



**ALLEGATO F**

**RELAZIONE**

**DIRETTORE GENERALE**

**PROGRAMMAZIONE ANNUALE E TRIENNALE**

**2024-2026**



Relazione del Direttore Generale.....	4
PREMESSA .....	4
Il programma sanitario annuale e triennale .....	4
La programmazione delle aziende del servizio sanitario regionale .....	4
<i>Introduzione</i> .....	5
Il contesto di riferimento .....	7
L’Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari .....	21
L’AOU di Cagliari.....	21
Missione e principi .....	21
Visione.....	24
L’organizzazione attuale .....	26
Presidio Ospedaliero Duilio Casula .....	26
Università di Cagliari – Facoltà di Medicina e Chirurgia.....	27
Scuole di Specializzazione .....	27
Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio.....	30
Assistenza Ospedaliera .....	36
I Primi 35 Drg più frequenti in Azienda.....	36
Ricoveri Ordinari per Reparto e Classe di Appartenenza.....	39
Attività ambulatoriale .....	45
Attività Pronto Soccorso .....	45
Gli Indicatori di attività.....	46
DOTAZIONE ORGANICA.....	47
RIORGANIZZAZIONE AZIENDALE .....	49
PROGRAMMA ASSUNZIONI 2024-2026 .....	49
Gli Obiettivi Programmatici e i Progetti .....	50
Il programma triennale dei lavori pubblici.....	50
IL PIANO FORMATIVO AZIENDALE .....	52
la Formazione strategica.....	53
la Formazione Specifica.....	53
La Formazione specifica esterna .....	53
Eventi formativi a carattere innovativo .....	53
Implementazione e sviluppo Servizio Televisita .....	54
Gestione Liste d’attesa.....	55
Percorso presa in carico malato Oncologico.....	56

Implementazione della Cartella Clinica Elettronica .....	57
Piattaforma di diagnosi e stadiazione dei tumori al retto .....	57
Aou di Cagliari, ospedale nel Metaverso .....	58
Obiettivi del Progetto.....	59

## Relazione del Direttore Generale

La legge regionale 11 settembre 2020, n. 24 prevede la Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore.

### PREMESSA

Il presente documento di programmazione tiene conto della mutata normativa regionale che ha modificato la governance del Servizio Sanitario Regionale per renderlo maggiormente aderente ai bisogni della popolazione, e della riforma prevista dal PNRR.

Il Programma sanitario pluriennale e annuale ed il Bilancio preventivo economico annuale e pluriennale 2024-2026 è stato predisposto considerando i dati relativi alla mobilità e alle assegnazioni provvisorie desunte dagli stanziamenti previsti nel bilancio regionale pluriennale 2023-2025, ed è stato rispettato il pareggio di bilancio secondo quanto previsto dalla normativa vigente; vedi nota RAS n. 24917 del 02/10/2023 *Indicazioni per la compilazione dei Bilanci di previsione 2024-26* e nota RAS n. 25080 del 03/10/2023 *Indicazioni per la compilazione dei Bilanci di previsione 2024-26. Parziale rettifica allegato alla nota prot. 24917 del 2.10.2023.*

## Il programma sanitario annuale e triennale

### La programmazione delle aziende del servizio sanitario regionale

La legge regionale 11 settembre 2020, n. 4 che abroga la L.R. 28 luglio 2006 n. 10 e ss.mm.ii., dispone in merito agli atti di programmazione del sistema sanitario regionale i quali si compongono del **Programma sanitario annuale e triennale** e con allegato il piano degli investimenti, e del **Bilancio preventivo economico annuale e pluriennale**.

I direttori generali delle aziende ospedaliere, ospedaliero-universitarie e dell'AREUS adottano entro il 15 novembre il **Bilancio preventivo economico annuale e pluriennale**.

Il **Bilancio preventivo economico annuale e pluriennale** è redatto secondo le modalità dell'art. 25 del decreto legislativo n. 118 del 2011 e successive modifiche ed integrazioni. Gli indirizzi e gli schemi da utilizzare per la redazione del Bilancio preventivo economico annuale e pluriennale sono contenuti in allegato alla DGR 34/23 del 7 luglio 2015 *“Indirizzi in merito all'applicazione alle aziende sanitarie del Titolo II D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 concernente “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42”.*

## **Introduzione**

Il programma sanitario triennale 2024-2026 è un documento base per la pianificazione aziendale che espone e giustifica i progetti, le risorse necessarie e le formule organizzative e gestionali funzionali al perseguimento degli obiettivi sanitari e socio-sanitari del Piano Regionale dei Servizi Sanitari e di altri eventuali atti e documenti di programmazione regionale, riferiti al contesto di competenza dell'azienda ospedaliero-universitaria di Cagliari per il triennio. L'Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari predispone Il programma sanitario triennale 2024-2026 in coerenza con quanto previsto dalla L.R. 4/2020, all'art. 39 comma 2 *"Il direttore generale adotta entro il 15 novembre di ogni anno, sulla base del finanziamento ripartito a norma dell'articolo 38, il bilancio preventivo economico annuale e pluriennale, composto dai documenti previsti dall'articolo 25 del decreto legislativo n. 118 del 2011, e successive modifiche ed integrazioni, contestualmente all'adozione del programma sanitario annuale e del programma sanitario triennale. Un piano del fabbisogno del personale è inserito come allegato al bilancio preventivo economico annuale e pluriennale e ne costituisce parte integrante"*

L'Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari fornisce le necessarie evidenze per favorire, sul territorio regionale, l'integrazione verticale e orizzontale nell'attuazione delle politiche sanitarie e a concorrere al perseguimento di quanto specificamente richiamato precedentemente.

La programmazione consiste in un processo di determinazione, qualificazione, quantificazione e rappresentazione di esigenze sanitarie e sociosanitarie, di situazioni a queste correlate e di azioni considerate efficaci per soddisfarle, rimuoverle e contenerle. Essa comporta, pertanto, un intenso sforzo intellettuale e collettivo rivolto alla definizione di strategie, di obiettivi di assistenza sanitaria e socio-sanitaria e di mezzi per conseguirli. Le strategie si manifestano, quindi, con l'indicazione di linee di azione, di risorse necessarie, di formule organizzative e gestionali che guidano la gestione operativa e il controllo dei risultati.

Il processo di programmazione è organizzato e gestito secondo criteri di efficacia, efficienza e trasparenza. L'organizzazione e la gestione del processo è rimesso alla responsabilità del direttore generale che vi provvede secondo l'autonomia e nel rispetto delle disposizioni di legge.

Il processo ha coinvolto gli *stakeholder* aziendali e si svolge nei modi e tempi ritenuti più opportuni e congrui, per ottenere risultati conformi alle finalità e alle disposizioni di legge e a quelle contenute nelle presenti direttive.

