, senza che ciò comporti l'apertura di fasi di negoziazione in materia (vedi delib. ANAC n. 13/2015). Va, inoltre, sottolineato che la rotazione ordinaria rappresenta soprattutto un criterio organizzativo che, nell'ottica del rispetto dei canoni di buona amministrazione ex art. 97 della Costituzione, può contribuire alla crescita del personale rispetto alle conoscenze ed alle competenze, favorendo lo sviluppo professionale del lavoratore. In tale ottica, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale ai fini del miglior utilizzo delle risorse umane disponibili. Peraltro, la rotazione del personale oltre a doversi considerare misura di arricchimento del bagaglio professionale del pubblico dipendente e come misura di efficienza dell'organizzazione degli uffici, in quanto favorisce l'acquisizione di competenze di carattere trasversale e professionalità volte al perseguimento delle finalità istituzionali, è altresì prevista in modo espresso dalla legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione

e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" (art. 1, c. 4, lettera e); comma 5, lettera b); comma 10, lettera b), come misura anticorruzione (la rotazione degli incarichi, d'altra parte, già dalla "Riforma Brunetta" - D.lgs. n. 150/2009 - è stata considerata anche strumento fondamentale di trasparenza e contrasto della corruzione essendo stata inserita come una delle misure gestionali: l'articolo 16, c. 1, lett. I quater, del D.lgs. n. 165/2001 prevede che i dirigenti, con provvedimento motivato, facciano ruotare il personale coinvolto in procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva). La rotazione non deve essere considerata come misura da applicare acriticamente ed in modo generalizzato a tutte le posizioni lavorative. Deve, altresì, essere rimarcato che nel quadro dell'attuazione del principio di rotazione, fatti salvi gli effetti normo/economici di eventuali diverse ed autonome valutazioni negative del dipendente, non dovrà darsi luogo a riduzioni del trattamento economico attribuito al personale interessato. In particolare, la rotazione ordinaria - da realizzarsi nel rispetto delle competenze professionali - è considerata nel suddetto Piano, oltre che misura di contrasto dei rischi potenziali di tipo corruttivo, leva organizzativa strategica in grado di favorire lo sviluppo di interessi e competenze. A tal proposito si osserva che il quadro normativo di riferimento, confermato dalla più recente giurisprudenza della Corte di Cassazione, prevede l'istituto della rotazione come prassi ordinaria nell'ambito dei rapporti lavorativi nel sistema pubblico privatizzato ex D.lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii. Per quanto attiene al personale dirigente oramai è consolidato il c.d. "principio di durata temporale degli incarichi" che il legislatore ha adottato per evitare la cementificazione degli incarichi dirigenziali in un unico ambito lavorativo anche a discapito dell'arricchimento della professionalità del dirigente stesso.

CRITERI PER LA ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE

In linea di massima nelle diverse realtà organizzative la rotazione può avvenire utilizzando uno dei seguenti criteri:

- territoriale, con assegnazione del dipendente ad un diverso ambito territoriale;
- per competenza, con assegnazione del dipendente ad altre competenze;
- per competenza e territorio, con assegnazione del dipendente ad altre competenze e ad altro ambito territoriale.

La rotazione in diverso ambito territoriale dovrà avvenire, di norma, presso la sede più vicina a quella di provenienza al fine di ridurre al minimo il disagio del dipendente. Potrà riguardare in alcuni casi anche il personale non dirigenziale, specie se preposto allo svolgimento concreto di attività afferenti alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione, presuppone una idonea azione formativa e di aggiornamento continuo nei confronti dei soggetti che dovranno subentrare nelle attività e di quelli che dovranno essere assegnati ad altre competenze. La rotazione si applica per tutti i dipendenti laddove si

rilevino circostanze che ne impongano l'utilizzo, come in caso di emersione di una situazione di conflitto di interessi che non possa essere diversamente gestita se non imponendo uno spostamento del dipendente ad altro servizio. Nei limiti delle possibilità garantite dalle risorse disponibili, deve essere assicurato l'affiancamento del dirigente neoincaricato o dell'operatore non dirigente subentrante nel caso di rotazione applicata a personale non dirigente, affinché questi risultino facilitati nell'acquisizione delle conoscenze necessarie per lo svolgimento delle nuove attività. In tutti i casi in cui non risulti possibile applicare la rotazione del personale preposto si definiscono le seguenti linee generali di indirizzo:

- applicazione della doppia sottoscrizione del provvedimento conclusivo, sia da parte del soggetto istruttore della pratica, sia del titolare del potere di adozione dell'atto finale;
- audit dipartimentali incrociati sulle attività svolte;
- composizione delle Commissioni con criteri di rotazione casuale;
- individuazione di uno o più soggetti estranei all'ufficio di competenza, anche con funzioni di segretario verbalizzante, in aggiunta a coloro che assumono decisioni nell'ambito di procedure di gara;
- separazione delle funzioni di programmazione rispetto alle funzioni ispettive;
- verbali relativi ai sopralluoghi sempre sottoscritti dall'utente destinatario;
- supervisione/valutazione degli esiti della vigilanza da parte del responsabile gerarchico.

In linea generale, inoltre, deve essere applicato il seguente principio: attivazione di meccanismi di collaborazione tra diversi ambiti su atti potenzialmente critici, ad elevato rischio (lavoro in team che peraltro può favorire nel tempo anche una rotazione degli incarichi). La rotazione ovviamente non opera per le "figure infungibili", intendendo per tali quelle figure professionali per le quali sono richieste competenze ed esperienze specifiche o è richiesto il possesso di lauree specialistiche o altri titoli di studio posseduti da una sola unità lavorativa e non richiesti per altre figure dirigenziali. La rotazione del personale potrà essere facilitata da una pianificazione pluriennale delle iniziative formative con l'adozione di programmi orientati a contrastare le tendenze all'esclusività delle competenze e a favorire l'intercambiabilità. In tale ottica l'Azienda potrà orientarsi anche verso l'adozione di sistemi di gestione interni che aggiungano valore alla valutazione delle performance e consentano di favorire l'effettivo sviluppo del capitale professionale potenziale.

ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE DIRIGENZIALE

La rotazione dei dirigenti, in attuazione dei principi generali sopra declinati, si realizza per le aree per le quali, a discrezione della Direzione strategica e a seguito di una mappatura degli incarichi/funzioni apicali, compatibilmente con l'organico e con l'esigenza di assicurare continuità dell'azione amministrativa e

coerenza di indirizzo delle strutture, si prevede la possibilità di favorire lo sviluppo di nuove competenze anche - ma non soltanto - nelle aree alle quali afferiscono i processi a rischio individuati nel PIAO-SEZ-PCT, prevedendo l'alternanza fra i responsabili di Unità Operative Complesse, fra i Responsabili di Unità Operative Semplici, dei Responsabili di procedimento nonché dei Componenti delle commissioni di gara e di concorso. La rotazione dei dirigenti per quanto riguarda le UOC avverrà a livello intra dipartimentale in modo da evitare potenziali criticità riconducibili allo svolgimento di attività troppo distanti o scarsamente affini rispetto a quelle precedentemente svolte e sarà preceduta da un periodo di affiancamento e tutoraggio. I dirigenti interessati dalla rotazione dovranno segnalare tempestivamente alla Direzione strategica ed ai competenti uffici gli eventuali fabbisogni formativi specifici correlati all'assunzione del nuovo incarico e potranno comunque avvalersi, anche al termine del periodo di affiancamento, dopo l'assunzione formale del nuovo incarico, dell'attiva collaborazione e dell'accompagnamento del dirigente con il quale si è realizzato l'interscambio all'interno dello stesso Dipartimento. Per quanto concerne, nello specifico, la rotazione del personale in ambito veterinario, considerato che l'attività di vigilanza e controllo è svolta di norma da Dirigenti Veterinari che operano a volte singolarmente e non in coppia, ai fini del miglioramento della trasparenza e della prevenzione dell'insorgenza di conflitti d'interesse nell'esecuzione dei controlli, allo scopo di garantire il rispetto delle norme per la prevenzione della corruzione, ad esclusione di situazioni caratterizzate da comprovati disagi organizzativi, il criterio per la rotazione del personale è stato definito a suo tempo e rimane in vigore quanto stabilito nel Piano rotazione allegato al PTPCT ATS Sardegna 2018/2019 come previsto dalla Delibera ATS n.998/2021.

ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE NON DIRIGENZIALE

Il principio della rotazione si applica con gradualità anche al personale non dirigenziale, nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali, avendo cura di evitare discontinuità e rallentamenti nell'attività conseguenti a possibili interferenze con la rotazione del personale dirigenziale. La rotazione si attua compatibilmente con le esigenze organizzative, le risorse disponibili e le attitudini specifiche richieste, seguendo una programmazione che tiene conto dell'esigenza di salvaguardare il buon andamento e la continuità dell'azione, al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi definiti negli atti di programmazione nazionale e regionale e negli atti di competenza propria dell'Azienda. La rotazione del personale è attuata e monitorata dal Direttore Responsabile della Struttura di assegnazione del dipendente.

ROTAZIONE STRAORDINARIA DEL PERSONALE

L'istituto della "rotazione straordinaria" è previsto dall'art. 16, comma 1, lett. I quater del D.lgs. n. 165/2001 come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione "del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva". Tale misura, cosiddetta rotazione straordinaria, solo nominalmente può associarsi all'istituto generale della rotazione. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'Azienda. La rotazione straordinaria consiste in un provvedimento dell'amministrazione, adeguatamente motivato, con il quale viene stabilito che la condotta corruttiva imputata può pregiudicare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione e con il quale viene individuato il diverso ufficio al quale il dipendente viene trasferito. Il trasferimento può avvenire con un trasferimento di sede o con una attribuzione di diverso incarico nella stessa sede. Pur non trattandosi di un provvedimento sanzionatorio, di carattere disciplinare, è necessario che venga dato all'interessato la possibilità di contraddittorio, senza, però, che vengano pregiudicate le finalità di immediata adozione di misura di tipo cautelare. Il provvedimento, poiché può avere effetto sul rapporto di lavoro del dipendente/dirigente, è impugnabile davanti al giudice amministrativo o al giudice ordinario territorialmente competente, a seconda della natura del rapporto di lavoro in atto.

