

***Azienda Socio- Sanitaria Locale
n. 8 di Cagliari***

**RELAZIONE
SULLE PERFORMANCE ANNO 2023**

Redatta da: SC Controllo di Gestione ASL 8

Sommario

Premessa	3
1. L’Azienda e analisi del contesto	4
1.1 L’Azienda socio sanitaria locale n. 8 di Cagliari	4
1.2 Assetto Organizzativo e Aziendale	4
2. L’assistenza sanitaria della ASL n.8 di Cagliari	7
2.1 Assistenza Sanitaria di Base	7
2.2 Assistenza ambulatoriale territoriale	8
2.3 Azioni di prevenzione	11
2.4 La Salute Mentale	23
2.5 Assistenza Ospedaliera	26
3. Analisi delle risorse umane	32
3.1 Le risorse umane	32
3.2 Lavoro agile	34
4. Le risorse economiche finanziarie	38
4.1 Analisi delle principali voci di bilancio	38
4.2. Piano Triennale Investimenti. Stato dell’arte interventi di riqualificazione 2023 – 2025 ..	41
5. Performance. Misurazione e valutazione	43
5.1 Performance organizzativa e valore pubblico	43
5.2 Piano delle azioni positive	52
5.3 Gli altri obiettivi aziendali	53
5.4 La Performance individuale delle singole strutture	58
5.5 La Performance individuale del personale	63
6. Anticorruzione	65

Premessa

La relazione sulla performance in base all'art. 10 c. 1 lett. b) d.lgs. 150/2009-, è un documento che evidenzia i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse a disposizione, con rilevazione degli eventuali scostamenti sia rispetto alla programmazione annuale e triennale, sia rispetto all'anno precedente.

In particolare, la relazione sulla performance è uno strumento utile al miglioramento gestionale, grazie al quale l'amministrazione può valutare i risultati raggiunti, riprogrammare obiettivi e risorse, tenendo conto delle performance dell'anno precedente e con la finalità di migliorare progressivamente la gestione dell'azienda.

Inoltre è un importante strumento di comunicazione di tali risultati nei confronti degli stakeholders aziendali, interni ed esterni.

La presente Relazione sulla Performance descrive i risultati ottenuti nel 2023 per i diversi livelli di performance:

- Performance organizzativa dell'Azienda;
- Performance organizzativa delle articolazioni in cui è strutturata l'Azienda;
- Performance individuale dei Direttori/Responsabili di struttura e del restante personale.

Inoltre si dettagliano i risultati nei seguenti ambiti, sulla base di quanto previsto nel PIAO 2023-2025:

- Trasparenza e Prevenzione della Corruzione;
- Lavoro agile;
- Piano degli investimenti;
- Risorse economiche;
- Piano delle azioni positive

1. L'Azienda e analisi del contesto

1.1 L'Azienda socio sanitaria locale n. 8 di Cagliari

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, precedentemente oggetto di incorporazione ai sensi dell'articolo 1, comma 3, della legge regionale n.17 del 27 luglio 2017 (Istituzione dell'Azienda per la Tutela della Salute ATS)

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

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

1.2 Assetto Organizzativo e Aziendale

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. Nella seconda metà dell'anno 2023 l'Azienda ha determinato il proprio assetto organizzativo ed il proprio funzionamento anche tramite l'avvio della tecnostruttura amministrativa, tramite la creazione delle nuove Strutture Complesse e la nomina dei relativi responsabili:

- SC Controllo di gestione;
- SC Bilancio;
- SC Affari generali, RPCT e rapporti con ICT;
- SC Acquisti di beni e servizi;
- SC Ufficio tecnico e patrimonio;
- SC Valorizzazione risorse umane.

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, inoltre, 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	Numero presidi	Nome presidio	Comune
Presidi ospedalieri pubblici	6	Binaghi	Cagliari
		Marino	Cagliari
		Microcitemico	Cagliari
		San Giuseppe	Isili
		San Marcellino	Muravera
		Santissima Trinità	Cagliari
Case di cura private	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		

Tabella 1- Strutture ospedaliere presenti sul territorio della ASL n. 8

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.

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

La ripartizione in Distretti è la seguente:

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

2. L'assistenza sanitaria della ASL n.8 di Cagliari

Il presente paragrafo è dedicato a una presentazione delle principali attività assistenziali svolte dall'Azienda nel corso del 2023.

2.1 Assistenza Sanitaria di Base

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 le dinamiche e le necessità organizzative per garantire l'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Medici di medicina generale

Anzianità di laurea	N. medici 2021	N. medici 2022	N. medici 2023	Delta 2022-2021	Delta 2023-2022
Da 0 fino a 6 anni	0	2	15	2	13
Oltre 6 fino a 13 anni	11	14	24	3	10
Oltre 13 fino a 20 anni	18	24	27	6	3
Oltre 20 fino a 27 anni	56	33	30	-23	-3
Oltre 27 anni	298	293	251	-5	-42
Totale	383	366	347	-17	-19

Tabella 2 – Medicina Generale – anzianità di laurea (Fonte: NSIS-Mod. FLS.12-q E) – estrazione del 23.05.2024

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.

Pediatri

Anzianità di specializzazione	N. pediatri 2021	N. pediatri 2022	N. pediatri 2023	Delta 2022-2021	Delta 2023-2022
Da 0 fino a 2 anni	0	1	1	1	0
Oltre 2 fino a 9 anni	0	1	3	1	2
Oltre 9 fino a 16 anni	0	4	3	4	-1
Oltre 16 fino a 23 anni	0	0	0	0	0
Oltre 23 anni	61	51	45	-10	-6
Totale	61	57	52	-4	-5

Tabella 3 – Pediatria – anzianità di specializzazione (Fonte: NSIS-Mod. FLS.12-q F) – estrazione del 23.05.2024

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.

2.2 Assistenza ambulatoriale territoriale

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

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

In particolare, da un confronto tra i due anni, nella tabella seguente si evidenzia un incremento delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche nel periodo di riferimento e principalmente riconducibile alle seguenti branche:

- Ortopedia e traumatologia, il cui incremento è da attribuire principalmente al reparto del P.O. SS. Trinità;
- gastroenterologia, nei presidi Binaghi, San Giuseppe e San Marcellino;
- anestesia, che registra l'incremento nel P.O. Marino, nella struttura di Anestesia e rianimazione;
- diagnostica per immagini, il cui aumento è dato dai presidi P.O. SS. Trinità (circa 5.000 prestazioni in più), dal P.O. Binaghi (circa 3.000 prestazioni in più), e dal P.O. Marino (circa 4.000 prestazioni in più);
- medicina fisica e riabilitazione, con incrementi soprattutto nel P.O. Marino e nel Poliambulatorio di Senorbì;
- nefrologia;
- ostetricia e Ginecologia, il cui incremento è da ricondurre alle prestazioni erogate nel P.O.: Microcitemico e nel P.O. SS. Trinità;
- laboratorio analisi, con un incremento nei vari poliambulatori da attribuire anche all'apertura di circa 22 punti prelievo dislocati nel territorio.

Prestazioni ambulatoriali – strutture pubbliche

Branca	Prestazioni anno 2022	Prestazioni anno 2023	Differenza assoluta	Differenza %
01 - Anestesia	12.513	14.970	2.457	19,6%
02 - Cardiologia	64.901	71.157	6.256	9,6%
03 - Chirurgia Generale	2.288	3.173	885	38,7%
04 - Chirurgia Plastica	3.304	2.494	-810	-24,5%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	396	525	129	32,6%
06 - Dermosifilopatia	5.125	6.450	1.325	25,9%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	82.289	91.432	9.143	11,1%
09 - Endocrinologia	8.879	11.301	2.422	27,3%
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	9.051	11.862	2.811	31,1%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche- Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica- Genetica-Immunoematologia E S. Trasn.	1.097.099	1.148.289	51.190	4,7%
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	50.033	55.187	5.154	10,3%
13 - Nefrologia	26.491	29.020	2.529	9,5%
14 - Neurochirurgia	3.557	2.928	-629	-17,7%
15 - Neurologia	13.377	13.066	-311	-2,3%
16 - Oculistica	26.810	28.255	1.445	5,4%
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	6.752	8.929	2.177	32,2%
18 - Oncologia	6.346	5.789	-557	-8,8%
19 - Ortopedia E Traumatologia	6.005	8.261	2.256	37,6%
20 - Ostetricia E Ginecologia	25.409	28.588	3.179	12,5%
21 - Otorinolaringoiatria	9.792	10.669	877	9,0%
22 - Pneumologia	14.596	16.394	1.798	12,3%
23 - Psichiatria	5.032	4.663	-369	-7,3%
25 - Urologia	5.293	6.074	781	14,8%
26 - Altre Prestazioni*	206.513	236.140	29.627	14,3%
Totale	1.691.851	1.815.616	123.765	7,3%

Tabella 4 – Prestazioni specialistica ambulatoriale – strutture pubbliche – (2022 e 2023) FONTE ABACO – estrazione del 22.05.2024

Prestazioni ambulatoriali – strutture private accreditate

Branca	Prestazioni anno 2022	Prestazioni anno 2023	Differenza assoluta	Differenza %
02 - Cardiologia	111.825	117.040	5.215	4,7%
03 - Chirurgia Generale	2.843	1.962	-881	-31,0%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	2.825	2.975	150	5,3%
06 - Dermosifilopatia	4.074	4.905	831	20,4%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	276.707	298.025	21.318	7,7%
09 - Endocrinologia	1.436	1.342	-94	-6,5%
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	7.541	7.211	-330	-4,4%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche- Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica-Genetica-Immunoematologia E S. Trasn.	1.575.682	1.653.866	78.184	5,0%
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	700.865	734.276	33.411	4,8%
13 - Nefrologia	45.765	46.676	911	2,0%
15 - Neurologia	23.997	20.156	-3.841	-16,0%
16 - Oculistica	37.267	36.602	-665	-1,8%
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	37.386	39.753	2.367	6,3%
18 - Oncologia	855	952	97	11,3%
19 - Ortopedia E Traumatologia	7.459	6.585	-874	-11,7%
20 - Ostetricia E Ginecologia	6.142	5.882	-260	-4,2%
21 - Otorinolaringoiatria	3.407	3.551	144	4,2%
25 - Urologia	6.057	5.254	-803	-13,3%
26 - Altre Prestazioni*	5.020	5.939	919	18,3%
Totale	2.857.158	2.992.953	135.795	4,8%

Tabella 5 – Dati prestazioni specialistica ambulatoriale – strutture private – (2022 e 2023) FONTE ABACO – estrazione del 22.05.2024

Dall’analisi delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate (che rappresentano il 62% circa delle prestazioni totali), si evince un leggero incremento rispetto all’anno precedente, pari al 4%, attribuibile principalmente alle prestazioni di laboratorio, di radiologia diagnostica e di riabilitazione, in generale è legato all’attività erogata dalle case di cura private.

Prestazioni ambulatoriali Strutture Pubbliche + Private accreditate				
Branca	Prestazioni anno 2022	Prestazioni anno 2023	Differenza assoluta	Differenza %
Totale strutture pubbliche	1.691.851	1.815.616	123.765	7,3%
Totale strutture private accreditate	2.857.158	2.992.953	135.795	4,8%
Totale	4.549.009	4.808.569	259.560	5,7%

Tabella 6 – Dati prestazioni specialistica ambulatoriale – Totale ASL – (2022 e 2023) FONTE ABACO – estrazione del 22.05.2024

2.3 Azioni di prevenzione

Il 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 ed in tutte le realtà in cui la salute pubblica è sottoposta a rischi di origine ambientale ed animale, secondo la normativa vigente.

Oltre gli obiettivi assegnati nell'ambito del ciclo delle performance che verranno presentati nel paragrafo 4, si evidenziano le principali attività portate avanti nel corso del 2023.

2.3.1 SC SPRESAL (Servizio Prevenzione e Salute nei luoghi di Lavoro)

In merito alle attività dell'anno 2023 si evidenzia quanto segue:

- si registra un incremento del numero di indagini, su iniziativa e su delega della Magistratura, avente ad oggetto gli "infortuni sul lavoro" data la forte ripresa dell'attività cantieristica;
- si rileva una lieve contrattura delle indagini per "malattie professionali", sia grazie ad una più attenta compilazione delle schede da parte dei medici certificatori sia grazie all'utilizzo della piattaforma informatica MalProf;
- si è verificato un progressivo aumento del numero di utenti sottoposti a visita medica, monitoraggio biologico, accertamenti diagnostici, visite e accertamenti aventi quale finalità la revoca o conferma del giudizio di idoneità espresso dai Medici competenti delle aziende;
- infine si registra un incremento delle attività ispettive presso le Aziende, degli interventi di vigilanza e polizia giudiziaria con finalità preventiva, come disposto dalle norme in materia di sicurezza e dalle Circolari Ministeriali.

2.3.2 MEDICINA LEGALE

La tabella rappresenta un confronto delle attività svolte nell'anno 2023 rispetto al 2022.

Attività	ASL CAGLIARI		
	2023	2022	Delta%
Utenti beneficiari vitalizio Legge 210/92	23	25	-8.0
Patenti Commissione Medica Locale (Co.Me.Lo.)	5692	5315	+7.1
Certificazioni per rilascio patenti	1155	1543	-18.7
Certificazioni necropsopia e polizia mortuaria	4426	4252	+4.1
Visite e valutazioni collegiali	102	115	-18.4
Visite di idoneità porto d'armi	539	507	+6.3
Pratiche gestite per accertamento stato di invalidità, handicap etc.	18265	20379	-10.4
Visite fiscali	///	///	///
Altre certificazioni (elettorali, adozioni, deambulazione ridotta etc.)	477	427	+11.7
Accertamenti M.L. per tribunale di sorveglianza e uffici giudiziari	33	34	-2.9
ReNCam	///	///	///
Relazioni CTU per la Corte dei Conti	18	15	+20.0
Pratiche di gestione del contenzioso medico-legale	53	92	-42.4

Tabella 7 – Dati di attività Medicina Legale – Fonte: Dipartimento di Prevenzione

I principali scostamenti registrati in minus nel 2023 riguardano sostanzialmente fattori contingenti:

- il delta negativo delle certificazioni per le patenti è connesso con le difficoltà degli utenti ad utilizzare le nuove modalità ministeriali di pagamento tramite il “sistema pagoPA”;
- riguardo alle valutazioni collegiali, la riduzione deriva dal passaggio di competenze all’INPS (giugno 2023) delle procedure per la dispensa dal servizio dei pubblici dipendenti;
- in merito al contenzioso medico legale, la riduzione è dettata dall’attivazione del regime in convenzione con esperti esterni;
- in merito all’invalidità civile e accertamenti correlati, il delta dipende dall’impatto della Delibera della Giunta Regionale della Sardegna emessa in data 24.08.2023.

2.3.3 CENTRO DONNA

Si evidenzia che l’attività del Centro Donna a partire dal 2021 si è svolta presso i locali del P.O. San Giovanni di Dio e che solo a inizio 2024 è stato trasferito alla sede di origine, il P.O. Binaghi.

In campo senologico è stata garantita l’assistenza ambulatoriale tramite la visita clinica specialistica, mantenendo un rapporto di stretta collaborazione tra lo specialista senologo e la Senologia Diagnostica dell’U.O di Radiologia per tutte le indagini di approfondimento.

Per la branca Ginecologica, il Centro Donna quale Centro di riferimento Aziendale per lo Screening del Cervico Carcinoma, è stato impegnato sia nello Screening del primo Livello (con l’esecuzione dei Pap test) che nello Screening del secondo livello (con l’esecuzione di colposcopie, biopsie portio e vagina), sulla base degli accertamenti diagnostici previsti dai programmi di screening, raggiungendo in tal modo gli obiettivi aziendali previsti.

Nella tabella che segue si riassumono le attività svolte.

ATTIVITA'	2022	2023	(Delta%)
Screening I livello	10.250	10.915	6%
Screening II livello		1.752	
Pap test WinSap	2.848	1.963	-31%
HPV CUP	80	167	109%
HPV screening	923	1.506	63%
Ecografie CUP	2.697	1.596	-41%
Visite Ginecologiche	2.796	1.138	-59%
Colposcopie CUP	688	221	-68%
Biopsie CUP	27	16	-41%
Visite senologiche	1.481	1.500	1%
Totale Attività	21.790	20.774	-5%

Tabella 8 – Dati di attività Centro Donna– Fonte: Dipartimento di Prevenzione

2.3.4 SANITA' ANIMALE

Tra le attività programmate e previste negli obiettivi di budget 2023, non si è potuto raggiungere l'obiettivo riguardante il numero di campionamenti degli obex caprini deceduti, a causa di molteplici fattori che hanno contribuito a tale mancato risultato:

- l'allevamento della capra è in prevalenza brado e semi – brado e spesso si tratta di un'attività marginale;
- da sempre interessa le aree più difficili del territorio;
- occupa superfici pascolative "estreme" (non utilizzate dagli ovini).

In virtù di questi fattori, il rilievo dei capi morti è tardivo e l'avanzato stato di decomposizione della carcassa impedisce l'effettuazione del prelievo.

La tabella di riepilogo dei volumi di attività mostra un complessivo decremento nel 2023, rispetto al 2022, di ispezioni, verifiche, campionamenti e controlli ascrivibile alla differente programmazione annuale dell'attività indicata dalla Regione per i Pinai di Risanamento.

Nel 2022 l'intero effettivo degli allevamenti ovini è stato sottoposto al programma del Piano vaccinale di profilassi indiretta nei confronti della Blue Tongue mentre nel 2023 sono state vaccinate solo le rimonte.

Ispezioni e Verifiche*	2023	2022	(Delta%)
Piani risanamento malattie animali	3.903	4.212	-7%
Controllo malattie infettive animali	48	160	-70%
Anagrafe ed identificazione animale	531	1044	-49%
Urgenze ed emergenze	48	160	-70%
Campionamenti e Controlli	2023	2022	(Delta%)
Test Tubercolosi	4.147	5.907	-30%
Campioni sanitari per accertamento malattie animali	23272	34437	-32%
Vaccinazioni per malattie animali	34102	149099	-77%

Tabella 9 – Dati di attività Sanità animale– Fonte: Dipartimento di Prevenzione (*BDN Vetinfo, SisarVet PSA, IZS CORAN).

2.3.5 SIAPZ (Servizio di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche)

Le differenti attività di controllo nell'ambito della salvaguardia della sicurezza alimentare sono articolate come segue:

- pulizia degli animali, di stalla e sala mungitura, igiene del personale, per le strutture in cui sono allevati animali da reddito;
- rispetto delle condizioni di benessere degli animali in allevamento;
- alimentazione degli animali, produzione e distribuzione dei mangimi per gli animali;
- corretta somministrazione di medicinali agli animali con rispetto dei tempi di sospensione, e monitoraggio di eventuali effetti dannosi sia nell'animale sia nell'uomo;
- rispetto del divieto di somministrazione, agli animali, di sostanze vietate (per es. anabolizzanti, ormoni, tireostatici, etc) che provocano crescita non fisiologica dell'animale e residui pericolosi

per la salute del consumatore;

- laboratori analisi ad uso diagnostico veterinario, ambulatori veterinari, veterinari liberi professionisti, farmacie e depositi farmaceutici;
- smaltimento dei sottoprodotti di origine animale nel rispetto di norme e tutela ambientali.

Nella seguente tabella si rappresenta l'attività di ispezioni e verifiche e di campionamenti e controlli.

ISPEZIONI E VERIFICHE	2023
Latte	70
Farmaci	391
Alimentazione animale	77
Benessere animale	240
Stabilimenti trasformazione latte con non conformità	7
Certificazione con ispezioni per export formaggi	197
CAMPIONAMENTI E CONTROLLI	2023
Latte e formaggi	76

Tabella 10 – Dati di attività SIAPZ– Fonte: Dipartimento di Prevenzione

2.3.6 SC SIAOA (Servizio di Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati)

Il Servizio svolge i controlli ufficiali per la sicurezza alimentare su tutte le attività relative alla filiera produttiva negli stabilimenti, industriali e artigianali, che producono, trasformano, commercializzano e trasportano alimenti di origine animale (carne, pesce, uova, molluschi, miele e prodotti trasformati) compresi supermercati, mercati, ristoranti.

L'area di competenza del SIAOA di Cagliari riguarda i controlli ufficiali su:

- 9 macelli di ungulati di cui 3 di dimensione industriale grande (5 giornate di lavorazione/settimana), 3 di dimensione industriale media e 3 artigianali/familiari;
- macelli di avicoli riconosciuti ed uno registrato;
- mercati civici a Cagliari;
- il mercato ittico all'ingrosso a Cagliari dove esercitano la loro attività 22 grossisti del settore;
- 177 attività riconosciute CE distribuite in 80 stabilimenti fisici (uno stabilimento può svolgere più attività);
- Circa 1.660 attività registrate di lavorazione e/o vendita di alimenti di origine animale (macellerie, pescherie ecc.);
- circa 900 attività di ristorazione pubblica (in collaborazione col SIAN) sottoposte a controllo ai fini dell'attuazione del programma straordinario della eradicazione PSA;
- 2579 (2022) 2894 (2023) richieste di macellazioni di suini per uso famiglia (di cui il 10% da sottoporre a controllo ufficiale).

Di seguito i dati su ispezioni, verifiche, campionamenti e controlli.

Ispezioni e Verifiche	2023
Stabilimenti e Attività commerciali	1.065
Controllo carni macellate (capi diverse specie)	934.613
Agriturismo	5

Campionamenti e Controlli	2023
Controllo malattie al macello *	18.930
Alimenti di origine animale	252
Ricerca residui alimenti di origine animale	89

Tabella 11 – Dati di attività SIAPZ– Fonte: Dipartimento di Prevenzione (*BDNVet info, SisarVet ecc.)

2.3.7 SC IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

La SC Igiene e Sanità Pubblica è articolata in tre Aree Funzionali:

1. Area dell'Igiene Edilizia, Urbanistica e degli ambienti confinati;
2. Area di Epidemiologia, Registro Tumori e Sistemi di Sorveglianza;
3. Area Vaccino Profilassi.