Il programma sanitario contiene informazioni sintetiche, chiare, attendibili e fedeli redatto in coerenza con gli atti e documenti di politica regionale riferiti alla sanità, tiene conto, in quanto rilevanti, delle indicazioni contenute nel Piano Sanitario Nazionale e in norme e atti dello Stato; tiene inoltre conto, delle indicazioni di organismi la cui autorità e competenza in materie sanitarie è riconosciuta in ambito nazionale e sovra-nazionale. Il programma sanitario esprime la compartecipazione dell'azienda al perseguimento degli obiettivi sanitari e socio-sanitari e viene redatto in coerenza con le istanze sanitarie e socio-sanitarie manifestate a livello locale.

Il programma sanitario annuale espone sinteticamente i progetti maggiormente rilevanti, le risorse necessarie e le formule organizzative e gestionali funzionali al perseguimento degli obiettivi sanitari contenuti in atti e documenti di programmazione regionale, riferiti al contesto di competenza dell'azienda ospedaliero-universitaria e per un arco temporale corrispondente al primo anno del triennio di riferimento del programma sanitario triennale. Esso contiene le informazioni relative agli obiettivi programmatici e i progetti in coerenza con quelli indicati nel programma sanitario triennale, le azioni da realizzare nell'anno della programmazione e gli obiettivi che ci si propone di conseguire.

Il programma sanitario si compone delle seguenti sezioni:

## Il contesto di riferimento

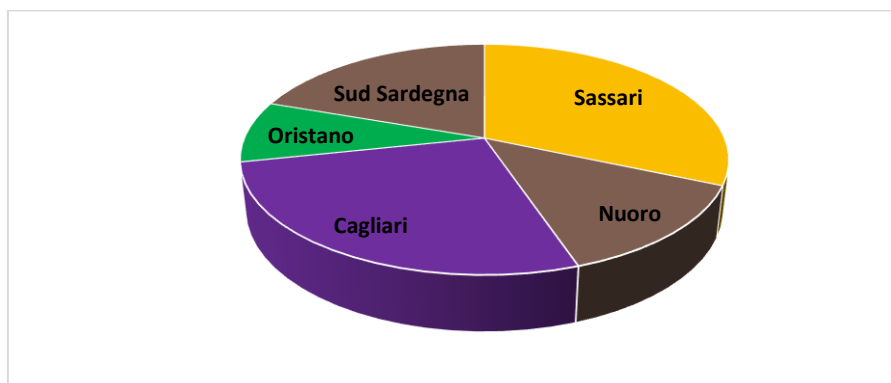
### Informazioni rilevanti sul contesto di riferimento

La programmazione a breve e lungo termine delle attività dell’Azienda non può prescindere da una attenta analisi del quadro di riferimento demografico e territoriale nel quale la stessa opera, nonché cercare di comprendere come presumibilmente muteranno gli scenari in cui l’Azienda opera, sia nel breve che nel lungo termine. Risulta quindi fondamentale tracciare il profilo del territorio prevalentemente servito dall’Azienda e della popolazione che vi insiste per capire quali siano i bisogni di assistenza prevalenti, il tutto inquadrato nella più ampia realtà nazionale.

Il contesto esterno è rappresentato da tutte quelle forze che tramite una loro manifestazione concreta implicano dirette conseguenze nell’operatività quotidiana dalla Azienda Ospedaliera Universitaria.

Un primo sguardo va alla fotografia attuale della popolazione residente in regione (dato al 1° gennaio 2023) che vede un complessivo di 1 575 028 abitanti, di cui circa il 3% straniero, ripartiti per territorio come esemplificato nella successiva Figura 1.

**Figura 1. Popolazione residente al 1° gennaio 2023**



Come mostrato nel grafico la popolazione che insiste nell’area della Città Metropolitana di Cagliari rappresenta poco meno del 27% del totale complessivo della popolazione regionale.

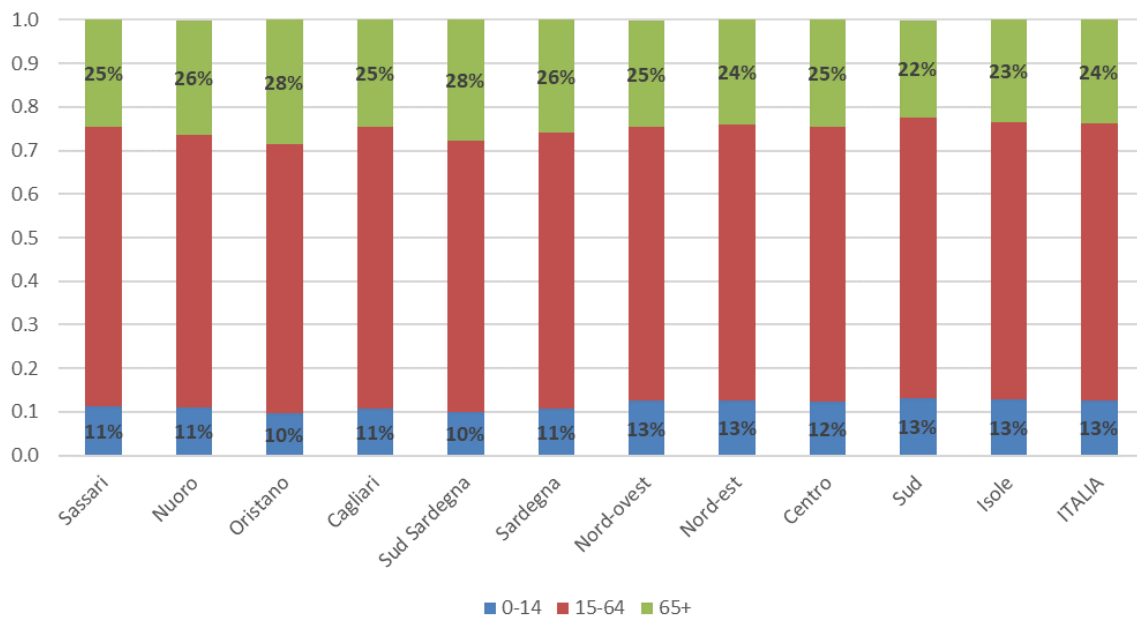
In tutte le 5 ripartizioni si evidenzia un calo demografico importante che colpisce soprattutto le aree di Oristano e Nuoro e che si inserisce in un quadro generale di crisi demografica. In Italia, infatti, la popolazione residente è in decrescita e le previsioni per il futuro non sono incoraggianti, si passa infatti da 59,6 milioni al 1° gennaio 2020 a 58 mln nel 2030, a 54,1 mln nel 2050 e a 47,6 mln nel 2070. Inoltre, entro 10 anni l’81% dei Comuni avrà subito un calo di popolazione, l’87% nel caso di Comuni di zone rurali. Questo scenario si riflette nella struttura per età della popolazione che va col passare degli anni ad avere una struttura per età sempre più sbilanciata verso le classi più anziane con una notevole ricaduta sia nella



tipologia di assistenza sanitaria necessaria che nella mole di lavoro che si riversa sulle strutture sanitarie, compresa la nostra Azienda.