TEMPISTICA ED IMMEDIATEZZA DEL PROVVEDIMENTO DI EVENTUALE ADOZIONE DELLA ROTAZIONE STRAORDINARIA

L'art. 16, comma 1, lett. I quater, del D.lgs. n. 165/2001 richiama la fase di "avvio di procedimenti penali e disciplinari per condotte di natura corruttiva", senza ulteriori specificazioni (a differenza dell'art. 13 della legge n. 97/2001 che prevede il trasferimento del dipendente a seguito di "rinvio a giudizio"). La parola "procedimento" nel codice penale viene intesa con un significato più ampio rispetto a quella di "processo", perché comprensiva anche della fase delle indagini preliminari, laddove la fase "processuale", invece, inizia con l'esercizio dell'azione penale. Per quanto sopra, l'ANAC (Delibera n. 215/2019) ritiene che l'espressione "avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva" di cui all'art. 16, comma 1, lett. I quater, del D.lgs. n. 165/2001, non può che intendersi riferita al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 c.p.p., ciò in quanto è proprio con quell'atto che inizia un procedimento penale. Considerato che l'amministrazione può venire a conoscenza dello svolgimento del procedimento penale anche relativamente alle sue diverse fasi, si deve ritenere che il provvedimento debba essere adottato (con esito positivo o negativo, secondo le valutazioni che

l'amministrazione deve compiere) sia in presenza del solo avvio del procedimento, sia in presenza di una vera e propria richiesta di rinvio a giudizio. Un provvedimento con esito negativo in caso di mero avvio del procedimento potrebbe avere diverso contenuto in caso di richiesta di rinvio a giudizio.

DURATA DELLA ROTAZIONE

L'Azienda provvederà caso per caso, adeguatamente motivando sulla durata della misura.

IL RAPPORTO TRA ROTAZIONE STRAORDINARIA E TRASFERIMENTO D'UFFICIO IN CASO DI RINVIO A GIUDIZIO

La rotazione straordinaria "anticipa" alla fase di avvio del procedimento penale la conseguenza consistente nel trasferimento ad altro ufficio. In caso di rinvio a giudizio, per lo stesso fatto, trova applicazione l'istituto del trasferimento disposto dalla legge n. 97/2001. Se il trasferimento è già stato disposto in sede di rotazione straordinaria, l'Azienda può nuovamente disporre il trasferimento (ad esempio ad un ufficio ancora diverso), ma può limitarsi a confermare il trasferimento già disposto, salvo che al provvedimento di conferma si applicano i limiti di validità temporale previsti dalla legge n. 97/2001.

CODICE DI COMPORTAMENTO GENERALE E CODICE DI COMPORTAMENTO DELLA ASL N°8 DI CAGLIARI

Il 19 giugno 2013 è entrato in vigore il nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 4 giugno 2013), che definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare. Le previsioni del Codice -che supera il precedente decreto del Ministro per la funzione pubblica del 28 novembre 2000 - sono state recentemente aggiornate in attuazione di quanto previsto dal decreto-legge "PNRR 2" (D.L. n. 36/2022) e sono, altresì, integrate dai codici di comportamento adottati dalle singole amministrazioni. Il Codice si applica ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni (definite dal Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n.165), con estensione degli obblighi di condotta, per quanto possibile, a tutti i collaboratori o consulenti. La violazione degli obblighi contenuti nel codice di comportamento costituisce fonte di responsabilità disciplinare. L'ASL di Cagliari non ha potuto redigere un proprio Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, stante il perdurare della particolare situazione gestionale transitoria, come già più volte evidenziato nel presente documento. In riferimento al principio di continuità amministrativa e tenuto conto in merito della nota R.A.S. prot. PG/2022/1246 del 18 gennaio 2022 avente ad oggetto "LR 11/09/2020 e s.m.i. Costituzione delle Aziende. Fase di prima applicazione. Continuità assistenziale e amministrativa", con la quale è stata ribadita la necessità di garantire la continuità di tutti i

servizi sanitari e amministrativi da parte delle Aziende Socio Sanitarie Locali (ASL) e dell'Azienda Regionale della Salute (ARES), l'ASL di Cagliari fa integrale riferimento al Codice di Comportamento approvato dall'ex ATS Sardegna (ora ARES) con deliberazione n. 501 del 29/06/2017 – e successive modificazioni e integrazioni – avente ad oggetto “Adozione provvisoria Codice di comportamento” rinvenibile alla seguente pagina web: <https://www.aressardegna.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/>. Tale documento adottato ai sensi dell'art. 54 del D.lgs. n. 165/2001, integra e specifica il codice adottato dal D.P.R. n. 62 del 16/04/2013 e tiene conto delle Linee Guida emanate da ANAC con deliberazione n. 358/2017 e disciplina i seguenti ambiti:

- regali, compensi e altre utilità;
- partecipazione ad associazioni e organizzazioni;
- comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse;
- obbligo di astensione;
- prevenzione della corruzione;
- trasparenza e tracciabilità;
- comportamento nei rapporti privati;
- comportamento in servizio;
- rapporti con il pubblico;
- disposizioni particolari per i dirigenti responsabili di struttura;
- contratti ed altri atti negoziali;
- ricerca e sperimentazioni;
- attività sanitaria e libera professione;
- sponsorizzazioni e atti di liberalità;
- rapporti con società farmaceutiche e/o ditte produttrici di dispositivi medici;
- vigilanza, monitoraggio e attività formative;
- responsabilità conseguenti alla violazione dei doveri del Codice;
- effetti della violazione del Codice sul sistema premiante.

GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSE

Il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori

gerarchici. Possibili situazioni di conflitto di interesse si possono creare quando, fra il dipendente ed i soggetti interessati dalle attività aziendali, sussistono:

- legami di parentela o affinità sino al secondo grado;
- legami stabili di amicizia e/o di abituale frequentazione;
- legami professionali;
- legami di diversa natura capaci di incidere negativamente sull'imparzialità dei dipendenti.

Il Responsabile del procedimento ed il dirigente dell'UOC competente ad adottare atti o provvedimenti, nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale, hanno l'obbligo di astensione, così come tutti i dipendenti che svolgano la propria attività nei processi aziendali a maggior rischio di corruzione. I medesimi soggetti hanno il dovere di segnalazione della possibile situazione di conflitto. La segnalazione del conflitto, anche potenziale, deve essere indirizzata dal dipendente al proprio Responsabile diretto il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere il principio di imparzialità. Esso deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente. Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, il Responsabile affiderà l'attività ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento. In tale situazione, il Responsabile vigila affinché non siano esercitate pressioni sull'operatore assegnato all'attività in sostituzione del dipendente che si astiene. Nel caso in cui l'obbligo di astensione riguardi il Dirigente Responsabile, la valutazione delle iniziative da assumere sarà effettuata rispettivamente dal Responsabile gerarchicamente superiore.

IL CONFLITTO DI INTERESSE NELLE PROCEDURE DI AFFIDAMENTO DI CONTRATTI PUBBLICI

Con le Linee guida recanti "Individuazione e gestione di conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici" (G.U. Serie generale n. 182 del 5.08.2019) l'ANAC ha definito l'ambito di applicazione del conflitto di interesse nelle procedure di gara. In particolare, l'art. 42 del Codice dei Contratti pubblici si applica a tutti i soggetti che siano coinvolti in una qualsiasi fase della procedura di gestione del contratto pubblico (programmazione, progettazione, preparazione documenti di gara, selezione dei concorrenti, aggiudicazione, sottoscrizione del contratto, esecuzione, collaudo, pagamenti) o che possano influenzare in qualsiasi modo l'esito in ragione del ruolo ricoperto all'interno dell'ente. I soggetti che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi rispetto alla specifica procedura di gara e alle circostanze conosciute che potrebbero far insorgere detta situazione, devono rendere una dichiarazione sostitutiva di

atto di notorietà e di certificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000. La dichiarazione, resa per quanto a conoscenza del soggetto interessato, ha ad oggetto ogni situazione potenzialmente idonea a porre in dubbio la sua imparzialità e indipendenza. La dichiarazione è rilasciata al responsabile del procedimento. Il RUP rilascia la dichiarazione sui conflitti di interesse al soggetto che lo ha nominato e/o al superiore gerarchico. Al fine di assicurare che il conferimento degli incarichi attinenti alla procedura di gara sia effettuato in assenza di conflitti di interessi, la nomina è subordinata all'acquisizione della dichiarazione sostitutiva sull'assenza di conflitti di interesse resa dal soggetto individuato. L'amministrazione provvede al protocollo, alla raccolta e alla conservazione delle dichiarazioni acquisite, nonché al loro tempestivo aggiornamento in occasione di qualsivoglia variazione sopravvenuta dei fatti dichiarati all'interno del fascicolo relativo alla singola procedura. Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, i controlli delle dichiarazioni sostitutive sono effettuati a campione. Il controllo viene avviato in ogni caso in cui insorga il sospetto della non veridicità delle informazioni ivi riportate, ad esempio al verificarsi delle situazioni previste per legge o in caso di segnalazione da parte di terzi. I controlli sono svolti in contraddittorio con il soggetto interessato mediante utilizzo di banche dati, informazioni note e qualsiasi altro elemento a disposizione della stazione appaltante. I soggetti coinvolti nelle procedure di gestione del contratto pubblico sono tenuti a comunicare immediatamente al responsabile dell'ufficio di appartenenza e al RUP il conflitto di interesse che sia insorto successivamente alla dichiarazione. Il RUP rende la dichiarazione al soggetto che l'ha nominato e al proprio superiore gerarchico. La comunicazione è resa per iscritto e protocollata per acquisire certezza in ordine alla data. L'omissione delle dichiarazioni di cui sopra integra, per i dipendenti pubblici, un comportamento contrario ai doveri d'ufficio, sanzionabile ai sensi dell'art. 16 del Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62. La sussistenza di un conflitto di interesse relativamente ad una procedura di gestione di un contratto pubblico comporta il dovere di astensione dalla partecipazione alla procedura. La partecipazione alla procedura da parte del soggetto che versi in una situazione di conflitto di interessi comporta l'insorgere delle responsabilità, penali, amministrative e disciplinari, individuate all'art. 42, comma 3, del codice dei contratti pubblici. Il responsabile dell'ufficio di appartenenza del soggetto interessato o, nel caso di dirigente, il superiore gerarchico, è chiamato a valutare, in contraddittorio con il dichiarante, se la situazione segnalata o comunque accertata realizzi un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa. Il titolare del potere sostitutivo che valuta l'esistenza del conflitto di interesse in caso di dirigente apicale è la Direzione Aziendale o un suo delegato. La valutazione della sussistenza di un conflitto di interessi viene effettuata tenendo in considerazione le ipotesi previste dall'art. 7 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 62/2013. In particolare, occorre valutare se la causa di astensione sia grave e metta in pericolo l'adempimento dei doveri di integrità, indipendenza e imparzialità del dipendente, considerando, altresì, il

pregiudizio che potrebbe derivare al decoro e al prestigio dell'amministrazione di appartenenza. La stazione appaltante deve valutare tutte le circostanze del caso concreto, tenendo conto della propria organizzazione, della specifica procedura espletata nel caso di specie, dei compiti e delle funzioni svolte dal dipendente e degli interessi personali dello stesso. Nel caso in cui il soggetto responsabile dell'ufficio di appartenenza del soggetto interessato o nel caso di dirigente, il titolare del potere sostitutivo, accerti la sussistenza di un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa, lo stesso affida il procedimento ad un diverso funzionario dell'amministrazione oppure, in carenza di idonee figure professionali, lo avoca a sé stesso. Inoltre, tenuto conto della natura e dell'entità del conflitto di interesse, del ruolo svolto dal dipendente nell'ambito della specifica procedura e degli adempimenti posti a suo carico, può adottare ulteriori misure che possono consistere:

- nell'adozione di cautele aggiuntive rispetto a quelle ordinarie in materia di controlli, comunicazione, pubblicità;
- nell'intervento di altri soggetti con funzione di supervisione e controllo;
- nell'adozione di obblighi più stringenti di motivazione delle scelte adottate, soprattutto con riferimento alle scelte connotate da un elevato grado di discrezionalità.