Area dell'Igiene Edilizia, Urbanistica e degli ambienti confinati

Le attività riportate nelle tabelle sottostanti, riferite all'anno 2023, sono relative all' area funzionale relativa al Settore Igiene edilizia, Urbanistica, degli Ambienti confinati e della Vigilanza attinente al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.

MONITORAGGIO AMBIENTALE PISCINE				
CAMPIONAMENTI E ANALISI CHIMICHE E BATTERIOLOGICHE ACQUA IN VASCA E ACQUA APPROVVIGIONAMENTO DELLE PISCINE				
Piani di rischio	Indagine ambientale	n. di campionamenti	Lettura referti	Indagine ambientale
Screening acque di approvvigionamento e acque di vasca negli impianti di balneazione	Verifica parametri chimici – fisici- microbiologici acque di approvvigionamento e acque di piscina	Totale n.315	Totale n.333	Indag. Ambientale n.90
		n.97 acqua di approvvigionamento	n.97 acqua di approvvigionamento	Comunicazioni in uscita n.80
		n.218* acqua di piscina*	n.118* an.chimico fisiche	Comunicazioni in ingresso n.300
			n. 118* analisi batteriologiche	Sopralluoghi n. 118
Controllo rischio legionellosi nelle strutture sportive, turistico ricettive, alberghi, condomini	Verifica parametri legionella nell'impianto idrico sanitario della struttura	n. 0	n.50	Comunicazioni in uscita n.30

Tabella 12 – Dati di attività MONITORAGGIO PISCINE– Fonte: Dipartimento di Prevenzione

PREVENZIONE RISCHIO BIOLOGICO DA LEGIONELLA	
a) Verifica VDR (valutazione del rischio legionella)	N.60
b) Verifica referti per legionella pneumophila, inviati al SISP dalle strutture turistico ricettive, nosocomiali e civili	N.50
c) verifica note in ingresso	n.35
d) Comunicazioni in uscita per legionella pneumophila	n. 30

Tabella 13 – Dati di attività MONITORAGGIO LEGIONELLA– Fonte: Dipartimento di Prevenzione

Area di EPIDEMIOLOGIA, REGISTRO TUMORI E SISTEMI DI SORVEGLIANZA

- Malattie infettive
- Registro tumori sud Sardegna
- Registro nominativo delle cause di morte (ReNCaM)
- Sistemi di Sorveglianza
- Passi e Passi d'argento
- HBSC

Anno	Attività	n. casi registrati/ analizzati/ codificati/ intervistati
2022	Monitoraggio epidemiologico malattie infettive	473
	Test di Mantoux	0
	PASSI	385
	PASSI D'ARGENTO	242
	ReNCaM	4.500
	Registro tumori	9.808
2023	Monitoraggio epidemiologico malattie infettive	732
	Test di Mantoux	744
	PASSI	385
	PASSI D'ARGENTO	198
	ReNCaM	5.500
	Registro tumori	3.340

Tabella 14–Dati di attività AREA EPIDEMIOLOGICA, REGISTRO TUMORI, SISTEMI SORV. Fonte: Dipartimento di Prevenzione

Attività Vaccinoprofilassi 2023

Il Servizio Vaccinoprofilassi ha svolto le sue funzioni presso le 12 sedi territoriali. L'attività di maggiore rilevanza è stata quella ambulatoriale, che ha consentito la vaccinazione di 29.282 utenti contro i 23.713 dell'anno precedente, per un totale di 75.406 dosi di vaccino somministrate contro le 64.908 dosi somministrate durante l'arco del 2022. Tale numero comprende in larghissima parte le vaccinazioni pediatriche di pazienti minorenni, quindi quelle per adulti, anziani e popolazione a rischio.

È da sottolineare la grande ripresa dell'Ambulatorio di Medicina dei Viaggi, condizionato negli anni precedenti dai lunghi periodi di lockdown e dalle limitazioni agli spostamenti tra regioni e nazioni: durante il 2023 sono stati vaccinati 767 utenti contro i 503 dell'anno precedente, per un totale di 1.828 dosi contro le 1.193 dell'anno precedente.

Come di consueto, il Servizio Vaccinoprofilassi ha coordinato la Campagna Antinfluenzale: per la Campagna 2023-2024, la Struttura ha effettuato e distribuito circa 100.000 dosi di vaccino grazie alla consegna, dal mese di ottobre, dei vaccini antinfluenzali ai Medici di Medicina Generale, ai Pediatri di Libera Scelta, alle strutture sanitarie e ad altri gruppi di categorie, al fine di garantire una somministrazione puntuale e capillare a tutte le persone aventi diritto.

La tabella successiva contiene il dettaglio delle dosi di vaccino somministrate presso gli Ambulatori Vaccinali

del Servizio durante il 2023.

Vaccinoprofilassi	Tot Sedute	Tot Pazienti	Tot Vaccini
Sisp Cagliari	16.097	10.506	23.541
Sisp Viaggiatori	879	767	1.828
Sisp Capoterra	1.827	972	2.838
Sisp Decimo	7.723	4.210	12.198
Sisp Isili	1.484	877	2.348
Sisp Muravera	1.759	1.208	2.513
Sisp Pula	899	490	1.395
Sisp Quartu	9.231	5.159	13.745
Sisp Selargius	7.603	4.016	12.110
Sisp Senorbì	1.496	857	2.484
Sisp San Nicolò Gerrei	64	42	103
Sisp Teulada	223	178	303
Totale	49.285	29.282	75.406

Tabella 15 – Dati di attività VACCINOPROFILASSI Fonte: Dipartimento di Prevenzione

2.3.8 SC SALUTE E AMBIENTE

La struttura svolge le seguenti attività:

- Vigilanza Rischio Amianto
- Fattori ambientali di rischio
- Conferenze di servizi (Rischio Ambientale Sanitario)
- Controlli Ufficiali sulla sicurezza chimica (REACH - CLP - BPRS)
- Verifica effetti sulla salute derivanti dall'inquinamento dell'aria, suolo e acqua
- Attività di formazione

VIGILANZA RISCHIO AMIANTO	2023	2022	Delta
N. SEGNALAZIONI PERVENUTE	42	47	-11%
N. SOPRALLUOGHI EFFETTUATI	89	84	6%
N. CAMPIONI PRELEVATI	3	0	
N. COMUNICAZIONI AUTORITA'	34	41	-17%
N. SANZIONI	0	0	

Tabella 16 – Dati di attività Vigilanza rischio amianto Fonte: Dipartimento di Prevenzione

CONFERENZE DI SERVIZI (RISCHIO AMBIENTALE SANITARIO)	2022	2023	DELTA %
N. CONVOCAZIONI CONFERENZE SERVIZI PER AUA	3	2	-33%
N. PARTECIPAZIONI/PARERI ESPRESSI CONFERENZA SERVIZI PER AUA	1	2	100%
N. MAPPE DELLE FONTI DI RISCHIO PRESENTI NEL TERRITORIO DELLA SSL (FUNZIONE NON COMPRESA NEL FUNZIONIGRAMMA)			
N. CONVOCAZIONI CONFERENZA SERVIZI PER VIA	16	26	62%
N. PARTECIPAZIONI/PARERI ESPRESSI CONFERENZA SERVIZI PER VIA	12	25	108%
N. CONVOCAZIONI CONFERENZA SERVIZI PER VAS	16	7	-56%

RELAZIONE PERFORMANCE 2023 ASL CAGLIARI

CONFERENZE DI SERVIZI (RISCHIO AMBIENTALE SANITARIO)	2022	2023	DELTA %
N. PARTECIPAZIONI/PARERI ESPRESSI CONFERENZA SERVIZI PER VAS	13	7	-46%
N. CONVOCAZIONI CONFERENZA SERVIZI PER AIA	7	4	-43%
N. PARTECIPAZIONI/PARERI ESPRESSI CONFERENZA SERVIZI PER AIA	2	4	100%
N. CONVOCAZIONI ALTRE CONFERENZE SERVIZI	17	9	-47%
N. PARTECIPAZIONI/PARERI ESPRESSI CONFERENZA SERVIZI PER ALTRE	3	11	267%

Tabella 17 – Dati di attività rischio ambientale sanitario Fonte: Dipartimento di Prevenzione

CONTROLLI UFFICI SULLA SICUREZZA CHIMICA (REACH - CLP - BPRS)	2022	2023	DELTA %
N.. CONTROLLI EFFETTUATI	20	20	0%
N. SOPRALLUOGHI EFFETTUATI	5	5	0%
N. CAMPIONAMENTI	0	1	
N. SANZIONI	5	2	60%

Tabella 18 – Dati di attività controlli sicurezza chimica Fonte: Dipartimento di Prevenzione

VERIFICA EFFETTI SULLA SALUTE DERIVANTI DALL' INQUINAMENTO DELL'ARIA, SUOLO E ACQUA	2022	2023	Delta
N. SEGNALAZIONI PERVENUTE	1	3	200%
N. SOPRALLUOGHI EFFETTUATI	1	4	300%
N. COMUNICAZIONI AUTORITY	0	1	100%

Tabella 19 – Dati di attività verifiche inquinamento Fonte: Dipartimento di Prevenzione

2.3.9 SSD UFFICIO SANZIONI

Descrizione	2022	2023	Delta
Audizioni - art. 18 Legge 689/81	12	2	-83%
Comunicazioni/richieste documentazione (Autorità Competenti/Organi Accertatori/Tribunale)	11	10	-9%
Commissioni Esame Ricorsi - Numero procedimenti esaminati	90	26	-71%
Ordinanza di Ingiunzione	213	50	-77%
Ordinanze di Archiviazione	40	10	-75%
Annullamento Ordinanze di Ingiunzione *	29	1	-97%
Opposizione Ordinanze di Ingiunzione **	0	0	
Archiviazione Procedimenti (Art. 28 Legge 689/1981 e altre voci)	5	3	-40%
Istanze di Rateizzazioni con Piani Ammortamento	4	0	-100%
Ordinanze Dissequestri Merci e Attività	12	38	217%
Cessione gratuita merci dissequestrate per fini diversi da quelli originariamente definiti	1	16	1500%
Accesso Atti	1	1	0%
Formazione (Organizzazione, gestione Progetto formativo residenziale)	1	1	0%

Tabella 20 – Dati di attività ufficio sanzioni Fonte: Dipartimento di Prevenzione

Descrizione - REACH/CLP	2022	2023	Delta
Audizioni - art. 18 Legge 689/81	1	1	0%
Comunicazioni/ricieste documentazioni (Autorità Competenti/Organi Accertatori/Tribunale)	7	2	-71%
Commissioni Esame Ricorsi - Numero procedimenti esaminati	13	3	-77%
Ordinanza di Ingunzione	11	0	-100%
Ordinanza di Archiviazione	1	0	-100%
Accesso Atti	1	0	-100%

Tabella 21 – Dati di attività ufficio sanzioni Fonte: Dipartimento di Prevenzione

2.3.10 SC PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Attività:

- promozione ed educazione alla salute tramite attività di sensibilizzazione e formazione;
- medicina delle migrazioni;
- prevenzione secondaria (screening cervice uterina, mammella, colon retto);
- medicina dello sport.

Attività		2022	2023	Delta
Sbarchi DIRETTI	N° visite	1.985	816	-59%
	N° tamponi SARS-CoV2	890	9	-99%
	Diagnosi di scabbia	2	3	50%
	Invii in PS	2	7	250%
Sbarchi PROGRAMMATI	N° visite	421	1.873	345%
	N° tamponi SARS-CoV2	419	18	-96%
	N° diagnosi di scabbia e segnalazione a SC Igiene Pubblica	22	131	495%
	Invii in PS	1	6	500%
Ambulatorio STP	N° visite ambulatori STP (totale)	1.587	1.845	16%
	N° visite in Via Romagna	870	1.358	56%
	N° visite in V.le Trieste	717	487	-32%
	N° diagnosi di scabbia e segnalazione a SC Igiene Pubblica	9	12	33%
	N° accessi Sportello psicologico	20	50	150%
Emergenza Ucraina	N° visite	1.266	87	-93%
	N° certificazioni di idoneità all' inserimento in comunità	829	47	-94%
	N° tamponi SARS-CoV2	504	-	
Accertamento età MSNA	N° richieste di accertamento di età	12	8	-33%
TOTALE VISITE		5.271	4.629	-12%

Tabella 22 - attività svolte per la medicina delle migrazioni Fonte: Dipartimento di Prevenzione

RELAZIONE PERFORMANCE 2023 ASL CAGLIARI

ANNO	ATTIVITÀ	SCREENING CERVICE UTERINA*	SCREENING MAMMOGRAFICO**	SCREENING COLONRETTO***
2023	Invitalia1° livello	52.475	43.832	21.147
	N° Adesioni	18.305	14.206	4.885
	Tasso di Adesione grezza	34,90%	32,40%	23,10%
	Tasso di Adesione reale	36%	32,30%	5,75%
2022	Invitalia1° livello	62.466	46.558	51.923
	N° Adesioni	19.762	12.646	13.000
	Tasso di Adesione grezza	31,60%	27,20%	25%
	Tasso di Adesione reale	36,30%	28,10%	15,40%
DELTA	Tasso di Adesione grezza	3,30%	5,20%	-1,90%
	Tasso di Adesione reale	-0,30%	4,20%	-9,65%

Tabella 23 - attività svolte per la prevenzione secondaria Fonte dati: ONS (Osservatorio Nazionale screening)- GISCi* (Gruppo Italiano Screening del Cervico carcinoma) -GISMa** (Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico) GISCoR*** (Gruppo Italiano Screening tumori colonrettali)

E' necessario precisare che il numero degli inviti di primo livello dipende dalla disponibilità fornita dai Centri di secondo livello deputati all'esecuzione delle colonscopie, grazie ai quali è possibile garantire il rispetto dei parametri di accettabilità previsti dalle Linee Guida del GISCOR.

Visite mediche per il rilascio delle certificazioni di idoneità alle attività sportive svolte in forma agonistica		
Annualità 2022	Annualità 2023	Delta
1.611	2.353	46%

Visite mediche specialistiche per programmi terapeutico-riabilitativi per la popolazione in generale ed in particolare delle persone disabili, ivi compresa la prescrizione dell'attività fisica		
Annualità 2022	Annualità 2023	Delta
75	77	3%

Tabella 24 – Dati di attività visite mediche Fonte: Dipartimento di Prevenzione

2.3.11 SC SIAN Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Il servizio SIAN svolge la propria attività nell'ambito della sicurezza alimentare, della sorveglianza nutrizionale e educazione alimentare, al fine di migliorare la qualità di vita e ridurre la morbosità e mortalità per cause inerenti a fattori alimentari, contribuendo così, mediante la prevenzione, ad abbassare i costi diretti e indiretti dell'assistenza sanitaria.

Di seguito le principali attività svolte nel corso del 2023.

ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO

Nel corso dell'anno sono stati effettuati 2.595 campioni, di cui 128 presso pozzi, 60 presso impianti, 222 presso serbatoi, 24 presso sorgenti e 2161 presso la rete, per un totale di 22719 analisi di parametri sia chimici, microbiologici ed indicatori, con 97 parametri non conformi per una percentuale di conformità media del 99.71 %.

I controlli esterni sono stati effettuati nei seguenti punti:

1. impianti di potabilizzazione;
2. reti di distribuzione;

3. impianti di accumulo,
4. acque utilizzate nelle imprese alimentari;
5. acque fornite mediante cisterna, fissa o mobile.

Nell'arco del 2023 sono state registrate, nelle acque distribuite nelle reti idriche, 0 non idoneità d'uso e 97 non conformità parametri indicatori di cui 90 comunicate all'Ente Gestore per superamento dei valori di parametro indicatori e 7 non comunicate all'Ente Gestore.

ISPETTORATO MICOLOGICO

Nel corso del 2023 i Tecnici della Prevenzione micologi, hanno garantito il controllo dei funghi epigei freschi spontanei destinati alla vendita e/o somministrazione e al consumo diretto presso 5 sedi.

ATTIVITÀ DI VIGILANZA

L'attività di vigilanza si è svolta principalmente nei Box di vendita frutta e verdura presso il mercato di San Benedetto in Cagliari dove vengono venduti funghi epigei freschi spontanei, sia di provenienza locale che extraregionale.

CONSULENZA PER LE STRUTTURE OSPEDALIERE NEI CASI DI INTOSSICAZIONE DA FUNGHI

Nell'ambito della reperibilità straordinaria, finalizzata alla collaborazione con la Medicina d'Urgenza dei Presidi Ospedalieri operanti nel territorio Aziendale e extra Aziendale, i Tecnici della Prevenzione Micologi hanno effettuato 4 interventi per intossicazione da funghi con 8 persone coinvolte:

SISTEMA RAPIDO D'ALLERTA

Per notificare in tempo reale i rischi diretti o indiretti per la salute pubblica connessi al consumo di alimenti o mangimi, è stato istituito il "Sistema Rapido di Allerta Comunitario" sotto forma di rete, a cui partecipano la Commissione Europea e gli Stati membri dell'Unione.

IL SIAN del Dipartimento di Prevenzione interviene per:

1. segnalazioni in partenza dalla ASL: attivazione del "sistema di allerta" per riscontri di alimenti già presenti sul mercato e/o distribuiti nel territorio di competenza, che presentano un grave rischio per la salute dei consumatori, per i quali è richiesto l'intervento immediato.
2. segnalazioni in arrivo: allerte originate al di fuori della ASL, che riguardano alimenti prodotti e/o distribuiti nel territorio di competenza.

PROGETTO REGIONALE OKKIO 2023 – ASL CAGLIARI

Con la nota RAS Prot. N.6190 del 01.03.2023 si è dato l'avvio all'attività di rilevazione della 7° edizione del Progetto di Sorveglianza Okkio alla salute. Il campione di scuole presenti nel territorio di pertinenza del SIAN di Cagliari è costituito da 29 classi terze delle scuole primarie, per un totale di 504 alunni.

Sono stati svolti 10 incontri di formazione per la presentazione del progetto e del suo obiettivo, del campione di scuole di pertinenza del SIAN di Cagliari, e dell'individuazione dei compiti dei vari operatori. È stato consegnato il materiale didattico (guide, modulistica), sono state svolte esercitazioni per uniformare le modalità di rilevazione dei dati antropometrici da parte degli operatori, utilizzando la specifica strumentazione standardizzata, in dotazione per il progetto Okkio alla salute (bilance e stadiometri).

Sono state contattate le 29 classi che compongono il campione, per un totale di 504 alunni, e sono stati concordati gli appuntamenti per il 1° incontro con gli insegnanti.

Durante i lavori è emerso un tasso di rifiuti alla partecipazione superiore all'atteso, pertanto, al fine di garantire la rappresentatività del campione aziendale attribuito alla ASL di Cagliari è stato necessario reclutare le classi di riserva dal campione suppletivo.

Sono stati effettuati gli incontri con gli insegnanti delle 4 classi di riserva e svolte le rispettive rilevazioni antropometriche. Parallelamente allo svolgimento degli incontri si è proceduto al caricamento dei nuovi dati nella piattaforma web (data entry).

Nello specifico risultano completi in piattaforma:

- 29 plessi (tasso di copertura del 107,4%);
- 33 classi (tasso di copertura del 113,8%);
- 570 bambini iscritti (di cui inseriti 644, tasso di copertura del 113,1%).

CATEGORIZZAZIONE DEL RISCHIO

Secondo quanto premesso sopra, ed in continuità con quanto svolto negli anni passati, nel corso del 2023, il Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, in base alla programmazione e agli obiettivi stabiliti dal Servizio, ha provveduto ad effettuare una serie di controlli mirati all'ottenimento di una classificazione in base al profilo di rischio di alcuni stabilimenti registrati nell'anagrafe del SIAN e riconosciuti ai sensi del Regolamento (CE) n. 852/2004, in modo da:

- determinare la frequenza dei controlli (sulla base degli elementi predefiniti e tendenzialmente oggettivi ottenuti dalla classificazione);
- sottoporre a controllo gli stabilimenti con pari "profilo" attraverso una "valutazione del rischio" sovrapponibile e, quindi, utilizzando parametri di valutazione omogenei.

Per l'anno 2023, il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione della ASL di Cagliari ha selezionato n. 6 stabilimenti alimentari, di cui 3 imprese produttrici di conserve vegetali, un'impresa di produzione pasta secca (pastificio), un'industria che effettua produzione di birra (birrificio) e un centro cottura (ristorazione collettiva).

PROGETTO NUTRI-PREVENZIONE ONCOLOGICA

Nel 2023 è stata avviata l'erogazione delle consulenze gratuite di Nutri-Prevenzione per i pazienti oncologici

ed i loro familiari di riferimento.

Relativamente al progetto, si sono avviati tutti e tre gli ambiti di intervento previsti su pazienti oncologici e familiari, operatori Sanitari, popolazione scolastica e docenti scuola secondaria.

Di seguito il riepilogo dell'attività svolta.

- 1) Numero consulenze erogate: 256 (di cui 156 a pazienti e 100 a familiari)
- 2) Modalità erogazione ai pazienti: 138 in sede e 18 consulenze in video/audio-chiamata
- 3) Hanno usufruito della consulenza 200 persone (72 maschi, 128 femmine), di cui 119 affette da patologia oncologica (41 maschi, 78 femmine), 81 familiari (31 maschi, 50 femmine), 198 residenti nel territorio regionale e 2 extraregione.

EVENTI DI SENSIBILIZZAZIONE

- informazione e sensibilizzazione alla Nutri-Prevenzione oncologica nell'Ambito delle iniziative "Ottobre Rosa 2023" (mese di prevenzione e cura del tumore mammario). Dell'evento è stato curato anche il menù del buffet, come esperienza pratica di nutrizione salutare. Il numero di partecipanti all'evento è stato 40;
- sensibilizzare il Personale Sanitario allo Screening Nutrizionale Oncologico per migliorare l'adesione alle cure, ridurre le complicanze delle terapie oncologiche, migliorare la prognosi, migliorare la qualità di vita di malati e familiari col fine di favorire il processo di guarigione ed incoraggiare l'autonomia di paziente e familiari nel percorso di cure oncologiche. Il numero di partecipanti all'evento è stato 35;
- sensibilizzare gli studenti ed i docenti della scuola secondaria di secondo grado alla conoscenza del concetto di salute globale; Favorire l'acquisizione di un approccio autonomo e sostenibile alla salute personale e di comunità; Promozione della Salute attraverso l'acquisizione di informazioni sulla Nutri-Prevenzione oncologica. Il numero di partecipanti è stato 130 studenti e 12 docenti.