Come emerge dalla successiva Figura 2 questa problematica riguarda l'intera regione ma anche la Nazione nel suo complesso, anche se emerge una situazione più critica nella nostra regione rispetto al dato nazionale (il 26% della popolazione sarda ha un'età maggiore o uguale ai 65 anni contro il 24% in Italia e il 22% del Sud Italia), dato che si collega direttamente con la ristretta quota percentuale di individui con meno di 15 anni.

**Figura 2. Popolazione residente al 1° gennaio 2023 - Struttura per grandi classi di età (valori %)**



Il tutto si riflette in una età media della popolazione italiana di circa 46 anni che raggiunge il valore di quasi 50 anni nell'area di Oristano mentre è pari a 45 nel Sud Italia.

Nella successiva Tabella 1 sono riportati alcuni dei principali indicatori demografici con riferimento agli anni compresi tra il 2019 e il 2022 e distintamente per le tre ripartizioni territoriali Italia, Sardegna e Cagliari. Come atteso dall'analisi del grafico precedente il tasso di natalità è in continua diminuzione con valori particolarmente bassi per Cagliari e la Sardegna in generale. Parallelamente diminuisce anche il tasso di mortalità anche se più lievemente, il che porta ad avere valori della crescita naturale sempre negativi.

Positivo il saldo migratorio interno per Cagliari mentre leggermente negativo quello relativo alla Sardegna per l'ultimo anno a disposizione (2022). In aumento in tutte le ripartizioni territoriali in esame il saldo migratorio con l'estero. Il bilancio complessivo è di tasso di crescita totale negativo per tutte le ripartizioni in esame, con valori particolarmente preoccupanti per la regione Sardegna.

La speranza di vita alla nascita si mantiene su valori in linea con quelli degli anni precedenti mentre cambia, come sottolineato precedentemente, la struttura per età della popolazione e conseguentemente anche gli indici ad essa legati come quello di dipendenza strutturale, di dipendenza degli anziani e l'indice di vecchiaia.

**Tabella 1. Indicatori demografici per anno e ripartizione geografica – Italia, Sardegna, Cagliari dal 2019 al 2022**

Tipo indicatore	Italia				Sardegna				Cagliari			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
tasso di natalità (per mille abitanti)	7	6.8	6.8	6,7	5.5	5.2	5.2	4,9	5.5	5.1	5.1	4,9
tasso di mortalità (per mille abitanti)	10.6	12.5	12	12,1	10.5	11.7	11.9	13	9.3	10	9.7	11,4
crescita naturale (per mille abitanti)	-3.6	-5.6	-5.2	-5,4	-5	-6.6	-6.7	-8,1	-3.8	-4.9	-4.6	-6,6
saldo migratorio interno (per mille abitanti)	0	0	0	0	-0.9	-0.4	-0.2	-0,5	0.9	0.8	1.1	0,8
saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)	2.6	1.5	2.7	3,9	0.3	0.1	1.1	1,4	1.7	0.3	1.6	1,6
saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)	-2.2	-2.6	-1.7	-1,5	-1.1	-6.5	-1	-0,6	-1.9	0.6	-2.1	-0,9
saldo migratorio totale (per mille abitanti)	0.4	-1.1	1	2,4	-1.7	-6.8	-0.2	0,3	0.7	1.7	0.5	1,5
tasso di crescita totale (per mille abitanti)	-3.2	-6.7	-4.3	-3	-6.7	-13.4	-6.9	-7,8	-3.1	-3.2	-4.1	-5,1
numero medio di figli per donna	1.27	1.24	1.25	1,24	1	0.97	0.99	0,95	0.97	0.92	0.94	0,93
età media della madre al parto	32.1	32.2	32.4	32,4	32.8	32.8	33	32,9	32.9	33.1	33.2	32,9
speranza di vita alla nascita - maschi	81.1	79.8	80.1	80,5	80.3	79.8	79.8	79,6	81.2	81	81.3	80,5
speranza di vita a 65 anni - maschi	19.4	18.3	18.6	18,9	19.4	18.9	19	18,6	19.9	19.6	19.9	19,1
speranza di vita alla nascita - femmine	85.4	84.5	84.7	84,8	85.8	85	85.4	84,8	85.9	85.8	86.5	85,1
speranza di vita a 65 anni - femmine	22.6	21.7	21.9	21,9	23	22.4	22.6	22,2	23.1	22.9	23.5	22,4
speranza di vita alla nascita - totale	83.2	82.1	82.4	82,6	83	82.3	82.5	82,1	83.5	83.4	83.8	82,8
speranza di vita a 65 anni - totale	21	20	20.3	20,4	21.3	20.7	20.9	20,4	21.5	21.3	21.7	20,8
popolazione 0-14 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	13.2	13	12.9	12,7	11.2	11	10.9	10,7	11.4	11.2	11.1	10,8
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	64	63.8	63.6	63,5	65	64.6	63.8	63,6	66.3	65.8	65.1	64,9
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	22.9	23.2	23.5	23,8	23.8	24.4	25.3	25,7	22.4	23	23.8	24,4
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	56.4	56.7	57.3	57,5	53.8	54.9	56.7	57,2	51	51.9	53.5	54,1
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio	35.8	36.4	37	37,5	36.6	37.9	39.6	40,5	33.7	34.9	36.5	37,6
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio	174	179.4	182.6	187,6	212.4	222.2	231.5	241,8	196.1	205.6	214.9	226,7
età media della popolazione - al 1° gennaio	45.5	45.7	45.9	46,2	46.9	47.3	47.8	48,1	46.3	46.7	47.2	47,6

Fonte: ISTAT

Particolarmente interessante data la mission dell’Azienda è l’analisi dello stato di salute della popolazione.

Tramite l’indagine campionaria Multiscopo condotta dall’Istat è possibile ottenere informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana e allo stato di salute degli individui e delle famiglie che risiedono nel territorio nazionale.

Le informazioni raccolte consentono di conoscere le abitudini dei cittadini e i problemi che essi affrontano ogni giorno. Aree tematiche su aspetti sociali diversi si susseguono nei questionari, permettendo di capire come vivono gli individui e quanto sono soddisfatti delle loro condizioni, della situazione economica, della zona in cui vivono, del funzionamento dei servizi di pubblica utilità che dovrebbero contribuire al miglioramento della qualità della vita. Scuola, lavoro, vita familiare e di relazione, tempo libero, partecipazione politica e sociale, salute, stili di vita, accesso ai servizi sono indagati in un’ottica in cui oggettività dei comportamenti e soggettività delle aspettative, delle motivazioni, dei giudizi contribuiscono a definire l’informazione sociale. L’indagine rientra tra quelle comprese nel Programma statistico nazionale, che raccoglie l’insieme delle rilevazioni statistiche necessarie al Paese.

Gli indicatori riportati nella successiva Tabella 2, distintamente per l’Italia e per la Sardegna e per gli ultimi due anni disponibili (2021 e 2022) sono espressi per 100 persone con le stesse caratteristiche.