I componenti degli organi delle commissioni aggiudicatrici che partecipano alla procedura di gara mediante l'adozione di provvedimenti di autorizzazione o approvazione e versino in una situazione di conflitto di interessi si astengono dal partecipare alla decisione, nel rispetto della normativa vigente. Per quanto riguarda l'esclusione dalla gara del concorrente si fa riferimento a quanto previsto dalle Linee guida dell'ANAC n. 15/2019. Tra le misure atte a prevenire il rischio di interferenza, particolare attenzione deve essere dedicata al rispetto degli obblighi di dichiarazione, di comunicazione e di astensione. È cura del RPCT, d'intesa con il dirigente competente, monitorare l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione anche in considerazione delle informazioni acquisite con le dichiarazioni di cui all'art. 6, comma 1 del D.P.R. n. 62/2013 e dell'art. 6 bis della legge n. 241/1990. Il RPCT, in collaborazione con la Direzione Aziendale, fornirà informativa scritta ai dipendenti che operano nella suddetta UOC sulle sanzioni applicabili in caso di omessa/falsa dichiarazione sulla sussistenza di situazioni di rischio, individuabili nelle sanzioni disciplinari di cui all'art. 16 del D.P.R. n. 62/2013 oltre che nella responsabilità amministrativa e penale. Saranno indicati ai dipendenti anche gli effetti della violazione delle disposizioni sul conflitto di interessi sul procedimento amministrativo e sul provvedimento conclusivo dello stesso. NUOVO ART. 35 BIS D.lgs. 165/2001 La Legge 190/2012 introduce il nuovo art. 35 bis del Decreto Legislativo n. 165/2001 che pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

Prevede al comma 1 che coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale: a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi; b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati; c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere. Tali disposizioni integrano le leggi e i regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari.

FORMAZIONE DI COMMISSIONI E ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Con riferimento alla formazione di commissioni ed alle assegnazioni agli uffici di cui all'art. 35 bis del Decreto Legislativo n. 165/2001, l'Azienda procederà all'acquisizione a cura del Responsabile del Procedimento/Direttore di UOC di apposite dichiarazioni, ai sensi del DPR n. 445/2000, di assenza di condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del Titolo II del libro secondo del codice penale. Il Responsabile del procedimento/Direttore di UOC che acquisisce tali dichiarazioni provvederà, anche con la collaborazione degli uffici preposti, alla messa in atto degli opportuni controlli finalizzati a verificare la veridicità di quanto dichiarato e provvederà a trasmettere relazione periodica al RPCT inerente la messa in atto della misura di prevenzione, con l'indicazione del numero di dichiarazioni acquisite, del numero di dichiarazioni per le quali sono stati richiesti i controlli e con l'indicazione delle determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo.

INCOMPATIBILITA'/INCONFERIBILITA' INCARICHI

A seguito delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni introdotte dalla Legge 190/2012, sulla base della quale è stato emanato il Decreto Legislativo n. 39/2013, l'Azienda si attiva per conformarsi ai relativi disposti assumendo a riferimento anche la delibera ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014 "Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario" e la delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016 "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili". L'inconferibilità comporta la preclusione, permanente o

temporanea, a conferire gli incarichi a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, nonché a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, nonché a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. g). Si ricorda che l'obbligo suddetto, previsto dall'art.20, è condizione di efficacia per l'acquisizione dell'incarico. L'incompatibilità, invece, comporta l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. h). L'Azienda applica le seguenti misure di prevenzione: a) acquisizione di apposite dichiarazioni (dichiarazione sostitutiva per inconferibilità degli incarichi dirigenziali dichiarazione sostitutiva per incompatibilità degli incarichi dirigenziali); b) acquisizione, con cadenza annuale, della dichiarazione sostitutiva per incompatibilità degli incarichi dirigenziali ex art. 20, comma 2, D.lgs. 39/2013; c) accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità (delib. ANAC n. 833/2016).

SVOLGIMENTO DI INCARICHI DI UFFICIO - ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI

Nelle more dell'adozione di specifico regolamento aziendale in ordine alla materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi extraistituzionali, si fa riferimento a quanto stabilito dall'art. 53 del D.lgs. 68 165/2001 e s.m.i.. e, per il principio di continuità amministrativa, dal regolamento per la gestione del personale a suo tempo adottato dall'ex Ats Sardegna con deliberazione del Direttore Generale n. 1325 del 28/12/2017, rinvenibile nella specifica pagina web istituzionale. L'Azienda detta i criteri oggettivi e predeterminati, tali da escludere casi d'incompatibilità, sia di diritto sia di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente nonché le procedure per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di attività/incarichi extraistituzionali del personale dipendente che abbiano carattere di occasionalità e temporaneità e non siano compresi nei compiti e nei doveri d'ufficio.

CONTROLLI E REGIME SANZIONATORIO

L'osservanza delle disposizioni sul corretto svolgimento di incarichi di ufficio e di attività extraistituzionali è soggetta alle verifiche effettuate anche a campione e/o mirate sui dipendenti da parte del competente

Servizio Ispettivo in Staff alla Direzione Aziendale il quale, nelle more dell'adozione di un apposito Regolamento, si richiama al Regolamento dell'ex ATS Sardegna, approvato con deliberazione n. 1002 del 29/08/2018. Gli esiti delle verifiche circa le eventuali difformità rilevate sono trasmessi tempestivamente al Responsabile della Struttura di appartenenza del dipendente, ovvero all'Ufficio Procedimenti Disciplinari affinché siano attivate le conseguenti procedure disciplinari di competenza. L'attività di verifica deve essere inoltre trasmessa, con la periodicità prevista, al RPCT per i riscontri sui monitoraggi delle misure di prevenzione della corruzione.

REVOLVING DOOR-PANTOUFLAGE

Al fine di dare attuazione alla misura di prevenzione obbligatoria concernente l'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, tenuto conto del disposto di cui all'art. 53, comma 16 ter, del D.lgs. 165/2001 che prevede il divieto, a carico dei dipendenti (sono da ricomprendersi anche i soggetti legati alla pubblica amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo – cfr. parere ANAC AG/2 del 4 febbraio 2015) che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali, di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale dei dipendenti stessi, l'Azienda consegna ai dipendenti dimissionari apposita informativa, con contestuale sottoscrizione di dichiarazione in calce circa l'avvenuta consegna della stessa da inserire nel fascicolo personale del dipendente. Occorre precisare che nel novero dei "poteri autoritativi e negoziali" rientrano sia i provvedimenti afferenti alla conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi per la p.a. sia i provvedimenti che incidono, unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari. Tenuto conto della finalità della norma, può ritenersi che fra i poteri autoritativi e negoziali sia da ricomprendersi l'adozione di atti volti a concedere in generale vantaggi o utilità al privato, quali autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere (cfr. parere ANAC AG 2/2017 approvato con delibera n. 88 dell'8 febbraio 2017) e che il divieto di pantouflage si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.

PATTO D'INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI

Secondo quanto previsto dall'art.1 comma 17 della legge 190/2012, tra le misure di prevenzione della corruzione le Amministrazioni possono utilizzare i Patti d'integrità e i Protocolli di legalità. Si tratta di strumenti tesi a rafforzare la normativa antimafia mediante forme di controllo non obbligatorie ma volontariamente pattuite tra i soggetti coinvolti, ossia la Stazione appaltante e gli operatori economici che

partecipano alla gara. Lo scopo di tali patti è quello di prevenire il fenomeno corruttivo e valorizzare comportamenti eticamente adeguati. Al fine di rendere operativa la procedura le Stazioni appaltanti inseriscono negli avvisi, nelle lettere d'invito e nei bandi di gara, una cosiddetta "clausola di salvaguardia". La mancata accettazione ed il mancato rispetto del protocollo di legalità danno luogo all'esclusione dalla gara ovvero alla risoluzione del contratto. Per il principio di continuità amministrativa, l'attuale ASL di Cagliari, fa riferimento, in quanto applicabili, ai modelli a suo tempo adottati con deliberazione del Commissario Straordinario dell'ex ASL di Cagliari n.1156 del 28/09/2015 "Presa d'atto dell'adozione della Deliberazione della Giunta Regionale della Sardegna n. 30/16 del 16/06/2015 e dell'allegato protocollo di intesa sottoscritto in data 15/06/2015 dal Presidente della Regione, dal Presidente dell' ANCI e da Transparency International Italia finalizzato all'adozione e condivisione di modelli di Patti di Integrità e adozione del modello di Patto di integrità della ASL n. 8 di Cagliari".