2.4 La Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio della ASL di Cagliari.

I dati descritti sono relativi alle attività svolte dai Centri di Salute Mentale (CSM), dall'Unità di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (UONPIA), dal Servizio per le Dipendenze (SerD), dal Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Correlati ad Alcol e Gioco d'Azzardo (Centro ALCOL/GAP), dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e dalla Residenza per l'esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), afferenti al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze della ASL di Cagliari.

Centri di Salute Mentale

La tabella mostra i dati relativi agli utenti in carico e alle prestazioni erogate con riferimento alle annualità 2022, 2023.

Il trend mostra un incremento pari al 3,85% del numero di soggetti presi in carico nel 2023 rispetto al 2022 e un incremento del numero di prestazioni del 4,42% anche grazie all'attività di collaborazione e sensibilizzazione con i MMG con l'obiettivo di creare un filtro rispetto agli accessi ai Centri di Salute Mentale.

2023		2022		Delta Assoluto 2023/2022		Delta % 2023/2022	
Utenti in carico		Utenti in carico		Utenti in carico		Utenti in carico	
N. Utenti	N. Prestazioni	N. Utenti	N. Prestazioni	N. Utenti	N. Prestazioni	N. Utenti	N. Prestazioni
8.581	174.170	8.263	166.793	318	7.377	3,85%	4,42%

Tabella 25 - Distribuzione utenti in carico e prestazioni erogate presso Centri di Salute Mentale ASL Cagliari. Trend 2023vs2022 Fonte dati: Dipartimento di salute mentale

Servizio per le Dipendenze (SerD) e Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Correlati ad Alcol e Gioco d'Azzardo

La tabella che segue illustra i dati relativi agli utenti in carico in base alla tipologia di dipendenza oggetto degli interventi, con riferimento alle annualità 2022 e 2023.

Rispetto al totale delle prese in carico si evidenzia un sostanziale trend in aumento del 9,00%.

Si rileva un sostanziale incremento delle prese in carico in particolare nell'ambito del disturbo da uso di alcol (+11,70%), del disturbo da gioco d'azzardo (+12,00%) e delle altre prese in carico (+14,80%).

Utenti in carico					
Anno	Tossicodipendenze	Alcolismo	Gioco d'Azzardo	Altro*	Totali
2023	1.851	583	401	1.689	5.361
2022	1.829	522	358	1.469	4.918
Delta %	1,20%	11,70%	12,00%	14,80%	9,00%

Tabella 26 - Distribuzione utenti in carico presso SERD/Centro ALCOL-GAP ASL Cagliari. Trend 2023vs2022 Fonte dati: Dipartimento di salute mentale

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

La Struttura complessa del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) assicura i livelli essenziali di assistenza (LEA) rispetto agli interventi di ricovero in urgenza, sia in regime volontario che di trattamento sanitario obbligatorio. Le attività del SPDC includono attività di consulenza per le Unità Operative Ospedaliere e per il Pronto Soccorso e l'elaborazione condivisa del progetto terapeutico con i CSM ai fini della continuità terapeutica al momento della dimissione.

Dall'analisi dei dati si evidenzia un incremento delle consulenze pari al 34,95%. Si può ipotizzare che l'aumento tendenziale sia stato condizionato in maniera significativa dall'evoluzione dell'emergenza COVID.

Per quanto riguarda il trend si assiste ad un lieve decremento nel passaggio dal 2022 al 2023 dei ricoveri in TSO (-8,80%) evidenziando, invece, un incremento dei ricoveri in regime volontario (+24,30%).

RELAZIONE PERFORMANCE 2023 ASL CAGLIARI

Dati	2023	2022	DELTA %
Pazienti dimessi	764	657	+16,29%
TSO - Trattamento Sanitario Obbligatorio	145	159	-8.80%
TSV - Trattamento Sanitario Volontario	619	498	+24,30%
Consulenze	2.043	1.514	+34,95%

Tabella 27 - Distribuzione attività SPDC ASL Cagliari. Trend 2023 vs 2022 - Fonte: SISAR SDO-FILE A (pazienti dimessi, TSO-TSV, ricoveri ripetuti)

Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza

La Struttura Complessa dell'Unità di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (UONPIA) assicura i livelli essenziali di assistenza (LEA) attraverso attività di diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi neurologici, psichiatrici, psicologici e neuropsicologici dell'età evolutiva (0-17 anni).

In relazione ai dati raccolti si evidenzia un incremento pari al 8,50% del numero di utenti del 10,00% del numero di prestazioni, risultato sostanzialmente omogeneo nelle varie sedi della Struttura Complessa.

2023		2022		Delta % 2023/2022		Delta 2023/2022 Assoluto	
Utenti presi in carico		Utenti presi in carico		Utenti presi in carico		Utenti presi in carico	
N. Utenti	N. Prestazioni	N. Utenti	N. Prestazioni	N. Utenti	N. Prestazioni	N. Utenti	N. Prestazioni
3.647	46.206	3.361	42.005	8,50%	10,00%	286	4.201

Tabella 28 - Distribuzione utenti in carico e prestazioni erogate presso NPIA ASL Cagliari. Trend 2023vs2022 Fonte dati: Point NPI – Rilevazione Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze ASL CA

REMS

La REMS è la Struttura ove, per disposizione dell'Autorità Giudiziaria, vengono ricoverati i pazienti affetti da patologie psichiatriche autori di reato. La REMS costituisce una Struttura Residenziale Psichiatrica per adulti a carattere intensivo (SPRAI) e assicura l'elaborazione di progetti riabilitativi atti al recupero delle persone ricoverate e al loro reinserimento nel contesto di provenienza.

Rispetto ai dati relativi alle dimissioni specifica che l'andamento differisce rispetto alla media generale relativa agli anni precedenti, ossia dal 2015 al 2020, in cui essa si attestava intorno a 7,5 pazienti all'anno. Il dato relativo all'ultimo triennio è indicativo della sempre maggiore resistenza da parte dei Servizi Territoriali di tutta la Regione a elaborare progetti terapeutico-riabilitativi finalizzati alla dimissione dei pazienti ad essa idonei, stanti le gravi attuali difficoltà di funzionamento verosimilmente determinate dalla carenza di risorse umane ed economiche.

Dati REMS	2023	2022	Delta %
Pazienti in carico	16	16	0
Nuovi accessi nell'anno	3	7	-57,14%
Dimissioni nell'anno	5	6	-16.70%
Eventi sentinella	9	10	-10,00%
Interventi psico-educativi, personali o di gruppo	1.430	1.560	-8,33%

Tabella 29 - Distribuzione utenti in carico presso REMS Capoterra ASL Cagliari. Trend 2023 vs 2022 Fonte: SMOP – Sistema informativo per il Monitoraggio del superamento degli OPG e Registri interni alla REMS

2.5 Assistenza Ospedaliera

All'interno della ASL di Cagliari sono presenti 11 strutture di ricovero, di cui 6 pubbliche e 5 private. Di seguito si rappresenta l'organizzazione dei posti letto nell'anno 2023, tenuto conto che durante l'anno sono stati definitivamente chiusi i reparti del P.O. Binaghi destinati alla gestione dell'emergenza covid.

Struttura	PL Degenza ordinaria	PL Day hospital	PL Day surgery	Totale
P.O. MICROCITEMICO A.CAO	35	33	0	68
P.O. MARINO	14	3	0	17
P.O. R. BINAGHI	59	7	0	66
P.O. S.GIUSEPPE	20	3	2	25
P.O. SAN MARCELLINO	36	5	2	43
P.O. SS. TRINITA'	316	23	8	347
Totale complessivo	480	74	12	566

Tabella 30 - Dati Posti Letto strutture pubbliche 2023 - fonte dati NSIS -HSP 12

Si precisa che 566 è il numero dei posti letto totali attivati nel corso del 2023, nella tabella seguente si evidenzia quanti ne sono stati disattivati in seguito alle chiusure dei reparti covid:

Struttura	PL Degenza ordinaria	PL Day hospital	PL Day surgery	Totale
P.O. R. BINAGHI	55	2	0	57
P.O. SS. TRINITA'	7	0	0	7
Totale complessivo	62	2	0	64

Tabella 31 - Dati Posti Letto disattivati strutture pubbliche nel corso del 2023 - fonte dati NSIS -HSP 12

Nel P.O. Binaghi risultano chiusi anche due posti letto di DH destinati alla Terapia del Dolore, che nell'ultimo trimestre dell'anno è stata trasferita presso il P.O. Marino.

Di seguito si rappresenta la distribuzione dei posti letto nelle case di cura private.

STRUTTURA	PL Degenza ordinaria	PL Day hospital	PL Day surgery	Totale
Casa Di Cura S.Anna S.R.L.	68	0	5	73
Casa Di Cura S. Antonio S.P.A.	108	3	4	115
Casa Di Cura Villa Elena	62	1	6	69
Nuova Casa Di Cura S.R.L.	75	11	10	96
Kinetika Sardegna S.R.L.	204	1	18	223
Totale complessivo	517	16	43	576

Tabella 32 - Dati Posti Letto strutture private 2023. Fonte NSIS – HSP13

Dimessi 2023 vs 2022 – strutture pubbliche

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

Struttura	Dimessi 2022	Dimessi 2023	Differenza assoluta	Differenza %	Valore 2022	Valore 2023	Differenza assoluta	Differenza %
P.O. S.Giuseppe - (Isili)	772	1.030	258	33%	2.031.284	2.469.867	438.583	22%

RELAZIONE PERFORMANCE 2023 ASL CAGLIARI

Struttura	Dimessi 2022	Dimessi 2023	Differenza assoluta	Differenza %	Valore 2022	Valore 2023	Differenza assoluta	Differenza %
1 - Ricovero Ordinario	459	499	40	9%	1.400.459	1.379.305	-21.155	-2%
2 - Day Hospital	313	531	218	70%	630.825	1.090.562	459.737	73%
P.O. R. Binaghi - (Cagliari)	2.980	3.928	948	32%	6.110.446	3.094.129	-3.016.317	-49%
1 - Ricovero Ordinario	888	332	-556	-63%	4.965.690	1.929.197	-3.036.492	-61%
2 - Day Hospital	2.092	3.596	1.504	72%	1.144.756	1.164.932	20.176	2%
P.O. Marino - (Cagliari)	181	120	-61	-34%	2.066.872	1.765.314	-301.558	-15%
1 - Ricovero Ordinario	175	106	-69	-39%	2.059.994	1.746.600	-313.395	-15%
2 - Day Hospital	6	14	8	133%	6.877	18.714	11.836	172%
P.O. Ss. Trinita' - (Cagliari)	13.614	16.305	2.691	20%	33.636.698	43.080.209	9.443.511	28%
1 - Ricovero Ordinario	9.907	12.576	2.669	27%	28.951.663	38.302.609	9.350.946	32%
2 - Day Hospital	3.707	3.729	22	1%	4.685.034	4.777.600	92.565	2%
P.O. San Marcellino - (Muravera)	833	766	-67	-8%	2.355.318	2.328.228	-27.090	-1%
1 - Ricovero Ordinario	500	447	-53	-11%	1.467.362	1.381.389	-85.973	-6%
2 - Day Hospital	333	319	-14	-4%	887.955	946.839	58.884	7%
P.O. Microcitemico A.Cao - (Cagliari)	3.863	3.655	-208	-5%	8.744.961	8.965.751	220.790	3%
1 - Ricovero Ordinario	1.094	1.207	113	10%	2.852.223	3.361.966	509.743	18%
2 - Day Hospital	2.769	2.448	-321	-12%	5.892.738	5.603.785	-288.953	-5%
Totale	22.243	25.804	3.561	16%	54.945.578	61.703.497	6.757.919	12%

Tabella 33 – Dati Ricovero strutture pubbliche 2022- 2023 - Fonte Abaco

Dalla tabella si evince un incremento dei ricoveri nel periodo di riferimento pari a circa il 16%. Tale incremento è riconducibile principalmente ad un incremento dei ricoveri sia in area medica che in area chirurgica, in particolare nell' area chirurgica nel P.O. SS Trinità (+26%) e nell'area medica del P.O. SS. Trinità (+8%). Il presidio ha infatti ripreso le attività di ricovero a pieno regime e l'incremento si giustifica anche considerando che nell'anno 2022 il Pronto Soccorso è stato riattivato nel mese di giugno. Gli incrementi più significativi sono da attribuire al reparto di chirurgia generale, che ha quasi raddoppiato l'attività, al reparto di malattie infettive, di urologia, unità coronarica e pneumologia.

Nel P. O. Binaghi l'attività di ricovero ordinario si riduce considerando appunto la chiusura dei reparti covid, mentre l'incremento è dato dall'attività svolta dall'unico reparto rimasto attivo, ovvero la Neurologia (Centro di riferimento regionale per i pazienti affetti da sclerosi multipla). E' opportuno evidenziare che per quanto riguarda il P.O. Binaghi, il reparto di Neurologia Day Hospital ha incrementato l'attività di circa il 72%.

Nel P.O. Microcitemico si registra un incremento dei ricoveri ordinari ed una leggera flessione dei ricoveri in DH. 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 leggera contrazione dei ricoveri a Muravera (-8%), da attribuire principalmente ai ricoveri ordinari in entrambi i reparti.

Nel P.O. San Giuseppe invece si registra un incremento dei ricoveri in Day Hospital pari al 70% e del 9% dei ricoveri ordinari.

Nella tabella che segue invece, si rappresentano i ricoveri, sia ordinari che diurni, raggruppati per branca.

Si rileva che il maggior numero dei ricoveri si concentra nelle branche Ostetricia e ginecologia, Medicina Generale, Chirurgia generale, Malattie infettive, Ortopedia e Urologia.

Quasi tutti i reparti sopracitati sono concentrati nel P.O. SS. Trinità, ad eccezione della Neurologia, il cui volume è dato in gran parte dal Centro sclerosi multipla collocato presso il P.O. Binaghi.

Analizzando il trend rispetto ai due anni di riferimento si può notare un incremento generale dei volumi di attività, soprattutto nelle branche Pneumologia (+78%), Neuroriabilitazione (+61%), Dermosifilopatia (+76%), Ematologia (+76%) e Chirurgia generale (+50%).

Si rileva invece un decremento nei volumi di ricovero per le branche Chirurgia maxillo facciale, Neonatologia, Medicina generale e Terapia intensiva (considerata anche la definitiva chiusura dei posti letto covid).

Non è possibile il confronto per la disciplina Geriatria, che nel 2022 era stata trasformata in reparto covid presso la sede del P.O. Binaghi e solo nel corso del 2023 ha ripreso la regolare attività presso il P.O. SS. Trinità.

Lo stesso vale per la Lungodegenza, i cui posti letto sono stati definitivamente chiusi con la fine dell'emergenza pandemica.

Disciplina	Dimessi 2022	Dimessi 2023	Delta Dimessi	Valore 2022	Valore 2023	Delta Valore
Chirurgia Generale	1.104	1.743	58%	3.431.437,81 €	5.149.067,72 €	50%
Chirurgia Maxillo-Facciale	313	296	-5%	773.336,76 €	608.509,86 €	-21%
Day Hospital (Multispecialistico)	594	582	-2%	3.195.083,42 €	3.156.615,23 €	-1%
Dermosifilopatia	14	29	107%	13.331,05 €	23.428,10 €	76%
Ematologia	12	14	17%	297.078,82 €	525.428,67 €	77%
Endocrinologia	120	153	28%	46.542,43 €	66.201,36 €	42%
Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia	456	577	27%	1.278.951,08 €	1.721.300,57 €	35%
Geriatria		334			1.194.250,51 €	
Lungodegenti	130		-100%	259.644,00 €		-100%
Malattie Infettive E Tropicali	1.471	1.710	16%	2.669.105,19 €	3.321.259,48 €	24%
Medicina Generale	3.219	2.779	-14%	10.808.634,67 €	9.077.190,59 €	-16%
Neonatologia	145	38	-74%	175.899,51 €	74.603,89 €	-58%
Neurologia	2.055	3.561	73%	1.109.956,92 €	1.125.795,63 €	1%
Neuropsichiatria Infantile	1.001	779	-22%	844.044,93 €	771.059,06 €	-9%
Neuroriabilitazione	76	115	51%	41.158,04 €	66.466,40 €	61%
Nido	1.578	1.505	-5%	1.156.912,43 €	1.099.694,30 €	-5%
Oncoematologia	704	752	7%	2.195.950,69 €	2.202.612,28 €	0%
Ortopedia E Traumatologia	1.128	1.425	26%	4.355.074,46 €	5.733.512,13 €	32%
Ostetricia E Ginecologia	3.557	3.253	-9%	5.671.573,52 €	5.089.402,48 €	-10%
Otorinolaringoiatria	606	888	47%	2.152.988,14 €	2.685.602,33 €	25%
Pediatria	706	869	23%	1.153.275,35 €	1.541.396,35 €	34%
Pneumologia	454	854	88%	1.845.169,64 €	3.282.345,43 €	78%
Psichiatria	657	771	17%	1.618.873,62 €	1.830.487,41 €	13%
Terapia Intensiva	264	210	-20%	2.715.638,86 €	1.956.376,01 €	-28%
Unità Coronarica	810	1.139	41%	3.085.946,76 €	4.780.335,77 €	55%
Unità Spinale	75	110	47%	1.860.686,70 €	1.757.946,94 €	-6%
Urologia	994	1.318	33%	2.189.283,27 €	2.862.608,10 €	31%

RELAZIONE PERFORMANCE 2023 ASL CAGLIARI

Disciplina	Dimessi 2022	Dimessi 2023	Delta Dimessi	Valore 2022	Valore 2023	Delta Valore
Totale complessivo	22.243	25.804	16%	54.945.578,07 €	61.703.496,60 €	12%

Tabella 34 - Dati Ricovero strutture pubbliche con dettaglio branca 2022- 2023 - Fonte Abaco

Le tabelle che seguono rappresentano i dati relativi ai primi 20 DRG (Diagnosis Related Group) prodotti nelle strutture Pubbliche della Asl di Cagliari, distinti per tipologia di ricovero, con integrazione del valore della degenza media grezza (calcolata per i soli ricoveri in regime ordinario). Il dato è raffrontato con gli stessi dati del 2022 (anno caratterizzato da una parziale ripresa dall'emergenza sanitaria).

Codice e descrizione DRG	Dimessi 2022	Degenza media 2022	Dimessi 2023	Degenza media 2023	Delta % Dimessi	Delta % Degenza media
391 [M] - Neonato normale	1.249	3,2	1.200	3,4	-4%	3%
373 [M] - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.010	3,7	901	3,8	-11%	-9%
576 [M] - Sett看emia senza ventilazione meccanica 96 ore, età > 17 anni	378	14,8	594	14,3	57%	52%
087 [M] - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	495	14,5	525	10,9	6%	-20%
430 [M] - Psicosi	478	16,5	515	15,9	8%	4%
371 [C] - Parto cesareo senza CC	410	4,6	354	4,1	-14%	-23%
127 [M] - Insufficienza cardiaca e shock	237	10,5	343	10,2	45%	41%
298 [M] - Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	266	3,5	284	3,8	7%	15%
079 [M] - Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	414	18,0	236	17,9	-43%	-43%
089 [M] - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	186	14,0	226	11,1	22%	-4%
395 [M] - Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	143	8,1	205	6,4	43%	13%
390 [M] - Neonati con altre affezioni significative	204	4,4	184	4,5	-10%	-9%
210 [C] - Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	139	13,3	182	9,9	31%	-3%
219 [C] - Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	139	10,4	177	8,9	27%	8%
310 [C] - Interventi per via transuretrale con CC	101	4,3	171	5,4	69%	112%
316 [M] - Insufficienza renale	108	10,0	170	9,5	57%	50%
359 [C] - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	138	2,7	166	2,5	20%	14%
428 [M] - Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	155	11,1	161	11,7	4%	10%
566 [M] - Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	125	11,8	140	11,0	12%	4%
518 [C] - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	67	3,5	138	2,9	106%	68%

Tabella 35 - Elenco dei primi 20 DRG - regime di ricovero ordinario, ordinati per numerosità decrescente (Fonte dati:ABACO)

Dall'analisi dei primi 20 DRG si evince, come già noto, il forte impatto che hanno i DRG legati alla sfera materno

infantile sui volumi complessivi, grazie all'incremento delle puerpere che decidono di far nascere i propri bambini nel P.O. SS. Trinità.

Si rileva un incremento di setticemie, psicosi, insufficienza cardiaca, mentre si registra una riduzione di alcune patologie dell'apparato respiratorio, quali DRG 079 - Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC.

Codice e descrizione DRG	Dimessi 2022	Degenza media 2022	Dimessi 2023	Degenza media 2023	Delta % Dimessi	Delta % Degenza media
013 [M] - Sclerosi multipla e atassia cerebellare	1.900	2,3	3.223	1,3	70%	-3%
490 [M] - H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	686	2,7	735	2,7	7%	6%
395 [M] - Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	598	17,2	593	17,4	-1%	1%
359 [C] - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	556	1,0	449	1,0	-19%	-19%
266 [C] - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	185	1,0	412	1,0	123%	124%
431 [M] - Disturbi mentali dell'infanzia	432	2,2	390	2,6	-10%	8%
380 [M] - Aborto senza dilatazione e raschiamento	318	2,2	324	2,2	2%	3%
410 [M] - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	234	12,2	239	12,2	2%	2%
500 [C] - Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	244	1,0	238	1,0	-2%	-2%
369 [M] - Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	298	1,4	220	1,4	-26%	-27%
234 [C] - Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	196	1,0	215	1,0	10%	10%
467 [M] - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	214	3,0	159	2,5	-26%	-39%
139 [M] - Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	114	1,0	144	1,0	26%	31%
430 [M] - Psicosi	168	3,5	144	3,9	-14%	-4%
321 [M] - Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	98	1,4	113	1,5	15%	23%
396 [M] - Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	115	14,9	110	15,0	-4%	-4%
162 [C] - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	100	1,0	109	1,0	9%	11%
012 [M] - Malattie degenerative del sistema nervoso	56	2,2	101	2,0	80%	65%
206 [M] - Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	84	2,7	96	2,8	14%	20%
019 [M] - Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	31	5,5	89	1,9	187%	-1%

Tabella 36 - Elenco dei primi 20 DRG - regime di ricovero diurno, ordinati per numerosità decrescente (Fonte dati: ABACO)

Tra i ricoveri in regime diurno si evidenzia il notevole incremento dei 266 [C] - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC e DRG 013 - Sclerosi multipla e atassia cerebellare, pari rispettivamente a 123% e 70%. Si rileva inoltre l'incremento dei DRG 139 Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC, pari a 26% circa. A fronte dell'incremento descritto si registra una contrazione per i DRG 467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute, 359 [C] - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne

senza CC, 369 [M] - Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile.