**Tabella 2. Prevalenza di patologie croniche Italia e Sardegna (Anno 2021 e 2022)**

Tipo dato	2021		2022	
	Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
persone in buona salute	71.1	66.5	70.2	66.4
persone con almeno una malattia cronica	39.9	42.9	40.4	44.6
persone con almeno due malattie croniche	20.9	24.5	21.5	25.2
persone con malattie croniche in buona salute	46	42.2	44.7	42.9
malati cronici - affetti da diabete	6.3	7.2	6.6	6.5
malati cronici - affetti da ipertensione	18.8	18.7	18.6	19.1
malati cronici - affetti da bronchite cronica	5.7	7.3	6.2	7.8
malati cronici - affetti da artrosi, artrite	14.8	18.4	14.9	17.7
malati cronici - affetti da osteoporosi	7.8	11.2	7.9	12.5
malati cronici - affetti da malattie del cuore	4.3	5.1	4.2	4.3
malati cronici - affetti da malattie allergiche	11	11.4	11.7	13.2
malati cronici - affetti da disturbi nervosi	4.6	4.4	4.7	6.0
malati cronici - affetti da ulcera gastrica o duodenale	2.2	2.2	2.1	2.2

Fonte: ISTAT Indagine Multiscopo

Le malattie croniche (ampio gruppo di malattie quali cardiopatie, ictus, diabete, malattie mentali, disturbi dell’apparato muscolo-scheletrico e di quello gastrointestinale) sono non trasmissibili.

Spesso originatesi in età giovanile, si manifestano clinicamente dopo tanti anni e richiedono un'assistenza prolungata. La loro insorgenza rappresenta la principale causa di morte e di invalidità della popolazione mondiale; pertanto, in modo particolare per queste malattie risulta fondamentale la prevenzione e il controllo, così come ampiamente raccomandato dall'OMS e dalle altre istituzioni a livello nazionale ed internazionale che le pongono come priorità di salute pubblica.

La prevalenza delle malattie croniche rappresenta un effetto dell'invecchiamento della popolazione e risultano in costante aumento nella realtà Regionale, con valori che si attestano generalmente al di sopra dei valori medi nazionali.

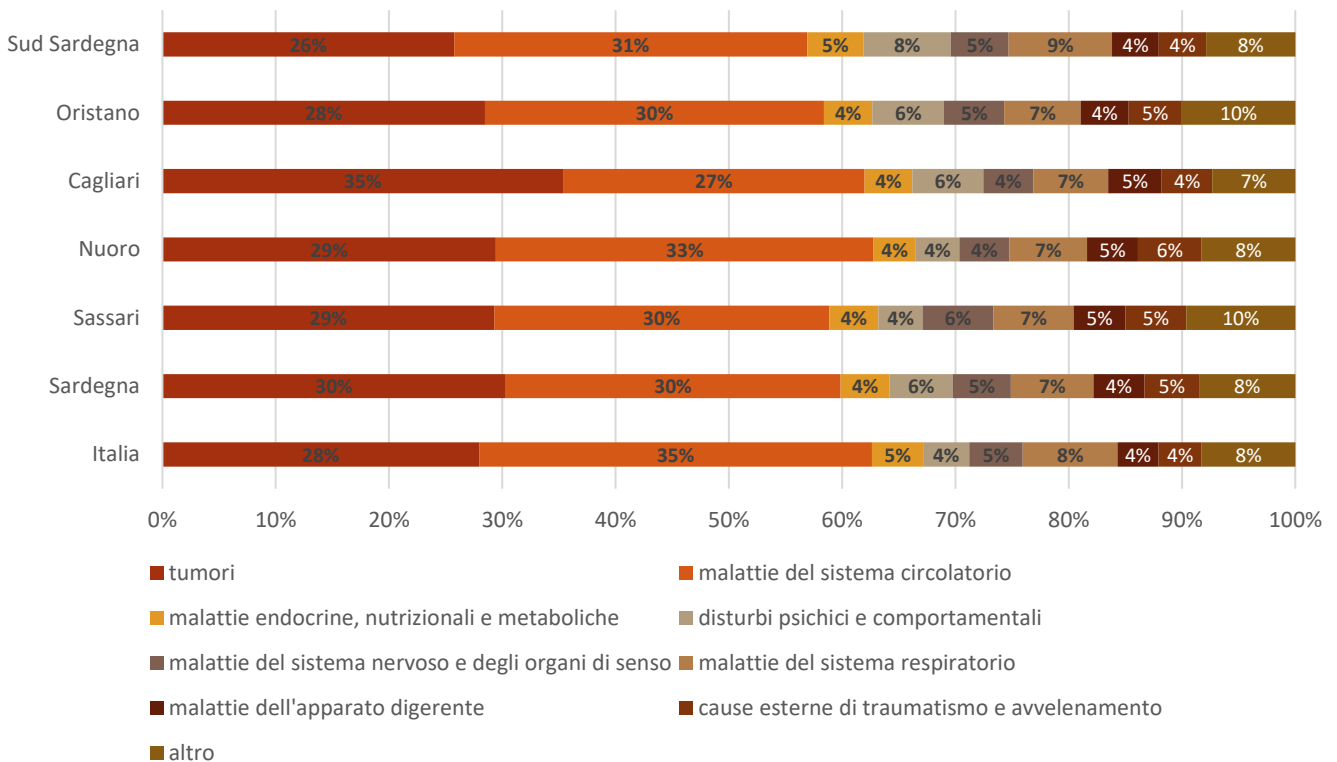
Le statistiche sulle cause di morte costituiscono la principale fonte statistica per definire lo stato di salute di una popolazione e per rispondere alle esigenze di programmazione sanitaria di un paese. L'indagine sulle cause di morte rileva annualmente le cause dei decessi avvenuti in Italia (e quindi riferiti al complesso della popolazione presente), mediante i modelli Istat/D.4 e D.4bis. Su tali modelli vengono riportate le notizie relative al decesso fornite dal medico curante o necroscopo (Parte A della scheda di morte) e le informazioni di carattere demografico e sociale (Parte B della scheda di morte) a cura dell'ufficiale di Stato Civile.

Si tratta di dati che, in ciascuna nazione, i vari Istituti di Statistica raccolgono routinariamente e codificano sulla base di metodologie standardizzate predisposte a livello internazionale, il che consente confronti tra dati omogenei.

La descrizione della mortalità generale e per cause specifiche rappresenta pertanto un elemento di grande importanza per la conoscenza dello stato di salute di una popolazione e contribuisce a costruirne il "profilo di salute"; inoltre può fornire utili indicazioni di ricerca per svolgere analisi ulteriori, più mirate.

Nella successiva Figura 3 sono rappresentate le principali cause di morte per territorio di evento relativamente all'anno 2019. Espresse in percentuale mostrano come le due principali cause di morte siano i tumori e le malattie dell'apparato circolatorio, anche se con differenze importanti tra territori. In particolare, nella città metropolitana di Cagliari emerge un peso maggiore della mortalità per tumori rispetto a quanto avviene nelle altre ripartizioni territoriali in esame, a fronte di un minor peso percentuale dei decessi derivanti da malattie del sistema circolatorio.