PROCEDURE PER LA FORMAZIONE DEI DIPENDENTI

Al fine di garantire una diffusione capillare delle informazioni inerenti la normativa anticorruzione e i relativi provvedimenti che l'azienda adotta nel proprio ambito di competenza (es. codice di comportamento), e mantenere comunque elevato il livello di conoscenza di tali tematiche tra i propri dipendenti, nonché favorire la condivisione di comportamenti organizzativi virtuosi, improntati al rispetto dei valori etici e di legalità, l'Azienda, in ottemperanza a quanto stabilito dalla norma, attua un programma di interventi formativi, da realizzarsi entro il 30 novembre di ogni anno. Attualmente, nelle more della piena attuazione dell'Atto Aziendale, le attività formative sono gestite dal Servizio Formazione ARES. Le attività di formazione si articoleranno su due livelli:

- il primo prevede la realizzazione di eventi formativi destinati a tutti i dipendenti e collaboratori dell'azienda da compiersi sia a livello centrale che a livello di articolazione aziendale sui temi dell'etica e della legalità, della conoscenza della normativa di riferimento sulla prevenzione della corruzione. Il processo di informazione/ formazione dovrà essere facilitato e rafforzato dai Responsabili delle strutture.
- Il secondo livello di approfondimento riguarda il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, i componenti degli organismi di controllo, i dirigenti e i funzionari addetti che svolgono la loro attività in settori che presentano un elevato grado di rischio di corruzione. Gli argomenti del secondo livello di formazione riguarderanno l'analisi approfondita della responsabilità nei procedimenti amministrativi, delle norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione, e più in generale sulla normativa volta alla prevenzione e al contrasto della corruzione. Il RPCT in collaborazione con il Responsabile della Formazione ARES, con la definizione

del programma di formazione e la vigilanza sulla sua attuazione, assolve i propri obblighi circa l'individuazione delle procedure idonee per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori particolarmente esposti al rischio di corruzione.

I temi oggetto degli eventi formativi di tipo generale e rivolti a tutti i dipendenti sono:

- Principi e valori Etici in Sanità Pubblica con approfondimenti specifici per i diversi ambiti professionali;
- L'analisi del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici e il codice disciplinare;
 - I temi oggetto della formazione specifica, rivolta a categorie specifiche di dipendenti, riguardano: Approfondimenti sulla normativa relativa al conflitto di interessi;
 - Analisi degli obblighi di pubblicità e trasparenza per le stazioni appaltanti (D. Lgs.33/2013);
 - Approfondimenti sulla Responsabilità Amministrativa;
 - Integrazione e approfondimento della mappatura del rischio di tutte le strutture aziendali e individuazione delle azioni da adottare, anche con l'esame di casi pratici e organizzazione di appositi focus group.

Nel corso del 2023 si procederà, compatibilmente con l'implementazione organizzativa a seguito dell'avvenuta approvazione dell'Atto Aziendale, con iniziative di formazione/informazione di base rivolte ai dipendenti privilegiando quelle da remoto (FAD), con interventi diretti del RPCT, con l'obiettivo di coinvolgere il maggior numero di risorse possibili, privilegiando i neoassunti. Verranno altresì programmati eventi formativi specifici per il personale delle aree a maggior rischio e per l'Ufficio del RPAC.

MONITORAGGIO EVENTI FORMATIVI SPONSORIZZATI

Nell'ambito della specificità dei percorsi formativi in sanità proseguirà nel corso del 2023 l'attenzione alla partecipazione dei dipendenti ad eventi di formazione o aggiornamento professionale sponsorizzati. La fattispecie in oggetto trova applicazione soprattutto in relazione al personale dirigente medico e sanitario che, frequentemente, viene invitato a manifestazioni (congressi, convegni, etc.) organizzati direttamente o indirettamente da Aziende farmaceutiche o produttrici di presidi sanitari e sponsorizzati dalle stesse. Il rischio specifico in relazione alla suddetta situazione è dato dal potenziale condizionamento, nei confronti di singoli professionisti o di equipe mediche, dei comportamenti prescrittivi ovvero, per quanto attiene alle sperimentazioni cliniche, alla possibile manipolazione di dati al fine di agevolare un esito della sperimentazione favorevole all'industria farmaceutica in cambio di benefit per la propria equipe (borse di studio, comodati d'uso, donazioni) o benefit personali (costi di partecipazione a convegni e congressi, consulenze per formazione e ricerca, quote sul fatturato ovvero comparaggio). Come noto i contratti

collettivi nazionali di lavoro dell'area sanità riconoscono al dirigente medico la libertà di autodeterminare il proprio percorso di aggiornamento professionale facoltativo, scegliendo in autonomia le iniziative formative, salvo obbligo di documentare debitamente la partecipazione alle stesse. Ciò comporta che un eventuale diniego da parte dell'Azienda in ordine alla partecipazione del dipendente a particolari iniziative di aggiornamento professionale possa trovare giustificazione solo se fondato su basi oggettive, ovvero su comprovate esigenze di servizio; in caso contrario potrebbe determinarsi un ingiusto danno alla professionalità del dirigente, risarcibile in via giudiziaria. È pertanto necessario individuare strumenti gestionali in grado di conciliare la necessità di effettuare un monitoraggio sulle situazioni a rischio richiamate con la libertà del dirigente in materia di formazione e aggiornamento professionale. In fase di revisione/aggiornamento del presente PIAO-Sez. Anticorruzione e Trasparenza- sarà opportuno in via preferenziale individuare un obbiettivo specifico finalizzato alla adozione di un apposito Regolamento volto a disciplinare la partecipazione dei dipendenti della Asl di Cagliari ad eventi sponsorizzati dalle Case Farmaceutiche o produttrici di dispositivi sanitari e all'attivazione di un sistema di verifica circa il suo rispetto da parte dei dipendenti stessi, mediante un sistema di controlli incrociati sui flussi di dati in possesso del Servizio Formazione ARES e dell'istituita Struttura Valorizzazione Risorse Umane. Ciò consentirà di far emergere, in occasione della eventuale partecipazione di dirigenti medici a commissioni per l'aggiudicazione di servizi o forniture ovvero di sperimentazioni cliniche, la sussistenza di potenziali conflitti di interesse, con la conseguente adozione di misure di riduzione dei possibili rischi. Sarà inoltre cura dell'Azienda promuovere la regolamentazione delle iniziative sponsorizzate promosse dalle Strutture Aziendali.

GESTIONE E MONITORAGGIO DEL SISTEMA DI TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (WHISTLEBLOWER)

I soggetti che segnalano illeciti di cui sono venuti a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro e/o di collaborazione con l'azienda, sono tutelati secondo quanto disposto dal comma 51 dell'art.1 della legge n. 190/2012. Sono vietati qualsiasi comportamenti discriminatori nei confronti dei dipendenti o collaboratori che segnalano un fatto illecito. Per misure discriminatorie si intendono quelle avviate nei confronti del dipendente che ha effettuato segnalazioni all'Autorità giudiziaria, alla Corte dei Conti o al proprio superiore gerarchico o al RPCT e che a tale evento siano da collegarsi:

- avvio di azioni disciplinari ingiustificate;
- molestie sul luogo di lavoro;
- ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro lesive dei diritti del lavoratore.

La piattaforma informatica whistleblower aziendale è stata attivata a decorrere dal 01/12/2022 . In ottemperanza alla raccomandazione del PNA, il sistema informatico di segnalazione consente di indirizzare la segnalazione al RPCT, unico soggetto abilitato a ricevere e gestire la stessa nella piattaforma informatica nel rispetto delle garanzie che la normativa in materia offre al segnalante. La gestione delle segnalazioni attraverso il sistema informatico ha il vantaggio di non esporre il segnalante alla presenza fisica dell'ufficio ricevente evitando la diffusione di notizie delicate e riservate. Le segnalazioni saranno gestite dal RPCT ai sensi della vigente normativa e secondo le linee guida ANAC. La tutela dei denunciati sarà supportata anche da un'attività di sensibilizzazione e di formazione sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite. Il numero e la tipologia delle segnalazioni sono oggetto di rilevazione e monitoraggio nella reazione annuale che il RPCT predispone e pubblica nella sezione amministrazione dedicata sul sito web aziendale entro il 15 dicembre di ciascun anno, salvo deroghe/rinvii disposti dall'ANAC. La piattaforma è raggiungibile dai segnalanti al seguente indirizzo web:

<https://nuovo.aslcagliari.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/whistleblower>

OBBLIGHI DI INFORMAZIONE NEI CONFRONTI DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione sussistono gli obblighi di informazione da parte di tutti i soggetti coinvolti nel mantenimento del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza ed in modo particolare da parte dei dirigenti (art. 1, co. 9, lett.-c L.190/2012; art. 16, co. 1-ter, D.lgs. n. 165 del 2001). Nella presente sezione del PIAO, così come pure negli allegati di dettaglio relativi alla mappatura dei processi e definizione delle aree di rischio e alle relative misure di prevenzione declinate, sono indicate le specifiche rilevazioni, gli indicatori di monitoraggio e le frequenze con cui i dati devono essere, obbligatoriamente, trasmessi a cura dei soggetti ivi individuati, con particolare evidenza per quanto attiene le attività a più elevato rischio di corruzione. Il RPCT è chiamato a vigilare sull'osservanza e l'attuazione delle misure medesime. RESPONSABILITA' IN CASO DI VIOLAZIONE DEL PIANO Ai sensi dell'art. 1, comma 14 della legge 190/2012, in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il RPCT risponde ai sensi dell'art. 21 del Decreto Legislativo 165/2001, nonché per omesso controllo, sul piano disciplinare. La violazione da parte dei dipendenti dell'Azienda delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare.

COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLE PERFORMANCE

L'efficacia del PIAO - Sez. Programmazione, Anticorruzione e Trasparenza dipende dalla collaborazione effettiva di tutta l'Organizzazione, pertanto, è indispensabile che lo stesso sia coordinato rispetto a tutti gli

altri strumenti di programmazione dell'Azienda. Particolarmente importante è l'integrazione da stabilire con il Ciclo della Performance e con gli obiettivi strategici aziendali. In questo senso la ASL n. 8 di Cagliari dovrà provvedere in fase di programmazione del Ciclo della Performance ad inserire obiettivi e indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del Piano Triennale. In tal modo, le attività svolte dall'Azienda per l'attuazione della sezione devono essere inserite in forma di obiettivi nel Piano della Performance, sia sul fronte della Performance Organizzativa, sia su quella individuale in modo da consentire all'Organismo di Valutazione di effettuare le verifiche di coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa individuale e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione. Inoltre, il sistema incentivante aziendale dovrà essere legato al raggiungimento degli obiettivi di budget che ricomprenderanno le attività programmate dal Piano triennale per la riduzione dei rischi corruttivi.