Dimessi 2023 vs 2022 – Strutture Private

Si registra un lieve incremento anche nell'attività di ricovero delle case di cura private, principalmente attribuibile alle tre strutture di Kinetika.

Struttura	Dimessi 2022	Dimessi 2023	Differenza assoluta	Differenza %	Valore 2022	Valore 2023	Differenza assoluta	Differenza %
Casa Di Cura S.Anna	2.820	2.869	49	2%	5.445.976	5.451.866	5.890	0%
1 - Ricovero Ordinario	978	946	-32	-3%	2.651.692	2.538.246	-113.446	-4%
2 - Day Hospital	1.842	1.923	81	4%	2.794.284	2.913.620	119.336	4%
Casa Di Cura S. Antonio	3.673	3.712	39	1%	7.793.406	7.911.019	117.613	2%
1 - Ricovero Ordinario	1924	1.879	-45	-2%	5.179.767	5.067.338	-112.429	-2%
2 - Day Hospital	1.749	1.833	84	5%	2.613.639	2.843.682	230.042	9%
Casa Di Cura Villa Elena	2.654	2.673	19	1%	7.273.826	7.217.025	-56.801	-1%
1 - Ricovero Ordinario	1.902	1.894	-8	0%	6.266.362	6.153.718	-112.643	-2%
2 - Day Hospital	752	779	27	4%	1.007.465	1.063.307	55.842	6%
Nuova Casa Di Cura	6.104	6.688	584	10%	11.155.199	11.593.775	438.575	4%
1 - Ricovero Ordinario	2.795	2.778	-17	-1%	8.232.742	7.953.194	-279.548	-3%
2 - Day Hospital	3.309	3.910	601	18%	2.922.458	3.640.581	718.123	25%
Kinetika Sardegna (QuartuS.Elena)	5.153	5.331	178	3%	17.670.227	18.546.924	876.697	5%
1 - Ricovero Ordinario	3.588	3.804	216	6%	15.295.657	16.226.975	931.318	6%
2 - Day Hospital	1.565	1.527	-38	-2%	2.374.570	2.319.949	-54.621	-2%
Kinetika Sardegna (QuartuS.Elena)	3.306	3.306	0	0%	10.516.468	10.864.488	348.020	3%
1 - Ricovero Ordinario	1.750	1.773	23	1%	8.013.622	8.416.641	403.019	5%
2 - Day Hospital	1.556	1.533	-23	-1%	2.502.846	2.447.847	-55.000	-2%
Kinetika Sardegna - (Cagliari)	880	888	8	1%	5.747.962	5.989.083	241.121	4%
1 - Ricovero Ordinario	880	888	8	1%	5.747.962	5.989.083	241.121	4%
Totale	24.590	25.467	877	4%	65.603.065	67.574.180	1.971.115	3%

Tabella 37 – Dati Ricovero 2022- 2023 Strutture private Fonte Abaco

Anche in questo caso si rappresenta di seguito l'attività di ricovero delle case di cura private raggruppata per branca.

La branca con la maggiore incidenza risulta essere l'ortopedia e traumatologia, a seguire la chirurgia generale, la Medicina generale, l'Urologia e la Riabilitazione. Quasi in tutte le discipline si rileva un incremento nell'attività di ricovero, eccetto la chirurgia maxillo facciale, la lungodegenza, l'Oculistica e l'otorinolaringoiatria.

Branca	Dimessi 2022	Dimessi 2023	Delta Dimessi	Valore 2022	Valore 2023	Delta Valore
Cardiologia	114	134	18%	318.264,34 €	440.269,35 €	38%
Chirurgia Generale	4.975	5.480	10%	9.579.434,32 €	10.116.940,08 €	6%
Chirurgia Maxillo-Facciale	351	296	-16%	643.769,30 €	551.040,15€	-14%
Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia	53	52	-2%	100.793,28 €	118.464,59 €	18%
Geriatrica	723	754	4%	2.071.898,84 €	2.185.371,81€	5%
Lungodegenti	659	612	-7%	2.799.032,74 €	2.780.185,64 €	-1%
Medicina Fisica E Riabilitazione	1.975	2.164	10%	8.284.248,72 €	8.893.433,67 €	7%

Branca	Dimessi 2022	Dimessi 2023	Delta Dimessi	Valore 2022	Valore 2023	Delta Valore
Medicina Generale	2.584	2.720	5%	2.307.556,18 €	2.377.243,50 €	3%
Oculistica	97	85	-12%	119.057,32 €	104.381,37 €	-12%
Ortopedia E Traumatologia	7.642	7.862	3%	29.545.536,71 €	30.295.034,7€	3%
Ostetricia E Ginecologia	1.801	1.780	-1%	3.131.382,92 €	3.115.813,40 €	0%
Otorinolaringoiatria	818	793	-3%	1.359.191,97 €	1.311.293,69 €	-4%
Urologia	2.798	2.735	-2%	5.342.898,41 €	5.284.707,88 €	-1%
Totale complessivo	24.590	25.467	4%	65.603.065,05 €	67.574.179,90 €	3%

Tabella 38 – Dati Ricovero 2022- 2023 Strutture private con dettaglio branca - Fonte Abaco

3. Analisi delle risorse umane

3.1 Le risorse umane

L'anno 2023 è stato un anno di riorganizzazione e definizione della tecnostruttura amministrativa della ASL di Cagliari e dell'articolazione aziendale.

Da un'analisi più approfondita della composizione del personale si riportano alcuni dati significativi.

1. L'analisi di genere evidenzia in azienda una percentuale di presenza femminile pari circa il 70% del personale sul totale. Si sottolinea inoltre che la presenza delle donne è garantita anche nelle posizioni apicali ai vertici delle Macrostrutture aziendali Ospedaliere, Distrettuali e Amministrative, infatti le stesse rappresentano il 66% del totale dei Dirigenti aziendali, al contrario la percentuale dei Dirigenti uomini è del 34%.

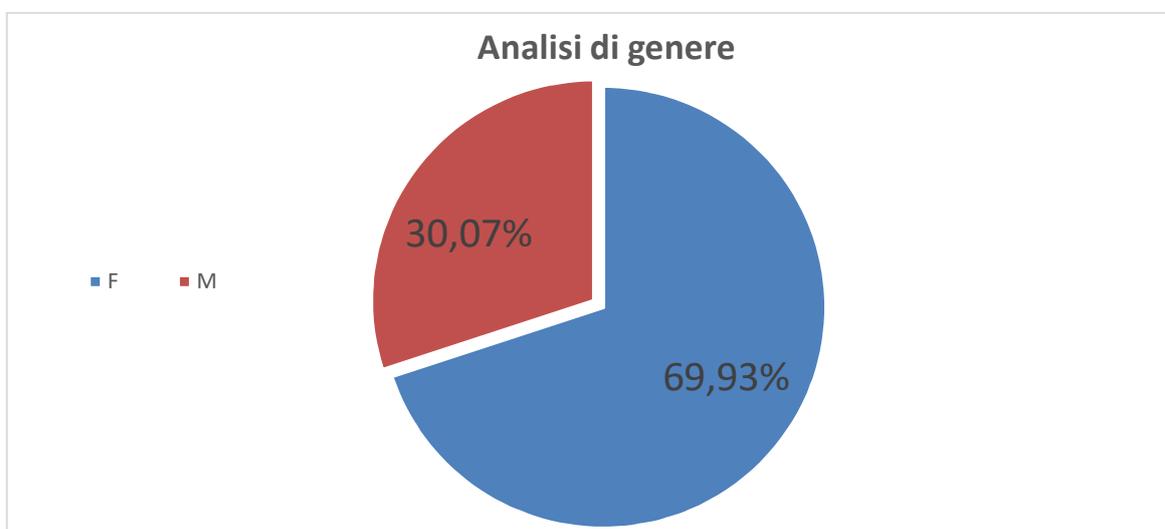


Figura 2 – Analisi di genere del personale

2. L'analisi per tipologia contrattuale e ruolo

Il grafico e la tabella che seguono rappresentano la distribuzione del personale presente nella ASL di Cagliari al 31/12/2023, con distinzione per ruolo e per tipologia contrattuale, per un totale di 4.084 dipendenti, di cui 3.866 a tempo indeterminato (circa il 95%) e 218 a tempo determinato (circa il 5%).

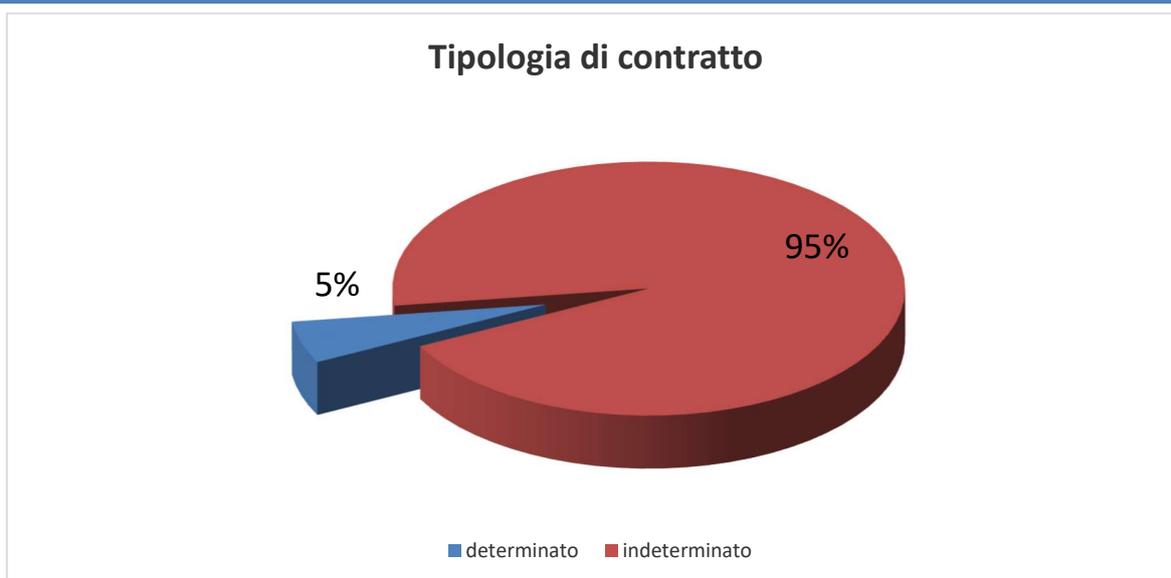


Figura 3 – Analisi del personale per tipologia di contratto

RUOLI	Tempo determinato	Tempo indeterminato	Totale	Incidenza
RUOLO AMMINISTRATIVO	65	242	307	7,52%
RUOLO PROFESSIONALE		12	12	0,29%
RUOLO SANITARIO	63	2.995	3.058	74,88%
RUOLO SOCIO SANITARIO	2	77	79	1,93%
RUOLO TECNICO	88	540	628	15,38%
Totale complessivo	218	3.866	4.084	100,00%

Tabella 39 – Classificazione del personale per ruolo e tipologia contrattuale

Secondo la classificazione del personale per ruolo si rileva che circa il 75 % dei dipendenti è inquadrato in ambito sanitario, il 15% nel ruolo tecnico, il 7,5 % nel ruolo amministrativo e solo lo 0,3 % nel ruolo professionale.

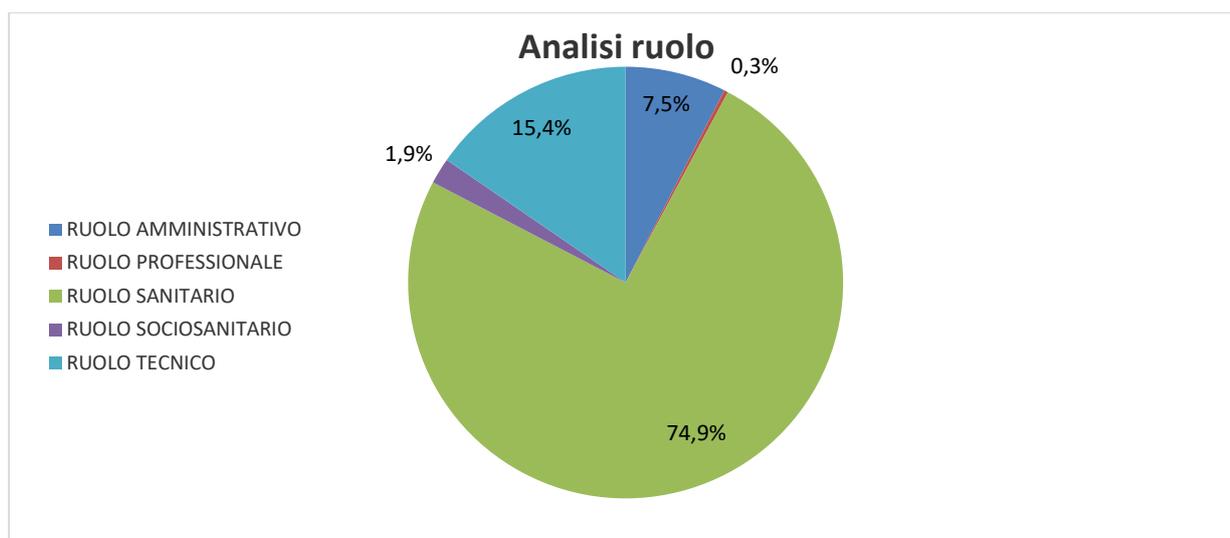


Figura 4 – Analisi del personale per ruolo

Da un confronto con l'anno precedente, emerge che nel corso del 2023 nel ruolo amministrativo sono incrementati i contratti a tempo indeterminato (da 199 a 242) e si sono ridotti quelli a tempo determinato (da

104 a 65). Anche nel ruolo tecnico incrementa il numero di dipendenti a tempo indeterminato e si riduce quello dei dipendenti a tempo determinato. Inoltre si è introdotto un nuovo ruolo, quello sociosanitario, con 79 dipendenti.

RUOLI	Tempo determinato ANNO 2022	Tempo indeterminato ANNO 2022	Totale ANNO 2022	Incidenza ANNO 2022
RUOLO AMMINISTRATIVO	104	199	303	7,34%
RUOLO PROFESSIONALE		6	6	0,15%
RUOLO SANITARIO	130	2.997	3.127	75,75%
RUOLO TECNICO	176	516	692	16,76%
Totale complessivo	410	3.718	4.128	100,00%

Tabella 40 – Analisi quantitativa del personale per ruolo nell’anno 2023

Si evidenzia inoltre che nel corso del 2023 sono stati acquisiti i servizi di Ufficio Tecnico e patrimonio e le due Strutture farmaceutiche, sia ospedaliera che territoriale, come rappresentato nella tabella seguente.

Struttura	Totale
Area tecnica	46
Farmacia Ospedaliera	24
Farmacia Territoriale	27
Totale complessivo	97

Tabella 41 – Dettaglio numero dipendenti nuove strutture

L’età media del personale è di circa 52 anni, che corrisponde anche all’età media delle donne, considerato che quest’ultime corrispondono al 70% del personale totale. Il restante 30% del personale maschile ha un’età media di 53/54 anni.

Si evidenzia infine che nel corso del 2023 si è provveduto a:

- adottare l'organigramma delle posizioni organizzative del comparto;
- adottare l'organigramma delle posizioni organizzative degli incarichi della dirigenza sanitaria relativo alle strutture complesse, semplici dipartimentali e interne alle SC e altissime professionalità;
- conferire una cospicua parte degli incarichi al personale sia sanitario che amministrativo del comparto;
- attivare la procedura per il conferimento degli incarichi alla dirigenza sanitaria.

3.2 Lavoro agile

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

L’art. 14 della suddetta legge avente ad oggetto la “promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche” prevedeva espressamente che le amministrazioni pubbliche adottassero misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l’attuazione del telelavoro e per la sperimentazione di nuove modalità di svolgimento della prestazione lavorativa. Le misure da adottare dovevano garantire ad

almeno il 10% dei dipendenti richiedenti la possibilità di avvalersi di tali innovative modalità in un arco temporale di tre anni.

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

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

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

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

A seguito dell'introduzione da parte del Legislatore, con Decreto Legge n. 80 del 9 giugno 2021 convertito con modificazioni dalla Legge n. 113 del 6 agosto 2021 del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO), il POLA costituisce parte del PIAO. Quest'ultimo ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni, tra i quali il POLA, prevedendo come termine per l'adozione il 31 gennaio di ogni anno.

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

Tale principio si basa sui seguenti fattori:

- Flessibilità dei modelli organizzativi.
- Autonomia nell'organizzazione del lavoro.

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

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

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

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

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 nel Piano 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.

Dal 01/01/2023 fino alla data odierna si è accertato che sulla totalità dei dipendenti in forza a questa Azienda solamente 41, in possesso dei requisiti, hanno usufruito di questa modalità di svolgimento della prestazione lavorativa e che i relativi accordi individuali trasmessi alla Direzione Generale sono stati comunicati telematicamente sul Portale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Il Decreto Legge 29 dicembre 2022 n. 198 cosiddetto "Milleproroghe", convertito in Legge 24 febbraio 2023 n. 14 ha prorogato l'accesso allo smart working ai lavoratori dipendenti pubblici e privati rientranti nella categoria

dei soggetti fragili fino al 30 giugno 2023.

Da ultimo, la Legge 3 luglio 2023, n. 85, di conversione del decreto legge 4 maggio 2023 n. 48, ha previsto un'ulteriore proroga dei termini per l'accesso al lavoro agile per i lavoratori fragili nel settore pubblico e privato, fissata al 30 settembre 2023, nonché al 31 dicembre 2023 per i lavoratori dipendenti in possesso di determinati requisiti.

L'Amministrazione ha avuto modo di far predisporre una nuova informativa sulla sicurezza sul lavoro, la cui adozione formale è attualmente in corso, in sostituzione di quella precedente adottata a suo tempo da ATS Sardegna, volta a fornire adeguate indicazioni ai dipendenti che svolgono la propria attività in modalità agile.

Ai fini della presente relazione e sulla base degli accordi individuali di lavoro agile stipulati nel corso dell'anno 2023 si nota che le attività oggetto di smart working sono ovviamente di carattere non sanitario quali ad esempio (aggiornamento fascicoli degli utenti in carico, colloqui telefonici, redazione di relazioni ecc.).

Ci si riserva per il futuro l'elaborazione di un regolamento aziendale, tenendo in considerazione altresì le eventuali novità che potrebbero intervenire a livello legislativo e vedere in che modo incideranno su questa particolare modalità di svolgimento della prestazione lavorativa.

4. Le risorse economiche finanziarie

4.1 Analisi delle principali voci di bilancio

Con riferimento all'analisi delle risorse economiche si evidenzia che i dati per l'anno 2023 non sono ancora definitivi e sono suscettibili di variazioni in quanto non è stato ancora approvato il bilancio d'esercizio.

Le tabelle seguenti evidenziano l'analisi dei costi di produzione per l'esercizio 2023, sulla base del CE consuntivo IV trimestre 2023, e la relativa incidenza sul totale dei costi della produzione espressa in valore %.

Variabili economiche	Valore anno 2023	% sul totale
Acquisti di beni	146.668.116,44 €	12,9%
<i>Acquisti di beni sanitari</i>	145.069.776,80 €	
<i>Acquisti di beni non sanitari</i>	1.598.339,64 €	
Acquisti di servizi	722.073.804,86 €	63,6%
<i>Acquisti servizi sanitari</i>	661.830.556,31 €	
<i>Acquisti di servizi non sanitari</i>	60.243.248,55 €	
Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	9.663.745,75 €	0,9%
Godimento di beni di terzi	4.301.596,59 €	0,4%
Costo del personale	226.496.070,64 €	19,9%
<i>Personale del ruolo sanitario</i>	190.015.977,04 €	
<i>Personale del ruolo professionale</i>	726.383,51 €	
<i>Personale del ruolo tecnico</i>	24.692.405,80 €	
<i>Personale del ruolo amministrativo</i>	11.061.304,29 €	
Oneri diversi di gestione	2.810.348,95 €	0,2%
Ammortamenti	10.744.468,10 €	0,9%
Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	- €	0,0%
Variazione delle rimanenze	- 713.919,84 €	-0,1%
Accantonamenti dell'esercizio	14.181.357,52 €	1,2%
<i>Accantonamenti per rischi</i>	1.084.176,78 €	
<i>Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati</i>	4.976.085,53 €	
<i>Altri accantonamenti</i>	7.447.871,94 €	
Totale costi della produzione (B)	1.136.225.589,01 €	

Tabella 42– Costi della produzione anno 2023

Costi della produzione

In sintesi si rappresenta l'andamento dei costi della produzione per macrovoce, riconducibile all'attività gestionale e organizzativa finalizzata alla produzione dei servizi sanitari e la relativa incidenza di ciascuna voce rispetto al totale del costo della produzione sostenuto per l'esercizio.

Nella seguente tabella si evidenzia nel dettaglio la composizione della voce "Acquisti di beni" costituita dai beni sanitari e non sanitari. L'importo dell'anno 2023 è pari a circa 146 milioni di euro, con un'incidenza del 12,9% sul totale dei costi della produzione. Come si può osservare, l'incidenza maggiore è data dai beni sanitari, con un importo di circa 145 milioni di euro, equivalente al 98,9% del valore della voce Acquisti di beni, da cui si rileva il potenziamento della produzione aziendale per l'assistenza territoriale e ricoveri ospedalieri che si riflettono sulla maggiore spesa per medicinali.