**Figura 3. Mortalità per principali cause di morte per territorio di evento – Anno 2019 (valori %)**



Fonte: ISTAT Salute e Sanità – Mortalità per territorio

La mortalità può essere analizzata anche attraverso la lettura dei quozienti di mortalità (espressi per mille abitanti) il cui dettaglio può essere analizzato nella successiva Tabella 3.

La lista delle cause usata per realizzare questa particolare graduatoria si basa sui raggruppamenti previsti dalla “European Shortlist of causes of death” (COD) di Eurostat, che utilizza una serie di criteri generali condivisi a livello internazionale.

COD è uno strumento utilizzato principalmente a fini statistici che fornisce una categorizzazione delle cause di morte più rilevanti nell'Unione europea. È stato sviluppato al fine di fornire a tutte le persone e organizzazioni che potrebbero aver bisogno di un elenco ristretto di cause di morte tale strumento. L'obiettivo principale erano gli istituti o le organizzazioni statistiche che potrebbero aver bisogno di creare statistiche sull'argomento. Anche gli Stati membri dell'Unione europea sono presi di mira perché forniscono statistiche a Eurostat grazie a questo elenco.

Ha la forma di un elenco di 65 elementi e viene utilizzato principalmente con i seguenti obiettivi:

- strumento per confronti internazionali e condivisione dei dati sulla mortalità;
- consentire l'analisi della mortalità a livello regionale;
- consentire l'analisi dei risultati a lungo termine come studi retrospettivi e proiezioni di mortalità.

Le cause di morte selezionate nelle 65 liste sono state scelte dopo un attento esame di molte liste utilizzate dagli Stati membri e dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Include il COD più rilevante per l'UE. Le basi su cui sono state selezionate le cause per questo elenco sono state:

- di rilevanza rispetto ai modelli di mortalità dell'UE;
- di rilevanza dei programmi sanitari nazionali e subnazionali;
- di rilevanza per la desegregazione per livello regionale (NUTS 2);
- di particolare importanza per l'andamento e le proiezioni della mortalità;
- oggetto delle *“domande frequenti”*.

**Tabella 2. Quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti) - Anno 2020.**

<b>Causa iniziale di morte - European Short List</b>	<b>Italia</b>	<b>Sardegna</b>	<b>Sassari</b>	<b>Nuoro</b>	<b>Cagliari</b>	<b>Oristano</b>	<b>Sud Sardegna</b>
alcune malattie infettive e parassitarie	2,3	2,08	2,08	1,28	2,3	1,82	2,4
tumori	29,8	32,42	30,56	31,47	32,07	35,92	34,46
malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	0,61	0,71	0,75	0,93	0,4	0,91	0,79
malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	5,63	5,46	5,2	5,56	5,35	5,53	5,86
malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	1,31	1,76	1,71	1,43	1,99	1,56	1,85
disturbi psichici e comportamentali	4,53	6,29	3,98	5,9	6,66	7,55	8,76
disturbi psichici e comportamentali	0,31	0,41	0,4	0,2	0,33	0,52	0,62
malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	5,56	6,44	8,01	5,85	5,02	7,35	5,92
malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	1,91	1,84	1,73	1,87	1,99	1,56	1,93
malattie del sistema circolatorio	38,09	31,84	31,02	35,8	25,75	36,7	35,99
malattie del sistema circolatorio	9,38	7,77	6,58	7,57	6,99	8,39	10,26
malattie del sistema respiratorio	9,58	7,8	7,6	8,46	6,87	7,87	8,82
malattie dell'apparato digerente	3,84	4,12	4,02	4,23	3,36	5,4	4,54
malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	0,26	0,27	0,31	0,05	0,28	0,33	0,29
malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	0,65	0,81	0,79	0,79	0,59	1,3	0,91
malattie dell'apparato genitourinario	2,39	2,17	2	1,87	1,73	3,25	2,64
alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	0,11	0,06	0,04	0,15	0,02	--	0,12
malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	0,22	0,28	0,21	0,25	0,31	0,26	0,38
cause esterne di traumatismo e avvelenamento	4,06	4,88	4,5	6,25	4,19	5,53	5,19
<b>Totale</b>	<b>124,98</b>	<b>117,05</b>	<b>115,32</b>	<b>122,34</b>	<b>103,3</b>	<b>133,38</b>	<b>125,99</b>

Fonte: ISTAT Salute e Sanità – Mortalità per territorio

Sulla base dello scenario di previsione “mediano” si prevede una decrescita della popolazione residente nel prossimo decennio: da 59,6 milioni al 1° gennaio 2020 (punto base delle previsioni) a 58 milioni nel 2030, con un tasso di variazione medio annuo pari al -2,9‰. Nel medio termine la diminuzione della popolazione risulterebbe più accentuata: da 58 milioni a 54,1 milioni tra il 2030 e il 2050 (tasso di variazione medio annuo pari al -3,4‰) (Prospetto 1).

Nel lungo termine le conseguenze della dinamica demografica prevista sulla popolazione totale si fanno più importanti. Tra il 2050 e il 2070 la popolazione diminuirebbe di ulteriori 6,5 milioni (-6,4‰ in media annua). Sotto tale ipotesi la popolazione totale ammonterebbe a 47,6 milioni nel 2070, conseguendo una perdita complessiva di 12,1 milioni di residenti rispetto a oggi.



Le previsioni demografiche sono, per costruzione, tanto più incerte quanto più ci si allontana dall'anno base. L'evoluzione della popolazione totale rispecchia tale principio già dopo pochi anni di previsione.