MONITORAGGIO E AGGIORNAMENTO DELLA SEZIONE PTC

Il RPCT entro il 15 dicembre di ogni anno, redige una relazione recante i risultati dell'attività svolta e i risultati conseguiti, basata anche sui rendiconti presentati dai dirigenti sulle misure poste in essere e sui risultati realizzati in esecuzione della sezione PCT stesso, e la trasmette al Direttore Generale ed all'OIV e provvede alla pubblicazione della stessa sul sito aziendale sezione amministrazione trasparente. Per quanto attiene la relazione del 2022 la stessa è reperibile al seguente link: <https://nuovo.aslcagliari.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/corruzione/> La sezione PCT del presente Piano dovrà essere adeguata a seguito di modifiche organizzative che dovessero intervenire nel corso della sua validità. IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA L'ASL Cagliari, nelle more della piena attuazione dell'atto aziendale, alla luce del dettato normativo in materia di trasparenza e obblighi di pubblicazione (legge 6 novembre 2012, n. 190, D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, D.lgs. 25/05/2016 n. 97) ha predisposto il PIAO 2023-2025 contenente apposita sezione anticorruzione, nella quale sono organizzati i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione ed elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati (vedasi allegato 3). In tale schema sono indicati i soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali servizi/uffici tenuti alla individuazione, alla elaborazione dei dati e alla pubblicazione sul sito web istituzionale. Sono altresì indicate i termini, le frequenze e le periodicità dei relativi aggiornamenti. Stante il perdurare dell'attuale fase transitoria e riorganizzativa del sistema sanitario regionale, come già illustrato, alcuni obblighi di pubblicazione e trasparenza non sono nella disponibilità dell'Azienda in quanto i relativi dati e flussi sono nella disponibilità dell'ARES e di tale condizione viene data evidenza nel programma per la trasparenza, così come anche per i casi in cui non è possibile pubblicare i dati previsti dalla normativa in quanto non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative o funzionali

dell'Amministrazione. Dalle risultanze della relazione annuale del RPCT relativa alla gestione appena conclusa (2022) e dal monitoraggio effettuato da parte del OIV, si evidenzia come il sito web istituzionale (albo pretorio e sezione amministrazione trasparente) sia a distanza di un anno dalla nascita dell'Azienda sia in continua evoluzione con l'obiettivo di garantire pienamente gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte dell'Azienda offrendo 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. Per il corrente anno 2023, stante la situazione organizzativa complessiva, proseguirà l'attività del vigente programma per la trasparenza con verifiche e monitoraggi periodici così come indicati nelle apposite sottosezioni, salvo un complessivo aggiornamento dello stesso nel caso di importanti modifiche organizzative legate all'implementazione delle misure previste nell'Atto Aziendale.

ACCESSO CIVICO AGLI ATTI Nel sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente" è prevista la sottosezione dedicata all'accesso civico e all'accesso generalizzato secondo quanto già indicato da ANAC in cui è possibile visualizzare il flusso delle richieste di accesso pervenute ai vari Servizi dell'Azienda. Al momento si evidenziano alcune criticità legate al mancato funzionamento ottimale della trasmissione di flussi per la generazione del Registro degli accessi. Per il corrente anno, al momento dell'implementazione dell'atto aziendale compatibilmente con la disponibilità di risorse umane, strutturali ed economiche, è opportuno apportare i dovuti correttivi prevedendo modalità informatizzate di trasmissione dei flussi in modo da poter consentire la pubblicazione integrale del registro accessi entro il 31/12/2023.

ALLEGATI ALLA SEZIONE PROGRAMMAZIONE – PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Si allegano i seguenti documenti:

- 1) Allegato_B1_Tabella_rischi_e_misure
- 2) Allegato_B2_Misurazione_del_Rischio
- 3) Allegato_B3_Obblighi_di_pubblicazione

SEZIONE - 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

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

A partire dal 01/01/2022, in seguito all'incorporazione del P.O. Microcitemico e dei Dipartimenti di Prevenzione e Salute Mentale la dotazione organica della ASL di Cagliari risulta incrementata di circa 900 unità.

In termini percentuali si riscontra che l'86,3% del personale è assunto con contratto a tempo indeterminato, mentre la restante parte con contratto a tempo determinato.

Secondo la classificazione del personale per ruolo si rileva che il 76,10 % dei dipendenti è inquadrato in quello sanitario, il 16,77 % nel ruolo tecnico, il 7,03 % nel ruolo amministrativo e solo lo 0,10 % nel ruolo professionale.

Mentre l'età media rilevata è di 52 anni (52 anni per le donne e 55 per gli uomini).

Nel paragrafo 3.3 si rappresenta più nel dettaglio il prospetto del Piano Triennale del Fabbisogno del personale, relativo all'anno 2023, pubblicato con Deliberazione n. 132 del 24/03/2023. I dati relativi al PTFP 2023-2025 sono allegati al presente piano (Allegati F1, F2, F3).

3.2 Lavoro agile

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

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

In una fase successiva, con la Legge n. 81 del 22 maggio 2017, il Legislatore ha disciplinato i contenuti del lavoro agile definendolo come una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, caratterizzata dall'assenza di vincoli di orario e/o di luogo di lavoro e con la possibilità di utilizzare strumenti tecnologici. La prestazione lavorativa risulta caratterizzata dal suo

svolgimento in parte all'interno e in parte all'esterno dei locali aziendali, senza una postazione fissa, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale previsti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

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

Tale principio si basa sui seguenti fattori:

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

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

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

Tale documento definisce le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti. Inoltre,

nell'ambito degli obiettivi dell'amministrazione individuati nella sezione della performance, compreso nel PIAO, l'organizzazione del lavoro agile diventa un obiettivo specifico della performance organizzativa complessiva.

Al fine di supportare le Amministrazioni, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha introdotto in data 9 dicembre 2020 specifiche linee guida che forniscono le indicazioni metodologiche per l'elaborazione del POLA.

Modalità di gestione del Lavoro Agile

L'Amministrazione procederà ad effettuare una mappatura delle attività che possono essere svolte in smart working nonché una ricognizione del personale dipendente che svolge la propria attività in modalità agile in maniera tale da poter elaborare un regolamento aziendale.

Per il corretto svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile l'Amministrazione sarà tenuta a fornire al dipendente idonea **strumentazione tecnologica** in relazione alla specifica attività da svolgere e ne garantisce la conformità alle disposizioni vigenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

Per accedere alle applicazioni potrà essere utilizzata esclusivamente la connessione Internet fornita dall'Azienda e consentirà la raggiungibilità delle stesse da remoto (Cloud o in alternativa, VPN o accessi in desktop remoto ai server) stabilendo, altresì, che in nessun caso il lavoratore agile, nello svolgimento delle ordinarie prestazioni di servizio, potrà utilizzare un'utenza personale o domestica.

L'utilizzo di supporti informatici correlati allo svolgimento della prestazione lavorativa di proprietà del dipendente può essere consentita in via eccezionale per un periodo molto breve, e soltanto con attestazione che l'Azienda ha in atto una gara d'acquisto della strumentazione necessaria.

Il dipendente dovrà utilizzare la dotazione tecnologica in conformità alle istruzioni ricevute, e soltanto per le finalità strettamente correlate alla prestazione lavorativa, prestando tutta la necessaria diligenza nella custodia della stessa in modo tale da evitarne il danneggiamento e lo smarrimento.

La manutenzione della strumentazione e dei relativi software è a carico dell'Amministrazione.

I costi concernenti l'utenza telefonica nonché la connettività (linea internet) tra la sede dove il dipendente svolge il lavoro agile e la sede di lavoro aziendale sono a carico dell'Amministrazione.

Eventuali impedimenti tecnici allo svolgimento dell'attività lavorativa durante il lavoro agile dovranno essere tempestivamente comunicati al proprio Direttore/ Responsabile, per la soluzione del problema, coinvolgendo il Servizio Sistemi Informativi.

L'adozione del LA quale modalità di organizzazione della prestazione lavorativa è **finalizzata a promuovere**:

- dal punto di vista del lavoratore, la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e il miglioramento del benessere organizzativo;

- dal punto di vista dell'Azienda, l'accrescimento della **produttività e della qualità** del lavoro oltre ad una maggiore flessibilità organizzativa.

Il lavoro agile non deve essere confuso con l'istituto del telelavoro, di cui alla Legge n.191 del 1998 e ss.mm.ii. poiché il telelavoro prevede lo spostamento, in tutto o in parte, della sede di lavoro dai locali aziendali ad altra sede (generalmente l'abitazione del lavoratore), ma il dipendente è vincolato, comunque, a lavorare da una postazione fissa e prestabilita, con gli stessi limiti di orario che avrebbe in ufficio. Il carico di lavoro, gli oneri e i tempi della prestazione, sono equivalenti a quelli dei lavoratori che svolgono la prestazione all'interno dei locali aziendali. Al contrario, il lavoro agile prevede che la prestazione lavorativa possa essere eseguita in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno ma senza stabilire una postazione fissa, anche se è preferibile, per facilitare l'assistenza tecnica al lavoratore da parte dell'Azienda, conoscere la sede e la dotazione in uso. Si può lavorare da qualsiasi luogo, non timbra il cartellino e non si fanno pause in orari predefiniti.

Il responsabile di Struttura e il dipendente ridefiniscono in maniera flessibile le modalità, concordando comunque delle fasce orarie di reperibilità al fine di poter avere la certezza di un confronto diretto se necessario. Ciò su cui ci si focalizza è il raggiungimento di obiettivi e dei risultati.

L'accesso al lavoro agile è subordinato alla sottoscrizione di un accordo individuale tra il dipendente interessato e il Direttore/Responsabile, redatto in forma scritta ai fini della regolarità amministrativa e della prova ai sensi dell'art. 19 della Legge n. 81/2017. Tale accordo deve contenere i seguenti elementi:

- durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato;
- obiettivi da raggiungere;
- la tempistica prevista per il raggiungimento dell'obiettivo (settimanale/mensile/annuale);
- modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere da remoto;
- la strumentazione tecnologica necessaria per l'espletamento dell'attività e relativo software;
- luogo di prestazione del lavoro;
- i tempi di riposo del lavoratore nonché le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della Legge n. 300 del 20 Maggio 1970;
- l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione;

- modalità di recesso da parte del datore di lavoro, che può avvenire con un preavviso di 30 giorni nel caso di accordo a tempo indeterminato, mentre nel caso di lavoratori disabili tale preavviso deve essere reso nel termine di almeno 90 giorni. In presenza di un giustificato motivo il recesso può essere esercitato prima del termine di scadenza nel caso di accordo a tempo determinato, mentre in caso di accordo a tempo indeterminato il recesso può essere esercitato senza alcun preavviso.

Il dipendente dovrà rendicontare al proprio Direttore/responsabile l'attività svolta in regime di lavoro agile ed i risultati raggiunti con cadenza periodica (su base settimanale o quindicinale o mensile).