Acquisti di beni	146.668.116,44 €
<i>Acquisti di beni sanitari</i>	<i>145.069.776,80 €</i>
<i>Acquisti di beni non sanitari</i>	<i>1.598.339,64 €</i>

Tabella 43 - Voci di costo "Acquisti di beni"

Nell'analisi dei costi della produzione è utile evidenziare l'incidenza della voce "Acquisti di servizi", che con un valore di 722.073 milioni di euro, incide sul totale dei costi della produzione per il 63,6%.

Anche in questo caso la distinzione tra servizi sanitari e non sanitari è ben definita, difatti i servizi sanitari, con un valore di 661.830 milioni di euro, incide per il 92% circa sul totale della voce Acquisti di servizi, come rappresentato nella tabella seguente. In particolare si rileva l'adeguamento della mobilità passiva, oltre il potenziamento dei servizi erogati a favore dell'attività specialistica ambulatoriale e ospedaliera, prestazioni di ricovero, maggiore assistenza integrativa, protesica e Assistenza Domiciliare integrata ADI.

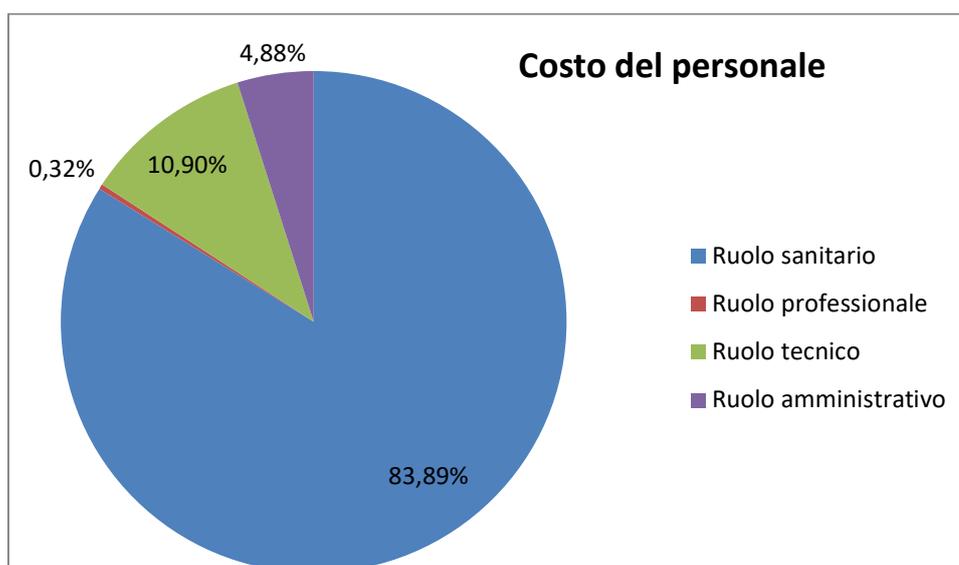
Acquisti di servizi	722.073.804,86 €
<i>Acquisti servizi sanitari</i>	<i>661.830.556,31 €</i>
<i>Acquisti di servizi non sanitari</i>	<i>60.243.248,55 €</i>

Tabella 44 – Voce di costo "Acquisto di servizi" - sanitari e non sanitari

Altra voce significativa del costo della produzione 2023 è rappresentato dal Costo del Personale, secondo la nuova organizzazione aziendale che rappresenta complessivamente quasi il 20% del totale costi della Produzione. L'incidenza maggiore è data dal costo del personale sanitario che con un valore di 190.015 milioni di euro, incide per circa l'84% sul costo totale del personale, come evidenziato nel grafico.

Totale Costo del personale	226.496.071
Personale del ruolo sanitario	190.015.977
Personale del ruolo professionale	726.384
Personale del ruolo tecnico	24.692.406
Personale del ruolo amministrativo	11.061.304

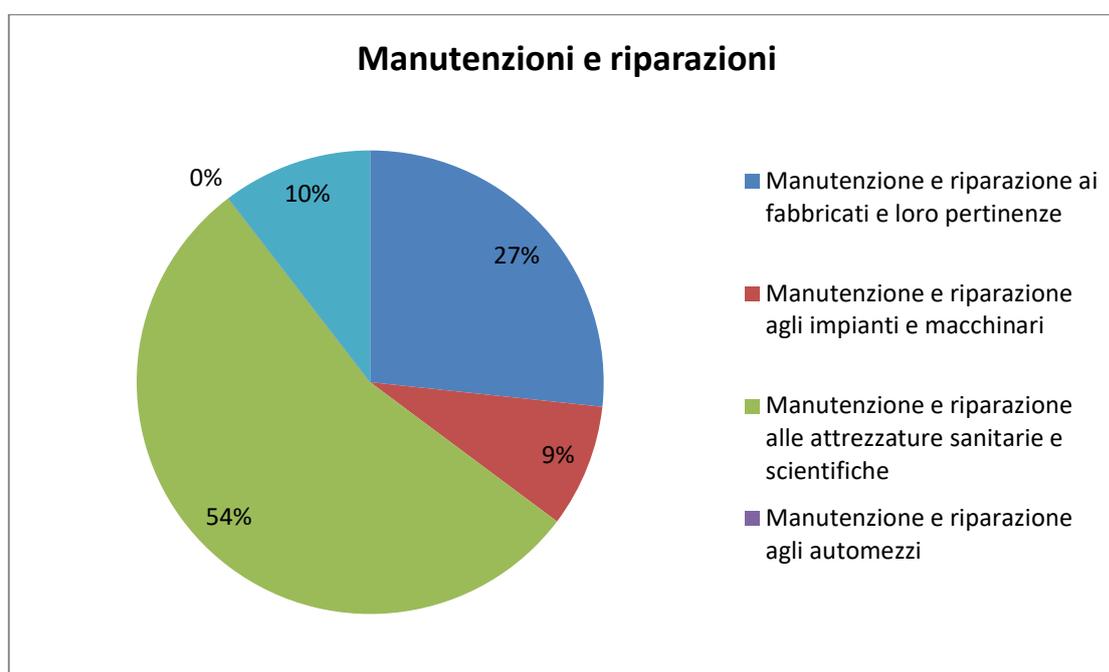
Tabella 45 – Voce di costo del personale -



Le voci Manutenzione e riparazione, Godimento beni di terzi, Oneri diversi di gestione, Ammortamenti e Accantonamenti, incidono in misura minore rispetto alle analisi precedenti.

Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	9.663.746
Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze	2.578.809
Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari	828.475
Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche	5.249.826
Manutenzione e riparazione ai mobili e arredi	0
Manutenzione e riparazione agli automezzi	2.397
Altre manutenzioni e riparazioni	1.004.239
Manutenzioni e riparazioni da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0

Tabella 46 – Voce di costo Manutenzione e riparazione



Valore della produzione

L'analisi dei dati relativi al Valore della produzione evidenzia la ripartizione dei finanziamenti regionali, suddivisi per macrovoci e per funzioni, come di seguito rappresentati:

Variabili economiche - Valore della produzione	Valore anno 2023	% sul totale
Contributi in c/esercizio	996.341.576,59 €	90,3%
Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	947.654.506,01 €	85,9%
Contributi c/esercizio (extra fondo)	48.687.070,58 €	4,4%
Contributi c/esercizio per ricerca	- €	0,0%
Contributi c/esercizio da privati	- €	0,0%
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 750.000,00 €	-0,1%
Utilizzo f.di per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	10.784.039,41 €	1,0%
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	67.429.776,73 €	6,1%
Concorsi, recuperi e rimborsi	15.071.444,99 €	1,4%
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	4.103.315,69 €	0,4%

Variabili economiche - Valore della produzione	Valore anno 2023	% sul totale
Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	9.311.546,58 €	0,8%
Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	- €	0,0%
Altri ricavi e proventi	1.334.852,61 €	0,1%
Totale valore della produzione (A)	1.103.626.552,60 €	

Tabella 47 – Voci che compongono il valore della produzione

Dalla tabella appare evidente il peso significativo dei Contributi in conto esercizio assegnati pari a circa il 90% del Valore totale, correlato ad una programmazione volta a supportare l'avvio di processi aziendali orientati al potenziamento dell'assistenza sanitaria sul territorio anche secondo la logica di integrazione territorio ospedale, oltre l'adeguamento del piano del fabbisogno del personale.

4.2. Piano Triennale Investimenti. Stato dell'arte interventi di riqualificazione 2023 – 2025

La ASL di Cagliari nella programmazione triennale degli investimenti relativi annualità 2023 ha dato assoluta priorità alla realizzazione dei ventuno interventi finanziati a valere sul piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) che consistono nella realizzazione di:

- Centrali Operative Territoriali;
- 15 Case di Comunità;
- 2 Ospedali di Comunità.

In particolare:

- nel marzo 2023 sono stati approvati e perfezionati tutti gli ODA e i Contratti Specifici relativi ai servizi di ingegneria e architettura per la redazione dei progetti di fattibilità tecnico-economica (PFTE) delle case della comunità e degli Ospedali di Comunità;
- a settembre 2023 sono stati approvati e perfezionati tutti gli ODA e i Contratti Specifici relativi all'affidamento degli appalti integrati (progettazione definitiva ed esecutiva più i lavori) per la realizzazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità;
- nel 2023 sono stati approvati i progetti esecutivi delle Centrali Operative Territoriali e stipulati i contratti per i lavori.

Per tutti gli interventi sopra elencati sono state raggiunte le milestones europee PNRR previste per il 2023.

Le attività di collaudo delle Centrali Operative Territoriali sono previste per il mese di giugno 2024 e parallelamente si prevede la conclusione dell'iter di verifica dei progetti definitivi/esecutivi delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità, al fine di dare inizio alle consegne dei lavori entro l'estate 2024.

L'intervento denominato "PO SS Trinità Cagliari-DEA1 Intervento su struttura esistente terapia intensiva e subintensiva" è stato oggetto di rimodulazione finanziaria con DGR 9/2 del 14/03/2023 e successiva approvazione definitiva DGR n. 17/36 del 04/05/2023. La rimodulazione ha comportato l'inserimento di ulteriori interventi e l'incremento dei fondi inizialmente previsti (€ 1.665,300.00) per complessivi € 6.954.000,00.

RELAZIONE PERFORMANCE 2023 ASL CAGLIARI

Dalla tabella seguente riporta lo stato di avanzamento degli interventi al 31/12/2023.

Distretto	Comune	Indirizzo	Titolo	Importo	Fonte finanziamento	Stato
Distretto 1: Cagliari Area Vasta	CAGLIARI	Via Quesada, 2	Casa della Comunità di Cagliari Via Quesada	2.175.340,00 €	PNRR + RAS	Progettazione Definitiva in corso
Distretto 1: Cagliari Area Vasta	CAGLIARI	Via Romagna n. 16	Casa della Comunità di Cagliari via Romagna	1.719.017,00 €	PNRR	Progettazione Definitiva in corso
Distretto 1: Cagliari Area Vasta	MONASTIR	Via Nazionale n. 226	Casa della Comunità di Monastir via Nazionale	2.639.660,00 €	PNRR	Progettazione Definitiva in corso
Distretto 1: Cagliari Area Vasta	SESTU	Via Dante Alighieri n. 41 angolo Via Manzoni	Casa della Comunità di Sestu via Dante Alighieri	820.167,70 €	PNRR	Progettazione Definitiva in corso
Distretto 2 - Cagliari Area Ovest	DECIMOMANNU	Via Giardini	Casa della Comunità di Decimomannu via Giardini	858.848,10 €	PNRR	Progettazione Definitiva in corso
Distretto 2 - Cagliari Area Ovest	VILLASOR	Corso Veneto n. 1	Casa della Comunità di Villasor Corso Veneto	933.290,50 €	PNRR + RAS	Progettazione Definitiva in corso
Distretto 2 - Cagliari Area Ovest	CAPOTERRA	Via Lombardia n. 101	Casa della Comunità di Capoterra via Lombardia	597.025,00 €	PNRR	Progettazione Definitiva in corso
Distretto 2 - Cagliari Area Ovest	TEULADA	Via Guglielmo Marconi n. 20	Casa della Comunità di Teulada via Guglielmo Marconi	2.023.326,40 €	PNRR	Progettazione Definitiva in corso
Distretto 3 - Quartu Parteolla	SINNAI	Via Eleonora d'Arborea n. 1	Casa della Comunità di Sinnai Via Eleonora d'Arborea	1.791.124,60 €	PNRR + RAS	Progettazione Definitiva in corso
Distretto 4 - Sarrabus Gerrei	MURAVERA	Via Sardegna	Casa della Comunità di Muravera Via Sardegna	1.029.959,14 €	PNRR + RAS	Progettazione Definitiva in corso
Distretto 4 - Sarrabus Gerrei	VILLASIMIUS	Via Regina Elena n. 10	Casa della Comunità di Villasimius Via Regina Elena	1.391.466,80 €	PNRR + RAS	Progettazione Definitiva in corso
Distretto 5: Sarcidano - Barbagia di Seulo - Trexenta	ISILI	Via Emilia n. 1	Casa della Comunità a Isili in via Emilia n.1	2.757.311,70 €	PNRR	Progettazione Definitiva in corso
Distretto 5: Sarcidano - Barbagia di Seulo - Trexenta	SADALI	Poliambulatorio di Sadali - Comune di Sadali (SU) Via S. Croce n. 17	Casa della Comunità di Sadali Via S. Croce	1.451.132,50 €	PNRR + RAS	Progettazione Definitiva in corso
Distretto 2: Cagliari Area Ovest	ELMAS	Via dell'Arma Azzurra n. 37	Casa di comunità nell'ex scuola elementare di Elmas in Via dell'Arma Azzurra	2.254.183,00 €	PNRR	Verifica della Progettazione Definitiva in corso
Distretto 3: Quartu Parteolla	DOLIANOVA	Piazza Europa n. 1	Casa della Comunità di Dolianova Piazza Europa	218.625,00 €	PNRR	PNRR - Solo fornitura ARREDI
Distretto 1: Cagliari Area Vasta	CAGLIARI	Via Quesada n. 2	Centrale Operativa Territoriale di Cagliari via Quesada	350.091,10 €	PNRR	Collaudo in corso
Distretto 2 - Cagliari Area Ovest	ASSEMINI	Via 2 Agosto	Centrale Operativa Territoriale di Assemini via 2 Agosto	166.087,00 €	PNRR	Collaudo in corso
Distretto 4 - Sarrabus Gerrei	MURAVERA	Via Sardegna	Centrale Operativa Territoriale di Muravera Via Sardegna	182.695,70 €	PNRR	Collaudo in corso
Distretto 5: Sarcidano - Barbagia di Seulo - Trexenta	ISILI	Via Emilia n. 1	Centrale Operativa Territoriale di Isili via Emilia	166.087,00 €	PNRR	Collaudo in corso
Distretto 1: Cagliari Area Vasta	CAGLIARI	Via Is Guadazzonis n. 2	Ospedale di Comunità sito in Cagliari alla Via Is Guadazzonis	5.122.748,00 €	PNRR + RAS	Verifica della Progettazione Definitiva in corso

RELAZIONE PERFORMANCE 2023 ASL CAGLIARI

Distretto	Comune	Indirizzo	Titolo	Importo	Fonte finanziamento	Stato
Distretto 1: Cagliari Area Vasta Distretto 3 - Quartu Parteolla	CAGLIARI	Via Lungo Mare Poetto n. 12	Ospedale di Comunità sito in Cagliari nel Viale Lungomare Poetto n.12	6.030.178,20 €	PNRR + RAS	Progettazione Definitiva in corso
PO SS Trinità	CAGLIARI	v.le Is Mirrionis	P.O. SS Trinità di Cagliari – Terapia Intensiva: Interventi di messa a norma antincendio, adeguamento strutturale e tecnologico dei reparti T.I.1-T.I.2-T.I.3 e sub intensiva”	6.954.000,00 €	DL 34/2020 DGR 9-2 DEL 14/03/2023	T.I.1-T.I.2 Intervento parzialmente eseguito; T.I.3 e subintensiva in corso di affidamento SIA

Tabella 48 –Dettaglio Finanziamenti PNRR

5. Performance. Misurazione e valutazione

5.1 Performance organizzativa e valore pubblico

La performance organizzativa esprime i risultati definiti e conseguiti da parte dell'azienda sulla base degli obiettivi prefissati in sede di programmazione.

In particolare, la ASL di Cagliari ha avviato il Ciclo delle performance 2023 attraverso la negoziazione degli obiettivi con i Dipartimenti e le relative Strutture e con i singoli Distretti, calando (laddove possibile) gli indirizzi impartiti dall'Assessorato all'Igiene e Sanità Pubblica, oppure definendone altri sulla base delle esigenze aziendali.

Inoltre, nell'espletamento del ciclo delle performance si inserisce il concetto di Valore Pubblico, inteso come 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 di Cagliari 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.

In particolare, gli obiettivi sono definiti nel rispetto di quanto definito dall'art. 36 della legge regionale n. 24/2020, che stabilisce che la Giunta regionale su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità:

- a) definisce, in via preventiva, gli obiettivi generali dell'attività dei direttori generali, in coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale;
- b) assegna, sulla base della programmazione regionale e aziendale, a ciascun direttore generale, all'atto della nomina e successivamente con cadenza annuale, gli specifici obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse;
- c) stabilisce i criteri e i parametri per le valutazioni e le verifiche relative al raggiungimento degli

obiettivi di cui alle lettere a) e b), e il raccordo tra queste e il trattamento economico aggiuntivo dei direttori generali, a norma del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502

Con la deliberazione n.4/62 del 16.02.2023, integrata e modificata dalle deliberazioni n. 10/30 del 16.03.2023, n.19/63 del 01.06.2023, n.23/30 del 06.07.2023, n.33/6 del 13.10.2023 la Giunta Regionale, su proposta dell'Assessore all'Igiene e Sanità Pubblica, ha assegnato alla Direzione Generale della ASL di Cagliari gli obiettivi per l'anno 2023.

La Direzione della ASL di Cagliari ha comunicato all'Assessorato con nota PG. n. 13005 del 19.02.2024 il monitoraggio degli obiettivi di performance assegnati per l'anno 2023.

Con riferimento alla valutazione della Performance organizzativa, la SC Controllo di gestione, in supporto alla Direzione Generale, ha provveduto alla misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati, confrontandolo con i risultati attesi.

Nelle tabelle seguenti si riportano gli obiettivi per i quali si è individuato il valore pubblico nella programmazione definita nel PIAO 2023-2025 ed i relativi risultati.

Gli obiettivi di valore pubblico definiti nel PIAO 2023-2025

OBIETTIVO	DESCRIZIONE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET	VALORE OTTENUTO
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@asltagliari.it"	3	5	Attivazione della mail dedicata Nessuna proposta ricevuta
2 Potenziamento dell'assistenza sanitaria in ambito ospedaliero	Potenziamento dei ricoveri ospedalieri in ottica di ripresa delle prestazioni in fase post emergenziale. 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.	Incremento % del n. di ricoveri rispetto al 2022	3%	7%	Incremento del 16%
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 (relativamente a parti cesarei, colecistomie e fratture del femore)	Miglioramento rispetto all'anno precedente	Rispetto dei valori minimi previsti dal Piano Nazionale esiti	Rispetto dei valori previsti dal PNE (relativamente a parti cesarei, colecistomie e fratture del femore)
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. 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.	Incremento % del n. di prestazioni rispetto al 2022	5%	10%	Incremento del 7%
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%	80,50%

	OBIETTIVO	DESCRIZIONE	INDICATORE	VALORE MINIMO	TARGET	VALORE OTTENUTO
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 cervice 36%
		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	screening colonrettale ≥ 20%	screening coloretale 5,7%
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. Ares n.45 del 29/03/2022 nota ARES NP/2022/2793 del 4.10.2022	realizzazione 40% interventi previsti	realizzazione 60% interventi previsti	Risultano avviati gli 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	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	Media di 14,5 gg a livello aziendale (0 gg 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	93,8% delle interviste
		Adesione al Sistema di Sorveglianza Okkio 2023	(N di scuole coinvolte nella sorveglianza/N. di scuole campionate dall'ISS)*100	80%	90%	100% delle scuole

Obiettivo 1 “Partecipazione attiva della cittadinanza”

In merito alla partecipazione attiva della cittadinanza si evidenzia che nel corso dell’anno è stata istituita la mail oiv.valutazionepartecipativa@aslcagliari.it, ma non risulta pervenuta alcuna proposta o osservazione.

Al fine di favorire la partecipazione attiva alla costruzione di iniziative di “valore pubblico” resta attiva la mail aziendale oiv.valutazionepartecipativa@aslcagliari.it, canale attraverso il quale il cittadino o qualunque altro stakeholder dell’azienda può contribuire a proporre iniziative volte al miglioramento dei servizi erogati ai cittadini.

Obiettivi 2 - 4 -5 “Potenziamento dell’attività assistenziale erogata” (ospedaliera e specialistica territoriale)

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.

A questo si somma la costante crescita qualitativa delle aspettative della popolazione (si vive più a lungo e si vuole vivere meglio), la “scarsità relativa delle risorse” e la transizione demografica ed epidemiologica degli ultimi vent’anni.

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, a discapito dell’assistenza sanitaria ordinaria.

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.

In tale scenario si rileva un importante incremento dell’attività assistenziale erogata, sia in ambito ospedaliero (+16%), sia in ambito territoriale (+7%), considerando solamente le strutture a gestione diretta. Se si considera anche l’attività prodotta dalle strutture private accreditate l’incremento risulta ancora più rilevante.

Le risorse aziendali sono state impiegate nel cercare di riorganizzare nella maniera più efficace ed efficiente sia il personale che le strutture esistenti, provvedendo anche a nuove assunzioni e tenendo in considerazione le difficoltà riscontrate nei territori e nei presidi periferici.

Si rinvia ai paragrafi 2.2 e 2.5 per un maggiore dettaglio nell’analisi delle branche e delle strutture che hanno prodotto tali risultati.