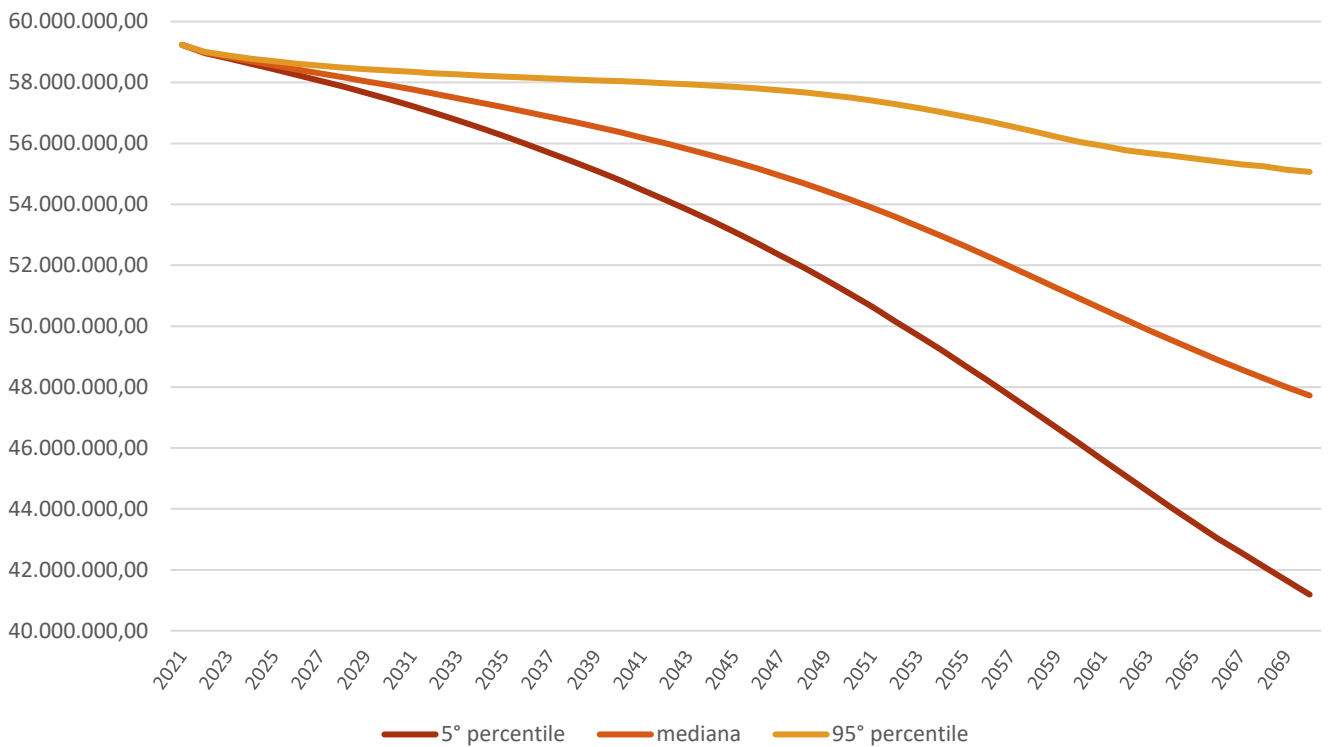
Nel 2050 il suo intervallo di confidenza al 90% (ovvero che il suo presunto valore cada tra due estremi con probabilità pari al 90%) oscilla tra 51 e 57,5 milioni. Venti anni dopo si è tra 41,1 e 54,9 milioni.

Così, se dal lato più favorevole la popolazione potrebbe subire una perdita di "soli" 4,7 milioni tra il 2020 e il 2070, dall'altro si potrebbe pervenire a un calo di ben 18,6 milioni. Confermando quanto emerso in precedenti studi previsivi, sia dell'Istat sia di istituzioni internazionali (Eurostat e United Nations Population Division), risulta pressoché certo che la popolazione andrà incontro a una diminuzione.

La questione investe tutto il territorio, pur con differenze tra Centro-nord e Mezzogiorno. Sempre secondo lo scenario mediano, nel breve termine si prospetta nel Nord (-1,3‰ annuo fino al 2030) e nel Centro (-2,2) una riduzione della popolazione meno importante rispetto al Mezzogiorno (-5,4). Nel periodo intermedio (2030-2050), e ancor più nel lungo termine (2050-2070), tale tendenza si rafforza, con un calo di popolazione in tutte le ripartizioni geografiche ma con più forza in quella meridionale.

Anche l'evoluzione della popolazione nelle ripartizioni geografiche è contrassegnata da incertezza. Per il Nord è difficile individuare la direzione del cambiamento demografico, se orientato alla crescita, come indicato dal limite superiore dell'intervallo di confidenza al 2070 (28,2 milioni), oppure alla decrescita, guardando all'inferiore (20,8). La sua popolazione finale, quindi, ricade tra due valori rispettivamente al di sotto e al di sopra di quello nell'anno base, per quanto lo scenario mediano (24,3 milioni) indichi come più probabile una sua diminuzione. Centro e Mezzogiorno presentano, invece, ipotesi al 2070 i cui valori massimi (11,2 e 15,4 milioni) sono inferiori a quelli delle rispettive popolazioni iniziali.

**Figura 4. Previsioni probabilistiche della popolazione residente - base 1.1.2021**



Fonte: ISTAT

Già da diversi anni, precisamente dal 2007, l'Italia sta affrontando la realtà di un ricambio naturale negativo, fattore alla base del processo di riduzione della popolazione, nonostante la parziale contropartita di dinamiche migratorie con l'estero di segno positivo. Gli scenari previsivi di nascite e decessi ingigantiscono tale processo, misurando la tendenza a registrare annualmente saldi negativi per il movimento naturale della popolazione. Nemmeno negli scenari contrapposti più favorevoli (regimi di alta natalità incrociati con regimi di bassa mortalità) il numero proiettato di nascite arriverebbe a compensare quello dei decessi.

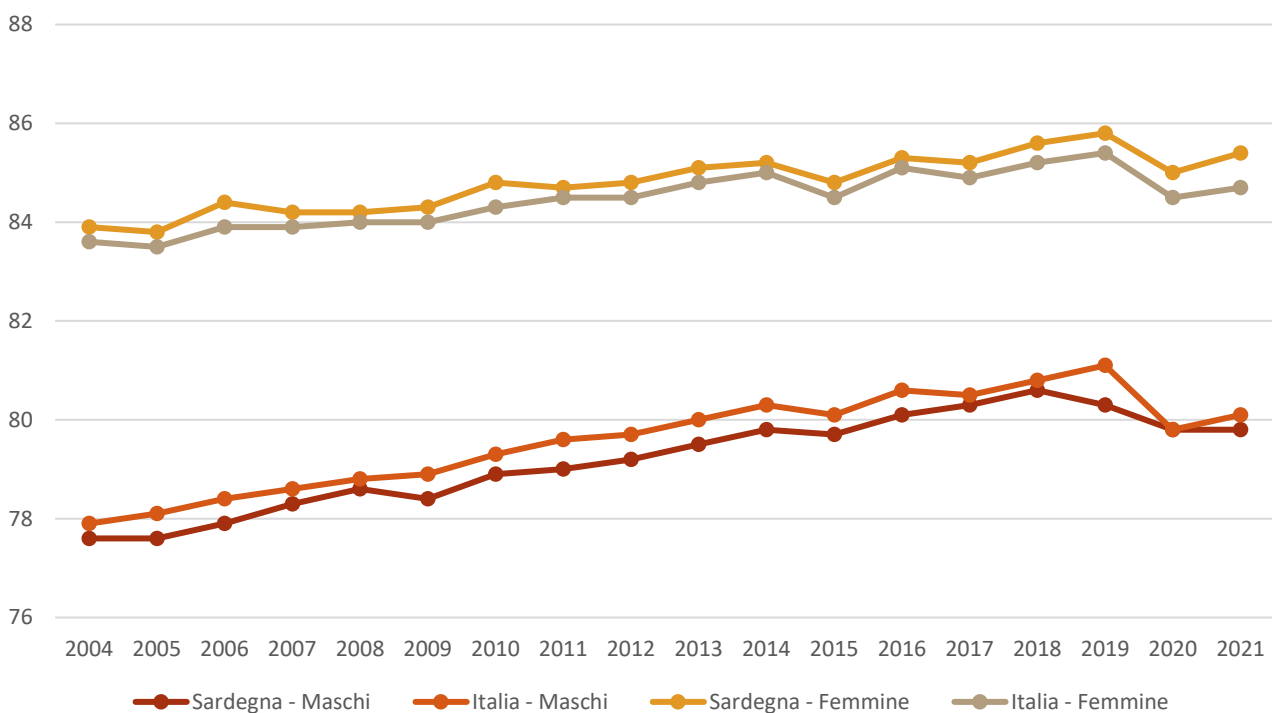
Nello scenario mediano, superato lo shock di breve termine imposto dalla pandemia, le nascite dovrebbero intraprendere un trend di lieve recupero, fino a 414mila nel 2030 e a un massimo di 422mila entro il 2038. Un periodo, questo, nel quale la fecondità viene prevista in rialzo, da 1,24 figli per donna a 1,44. Trend che in seguito, pur prospettato in prosecuzione (fino a 1,55 figli per donna entro il 2070), non produce un rialzo ulteriore delle nascite dopo il 2038, per una motivazione intrinseca alla composizione della popolazione femminile in età feconda. Le donne in età fertile,