Il Direttore/responsabile dovrà verificare che l'accordo soddisfi tutti i requisiti di cui al presente Piano.

Il lavoro agile non modifica l'inquadramento e il livello retributivo del dipendente e consente le medesime opportunità rispetto ai percorsi professionali e alle iniziative formative, inoltre lo svolgimento della prestazione lavorativa secondo questa modalità non contempla il lavoro straordinario, le prestazioni aggiuntive né i riposi compensativi.

Il buono pasto non è dovuto nei giorni lavorativi non effettuati in presenza presso le sedi aziendali.

Al dipendente in lavoro agile si applicano la normativa e gli accordi vigenti in materia di diritti sindacali.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile il comportamento del dipendente dovrà essere sempre improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta in conformità a quanto previsto dai CCNLL vigenti e di quanto indicato nel codice di Comportamento adottato con deliberazione n. 88 del 27.04.2022.

L'accordo dovrà essere trasmesso alla struttura aziendale competente per materia così come indicato nell'Atto Aziendale per le seguenti procedure di legge.

Ai sensi dell'art. 23, comma 1, della Legge n.81/ 2017 modificato dall'art. 41 bis della Legge n. 122 del 4 Agosto 2022 di conversione del Decreto Legge n. 73 del 21 Giugno 2022 ha previsto che a decorrere dal 1 Settembre 2022 il datore di lavoro comunica in via telematica al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali i nominativi dei lavoratori e la data di inizio e di cessazione delle prestazioni di lavoro rese in modalità agile, secondo le modalità individuate con Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 149 del 22 Agosto 2022 al fine di renderli disponibili all'Istituto Nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro con le modalità previste dal codice dell'amministrazione digitale, di cui al Decreto Legislativo n. 82 del 7 Marzo 2005. In caso di mancata comunicazione si applica la sanzione prevista dall'articolo 19, comma 3, del Decreto Legislativo n. 276 del 10 Settembre 2003.

Il datore di lavoro conserva l'accordo individuale per un periodo di cinque anni dalla sottoscrizione.

Dopo tali adempimenti, la Struttura suddetta provvederà ad informare il dipendente e il Direttore/Responsabile dell'effettivo avvio del lavoro agile.

Restano fermi gli ordinari criteri di valutazione delle prestazioni secondo il sistema vigente per tutti i dipendenti.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità lavoro agile il comportamento del dipendente dovrà sempre essere improntato ai principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta sulla base di quanto previsto dai CCNLL vigenti e di quanto indicato nel Codice di comportamento adottato.

Durante le operazioni di trattamento dei dati ai quali il dipendente abbia accesso in esecuzione delle prestazioni lavorative, in considerazione delle mansioni ricoperte, in relazione alle finalità legate all'espletamento delle suddette prestazioni lavorative, gli stessi devono essere trattati nel rispetto della riservatezza e degli altri diritti fondamentali riconosciuti all'interessato dal Regolamento UE 679/2016 GDPR e dal D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche.

Il trattamento dei dati deve avvenire in osservanza della normativa nazionale vigente, del Disciplinare UE sulla Protezione dei Dati Personali e delle eventuali apposite prescrizioni impartite dall'Amministrazione in qualità di Titolare del Trattamento.

3.3 Piano triennale del Fabbisogno del personale

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2023-2025 ASL CAGLIARI – ANNO 2023								
Profilo professionale / Disciplina	Posti coperti al 01/01/2023		Cessazioni 2023		Assunzioni 2023		Posti coperti al 31/12/2023	
	Teste	Costo	Teste	Risparmi	Teste	Costo	Teste	Costo
<u>RUOLO AMMINISTRATIVO</u>								
COMPARTO								
Commesso - A	10	190.973,90 €	3	28.646,09 €	4	38.194,78 €	11	200.522,60 €
Coadiutore amministrativo - B	64	1.291.259,52 €	14	141.231,51 €	28	282.463,02 €	78	1.432.491,03 €
Coadiutore amministrativo senior - BS	11	234.318,92 €	3	31.952,58 €	0	- €	8	202.366,34 €
Assistente amministrativo - C	86	1.950.058,60 €	12	136.050,60 €	69	782.290,95 €	143	2.596.298,95 €
Collaboratore amministrativo professionale - D	46	1.132.832,80 €	3	36.940,20 €	5	61.567,00 €	48	1.157.459,60 €
Collaboratore amministrativo professionale senior DS	4	106.188,20 €	2	26.547,05 €	0	- €	2	79.641,15 €
	221	4.905.631,94 €	37	401.368,03 €	106	1.164.515,75 €	290	5.668.779,67 €
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA								
Dirigente amministrativo	2	95.094,24 €	0		6	137.411,82 €	8	232.506,06 €
Totale Ruolo Amministrativo	223	5.000.726,18 €	37	401.368,03 €	112	1.301.927,57 €	298	5.901.285,73 €
<u>RUOLO PROFESSIONALE</u>								
COMPARTO								
Assistente religioso - D	3	73.880,40 €	1	12.313,40 €	1	12.313,40 €	3	73.880,40 €
Collab. Prof. Specialista nei rapporti con i media, giornalista pubblico - settore informazione	0						0	- €
Collab. Prof. Specialista della Comunicazione Istituzionale - settore comunicazione	0	- €					0	- €
	3	73.880,40 €	1	12.313,40 €	1	12.313,40 €	3	73.880,40 €
DIRIGENZA PROFESSIONALE								

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2023-2025 ASL CAGLIARI – ANNO 2023

Profilo professionale / Disciplina	Posti coperti al 01/01/2023		Cessazioni 2023		Assunzioni 2023		Posti coperti al 31/12/2023	
	Teste	Costo	Teste	Risparmi	Teste	Costo	Teste	Costo
Dirigente Avvocato	0		0				0	- €
Dirigente Ingegnere	2	95.094,24 €	0		2	45.803,94 €	4	140.898,18 €
Totale Ruolo Professionale	5	168.974,64 €	1	12.313,40 €	3	58.117,34 €	7	214.778,58 €
<u>RUOLO TECNICO</u>								
COMPARTO								
Ausiliario Specializzato - A	57	1.088.551,23 €	13	124.133,04 €	0	- €	44	964.418,20 €
Operatore Tecnico - B	29	585.101,97 €	5	50.439,83 €	24	242.111,16 €	48	776.773,31 €
Operatore Tecnico addetto Assistenza (esaurimento) B	0	- €		- €	0		0	- €
Operatore socio sanitario - BS	348	7.412.998,56 €	31	330.176,66 €	183	1.949.107,38 €	500	9.031.929,28 €
Operatore Tecnico Specializzato - BS	35	745.560,20 €	0	- €	0	- €	35	745.560,20 €
Assistente tecnico - C	4	90.700,40 €		- €	0	- €	4	90.700,40 €
Programmatore - C	0	- €		- €	0		0	- €
Collab. Prof. Assistente Sociale - D	42	1.034.325,60 €	7	86.193,80 €	14	172.387,60 €	49	1.120.519,40 €
Collaboratore Tecnico Professionale - D (ANALISTI)	4	98.507,20 €			0	- €	4	98.507,20 €
Collaboratori Tecnico professionale informatico D	0	- €			0		0	- €
Collab. Tec prof.le senior - DS	0	- €			0		0	- €
Collab. Prof. Assistente Sociale senior - DS	0	- €			0		0	- €
	519	11.055.745,16 €	56	590.943,32 €	221	2.363.606,14 €	684	12.828.407,98 €
DIRIGENZA TECNICA								
Dirigente Analista	2	47.547,12 €				- €	2	47.547,12 €
Dirigente Sociologo								
Totale Ruolo Tecnico	521	11.103.292,28 €	56	590.943,32 €	221	2.363.606,14 €	686	12.875.955,10 €

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2023-2025 ASL CAGLIARI – ANNO 2023

Profilo professionale / Disciplina	Posti coperti al 01/01/2023		Cessazioni 2023		Assunzioni 2023		Posti coperti al 31/12/2023	
	Teste	Costo	Teste	Risparmi	Teste	Costo	Teste	Costo
RUOLO SANITARIO								
COMPARTO								
Operatore Sanitario (vari profili - esaurimento) - BS	0	- €			0		0	- €
Operatore Prof.le Sanitario (vari profili esaurimento)C	4	90.700,40 €	1	11.337,55 €	0	- €	3	79.362,85 €
Puericultrice esperta - C	0	- €			0		0	- €
Collaboratore Prof.le Sanitario Assistente sanitario - D	42	1.034.325,60 €	1	12.313,40 €	15	184.701,00 €	56	1.206.713,20 €
Collaboratore Professionale Sanitario Dietista - D	3	73.880,40 €			0		3	73.880,40 €
Collaboratore Prof.le Sanitario Educatore Prof.le- D	32	788.057,60 €	3	36.940,20 €	3	36.940,20 €	32	788.057,60 €
Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista D	80	1.970.144,00 €	6	73.880,40 €	24	295.521,60 €	98	2.191.785,20 €
Collaboratore Prof.le Sanitario Igienista Dentale - D	3	73.880,40 €	1	12.313,40 €	1	12.313,40 €	3	73.880,40 €
Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere - D	1327	32.679.763,60 €	71	874.251,40 €	95	1.169.773,00 €	1351	32.975.285,20 €
Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere Pediatrico -D	34	837.311,20 €	4	49.253,60 €	0	- €	30	788.057,60 €
Collaboratore Professionale Sanitario Logopedista - D	17	418.655,60 €			2	24.626,80 €	19	443.282,40 €
Collaboratore Professionale Sanitario Massaggiatore non vedente - D	0	- €			0	- €	0	- €
Collaboratore Professionale Sanitario Odontotecnico D	0	- €			0	- €	0	- €
Collaboratore Professionale Sanitario Ortottista-Assistente di Oftalmologia - D	2	49.253,60 €			0	- €	2	49.253,60 €
Collaboratore Professionale Sanitario Ostetrica - D	80	1.970.144,00 €	9	110.820,60 €	10	123.134,00 €	81	1.982.457,40 €
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Neuro Fisiopatologia - D	6	147.760,80 €			0	- €	6	147.760,80 €
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico Prevenzione Ambienti Luoghi di Lavoro - D	105	2.585.814,00 €	8	98.507,20 €	13	160.074,20 €	110	2.647.381,00 €

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2023-2025 ASL CAGLIARI – ANNO 2023