Per quanto riguarda l’obiettivo 5, si tratta di un obiettivo che la Regione Sardegna ha affidato ai Direttori Generali delle ASL, di conseguenza la Direzione ha provveduto ad assegnarlo alle singole strutture aziendali, valutando per ognuna il valore storico di riferimento e chiedendo di ottenere per il 2023 un leggero miglioramento, così da garantire anche il raggiungimento a livello aziendale. Il risultato è stato ampiamente raggiunto.

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

Il miglioramento della qualità clinico assistenziale del cittadino è garantita anche attraverso l'utilizzo degli indicatori presenti nel PNE (Piano Nazionale Esiti), 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.

Nell'anno 2023 si evidenzia il raggiungimento dei seguenti risultati:

- Numero di parti cesarei primari/ Numero parti con nessun pregresso parto cesareo = 21% per 1.067 parti cesare primari (con un valore atteso richiesto dal PNE < al 25%);
- % di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3gg 82,1% (con un valore richiesto dal l'Azienda pari al 82%)
- N. interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 gg / N° interventi per frattura del femore *100, risultato del 78,4% (con un valore minimo richiesto dal PNE pari al 60%).

Tali risultati premiano lo sforzo delle Strutture Complesse coinvolte, nel dettaglio la SC Ostetricia e ginecologia del P.O. SS. Trinità, la SC Chirurgia generale del P.O. SS. Trinità e la SC Ortopedia e traumatologia del P.O. SS. Trinità, in collaborazione con il reparto di Anestesia e rianimazione del Presidio.

Obiettivo 6 “Promozione della salute”

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 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.

Anche per l'anno 2023 la Regione Sardegna ha provveduto ad affidare tale obiettivo alle aziende sanitarie, specificando le % di adesione allo screening richieste, che per la ASL di Caglia erano le seguenti:

- screening cervicale: $\geq 35\%$ con valore ottenuto del 36%;
- screening colon-rettale $\geq 20\%$ con valore ottenuto del 5,7%;
- screening mammografico $\geq 30\%$ con valore ottenuto del 32,3%.

Per tutti gli obiettivi è stata coinvolta in prima linea la struttura complessa di Prevenzione e promozione della salute, afferente al Dipartimento di Prevenzione, con il supporto delle SC Centro Donna, Laboratorio Analisi, Anatomia patologica, Radiologia territoriale, Gastroenterologia ed endoscopia digestiva.

Si evince dunque un raggiungimento parziale di tale risultato che trova giustificazione in una mancata attivazione dei percorsi previsti e deliberati con le altre aziende sanitarie presenti nel territorio della ASL di Cagliari.

In particolare, già nel corso del 2022 la ASL di Cagliari ha lavorato per il costante miglioramento dei percorsi di screening, riuscendo a garantire la % di adesione reale prevista dagli obiettivi di budget 2022, protraendo l'attività di secondo livello fino a maggio 2023 per garantire le prestazioni a coloro che avevano aderito entro il 31.12.2022. L'impegno si è dimostrato anche con un incremento delle prestazioni di colonscopia erogate tramite Agenda CUP nel P.O. SS. Trinità.

Per quanto riguarda la percentuale di adesione prevista per il 2023, è opportuno evidenziare che gli esami relativi al primo livello di screening sono stati eseguiti presso il Laboratorio di Analisi del P.O. SS. Trinità di Cagliari, mentre gli accertamenti diagnostici di secondo livello sui soggetti positivi al sangue occulto nelle feci (S.O.F.) sono stati realizzati a partire dal mese di maggio 2023 da strutture interne all'Azienda, ma anche da altre aziende, in particolare:

- la U.O.C. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva del P.O. SS. Trinità, che ha assicurato l'effettuazione di 280 colonscopie (vs le 223 erogate nel 2022);
- l'Endoscopia Diagnostica dell'Apparato Digerente del P.O. Businco ARNAS Brotzu, con la quale è stata stipulata una nuova Convenzione triennale tra ARNAS Brotzu e ASL di Cagliari (Delibera 204/23 del 11.05.2023) per l'esecuzione di 400 colonscopie e relativi esami di anatomia, ma ha assicurato solamente 93 colonscopie;
- la AOU di Cagliari, con la quale è stata stipulata una Convenzione (Delibera 249/23 del 09/06/2023) che prevedeva l'esecuzione delle prestazioni di 2° livello con l'effettuazione di 250 colonscopie annuali e le relative prestazioni di anatomia patologica. Di queste nessuna prestazione è stata garantita.

Poiché gli inviti di primo livello sono dipendenti dalla disponibilità fornita dai Centri di secondo livello deputati alla esecuzione delle colonscopie, la ASL di Cagliari ha garantito l'impegno costante nella valutazione stringente settimanale dell'adesione e la conseguente rimodulazione degli inviti in funzione della disponibilità dei Centri di Secondo livello. Ne deriva che, poichè le convenzioni di cui sopra non hanno avuto corso per indisponibilità da parte di altre aziende, dunque per cause non imputabili alla ASL di Cagliari, sono venute a mancare in totale circa 557 colonscopie previste.

Da quanto sopra ne deriva che pur avendo promosso tutte le collaborazioni previste ed avendo lavorato costantemente al miglioramento dei percorsi di screening all'interno dell'azienda, la ASL di Cagliari non ha potuto superare le oggettive carenze del 2° livello non imputabili all'azienda stessa e, conseguentemente, non è stato possibile il raggiungimento del 20% dell'adesione reale previsto per l'obiettivo di budget del Colon Retto

per l'anno 2023. Per tali motivi si è chiesto alla Regione di poter sterilizzare l'obiettivo relativo allo screening del colon retto.

Obiettivo 7 "Risparmio energetico"

In relazione alle attività di riqualificazione energetica ed efficientamento l'attività è stata condotta da ARES, in collaborazione con la ASL di Cagliari.

Con Deliberazione DG ARES n. 215 del 15/09/2023 è stato approvato Piano d'azione per la riduzione della spesa energetica redatto dalla struttura SC. Energy Management e Servizi Logistici Centralizzati e la relativa Linea guida all'uso razionale dell'energia e contenimento degli sprechi.

Tale piano mostra una riduzione dei consumi nell'anno 2022 rispetto al 2021 e prevedeva per la ASL di Cagliari una ulteriore riduzione anche nell'anno 2023.

Inoltre, sono stati monitorati con un apposito report gli interventi di efficientamento energetico per ciò che riguarda gli impianti fotovoltaici, collocati nei P.O. San Giuseppe, Binaghi, Marino, SS. Trinità.

Obiettivo 8 "Rispetto delle milestone del PNRR"

Si rappresenta che al 31.12.2023 risultano rispettate integralmente (100%) tutte le milestones e pertanto ne deriva il pieno raggiungimento dell'obiettivo prefissato.

In particolare, al 31.12.2023 risultano consegnati i lavori relativamente a tre centrali operative territoriali sulle quattro previste:

- COT di Muravera - data 28.11.2023;
- COT di Assemini - data 15.12.2023;
- COT via Quesada - data 21.12.2023.

I lavori della quarta COT (sede di Isili) sono stati consegnati a gennaio 2024.

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

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.

Nel 2023 si è ottenuto un valore medio di circa 14,5 giorni per la liquidazione, nel pieno rispetto di quanto previsto.

L'obiettivo è stato assegnato a tutte le strutture che si occupano della liquidazione delle fatture, in particolare le strutture amministrative e i distretti.

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

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) che studiano i seguenti argomenti.

Nel corso del 2023 sono state effettuate tutte le interviste necessarie per raggiungere la rappresentatività aziendale ovvero: per PASSI sono state effettuate 385 interviste rispetto alle 385 richieste (il 100% del target), mentre per PASSI d'Argento sono state effettuate 201 interviste rispetto alle 201 richieste (il 100% del target), raggiungendo i valori target previsti anche dagli obiettivi della Direzione Generale per il 2023. 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.

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

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

Come già descritto nei paragrafi precedenti, con la nota RAS Prot. N.6190 del 01.03.2023 si è dato l'avvio all'attività di rilevazione della 7° edizione del Progetto di Sorveglianza Okkio alla salute da parte del Servizio SIAN (Igiene degli alimenti e della nutrizione). Il campione di scuole presenti nel territorio di pertinenza del SIAN di Cagliari è costituito da 29 classi terze delle scuole primarie, per un totale di 504 alunni.

Nello specifico risultano completi in piattaforma:

- 29 plessi (tasso di copertura del 107,4%);
- 33 classi (tasso di copertura del 113,8%);
- 570 bambini iscritti (di cui inseriti 644, tasso di copertura del 113,1%).

5.2 Piano delle azioni positive

Il Piano delle azioni positive inserito nel PIAO 2023-2025 ha previsto come obiettivi:

1. Sviluppo di politiche per l'equità di genere e contro le discriminazioni;
2. Attività di comunicazione volta a sviluppare la cultura di genere e pari opportunità;
3. 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;
4. Accoglienza e nuovo inserimento delle lavoratrici madri successivamente alla nascita del proprio figlio;
5. 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.

Si evidenzia che sono state adottate le seguenti azioni:

1. La Direzione Generale ha attivato diverse iniziative volte a sensibilizzare i Direttori delle SC al coinvolgimento del 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.
Inoltre, sono stati raccolti dei questionari anonimi per rilevare il grado di soddisfazione e di coinvolgimento del personale dipendente rispetto alle iniziative suddette;
2. È in fase di valutazione una possibile variazione dell'orario di lavoro i cui beneficiari saranno le neo mamme;
3. E' in fase di valutazione una nota da destinare ai Direttori dei Servizi ove sono presenti in organico figure professionali (Assistenti Sociali) 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”;
4. è in fase di valutazione una nota da destinare ai direttori dei servizi con la quale si invitano gli stessi all'inserimento graduale e conciliante che consenta la lavoratrice di riprendere contatto, in un arco temporale di almeno una settimana, con l'attività lavorativa in precedenza svolta;
5. lo studio di fattibilità verrà effettuato nel 2024.

5.3 Gli altri obiettivi aziendali

Come già evidenziato in precedenza, con la deliberazione n.4/62 del 16.02.2023, integrata e modificata dalle deliberazioni n. 10/30 del 16.03.2023, n.19/63 del 01.06.2023, n.23/30 del 06.07.2023, n.33/6 del 13.10.2023 la Giunta Regionale, su proposta dell'Assessore all'Igiene e Sanità Pubblica, ha assegnato alla Direzione Generale della ASL di Cagliari gli obiettivi per l'anno 2023.

Si evidenziano di seguito i risultati ottenuti in merito agli altri obiettivi assegnati all'Azienda.

Area della Sanità Pubblica e della Promozione della salute Umana			
Obiettivo	Indicatore	Target	Valore ottenuto
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)	Attivati 8 Piani Mirati di Prevenzione (100%) da parte del Servizio Spresal, con l'attuazione per ciascuno di essi di seminari di avvio e giornate di formazione
Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (ReNCaM) fino al 2021	(N. schede codificate/N. schede inserite)*100	90%	98,5% delle schede (5.500 le schede codificate). Obiettivo in capo al Servizio Igiene e sanità pubblica)

Area della della Qualità e Governo clinico			
Obiettivo	Indicatore	Target	Valore ottenuto
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 per Azienda Sanitaria 2. >= 5 audit per Azienda Sanitaria tutti i sinistri dell'Azienda Sanitaria 3. >= una per area	56 segnalazioni AUDIT (Fonti: 2 CSM, 1 Farmacia, 1 Anestesia, 1 Malattie infettive) FMEA: Area EMUR, Area medica, Area chirurgica, Area servizi Obiettivo in capo alle Direzioni mediche di presidio
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	Relazione predisposta e pubblicata con Delibera n.595 del 29/09/2023

Area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare			
Obiettivo	Indicatore	Target	Valore ottenuto
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'OEVV.	Garantite 8 carcasse al mese per tutti i mesi
		8 carcasse al mese per la ASL Cagliari. Recuperare i censimenti ancora mancanti tra quelli da registrare a sistema al 31 Marzo (almeno il 94%)	Censimenti recuperati: 95,6%
Effettuazione dei controlli sugli stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini per il mantenimento/ottenimento dello status di territorio indenne da infezione da MTCB	n° stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini controllati/ n° stabilimenti con allevamenti bovini/bufalini programmati (da controllare) nell'anno 2023	Il 100% dei controlli programmati effettuati nell'anno 2023	100% dei controlli programmati effettuati nell'anno 2023
Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Sorveglianza EST ovicaprine. Campionamenti.	Percentuale di ovini e caprini morti con età superiore a 18 mesi testati per TSE rispetto all' obiettivo di campionamento	Ottenere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per TSE, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL	104 % degli ovini 26% caprini*
Piano regionale di selezione genetica per la resistenza alla scrapie classica degli ovini. Livello di certificazione genetica delle greggi.	n° di allevamenti ovini classificati come livello I, II (IIa e Iib), III / n°di allevamenti ovini attivi	Almeno il 90% degli allevamenti ovini attivi classificati in BDN come livello I, II (IIa e Iib), III	90% degli allevamenti attivi

* Con Nota PG/2023/0054744 del 18/07/2023, la ASL di Cagliari chiedeva all'Assessorato all'Igiene e alla Sanità Pubblica la sterilizzazione dell'obiettivo "Ottenere almeno l'80% di ovini e il 55% di caprini morti testati per TSE, rispetto al valore atteso per ciascuna specie per ASL", in quanto tale obiettivo, in capo alla SC Sanità animale, risultava irraggiungibile per la seguente motivazione: impossibilità ad intervenire prontamente sugli animali bovini e ovino-caprini al fine di poter eseguire il prelievo dell'encefalo e sottoporlo ad indagini di laboratorio.

Ciò è riconducibile alla tempistica, non sempre adeguata, della comunicazione della morte dei capi da parte degli allevatori, in particolare per i caprini, il cui allevamento è prevalentemente brado e semibrado, interessa aree difficili ed estreme, per questo il rilievo dei capi morti è tardivo e l'avanzato stato di decomposizione della carcassa impedisce l'effettuazione del prelievo.

Tutti gli altri obiettivi relativi all'area della sanità pubblica e della sicurezza alimentare, assegnati al servizio di Sanità animale, sono stati pienamente raggiunti.

RELAZIONE PERFORMANCE 2023 ASL CAGLIARI

Area del mantenimento dei LEA, del miglioramento dell'Appropriatezza e dell'Efficacia del SSR			
Obiettivo	Indicatore	Target	Valore ottenuto
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%	2 segnalazioni (40%)
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%	<ul style="list-style-type: none"> 99% 1%
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	<p>Delibera 828 del 29/12/2023 ai Sensi della DGR 13/12 del 09/04/2021.</p> <p>Delibera 829 del 29/12/2023</p> <p>Trasmissione ad ARIS con la presente documentazione</p>
Implementare le attività previste nel il Piano triennale di attività per l'Alzheimer e le demenze per il triennio 2021-2023.	<ul style="list-style-type: none"> 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	<p>1. protocollo di valutazione cognitiva di 1° e 2° livello per la diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo Minore (Mild Cognitive Impairment – MCI);</p> <p>2. protocollo per ciascuno dei trattamenti psico-educazionali, cognitivi e psicosociali nella demenza</p> <p>Avvio entro il 31/08/2023</p>
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) Appropriatezza 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%	

In merito alla tabella precedente si evidenzia quanto segue:

- l'obiettivo relativo alle segnalazioni di morte encefalica è stato assegnato alla SC Anestesia e rianimazione

del P.O. SS. Trinità che, nel periodo di riferimento, ha ricoverato 281 pazienti, di cui 75 sono deceduti. Dei 5 pazienti deceduti per morte encefalica, è stata eseguita la segnalazione per due di loro;

- l'obiettivo relativo alla qualità dei dati dei flussi trasmessi è stato assegnato alla SC Controllo di Gestione, servizio nel quale si gestiscono i flussi SIDI. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto;
- per quanto riguarda il processo di implementazione e revisione del sistema regionale dei servizi residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti, l'obiettivo è stato assegnato al Dipartimento di salute mentale, in particolare alla SSD Riabilitazione residenziale e semiresidenziale, la quale ha provveduto a proporre i piani citati, poi deliberati dalla Direzione Generale e trasmessi all'Assessorato;
- i protocolli di diagnosi precoce e interventi riabilitativi, cognitivi, psicosociali e psicoeducazionali per i Disturbi Neuro Cognitivi sono stati definiti all'interno del Distretto area vasta, da parte del Centro disturbi cognitivi e demenze e avviati entro i tempi stabiliti.

Infine, per quanto riguarda l'ultimo obiettivo, relativo al Conseguimento del risparmio di sangue ed emoderivati con la riduzione del consumo tramite implementazione di PDTA aziendali si evidenzia la difficoltà di raggiungimento segnalata dai reparti afferenti al Dipartimento di area chirurgica.

La motivazione è giustificata dal fatto che il percorso aziendale esistente non risulta attuabile a causa dell'impossibilità di usufruire internamente delle consulenze di Medicina Trasfusionale previste nel PDTA Patient Blood Management (PBM). Difatti, il Centro Trasfusionale di usuale riferimento (dipendente da ARNAS Brotzu) non è disponibile ad effettuare tali consulenze verso la ASL di Cagliari e a garantire pertanto il completamento del suddetto Percorso Diagnostico Terapeutico.

Si sta lavorando per la revisione di tali percorsi, così da garantire quanto richiesto dalla Regione.

Di seguito si rappresentano gli obiettivi relativi all'area di razionalizzazione e contenimento della spesa, finalizzati appunto alla riduzione della spesa farmaceutica all'interno delle aziende sanitarie regionali.

Considerate le diverse criticità emerse nel corso dell'anno per il raggiungimento di tali obiettivi, la Regione ha specificato che "nel caso in cui i due obiettivi A e B non venissero raggiunti per cause non direttamente attribuibili all'azienda, verrà presa in considerazione la messa in atto delle azioni relative ai 5 obiettivi di "Razionalizzazione della spesa farmaceutica" (C-G) che concorrono all'area di razionalizzazione e contenimento della spesa" (Delibera G.R. n. 33/6 del 13.10.2023).

RELAZIONE PERFORMANCE 2023 ASL CAGLIARI

Area della razionalizzazione e contenimento della spesa			
Obiettivo	Indicatore	Target	Valore ottenuto
A) Razionalizzazione della spesa farmaceutica	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	Cagliari 1.750.000	Obiettivo non raggiunto_ (punti C-G)
B) Razionalizzazione della spesa farmaceutica	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata rispetto al tetto di spesa di cui all'art. 1, comma 281, della L. 30/12/2021, n. 234	ASL Cagliari 1.518.000	Obiettivo non raggiunto_ (punti C-G)
C) Razionalizzazione della spesa farmaceutica	Incrementare le prescrizioni di medicinali la cui copertura brevettuale è scaduta, di almeno il 5%	Incremento del 5%	
D) Razionalizzazione della spesa farmaceutica	Le prescrizioni dei medici che operano nelle strutture ospedaliere e ambulatoriali delle Aziende sanitarie pubbliche devono essere conformi a quanto aggiudicato nelle procedure ad evidenza pubblica; nelle prescrizioni sono tenuti a indicare il solo principio attivo o la specialità aggiudicata in gara. La prescrizione di medicinali non aggiudicati nelle suddette procedure non può superare il 5% della spesa aziendale per acquisti diretti. Le Aziende sanitarie trasmettono trimestralmente l'elenco dei medicinali acquistati su richiesta del clinico per le esigenze cliniche di specifici pazienti	Spesa per acquisti diretti di farmaci non aggiudicati non può superare il 5% della spesa aziendale per acquisti diretti. Report trimestrale acquisti fuori gara	
E) Razionalizzazione della spesa farmaceutica	Il Prontuario terapeutico regionale è vincolante per le Aziende sanitarie, le richieste di farmaci non inseriti in PTR per necessità cliniche sui singoli pazienti devono essere gestite tramite richiesta motivata personalizzata (RMP) del medico alla Direzione sanitaria di appartenenza, che deve formalmente approvare o non approvare la richiesta. Le Direzioni trasmettono trimestralmente l'elenco delle RMP autorizzate	Report trimestrale dei fuori prontuario	
F) Razionalizzazione della spesa farmaceutica	Nota 100 dell'AIFA - monitorare le prescrizioni della nota 100, finalizzata alla verifica che almeno l'80% dei pazienti sia stato trattato, in prima linea, con metformina per un tempo congruo alla valutazione dell'efficacia del trattamento	80% dei pazienti	
G) Razionalizzazione della spesa farmaceutica	Chiusura del 95% schede registri entro 60 giorni dalla fine del trattamento	95% delle schede chiuse	

Nell'anno 2023 non è stato possibile raggiungere l'obiettivo relativo alla riduzione della spesa farmaceutica né a livello ospedaliero, né a livello territoriale.

L'obiettivo, assegnato a tutti i reparti ospedalieri e ai 5 distretti territoriali risultava difficilmente attuabile, considerato che il 2023 è stato un anno dedicato alla ripresa delle attività a pieno regime, che di conseguenza causano anche un incremento della spesa farmaceutica convenzionata e di quella per acquisti diretti.

La ASL di Cagliari ha comunque messo in atto tutte le leve necessarie al controllo e al contenimento della stessa, rispettando i punti C-G di cui alla tabella precedente.

Difatti, in seguito ad un'attenta analisi dello storico, oltre che ad un confronto con le medie di consumi regionali e nazionali, si è provveduto ad adottare alcune leve con l'obiettivo di sensibilizzare tutti i medici coinvolti, sia interni che esterni all'azienda, al contenimento della spesa chiedendo il rispetto di quanto stabilito dall'AIFA e

cercando di prestare maggiore attenzione ad alcune categorie di farmaci che dalle analisi risultavano quelle particolarmente dispendiose.

La risposta è stata positiva da parte di tutte le strutture coinvolte nel cercare di mettere in atto tutte le leve necessarie al contenimento della spesa, raggiungendo pertanto quanto stabilito nei punti C-G, ma non nei punti A e B.

5.4 La Performance individuale delle singole strutture

Con riferimento alla valutazione della Performance individuale delle singole Strutture, la Direzione Aziendale, con il supporto della SC Controllo di gestione, ha misurato il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti nell'ambito del Ciclo delle Performance 2023, confrontando il livello di Performance Attesa (target dell'indicatore associato all'obiettivo) e livello di Performance effettivamente conseguita (valore dell'indicatore misurato a consuntivo).