infatti, via via diminuiranno nonché a invecchiare in media, riducendo il potenziale riproduttivo del Paese.

A loro volta i decessi, riassorbito l'effetto perturbatore della pandemia, dovrebbero proseguire a esprimere la loro connaturata tendenza all'aumento. Tale risultato è in linea con quello che sarà il livello di invecchiamento della popolazione, pur in un contesto di buone aspettative sull'evoluzione della speranza di vita (86,5 e 89,5 anni quella prevista alla nascita nel 2070, rispettivamente per uomini e donne).

La speranza di vita alla nascita rappresenta la durata media di vita di una generazione fittizia se fosse soggetta, a ogni età, alle condizioni di mortalità dell'anno preso in esame esprimendo quindi il numero medio di anni che un bambino che nasce in un certo anno di calendario può aspettarsi di vivere.

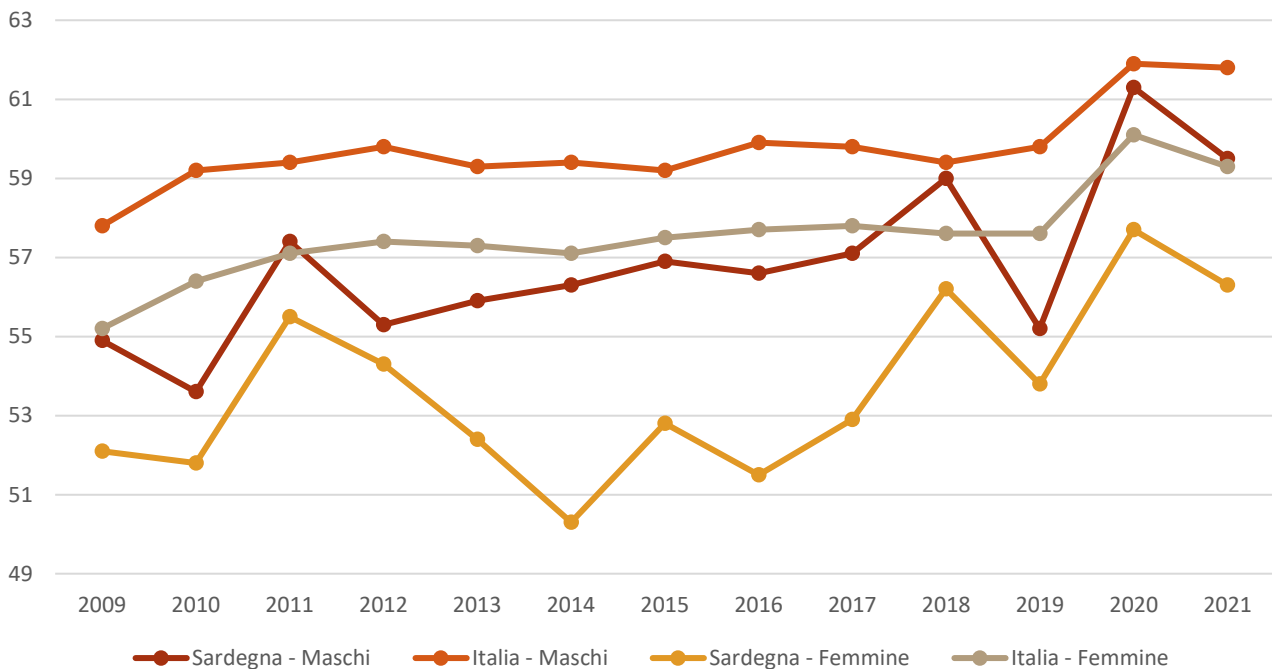
**Figura 5. Speranza di vita alla nascita (n° medio di anni) – Italia e Sardegna per sesso**



Fonte: ISTAT - Tavole di mortalità della popolazione italiana

Oltre agli anni che ci restano da vivere al momento della nascita è importante anche capire quale sarà il nostro stato di salute nel tempo. Si è calcolato per questo la speranza di vita in buona salute alla nascita che esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un determinato anno di calendario può aspettarsi di vivere in buone condizioni di salute, utilizzando la prevalenza di individui che rispondono positivamente ("bene" o "molto bene") alla domanda sulla salute percepita.

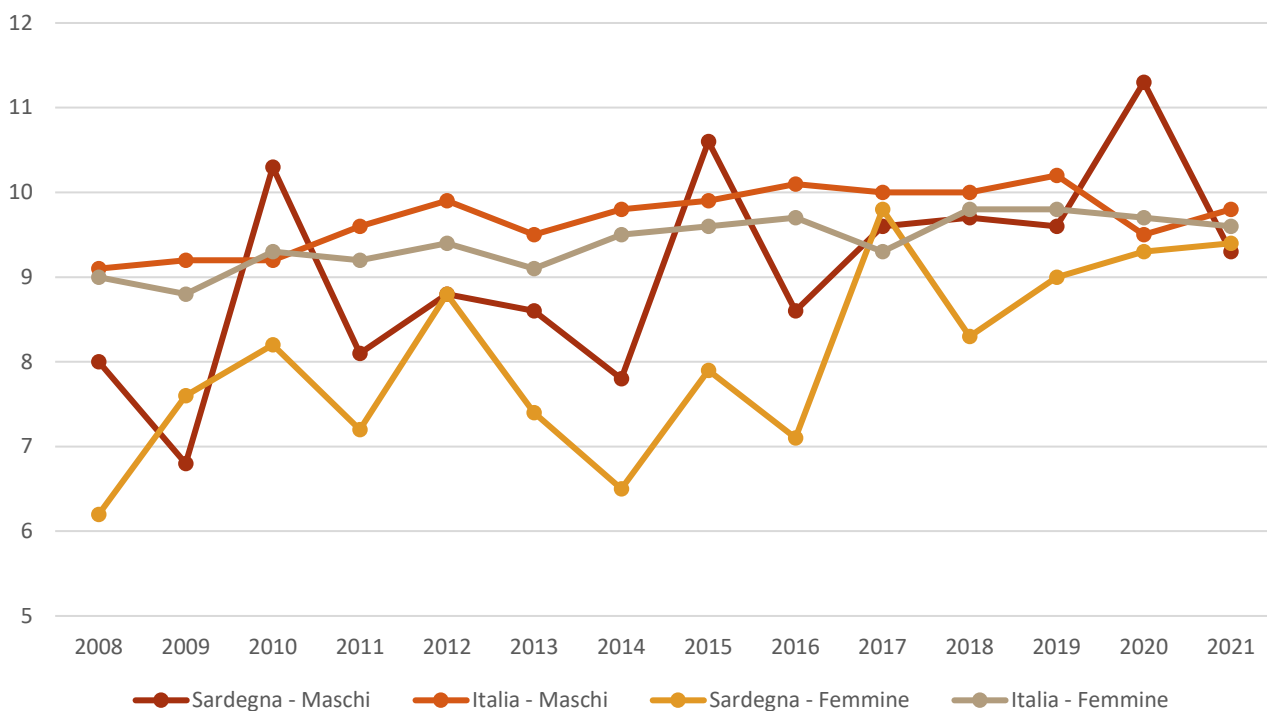
**Figura 6. Speranza di vita in buona salute alla nascita (n° medio di anni) – Italia e Sardegna per sesso**