Profilo professionale / Disciplina	Posti coperti al 01/01/2023		Cessazioni 2023		Assunzioni 2023		Posti coperti al 31/12/2023	
	Teste	Costo	Teste	Risparmi	Teste	Costo	Teste	Costo
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico - D	92	2.265.665,60 €	7	86.193,80 €	7	86.193,80 €	92	2.265.665,60 €
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico Sanitario di Radiologia Medica - D	88	2.167.158,40 €	10	123.134,00 €	15	184.701,00 €	93	2.228.725,40 €
Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Audiometrista D	3	73.880,40 €	1	12.313,40 €	1	12.313,40 €	3	73.880,40 €
Collaboratore Professionale Sanitario Terapista Occupazionale - D	0	- €			0		0	- €
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica - D	4	98.507,20 €			0		4	98.507,20 €
Collaboratore Professionale Sanitario Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età evolutiva - D	4	98.507,20 €			0		4	98.507,20 €
Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere senior - DS	10	265.470,50 €	1	13.273,53 €	0	- €	9	252.196,98 €
Collaboratore Professionale Sanitario senior - DS	0	- €			0		0	- €
	1.936	47.688.880,50 €	123	1.514.532,48 €	186	2.290.292,40 €	1.999	48.464.640,43 €
DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA								
Dirigente Biologo	49	2.676.863,48 €	11	300.464,27 €	15	409.724,00 €	53	2.786.123,22 €
Dirigente Chimico	0	- €		- €	1	27.314,93 €	1	27.314,93 €
Dirigente delle Professioni Sanitarie	3	137.411,82 €	1	22.901,97 €	3	68.705,91 €	5	183.215,76 €
Dirigente Farmacista	0	- €		- €	0		0	- €
Dirigente Fisico	2	109.259,73 €		- €	1	27.314,93 €	3	136.574,67 €
Dirigente Psicologo	80	4.370.389,36 €	8	218.519,47 €	8	218.519,47 €	80	4.370.389,36 €
Dirigente Socio-Sanitario	0	- €					0	0
	134	7.293.924,39 €	20	541.885,71 €	28	751.579,25 €	142	7.503.617,94 €

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2023-2025 ASL CAGLIARI – ANNO 2023

Profilo professionale / Disciplina	Posti coperti al 01/01/2023		Cessazioni 2023		Assunzioni 2023		Posti coperti al 31/12/2023	
	Teste	Costo	Teste	Risparmi	Teste	Costo	Teste	Costo
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA								
Dirigente Medico - Anatomia Patologica	10	572.822,53 €	1	28.641,13 €	1	28.641,13 €	10	572.822,53 €
Dirigente Medico - Anestesia e Rianimazione	72	4.124.322,22 €	5	143.205,63 €	12	343.693,52 €	79	4.324.810,11 €
Dirigente Medico - Cardiologia	33	1.890.314,35 €	5	143.205,63 €	6	171.846,76 €	34	1.918.955,48 €
Dirigente Medico - Chirurgia Maxillo Facciale	6	343.693,52 €		- €	0	- €	6	343.693,52 €
Dirigente Medico - Chirurgia Plastica	1	57.282,25 €		- €	0	- €	1	57.282,25 €
Dirigente Medico - Chirurgia Generale	28	1.603.903,09 €	8	229.129,01 €	11	315.052,39 €	31	1.689.826,47 €
Dirigente Medico - Chirurgia Pediatrica	0	- €		- €	0	- €	0	- €
Dirigente Medico - Chirurgia Vascolare	0	- €		- €	0	- €	0	- €
Dirigente Medico - Dermatologia e Venerologia	4	229.129,01 €	2	57.282,25 €	2	57.282,25 €	4	229.129,01 €
Dirigente Medico - Direzione Medica di Presidio	9	515.540,28 €	1	28.641,13 €	2	57.282,25 €	10	544.181,40 €
Dirigente Medico - Ematologia	10	572.822,53 €	2	57.282,25 €	2	57.282,25 €	10	572.822,53 €
Dirigente Medico - Endocrinologia	6	343.693,52 €	1	28.641,13 €	1	28.641,13 €	6	343.693,52 €
Dirigente Medico - Epidemiologia	1	57.282,25 €		- €	0	- €	1	57.282,25 €
Dirigente Medico - Farmacologia e Tossicologia clinica	1	57.282,25 €	1	28.641,13 €	1	28.641,13 €	1	57.282,25 €
Dirigente Medico - Gastroenterologia	9	515.540,28 €	2	57.282,25 €	2	57.282,25 €	9	515.540,28 €
Dirigente Medico - Genetica medica	6	343.693,52 €	1	28.641,13 €	2	57.282,25 €	7	372.334,65 €
Dirigente Medico - Geriatria	9	515.540,28 €		- €	6	171.846,76 €	15	687.387,04 €
Dirigente Medico - Igiene degli alimenti e della nutrizione	0	- €		- €	0	- €	0	- €
Dirigente Medico - Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	45	2.577.701,39 €	15	429.616,90 €	10	286.411,27 €	40	2.434.495,76 €
Dirigente Medico - Malattie dell'apparato respiratorio	15	859.233,80 €	4	114.564,51 €	6	171.846,76 €	17	916.516,05 €
Dirigente Medico - Malattie infettive	10	572.822,53 €	3	85.923,38 €	4	114.564,51 €	11	601.463,66 €
Dirigente Medico - Malattie Metaboliche e Diabetologia	9	515.540,28 €		- €	1	28.641,13 €	10	544.181,40 €

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2023-2025 ASL CAGLIARI – ANNO 2023

Profilo professionale / Disciplina	Posti coperti al 01/01/2023		Cessazioni 2023		Assunzioni 2023		Posti coperti al 31/12/2023	
	Teste	Costo	Teste	Risparmi	Teste	Costo	Teste	Costo
Dirigente Medico - Medicina del Lavoro e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	8	458.258,02 €	4	114.564,51 €	4	114.564,51 €	8	458.258,02 €
Dirigente Medico - Medicina dello sport	1	57.282,25 €		- €	0	- €	1	57.282,25 €
Dirigente Medico - Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	22	1.260.209,57 €	3	85.923,38 €	11	315.052,39 €	30	1.489.338,58 €
Dirigente Medico - Medicina Fisica e della Riabilitazione	27	1.546.620,83 €	5	143.205,63 €	5	143.205,63 €	27	1.546.620,83 €
Dirigente Medico - Medicina Interna	44	2.520.419,14 €	8	229.129,01 €	10	286.411,27 €	46	2.577.701,39 €
Dirigente Medico - Medicina Legale	7	400.975,77 €		- €	3	85.923,38 €	10	486.899,15 €
Dirigente Medico - Medicina Nucleare	0	- €		- €	0	- €	0	- €
Dirigente Medico - Medicina Trasfusionale	0	- €		- €	1	28.641,13 €	1	28.641,13 €
Dirigente Medico - Nefrologia	18	1.031.080,56 €	4	114.564,51 €	4	114.564,51 €	18	1.031.080,56 €
Dirigente Medico - Neonatologia	0	- €		- €	0	- €	0	- €
Dirigente Medico - Neurochirurgia	0	- €		- €	0	- €	0	- €
Dirigente Medico - Neurologia	18	1.031.080,56 €	2	57.282,25 €	2	57.282,25 €	18	1.031.080,56 €
Dirigente Medico - Neuropsichiatria Infantile	28	1.603.903,09 €	4	114.564,51 €	6	171.846,76 €	30	1.661.185,34 €
Dirigente Medico - Odontoiatria	0	- €		- €	0	- €	0	- €
Dirigente Medico - Oftalmologia	1	57.282,25 €	1	28.641,13 €	0	- €	0	28.641,13 €
Dirigente Medico - Oncologia	1	57.282,25 €	1	28.641,13 €	4	114.564,51 €	4	143.205,63 €
Dirigente Medico - Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base	17	973.798,30 €	7	200.487,89 €	6	171.846,76 €	16	945.157,18 €
Dirigente Medico - Ortopedia e Traumatologia	36	2.062.161,11 €	6	171.846,76 €	8	229.129,01 €	38	2.119.443,36 €
Dirigente Medico - Ostetricia e Ginecologia	48	2.749.548,15 €	6	171.846,76 €	6	171.846,76 €	48	2.749.548,15 €
Dirigente Medico - Otorinolaringoiatria	11	630.104,78 €	2	57.282,25 €	2	57.282,25 €	11	630.104,78 €
Dirigente Medico - Patologia clinica	5	286.411,27 €	1	28.641,13 €	2	57.282,25 €	6	315.052,39 €

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2023-2025 ASL CAGLIARI – ANNO 2023

Profilo professionale / Disciplina	Posti coperti al 01/01/2023		Cessazioni 2023		Assunzioni 2023		Posti coperti al 31/12/2023	
	Teste	Costo	Teste	Risparmi	Teste	Costo	Teste	Costo
Dirigente Medico - Pediatria	57	3.265.088,43 €	18	515.540,28 €	14	400.975,77 €	53	3.150.523,92 €
Dirigente Medico - Psichiatria	80	4.582.580,25 €	15	429.616,90 €	12	343.693,52 €	77	4.496.656,87 €
Dirigente Medico - Radiodiagnostica	53	3.035.959,41 €	8	229.129,01 €	8	229.129,01 €	53	3.035.959,41 €
Dirigente Medico - Radioterapia	0	- €	0	- €	0	- €	0	- €
Dirigente Medico - Reumatologia	0	- €		- €	0	- €	0	- €
Dirigente Medico - Scienza dell'Alimentazione e Dietetica	0	- €		- €	0	- €	0	- €
Dirigente Medico - Urologia	13	744.669,29 €	4	114.564,51 €	4	114.564,51 €	13	744.669,29 €
Dirigente Veterinario - Igiene degli Alimenti di Origine Animale AREA B	14	801.951,54 €	4	114.564,51 €	4	114.564,51 €	14	801.951,54 €
Dirigente Veterinario - Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche -AREA C	15	859.233,80 €	4	114.564,51 €	4	114.564,51 €	15	859.233,80 €
Dirigente Veterinario - Sanità Animale - AREA A	26	1.489.338,58 €	6	171.846,76 €	10	286.411,27 €	30	1.603.903,09 €
	834	47.773.399,09 €	164	4.697.144,75 €	199	5.699.584,18 €	869	48.775.838,52 €
Totale Ruolo Sanitario	2.904	102.756.203,98 €	307	6.753.562,94 €	413	8.741.455,83 €	3.010	104.744.096,88 €
PERSONALE COMPLESSIVO								
Totale Comparto	2.679	63.724.138,00 €	217	2.519.157,22 €	514	5.830.727,69 €	2.976	67.035.708,47 €
Totale Dirigenza	974	55.305.059,08 €	184	5.239.030,46 €	235	6.634.379,19 €	1.025	56.700.407,81 €
Totale Complessivo Personale Dipendente	3.653	119.029.197,08 €	401	7.758.187,68 €	749	12.465.106,88 €	4.001	123.736.116,28 €

Tabella 32 – PFTP 2023

Totale Costo del personale a TEMPO INDETERMINATO e DETERMINATO al 31/12/2023 *	123.736.116
Costi personale TEMPO DETERMINATO finanziato al 31/12/2023 *	
Costi personale a TEMPO DETERMINATO Covid al 31/12/2023	0
Costi personale ALTRO al 31/12/2023 **	
TOTALE COSTO PERSONALE DIPENDENTE al 31/12/2023 *	123.736.116
TOTALE FONDI CONTRATTUALI PREVISTI 2023	37.159.414
TOTALE ONERI PREVISTI 2023	50.731.807,68 €
TOTALE INDENNITA' DI ESCLUSIVITA' Dirigenza Sanitaria prevista 2023	

Valore BEP (Tot. Costo personale dipendente + fondi contrattuali + oneri + indennità esclusività Dirigenza Sanitaria)	211.627.338
--	--------------------

* I Costi e Risparmi del personale sono al netto degli oneri, dei fondi contrattuali e dell'IRAP. La valorizzazione economica dei presenti al 01/01 è su base annua, mentre le cessazioni e le assunzioni su base semestrale.