La verifica degli obiettivi di Budget al 31/12/2023 è stata misurata anche nel corso dei mesi, così da avere una situazione chiara e aggiornata dell'andamento delle performance, mentre la valutazione definitiva si è svolta nel corso del mese di giugno 2024, una volta acquisite le informazioni relative agli obiettivi oggetto di negoziazione.

Il livello di performance organizzativa è stato determinato attribuendo ad ogni indicatore il 100% di Performance se a consuntivo è stato raggiunto il valore atteso, lo 0% di Performance se è stato raggiunto un valore inferiore a quello minimo e calcolando una scala di valori intermedi nel caso di un raggiungimento degli obiettivi parziale.

Pertanto, la percentuale di realizzazione dell'obiettivo viene calcolato considerando la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo stesso rispetto al valore atteso e al valore minimo.

Di seguito si riportano i risultati di Performance ottenuti dalle singole strutture, nell'anno 2023, con validazione da parte dell'OIV con verbale n 43 del 28.06.2024, con indicazione del punteggio ottenuto, il punteggio massimo ottenibile (al netto delle sterilizzazioni) e la % di performance ottenuta:

DESCRIZIONE GURU (STRUTTURA)	Punteggio ottenuto	Punteggio massimo ottenibile	% Raggiungimento
ANATOMIA PATOLOGICA	100,0	100,0	100,0%
CENTRO DISTURBI DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	100,0	100,0	100,0%
CENTRO REGIONALE TRAPIANTI	100,0	100,0	100,0%
CENTRO SCLEROSI MULTIPLA	75,0	75,0	100,0%
CSM 1	100,0	100,0	100,0%
CSM 2	100,0	100,0	100,0%
CSM 3	100,0	100,0	100,0%
CSM 4	100,0	100,0	100,0%
CTMO	95,0	100,0	95,0%
DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA	95,0	100,0	95,0%
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	100,0	100,0	100,0%
DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO BINAGHI	100,0	100,0	100,0%
DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO CAO	100,0	100,0	100,0%

RELAZIONE PERFORMANCE 2023 ASL CAGLIARI

DESCRIZIONE GURU (STRUTTURA)	Punteggio ottenuto	Punteggio massimo ottenibile	% Raggiungimento
DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO ISILI	100,0	100,0	100,0%
DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO MARINO	100,0	100,0	100,0%
DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO MURAVERA	100,0	100,0	100,0%
DIREZIONI MEDICHE DI PRESIDIO SS. TRINITA'	100,0	100,0	100,0%
DISTRETTO AREA OVEST	95,0	100,0	95,0%
DISTRETTO AREA VASTA	95,0	100,0	95,0%
DISTRETTO QUARTU PARTEOLLA	95,0	100,0	95,0%
DISTRETTO SARCIDANO - BARBAGIA DI SEULO - TREXENTA	95,0	100,0	95,0%
DISTRETTO SARRABUS GERREI	87,5	100,0	87,5%
MEDICINA PENITENZIARIA (UTA)	95,0	100,0	95,0%
SC ACQUISTI DI BENI E SERVIZI	100,0	100,0	100,0%
SC AFFARI GENERALI RPCT E RAPPORTI CON ICT	100,0	100,0	100,0%
SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE MARINO, BINAGHI, S. MARCELLINO e S. GIUSEPPE	87,5	100,0	87,5%
SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE SS. TRINITA' E MICROCITEMICO	100,0	100,0	100,0%
SC AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE	100,0	100,0	100,0%
SC BILANCIO	100,0	100,0	100,0%
SC CARDIOLOGIA	95,0	100,0	95,0%
SC CENTRO DONNA	100,0	100,0	100,0%
SC CHIRURGIA GENERALE ISILI	90,0	100,0	90,0%
SC CHIRURGIA GENERALE MURAVERA	55,0	60,0	91,7%
SC CHIRURGIA GENERALE SANTISSIMA TRINITA'	92,5	100,0	92,5%
SC CLINICA ORTOPEDICA (AOU CAGLIARI)	100,0	100,0	100,0%
SC CLINICA PEDIATRICA E MALATTIE RARE	95,0	100,0	95,0%
SC CONTROLLO DI GESTIONE	100,0	100,0	100,0%
SC COORDINAMENTO ATTIVITA' E FUNZIONI DI STAFF	100,0	100,0	100,0%
SC DERMATOLOGIA	95,0	100,0	95,0%
SC DIABETOLOGIA TERRITORIALE	95,0	100,0	95,0%
SC EMODIALISI	100,0	100,0	100,0%
SC ENDOCRINOLOGIA TERRITORIALE	100,0	100,0	100,0%
SC FARMACIA OSPEDALIERA	89,0	100,0	89,0%
SC FARMACIA TERRITORIALE	100,0	100,0	100,0%
SC FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA	95,0	100,0	95,0%
SC GASTROENTEROLOGIA	95,0	100,0	95,0%
SC GENETICA MEDICA	75,0	100,0	75,0%
SC GERIATRIA	80,0	100,0	80,0%
SC IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	100,0	100,0	100,0%
SC LABORATORIO ANALISI P.O. BINAGHI	100,0	100,0	100,0%
SC LABORATORIO ANALISI P.O. SANTISSIMA TRINITA'	100,0	100,0	100,0%
SC LABORATORIO DI GENETICA E GENOMIA	100,0	100,0	100,0%
SC MALATTIE INFETTIVE	90,0	100,0	90,0%
SC MEDICINA GENERALE ISILI	76,0	100,0	76,0%
SC MEDICINA GENERALE MURAVERA	90,0	100,0	90,0%

RELAZIONE PERFORMANCE 2023 ASL CAGLIARI

DESCRIZIONE GURU (STRUTTURA)	Punteggio ottenuto	Punteggio massimo ottenibile	% Raggiungimento
SC MEDICINA GENERALE SANTISSIMA TRINITA'	90,0	100,0	90,0%
SC MICROCHIRURGIA RICOSTRUTTIVA (ARNAS BROTZU)	95,6	100,0	95,6%
SC MICROCITEMIE E ANEMIE RARE	95,0	100,0	95,0%
SC NEUROLOGIA	80,0	100,0	80,0%
SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	100,0	100,0	100,0%
SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE MICROCITEMICO	87,5	95,0	92,1%
SC ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	90,0	100,0	90,0%
SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	82,5	100,0	82,5%
SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	95,0	100,0	95,0%
SC OTORINOLARINGOIATRIA	95,0	100,0	95,0%
SC PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI PSICHIATRICI CORRELATI AD ALCOL E GAP	100,0	100,0	100,0%
SC PNEUMOLOGIA	70,0	100,0	70,0%
SC PNEUMOLOGIA TERRITORIALE	70,0	100,0	70,0%
SC PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE	100,0	100,0	100,0%
SC PROMOZIONE E PREVENZIONE DELLA SALUTE	90,0	100,0	90,0%
SC PRONTO SOCCORSO P.O. SAN GIUSEPPE ISILI	92,0	100,0	92,0%
SC PRONTO SOCCORSO P.O. SAN MARCELLINO MURAVERA	92,0	100,0	92,0%
SC PRONTO SOCCORSO P.O. SS. TRINITA'	92,0	100,0	92,0%
SC RADIOLOGIA OSPEDALIERA MARINO CAGLIARI	100,0	100,0	100,0%
SC RADIOLOGIA OSPEDALIERA MICROCITEMICO CAO	100,0	100,0	100,0%
SC RADIOLOGIA OSPEDALIERA SAN GIUSEPPE ISILI	100,0	100,0	100,0%
SC RADIOLOGIA OSPEDALIERA SAN MARCELLINO MURAVERA	100,0	100,0	100,0%
SC RADIOLOGIA OSPEDALIERA SS. TRINITA' CAGLIARI	100,0	100,0	100,0%
SC RADIOLOGIA TERRITORIALE	100,0	100,0	100,0%
SC REMS	100,0	100,0	100,0%
SC RIABILITAZIONE	100,0	100,0	100,0%
SC SALUTE E AMBIENTE	100,0	100,0	100,0%
SC SANITA' ANIMALE	97,5	100,0	97,5%
SC SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	100,0	100,0	100,0%
SC SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA	100,0	100,0	100,0%
SC SERVIZIO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTO E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	85,0	85,0	100,0%
SC SERVIZIO ISPETTIVO	100,0	100,0	100,0%
SC SPDC	100,0	100,0	100,0%
SC SPRESAL	100,0	100,0	100,0%
SC UFFICIO TECNICO E PATRIMONIO	100,0	100,0	100,0%
SC UNITA' SPINALE	100,0	100,0	100,0%
SC UROLOGIA	85,0	100,0	85,0%
SC VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE	100,0	100,0	100,0%
SSD CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	92,5	100,0	92,5%
SSD DIABETOLOGIA PEDIATRICA	90,0	95,0	94,7%

DESCRIZIONE GURU (STRUTTURA)	Punteggio ottenuto	Punteggio massimo ottenibile	% Raggiungimento
SSD ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	80,0	100,0	80,0%
SSD MEDICINA LEGALE	33,0	33,0	100,0%
SSD NEUROLOGIA ED EPILETTOLOGIA	95,0	100,0	95,0%
SSD PSICHIATRIA FORENSE	100,0	100,0	100,0%
SSD RECUPERO E RIABILITAZIONE	100,0	100,0	100,0%
SSD RIABILITAZIONE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	100,0	100,0	100,0%
SSD TERAPIA DEL DOLORE	100,0	100,0	100,0%
SSD UFFICIO SANZIONI	100,0	100,0	100,0%

Tabella 36 –Risultati obiettivi 2023 per singola struttura

Si evidenzia che l'anno 2023 è stato il primo anno di ripresa a pieno regime di tutte le attività di assistenza in seguito alla fine dell'emergenza pandemica. Da ciò ne deriva la difficoltà ad aver previsto in maniera chiara e puntuale il volume di attività da erogare e la tipologia di pazienti ai quali le strutture avrebbero dovuto fornire assistenza, in particolare in ambito ospedaliero, considerato che non era possibile prevedere, con assoluta certezza, quali fossero gli strascichi della pandemia e se il covid continuasse a contagiare seppur non a livello pandemico. Durante il periodo covid, infatti, gli ingressi contingentati negli ospedali, la chiusura del Pronto soccorso del P.O. SS. Trinità, la priorità di gestione dei casi di pazienti positivi e la limitazione dell'attività ordinaria, ha determinato una modifica dell'assistenza erogata in termini di DRG, valore dei ricoveri e durata degli stessi.

Nel tentativo di premiare voler riconoscere lo sforzo delle singole strutture aziendali, si evidenziano le seguenti criticità riscontrate dalle stesse nel raggiungimento degli indicatori ospedalieri quali la riduzione della degenza media, l'incremento del peso medio dei DRG e la riduzione dell'incidenza dei DRG medici in ambito chirurgico.

Criticità riscontrate ed evidenziate in fase di rendicontazione da parte dei reparti ospedalieri:

1. Riduzione della degenza media. Esistono delle casistiche ormai sempre più frequenti, principalmente legate ai ricoveri di soggetti anziani, per cui la struttura ha difficoltà a dimettere i pazienti, nonostante l'assistenza ospedaliera da parte del reparto non sia più necessaria, ma il paziente necessita di un altro tipo di cure e di essere trasferito o presso le RSA o presso il proprio domicilio, in attesa dell'attivazione dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata). I tempi di attesa per gli inserimenti in RSA e l'attivazione dell'ADI non dipendono dalla volontà del reparto di dimissione;
2. Incremento del peso medio del DRG rispetto all'anno precedente. Il valore storico definito nelle schede di budget era riferito all'anno 2022 (ancora in parte colpito dall'emergenza covid), pertanto la tipologia di casi trattati era principalmente legata alle urgenze, con un peso medio dei DRG elevato. La riapertura del Pronto soccorso ha determinato una ripresa a pieno regime dell'attività ordinaria, compresi i DRG con un peso medio più basso;
3. Incremento del peso medio del DRG rispetto all'anno precedente in area chirurgica. Anche in questo caso la ripresa a pieno regime delle attività, la riapertura del Pronto Soccorso e lo

smaltimento delle liste d'attesa, hanno inciso sul valore del peso medio dei DRG, oltre al fatto che i pazienti ricoverati e provenienti dal Pronto soccorso hanno inciso negativamente anche sull'incidenza dei DRG medici in tali reparti.

Tanto esposto, a seguito di validazione da parte dell'OIV si accolgono le giustificazioni riportate e si considerano raggiunti gli obiettivi citati per le seguenti strutture:

1. SC Chirurgia Generale PO SS. Trinità e SSD Chirurgia maxillo facciale, indicatori OSP01, OSP02;
2. Sc Gastroenterologia del PO SS. Trinità, indicatore OSP03;
3. SC Malattie infettive PO SS. Trinità, indicatore OSP01;
4. SC Medicina Generale PO San Marcellino Muravera, indicatore OSP03;
5. SC Medicina Generale PO San Giuseppe Isili indicatori OSP01, OSP03;
6. SC Otorinolaringoiatria PO SS. Trinità, indicatori OSP01, OSP02;
7. SC Pneumologia, indicatore OSP01;
8. SC Urologia, indicatori OSP01, OSP02.

Indicatori regionali per cui si rileva necessario esporre le seguenti osservazioni:

- *Obiettivo relativo allo screening del Colon retto* (assegnato alla SC Prevenzione e promozione della salute). L'obiettivo al momento non risulta raggiunto, ma l'Azienda stessa ha provveduto ad inviare le dovute giustificazioni all'Assessorato (Nota PG. n. 13005 del 19.02.2024), come evidenziato anche al punto 6 del paragrafo 5.1;
- *Obiettivo relativo ai caprini morti testati per TSE*, al momento non è stato raggiunto per cause non imputabili all'Azienda, come evidenziato nel paragrafo 5.3 e nella nota della Direzione Generale inviata all'Assessorato (Nota PG. n. 13005 del 19.02.2024);
- *L'obiettivo relativo alla riduzione della spesa farmaceutica per gli acquisti diretti e per la convenzionata*, assegnato dalla RAS alle aziende sanitarie non è stato raggiunto a livello aziendale. Si rileva la difficoltà nel raggiungere tale risultato considerato l'incremento dei volumi di attività sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Infine si evidenziano le seguenti azioni validate da parte dell'OIV:

- è stata accettata la Nota PG/2024/0044824 del 24/06/2024 avente ad oggetto "Valutazione obiettivo relativo ai tempi di pagamento (Codice indicatore IDT0101R)" da parte della Direzione Generale della ASL di Cagliari, in merito al raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo al rispetto dei tempi di pagamento dei debiti commerciali, con la quale si chiede di voler prendere in considerazione l'indicatore definito dalla RAS (che corrisponde al dettato legislativo) e non quello definito a livello aziendale. Tutte le strutture coinvolte hanno raggiunto l'obiettivo;

- sono state accettate le giustificazioni avanzate da tutti i reparti afferenti all'area chirurgica sull'obiettivo regionale relativo al conseguimento del risparmio del sangue ed esplicitate anche nel paragrafo 5.3. L'obiettivo si considera raggiunto per tutte le strutture coinvolte;
- sono state accettate le relazioni finali trasmesse dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari per la SC Clinica ortopedica (responsabile Prof. Antonio Capone) e dall'Azienda ARNAS Brotzu per la SC Microchirurgia ricostruttiva della mano (responsabile Dott. Luciano Cara), ricevute rispettivamente con Nota 11348 del 20/06/2024 e nota 11878 del 21/06/2024;
- è stata accettata la richiesta di sterilizzazione avanzata dalla Sc Centro Sclerosi multipla (responsabile Prof.ssa Eleonora Cocco);
- si sterilizzano gli obiettivi con codice OSP01, OSP02 e PNE01 relativo alla SC Chirurgia Generale di Muravera, poiché gli obiettivi risultano non misurabili per le motivazioni rappresentate in sede di rendicontazione finale;
- si sterilizza l'obiettivo con codice SIAPZ06, assegnato alla SC Servizio Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche, in quanto non misurabile per le motivazioni rappresentate in sede di rendicontazione;
- si sterilizza l'obiettivo con codice FARMA 7.1 assegnato alla SC Neuropsichiatria infantile del Microcitemico e alla SSD Diabetologia pediatrica in quanto non applicabile;
- si sterilizzano gli obiettivi codificati con indicatori ML01 e ML02 e assegnati alla SSD Medicina Legale, per cui si rileva che con nota PG/2023/76658 del 20/10/2023 la struttura ha evidenziato che, in seguito alla DGR n.28/8 del 24/08/2023 e Delibera del Direttore Generale n.616 del 04/10/2023, riguardanti le commissioni mediche per il riconoscimento degli stati invalidanti, sono state impartite disposizioni che hanno portato al blocco del funzionamento delle stesse in tutti i distretti aziendali.

5.5 La Performance individuale del personale

La performance individuale è finalizzata principalmente ad evidenziare il risultato individuale conseguito dal personale valutato rispetto all'area delle competenze organizzative, professionali e dei comportamenti adottati. Con deliberazione del Direttore Generale di ATS n°221 del 07/04/2020, è stato adottato il Sistema di Misurazione della performance, recepito dalla ASL di Cagliari, attualmente in fase di revisione.

La valutazione della performance individuale è determinata da diverse dimensioni, differenziate per il livello di responsabilità assunto nell'organizzazione. Il sistema adottato prevede che la misurazione e valutazione individuale si differenzi a seconda del livello organizzativo occupato nell'azienda ed ai sensi di quanto disposto dall'art. 9 del D.lgs. 150/2009 e s.m.i., è legata alle seguenti dimensioni di valutazione.

Per i **Direttori/Responsabili di struttura** la valutazione è connessa:

- a) agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità;
- b) al raggiungimento di specifici obiettivi individuali;

- c) alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate;
- d) alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi.

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

- 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.

Valutazione media per Profilo

Il processo complessivo della valutazione della Performance individuale nell'anno 2023 ha coinvolto 4.210 dipendenti Asl Cagliari conseguendo una valutazione media di 96,5.

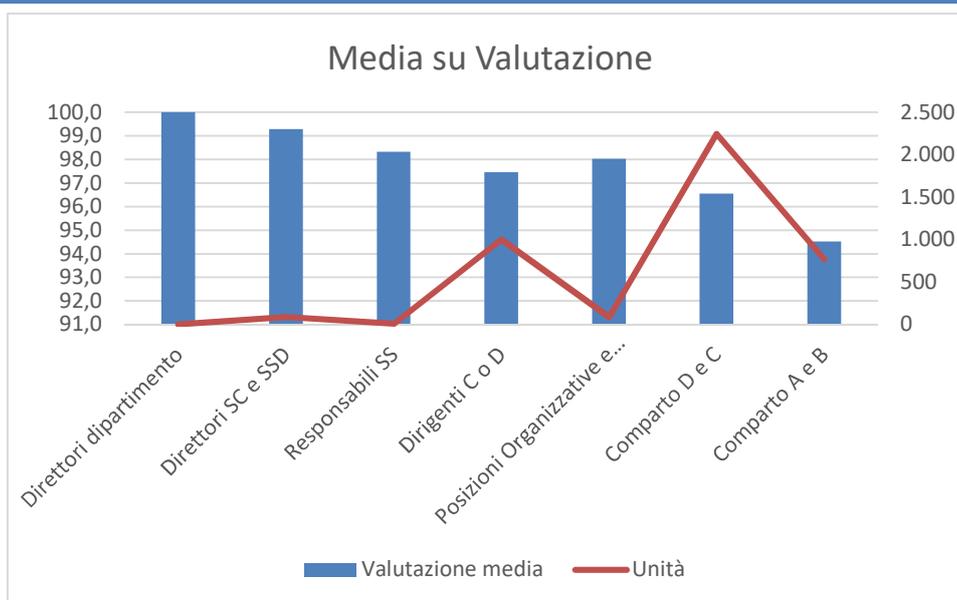
Di seguito si riportano le valutazioni medie distinte per profilo:

Profilo	Valutazione media	Unità
Direttori dipartimento	100,0	2
Direttori SC e SSD	99,3	88
Responsabili SS	98,3	11
Dirigenti C o D	97,5	1.004
Posizioni Organizzative e Coordinatori	98,0	90
Comparto D e C	96,6	2.246
Comparto A e B	94,5	769
Totale complessivo	96,5	4.210

Tabella 49–Media valutazioni individuali 2023

Dalla tabella sopra riportata si evince che la più alta valutazione, al di fuori dei direttori e responsabili, si registra nella Dirigenza, pertanto la valutazione media è fortemente condizionata da 1.004 dirigenti con una media di 97,50, mentre si rileva una media del comparto C/D pari a 96,6 (circa 2.246 unità) e del comparto A/B pari a 93,35 con 769 unità.

Le figure di seguito rappresentano sinteticamente l'esito dell'intero processo di valutazione rispettivamente per l'anno 2022 ed evidenziano il numero totale di persone valutate per profilo e la media del punteggio ottenuto.



Media valutazioni 2023

6. Anticorruzione

L'implementazione delle attività e misure di anticorruzione e trasparenza del PTPCT/PIAO così come l'espletamento delle funzioni d'responsabile PTC sono state svolte in un contesto organizzativo neo strutturato, in seguito all'adozione del nuovo atto aziendale.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 115 del 13.03.2023 la Dott.ssa Silvana Murru è stata individuata quale Responsabile RPCT.

Stante il contesto generale e le misure contemplate nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO 2023_2025, si evidenziano alcune considerazioni generali:

- nel corso del 2023 ha proseguito la fase transitoria di implementazione dell'atto aziendale che ha visto l'attivazione di diverse Strutture Aziendali. Altre Strutture sono ancora in fase di attivazione. Sulla base delle relazioni intermedie pervenute al RPTC, pur evidenziando dei profili di criticità legati alla mancata piena attuazione dell'atto aziendale e alla ancora sussistente, a vari livelli, carenza di personale, si può concludere che sono stati rispettati gli adempimenti previsti nel PIAO, sia con riferimento agli obblighi di pubblicazione che con riferimento alle misure anticorruzione.
- Un ruolo importante è stato rivestito dai costanti richiami da parte del RPCT a tutti i Direttori di Servizio al rispetto delle tempistiche di attuazione delle misure di trasparenza e anticorruzione previste nelle apposite tabelle allegate alla sottosezione PIAO 2023-2025;
- la conoscenza e la diffusione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione - Sezione Anticorruzione e trasparenza, per il triennio 2023 - 2025, è stata assicurata sia tramite la pubblicazione obbligatoria del medesimo nella apposita sezione del sito istituzionale dell'Ente e

sia mediante apposite comunicazioni redatte e trasmesse dal RPCT volte, nell'ottica di adempiere all'obbligo di monitoraggio periodico, a richiamare l'attenzione sul rispetto delle prescrizioni contenute nella sopracitata sezione del PIAO. Tale ultimo accorgimento ha contribuito e favorito il buon funzionamento del sistema poichè, tutti i servizi e le strutture coinvolte, hanno riportato, per il tramite della regolare stesura delle relazioni di controllo, le modalità di attuazione delle diverse attività svolte all'RPCT. Con riferimento specifico agli obblighi di pubblicazione non può non evidenziarsi la proficua collaborazione tra il RPCT e l'OIV aziendale che ha garantito il pedissequo rispetto delle indicazioni previste dall'ANAC con deliberazione n. 2023 del 17 maggio 2023 con attestazione finale certificante un ottimo livello di adempimento da parte della Asl di Cagliari alle disposizioni in essa contenute. Stessa proficua collaborazione si è registrata con riferimento alla stesura della bozza del nuovo Codice di Comportamento aziendale che è, al momento, in fase di adozione. Stante il generale contesto di implementazione gestionale ed organizzativa, che ha connotato l'esercizio 2023, dall'analisi delle relazioni pervenute al RPCT e dai monitoraggi periodici, lo stato di applicazione delle misure, sia generali che specifiche, contenute nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, può essere considerata di buon livello;

- non possono non evidenziarsi dei profili di criticità che possono essere così sintetizzati:
 - ◆ assenza di un gruppo di lavoro strutturato per lo svolgimento delle attività di attuazione in supporto al RPCT;
 - ◆ particolare contesto storico caratterizzato da transitorietà;
 - ◆ carenza di personale, assenza di automatismi per lo scambio di informazioni da parte delle strutture aziendali finalizzate a facilitare il monitoraggio periodico;
 - ◆ mancanza di formazione specifica in materia di trasparenza e pubblicazione dei dati nel sito istituzionale da parte dei referenti nominati per ogni singolo Servizio;
 - ◆ previsione della misura della rotazione del personale. Come già ribadito più volte, la Asl n. 8 di Cagliari è una Azienda di recente istituzione e, pertanto, la rotazione del personale, se applicata indistintamente in questo momento storico, a pochi mesi dall'approvazione dell'atto aziendale ed in assenza delle necessarie risorse umane, oltre a rivelarsi controproducente, rischierebbe di risultare una misura disfunzionale al Servizio.

Di seguito si rappresenta la scheda sintetica in merito alle misure anticorruzione previste dal PIAO ed adottate nell'anno 2023.

RELAZIONE PERFORMANCE 2023 ASL CAGLIARI

ID	Domanda	Risposta	Ulteriori Informazioni
2	GESTIONE DEL RISCHIO		
2.A	Indicare se è stato effettuato il monitoraggio delle misure programmate nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, nel PTPCT o nel MOG 231 (<i>domanda facoltativa</i>)		Anche nel 2023, nonostante l'approvazione dell'atto aziendale, avvenuta a febbraio 2023, la Asl n. 8 di Cagliari ha sofferto la carenza di personale e la tardiva attivazione dei Servizi facenti parte della Tecnostruttura Amministrativa. Questi ultimi sono sorti, infatti, soltanto tra settembre ed ottobre 2023 grazie all'acquisizione di n. 3 Dirigenti a tempo determinato. Il personale amministrativo transitato da Ares Sardegna è molto contenuto e il personale già presente in Azienda è ancora in gran parte bisognevole di adeguata formazione. Cionostante dalle relazioni pervenute dai diversi Servizi si può ricavare che il monitoraggio è stato eseguito correttamente e non sono emerse criticità riferibili a violazioni della normativa.
2.A.4	Se non è stato effettuato il monitoraggio, indicare le motivazioni del mancato svolgimento		
2.B	Indicare in quali delle seguenti aree si sono verificati eventi corruttivi e indicarne il numero (più risposte sono possibili). (Riportare le fattispecie penali, anche con procedimenti pendenti e gli eventi corruttivi e le condotte di natura corruttiva come definiti nel PNA 2019 (Parte I, § 2), nella delibera n. 215 del 26 marzo 2019 (§ 3.3.) e come mappati nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, nei PTPCT delle amministrazioni/enti) o nel MOG 231:		
2.B.0	Aree a rischio considerate prioritarie	no	
2.B.00	Gestione fondi PNRR e fondi strutturali	no	
2.B.1	Acquisizione e gestione del personale	no	
2.B.2	Contratti pubblici	no	
2.B.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	no	
2.B.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	no	
2.B.5	Affari legali e contenzioso	no	
2.B.6	Incarichi e Nomine	no	
2.B.7	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	no	
2.B.8	Aree di rischio ulteriori (elencare quali)	no	
2.B.9	Non si sono verificati eventi corruttivi	si	Non sono stati segnalati né si è avuta notizia di eventi corruttivi
2.C	Se si sono verificati eventi corruttivi, indicare se nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, nel PTPCT 2023 o nel MOG 231 erano state previste misure per il loro contrasto		
2.E	Indicare se sono stati mappati i processi (cfr. PNA 2022, Programmazione e Monitoraggio PIAO e PTPCT, § 3.1.2) -	si	Tale attività di mappatura è stata svolta in rapporto al nuovo assetto organizzativo dell'Azienda che è sorta a seguito di scorporo dall'ATS Sardegna solo in data 01/01/2022. Per buona parte del 2023, tuttavia, diverse Strutture sono rimaste inattive e prive di personale. Con l'aggiornamento della sottosezione del PIAO 2024 verrà ampliata l'attività di mappatura aziendale.
2.F	Se sono stati mappati i processi indicare se afferiscono alle aree prioritarie come individuate nel PNA 2022 (cfr. PNA 2022, Programmazione e Monitoraggio PIAO e PTPCT, § 3.1.2)		

RELAZIONE PERFORMANCE 2023 ASL CAGLIARI

ID	Domanda	Risposta	Ulteriori Informazioni
2.F.0	Gestione fondi PNRR e fondi strutturali	no	
2.F.00	Processi collegati a obiettivi di performance	no	
2.F.000	Processi con esposizione a rischi corruttivi significativi	si	
2.F.0000	Procedure relative ad aree a rischio specifico del singolo ente	si	
2.F.1	Contratti pubblici		L'organico attuale del servizio è costituito dal personale proveniente dall'ex Servizio Giuridico Amministrativo che si occupava: di acquisti, liquidazioni/gestione contratto, Casse economali e Magazzino Economale, incrementato in questo corrente mese di una unità a tempo determinato che andrà a sostituire un'altra unità prossima alla quiescenza. Nel settore degli Acquisti ad eccezione di tre risorse già formate le altre unità necessitano di acquisire esperienza sul campo e una formazione specifica in un settore così delicato come quello degli appalti. Anche le risorse dedicate alle due Casse Economali Ospedaliera e Territoriale, in particolare per quella Territoriale, sono di recente acquisizione e necessitano di formazione. Pertanto l'attuale dotazione organica non è sufficiente e non è adeguatamente formata per fronteggiare le più svariate richieste di approvvigionamento. Dal mese di Settembre 2023 con la nascita della nuova struttura e in ottemperanza alle disposizioni del nuovo codice degli appalti D.lgs 36/2023 la soglia per poter procedere ad affidamenti diretti è stata innalzata fino a € 140.000. Le misure di prevenzione anticorruzione messe in atto consistono nell'affiancamento di personale più esperto a dipendenti neoassunti, nella rotazione, nell'utilizzo del mercato elettronico, nell'applicazione del codice di comportamento.
2.F.2	Incarichi e nomine		Il processo di conferimento di incarichi di collaborazione esterna e professionale, prima in capo ad Ares Sardegna, nel corso del 2023 è stato parzialmente gestito dalla Asl n. 8 di Cagliari. La mappatura di tale specifica linea di attività verrà ampliata con l'aggiornamento della sottosezione del PIAO 2024.
2.F.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
2.F.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
2.F.5	Acquisizione e gestione del personale		Le procedure di selezione, dalla predisposizione del bando alla completa istruttoria, si sono svolte in gran parte in capo all'Azienda Regionale della Salute.
2.G	Indicare se la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO o il PTPCT è stato elaborato in collaborazione con altre amministrazioni/enti (<i>domanda facoltativa</i>)	no	
2.H	Indicare se la sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO è stata elaborata in collaborazione o in coordinamento con i responsabili delle altre sezioni del PIAO	si	
3	MISURE SPECIFICHE		
3.A	Indicare se sono state attuate misure specifiche oltre a quelle generali	si	
3.B.	Indicare quali sono le tre principali misure specifiche attuate (<i>domanda facoltativa</i>)		
4	TRASPARENZA		

RELAZIONE PERFORMANCE 2023 ASL CAGLIARI

ID	Domanda	Risposta	Ulteriori Informazioni
4.A	Indicare se è stato informatizzato il flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente o Società trasparente"	No, la misura non era prevista nella sottosezione del PIAO 2023	
4.B	Indicare se il sito istituzionale, relativamente alla sezione "Amministrazione trasparente o Società trasparente", ha l'indicatore delle visite	no	
4.C	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "semplice" (art. 5, co. 1 dlgs 33/2013)	no	
4.D	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "generalizzato" (art. 5, co. 1 dlgs 33/2013)	si	
4.E	Indicare se è stato istituito il registro degli accessi	si	E' stato istituito un registro per ogni tipologia di accesso
4.F	E' rispettata l'indicazione che prevede di riportare nel registro l'esito delle istanze (<i>domanda facoltativa</i>)	si	
4.G	Indicare se sono stati svolti monitoraggi sulla pubblicazione dei dati	si	I monitoraggi sono effettuati con cadenza quadrimestrale e hanno avuto ad oggetto un campione di obblighi. Nello specifico, sono state regolarmente assolte tutte le attività relative agli obblighi di pubblicazione e trasparenza anche grazie ad una proficua collaborazione con l'OIV e le diverse strutture aziendali. In modo particolare, in ossequio alla delibera Anac n. 203 del 17.05.2023 "attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 30 giugno 2023 e attività di vigilanza dell'autorità" l'OIV ha potuto verificare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 30.06.2023. Le attestazioni rilasciate dall'OIV sono regolarmente pubblicate nella sezione amministrazione trasparente del sito internet istituzionale dell'Ente. L'RPCT, inoltre, si è occupato di vigilare e sollecitare la pubblicazione dei dati da parte delle diverse strutture aziendali.
4.G.1	Indicare se è stata garantita trasparenza anche degli atti, dati e informazioni relativi al PNRR, da pubblicare secondo le indicazioni della RGS, mediante l'inserimento, nella corrispondente sottosezione di A.T., di un link che rinvia alla predetta sezione dedicata all'attuazione delle misure del PNRR (cfr. PNA 2022, § 3 parte trasparenza)	si	
4.H	Formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento		Gli adempimenti in materia di trasparenza sono stati in gran parte adempiuti. Qualche sporadica lacuna è dovuta alla mancata informatizzazione dei flussi che impongono la singola pubblicazione con operatori (personale amministrativo afferente alle diverse strutture interessate)che, però, necessiterebbero di apposita formazione.In parte detta formazione è fornita da una risorsa aziendale referente per la trasparenza afferente alla SC Affari Generali.E'intendimento del RPCT richiedere specifici percorsi di formazione relativi al processo di pubblicazione dei dati.
5	FORMAZIONE DEL PERSONALE		
5.A	Indicare se è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione tenendo anche conto dell'obbligo di formazione sui temi dell'etica (art. 15, co. 5-bis, del d.P.R. 62/2013).	si	il 9 Novembre 2023 si è svolta la giornata della Trasparenza. Inoltre è stato attivato un corso FAD in modalità asincrona rivolto a tutti i dipendenti della Asl n. 8 di Cagliari ed organizzato in collaborazione con Ares Sardegna, con moduli di proprietà di Ares.

RELAZIONE PERFORMANCE 2023 ASL CAGLIARI

ID	Domanda	Risposta	Ulteriori Informazioni
5.B	Se non è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare le ragioni della mancata erogazione		
5.E	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione indicare se ha riguardato, in particolare: (<u>domanda facoltativa</u>)		
5.E.0	La gestione delle situazioni di conflitto di interessi	si	
5.E.1	Etica ed integrità	si	
5.E.2	I contenuti dei codici di comportamento	si	
5.E.3	I contenuti del PTPCT/Sezione anticorruzione e trasparenza PIAO/MOG 231	si	
5.E.4	Processo di gestione del rischio	si	
5.C	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali soggetti tra i seguenti hanno svolto le docenze:		
5.C.1	SNA		
5.C.2	Università		
5.C.3	Altro soggetto pubblico (specificare quali)		
5.C.4	Soggetto privato (specificare quali)		
5.C.5	Formazione in house		
5.C.6	Altro (specificare quali)	si	Corso FAD in modalità asincrona rivolto a tutti i dipendenti della Asl n. 8 di Cagliari ed organizzato in collaborazione con Ares Sardegna, con moduli di proprietà di Ares. Incontro di formazione riservato agli RPCT degli enti sanitari tenutosi in data 17 Ottobre 2023 organizzato da Ares Sardegna con la collaborazione di RE-ACT
5.D	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, formulare un giudizio sulla formazione erogata con particolare riferimento all'appropriatezza di destinatari e contenuti, sulla base di eventuali questionari somministrati ai partecipanti		Il corso somministrato in modalità FAD a cura del Servizio Formazione di Ares è stato un corso completo e approfondito che ha toccato gli aspetti più importanti in materia di anticorruzione. Anche il corso riservato agli RPCT degli enti sanitari è stato incisivo e ben strutturato.
6	ROTAZIONE DEL PERSONALE		
6.A	Indicare il numero di unità di personale dipendente di cui è composta l'amministrazione:	4028	
6.A.1	Numero dirigenti o equiparati	1028	
6.A.2	Numero non dirigenti o equiparati	2999	
6.B	Indicare se nell'anno 2023 è stata effettuata la rotazione dei dirigenti come misura di prevenzione del rischio	no	Anche nel corso del 2023 l'Azienda è stata investita da un impegnativo processo di riorganizzazione, tuttora in corso, conseguente all'attuazione del nuovo atto aziendale. Le figure dirigenziali, soprattutto di tipo amministrativo, sono numericamente molto limitate, pertanto, il criterio della rotazione ha avuto difficile applicazione. Tuttavia, ciò non ha impedito, laddove è stato possibile, come emerso dalle relazioni pervenute, che unitamente agli altri rimedi sia stata effettuata anche la rotazione del personale.
6.C	Indicare se l'ente, nel corso del 2023, è stato interessato da un processo di riorganizzazione (anche se avviato in anni precedenti e concluso o in corso nel 2023) (<u>domanda facoltativa</u>)	si	L'Azienda, sorta in data 01/01/2022, ha visto l'approvazione del nuovo atto aziendale solo nel febbraio 2023 con Deliberazione del Direttore Generale n.25 del 01/02/2023. E' tuttora in corso un processo di riorganizzazione attraverso il quale si stanno attivando numerose Strutture aziendali, sia di tipo sanitario che amministrativo.
7	INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI D.LGS. 39/2013		

RELAZIONE PERFORMANCE 2023 ASL CAGLIARI

ID	Domanda	Risposta	Ulteriori Informazioni
7.A	Indicare se sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità	no	La competenza sui controlli, in quanto attività afferente alle procedure di conferimento degli incarichi, è stata in larga misura in capo ad Ares. Solo in minima parte le procedure di incarico sono state svolte dall'Asl n. 8 a partire dal mese di settembre 2023 in cui è stato attivato il Servizio Valorizzazione Risorse Umane.
7.B	Indicare, con riferimento all'anno 2023, se è stata accertata l'inconferibilità degli incarichi dirigenziali per sussistenza di condanna penale, ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013	no	
8	INCOMPATIBILITÀ PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI - D.LGS. 39/2013		
8.A	Indicare se sono state adottate misure per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità	si	Per quanto attiene alla parte di competenza della Asl n. 8 non sono stati riscontrati casi di inconferibilità/incompatibilità.
9	CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI AI DIPENDENTI		
9.A	Indicare se è stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi	si	Il conferimento degli incarichi è disciplinato dal Regolamento del Personale a suo tempo adottato dall'ATS Sardegna, recepito dall'Asl n. 8 di Cagliari.
9.C	Indicare se sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati	no	
10	TUTELA DI CHI SEGNA ILLECITI (WHISTLEBLOWING)		
10.A	Indicare se è stato attivato un canale interno per la presentazione e la gestione di segnalazione di condotte illecite (d.lgs. 24/2023)	si	E' stata attivata la piattaforma Whistleblowing Solution PA, aggiornata ai sensi del D.Lgs n. 24/2023, che gestisce le segnalazioni per la Asl n. 8 di Cagliari e ne dà comunicazione mediante segnalazione mail alla casella dedicata del RPCT (rpct@asltagliari.it) E' stato, inoltre, approvato il Regolamento sulla gestione delle segnalazioni con deliberazione n. 815 del 29/12/2023.
10.C	Se non è stata attivata la piattaforma informatica, ai sensi dell'art. 4, co. 1 del d.lgs. 24/2023 e come indicato nelle LLGG ANAC di cui alla delibera n. 311 del 12 luglio 2023, indicare attraverso quali altri mezzi il segnalante può inoltrare la segnalazione		
10.D	Se è stato attivato il canale interno per la segnalazione indicare se sono pervenute segnalazioni di whistleblower	si	n. 3 segnalazioni
11	CODICE DI COMPORTAMENTO		
11.A	Indicare se è stato adottato il codice di comportamento che integra e specifica il codice adottato dal Governo (D.P.R. n. 62/2013)		La Asl n. 8 di Cagliari ha recepito il codice di comportamento dell'ex ATS Sardegna. E' in fase di elaborazione il codice di comportamento aziendale.
11.B	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se gli obblighi di condotta ivi previsti sono stati estesi a tutti i soggetti di cui all'art. 2, co. 3, d.P.R. 62/2013 (collaboratori e consulenti, titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, collaboratori di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore delle amministrazioni) (<i>domanda facoltativa</i>)	si	
11.C	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione	si	Le segnalazioni ritenute rilevanti ai fini disciplinari hanno comportato l'apertura di appositi procedimenti disciplinari

RELAZIONE PERFORMANCE 2023 ASL CAGLIARI

ID	Domanda	Risposta	Ulteriori Informazioni
11.D	Indicare se il codice di comportamento dell'amministrazione è stato adeguato alle modifiche intercorse nel 2023 al d.P.R. n. 62/2013	si	
12	PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI		
12.B	Indicare se nel corso del 2023 sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti	si	1. E' stato avviato un procedimento disciplinare a carico di un Dirigente Medico indagato con l'applicazione della misura cautelare in carcere
12.D	Se nel corso del 2023 sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi, indicare quanti sono riconducibili a fatti penalmente rilevanti (il numero di procedimenti per ciascuna tipologia; lo stesso procedimento può essere riconducibile a più reati):		
12.D.1	Peculato – art. 314 c.p.	0	
12.D.2	Concussione - art. 317 c.p.	0	
12.D.3	Corruzione per l'esercizio della funzione - art. 318 c.p.	0	
12.D.4	Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio –art. 319 c.p.	0	
12.D.5	Corruzione in atti giudiziari –art. 319ter c.p.	0	
12.D.6	Induzione indebita a dare o promettere utilità – art. 319quater c.p.	0	
12.D.7	Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio –art. 320 c.p.	0	
12.D.8	Istigazione alla corruzione –art. 322 c.p.	0	
12.D.9	Traffico di influenze illecite -art. 346-bis c.p.	0	
12.D.10	Turbata libertà degli incanti -art. 353 c.p.	0	
12.D.11	Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente -art. 353 bis c.p.	0	
12.D.12	Altro (specificare quali)		delitto di cui all'art. 416 bis c.p.; reato ex art. 2 L.251/1982; reato ex art. 323 c.p.; reato ex art. 326 c.p.
12.E	Indicare a quali aree di rischio sono riconducibili i procedimenti disciplinari per eventi corruttivi, penalmente rilevanti e non (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna delle sottostanti aree):		
12.E.0	Aree a rischio considerate prioritarie	0	
12.E.00	Gestione fondi PNRR e fondi strutturali	0	
12.E.1	Contratti pubblici	0	
12.E.2	Incarichi e nomine	1	
12.E.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	0	
12.E.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	0	
12.E.5	Acquisizione e gestione del personale	0	
12.F	Indicare se nel corso del 2023 sono stati avviati a carico dei dipendenti procedimenti disciplinari per violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali	si	n.28
13	ALTRE MISURE		

RELAZIONE PERFORMANCE 2023 ASL CAGLIARI

ID	Domanda	Risposta	Ulteriori Informazioni
13.A	Indicare se si sono verificate violazioni dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 per i soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II, Libro II, c.p.	no	
13.B	Indicare se ci sono stati casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati (cfr. Delibera n. 309 del 27 giugno 2023 - Bando tipo n. 1 - 2023)	no	
14	ROTAZIONE STRAORDINARIA		
14.A	Indicare se si è reso necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale di cui all'art. 16, co. 1, lett. I-quater, d.lgs.165/2001, a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per le condotte di natura corruttiva (cfr. Delibera n. 215 del 26 marzo 2019)	no	
15	PANTOUFLAGE		
15.A	Indicare se sono stati individuati casi di pantouflage di dirigenti	no	
15.B	Indicare se sono state attuate le misure per prevenire il pantouflage.	si	Il PTPCT nonchè la sottosezione del PIAO 2023 prevedono la consegna di apposita informativa al dipendente al momento della cessazione dell'incarico.