** Costo del personale assunto con contratti di formazione e lavoro o eventuali oneri connessi alle prestazioni degli LSU

Tabella 33 – Dettaglio costi personale 2023

PERSONALE UNIVERSITARIO 2023-2025

ANNO 2023

Profilo professionale / Disciplina	Dotaz. organica	Posti coperti al 1/1			Cessazioni			Assunzioni			Posti coperti al 31/12		
	Teste	TI	TD	Totale Teste	TI	TD	Totale Teste	TI	TD	Totale Teste	TI	TD	Totale Teste
Ruolo Amministrativo													
Comparto													
Commesso - A													
Coadiutore amministrativo - B													
Coadiutore amministrativo esperto - BS													
Assistente amministrativo - C		1		1							1		1
Collaboratore amministrativo professionale - D													
Collaboratore amministrativo professionale esperto DS													
Dirigente amministrativo													
Totale Ruolo Amministrativo		1		1							1		1
Ruolo Professionale													
Comparto													
Assistente religioso - D													
Addetto stampa													
Dirigenza													
Dirigente Avvocato													
Dirigente Ingegnere													
Totale Ruolo Professionale													
Ruolo Tecnico													
Comparto													
Ausiliario specializzato - A													
Operatore tecnico - B													

PERSONALE UNIVERSITARIO 2023-2025

ANNO 2023

Profilo professionale / Disciplina	Dotaz. organica	Posti coperti al 1/1			Cessazioni			Assunzioni			Posti coperti al 31/12		
	Teste	TI	TD	Totale Teste	TI	TD	Totale Teste	TI	TD	Totale Teste	TI	TD	Totale Teste
Operatore tecnico specializzato - BS													
Operatore socio sanitario - BS													
Operatore tecnico specializzato esperto - C													
Programmatore - C													
Assistente tecnico - C													
Collaboratore tecnico professionale - D													
Collaboratore tecnico professionale esperto - DS													
Dirigenza													
Dirigente Analista													
Dirigente Sociologo													
Totale Ruolo Tecnico													
Ruolo Sanitario													
Comparto													
Operatore sanitario - BS													
Operatore professionale sanitario - C													
Collab. Prof. Sanitario Assistente sanitario - D													
Collab. Prof. Sanitario Dietista - D													
Collab. Prof. Sanitario Educatore Professionale - D													
Collab. Prof. Sanitario Fisioterapista - D													
Collab. Prof. Sanitario Tec. Sanit. di Laboratorio Biomedico - D													
Collab. Prof. Sanitario Tec. Sanit. Radiologia Medica D													
Collab. Prof. Sanitario Tecnico Audiometrista - D													

PERSONALE UNIVERSITARIO 2023-2025

ANNO 2023

Profilo professionale / Disciplina	Dotaz. organica	Posti coperti al 1/1			Cessazioni			Assunzioni			Posti coperti al 31/12		
	Teste	TI	TD	Totale Teste	TI	TD	Totale Teste	TI	TD	Totale Teste	TI	TD	Totale Teste
Collab. Prof. Sanitario Esperto - DS													
Collab. Prof. Sanitario Esperto Infermiere - DS													
Dirigenza sanitaria non medica													
Dirigente biologo		6		6							6		6
Dirigente chimico													
Dirigente delle professioni sanitarie													
Dirigente farmacista													
Dirigente fisico													
Dirigente odontoiatra													
Dirigente socio-sanitario													
Dirigenza medica e veterinaria													
Genetica Medica		1		1							1		1
Neurologia		1		1							1		1
Pediatria		2		2							2		2
Ortopedia		1	1	2							1	1	2
Urologia		1		1							1		1
Dirigente veterinario													
Totale Ruolo Sanitario		12	1	13							12	1	13
Personale Complessivo													
Totale Comparto		1		1							1		1
Totale Dirigenza		12	1	13							12	1	13
Totale Complessivo Personale Dipendente		13	1	14							13	1	14

Tabella 34– Prospetto costi personale universitario 2023

3.4 Formazione del personale

La formazione in sanità svolge una funzione strategica, in quanto strumento di innovazione e diffusione delle conoscenze, volto al miglioramento continuo della organizzazione, all'umanizzazione dei servizi, allo sviluppo complessivo delle competenze e relazionali della comunità professionale, alla realizzazione degli obiettivi programmatici del sistema sanitario regionale. Tutta l'attività formativa proposta per il 2023 rispetta i criteri previsti dal modello regionale di accreditamento dei provider della Sardegna, così come definito dalla D.G.R. 4/14 del 5.2.2014 e dalla D.G.R. 31/15 del 19.6.2018.

ARES Sardegna è stata individuata quale Provider unico per l'accreditamento dei corsi previsti nel PFA del 2023 per le Aziende sanitarie regionali, tra cui ASL Cagliari.

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

La legge regionale di riforma sanitaria n. 24 del 11 settembre 2020 colloca la formazione nella costituenda ARES.

Il **fabbisogno formativo** per il 2023 è stato definito attraverso:

- la richiesta ai Direttori Generali delle Aziende del SSR di proporre l'attivazione di progetti formativi necessari per lo sviluppo e l'aggiornamento delle competenze tecnico-professionali e relazionali della propria unità operativa;
- l'analisi dei documenti di programmazione nazionali, regionali e aziendali;
- l'integrazione con i corsi di formazione a distanza asincroni a seguito dell'attivazione della Piattaforma FAD aziendale;
- l'utilizzo delle 10 licenze per la formazione a distanza sincrona

Il PFA 2023 costituisce l'offerta formativa annuale di ARES Sardegna ed è il risultato:

- degli indirizzi dati dalla Regione Autonoma della Sardegna;
- degli indirizzi delle Direzioni Aziendali (Formazione Generale);
- dei fabbisogni formativi espressi dalle Direzioni di Area, dai Dipartimenti, dai Distretti e dalle Unità Operative (Formazione specifica);

Il PFA elaborato dal Servizio Formazione, Ricerca e Cambiamento Organizzativo, è stato validato dal Comitato scientifico e dal Collegio di Direzione di ARES e verrà approvato dalla Direzione Generale di ARES con atto deliberativo.

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

- gli obiettivi formativi nazionali, regionali e aziendali;
- le scelte strategiche aziendali;
- l'analisi del fabbisogno formativo espresso dalle articolazioni aziendali;
- le competenze scientifiche delle varie professionalità;
- il miglioramento qualitativo degli eventi formativi.

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

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

Gli obiettivi formativi di rilievo nazionale sono definiti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua e sono riconducibili alle attività sanitarie e sociosanitarie collegate ai Livelli Essenziali di Assistenza. Detti obiettivi, nel tener conto dei programmi per la salute definiti dal Piano Sanitario Nazionale, oltre a promuovere le condizioni generali di salute della popolazione di riferimento, vanno altresì riferiti alla necessità di promuovere e mantenere nel tempo quelle conoscenze e quelle competenze indispensabili per il miglioramento degli standard di efficacia, appropriatezza, sicurezza e qualità dei servizi resi ai cittadini.

L'Azienda programma attività formative che garantiscano pari opportunità a tutti i dipendenti, che siano sostenibili nei costi e di dimostrata efficacia. Le aree della formazione che si intende sviluppare nel corso del 2023 possono essere identificate sostanzialmente con:

- Area della formazione generale;
- Area della formazione specifica tecnico-professionale;

- Area della formazione conseguente a indirizzi Regionali e/o Ministeriali.

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

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

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

Nel 2023 la gran parte dell'attività formativa sarà realizzata in house con il supporto di strutture esterne avanzate nel campo della simulazione e delle non technical skills, e si svilupperà attraverso corsi residenziali

interattivi e corsi di formazione sul campo. Tutte le strutture aziendali hanno potuto proporre tematiche di interesse specifico, consentendo il raggiungimento nell'elenco complessivo degli eventi di un buon equilibrio tra progetti formativi elaborati nelle diverse ASL, nell'assistenza territoriale, nei presidi ospedalieri, nei dipartimenti funzionali e strutturali e nelle strutture amministrative, professionali e tecniche.

Sul piano dei contenuti vengono previsti nel PFA 2023, accanto alla formazione su specifiche discipline e campi professionali specialistici, anche percorsi di apprendimento condivisi di tipo interdisciplinare ed interprofessionale, che possano apportare significativi benefici sul piano della gestione della complessità organizzativa e in riferimento a tutte quelle innovazioni operative, che dovranno sostenere efficacemente il governo clinico dei processi di salute, particolarmente importanti in questa fase di riorganizzazione della tutela della salute in Sardegna.

Il budget economico assegnato per il sistema complessivo della formazione ASL di Cagliari è ripartito come di seguito indicato:

ARES SARDEGNA - Piano Formativo anno 2023

	BUDGET 1%	IMPEGNO DI SPESA PFA	COSTI ECM	Aggiornamento Individuale	Corsi Trasversali	Extra Piano e DG
ASL Cagliari	€ 1.645.504,94	€ 624.623,52	€ 19.720,00	€ 131.640,40	€ 32.910,10	€ 836.610,93

Tabella 35 – Budget Piano formativo 2023

SEZIONE – 4 MONITORAGGIO

4.1 Monitoraggio

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Per il restante personale la valutazione è legata:

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