Fonte: ISTAT - Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana

Per lo stesso motivo è utile analizzare l'indicatore relativo alla Speranza di vita senza limitazioni a 65 anni che esprime il numero medio di anni che una persona di 65 anni può aspettarsi di vivere senza subire limitazioni nelle attività per problemi di salute, utilizzando la quota di persone che hanno risposto di avere delle limitazioni, da almeno 6 mesi, a causa di problemi di salute nel compiere le attività che abitualmente le persone svolgono.

**Figura 7. Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni (n° medio di anni) – Italia e Sardegna per sesso**



Fonte: ISTAT - Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana

## L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari

---

### L'AOU di Cagliari

L'AOU è costituita dal P.O. San Giovanni di Dio e dal PO Duilio Casula di Monserrato.

Lo scopo principale dell'Azienda è l'integrazione dell'attività assistenziale con la ricerca scientifica e la formazione universitaria garantendo elevatissimi livelli di qualità e produzione.

### Azienda

L'Azienda ospedaliero universitaria è stata istituita il 30 marzo 2007 con la delibera della Giunta regionale n. 13/1, in attuazione del protocollo d'intesa siglato dalla Regione Autonoma della Sardegna e dall'Università di Cagliari del 2004, ed è operativa dal 14 maggio 2007. Ne fanno parte l'Ospedale San Giovanni di Dio e il PO. Duilio Casula di Monserrato. Si tratta di due presidi multispecialistici che ospitano strutture assistenziali e centri di riferimento a valenza regionale e nazionale.

### Missione e principi

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

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

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

L'A.O.U. svolge la propria attività nell'ambito della programmazione sanitaria nazionale e regionale, e collabora al raggiungimento degli obiettivi ed alla realizzazione dei compiti istituzionali

della Facoltà di Medicina, nell'ambito delle risorse disponibili, che verranno utilizzate secondo criteri di efficacia ed economicità.

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

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

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

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

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

istituzionali riferiti allo stato giuridico del personale.

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

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

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



# Visione

## (art. 7 Atto Aziendale AOU)

L'Azienda adotta, come riferimento fondamentale per la propria gestione, la programmazione basata sulle risorse disponibili, costruita in base agli indirizzi strategici della Regione e dell'Università, in sinergia con la programmazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia e con i Dipartimenti Universitari. Tali indirizzi vanno a costituire il quadro di riferimento entro il quale viene elaborata la programmazione aziendale.

Gli interventi e le azioni su cui l'Azienda delinea le proprie scelte, sono di seguito elencate:

- **L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-UNIVERSITÀ:**

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

- a) Promuove un contesto favorevole allo sviluppo della ricerca in medicina, per l'innovazione assistenziale e organizzativa.
- b) Definisce regole e impiega strumenti per garantire la trasparenza delle azioni amministrative e mediche.
- c) Promuove la partecipazione della componente ospedaliera alle attività di formazione e ricerca.

- **UN EFFICIENTE E INNOVATIVO SISTEMA DI GOVERNO AZIENDALE**

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

- a) Adegua l'organizzazione aziendale e il sistema delle relazioni ai principi ed ai contenuti della L.R. 24/2020 e del protocollo regionale di intesa fra Regione e Università.
- b) Definisce un sistema per il governo aziendale, che integri e completi gli strumenti per la realizzazione dei programmi di governo clinico e lo sviluppo dei sistemi informativi clinicamente orientati.
- c) Valorizza le persone e lo sviluppo delle competenze anche attraverso l'applicazione innovativa degli strumenti della contrattazione collettiva e di e-learning.
- d) Organizza le strutture amministrative, tecniche e di supporto in base al principio della distinzione

tra indirizzo e controllo (competenza della Direzione Generale) e attuazione e gestione (competenza della Dirigenza).

e) Sviluppa percorsi assistenziali integrati all'interno dell'Azienda e fra ospedale e territorio.

f) Promuove le aree di eccellenza clinica.

g) Promuove l'innovazione assistenziale e l'appropriatezza clinica e organizzativa.

h) Persegue il progressivo sviluppo della degenza ospedaliera in aree omogenee per intensità di cura.

i) Si avvale delle innovazioni tecnologiche, di concerto con ARES, per lo sviluppo della telemedicina anche attraverso l'impiego del cloud service, di sistemi di Data Driven Decision Making e di soluzioni di intelligenza artificiale

## L'organizzazione attuale

L'Azienda Ospedaliero Universitaria ha adottato il proprio Atto Aziendale in via definitiva con la deliberazione n. 50 del 25/01/2023 e la deliberazione n. 219 del 27/02/2023 avente ad oggetto presa d'atto deliberazione della Giunta Regionale 3/35 del 27/01/2023 Adozione definitiva, e successivamente con la deliberazione n. 602 del 13/06/2023 ha proceduto all'Adozione del Regolamento attuativo dell'Atto aziendale.

Con tale regolamento si disciplinano le modalità attuative dell'organizzazione prevista nell'Atto Aziendale definitivo per assicurarne la continuità e la regolarità dell'azione amministrativa.

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

### **Presidio Ospedaliero Duilio Casula**



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

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

## **Università di Cagliari – Facoltà di Medicina e Chirurgia Scuole di Specializzazione**

Il presente paragrafo ha lo scopo di rappresentare il quadro delle Scuole di Specializzazione dell'Area Sanitaria, distinguendo tra quelle con sede amministrativa a Cagliari e quelle che, invece, fanno parte della rete formativa di altri Atenei.

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

Nota Bene: Per le Scuole non attivate per il presente anno accademico, rimangono comunque attivi gli anni precedenti, fino al diploma di tutti gli iscritti. Inoltre, poiché Cagliari rimane rete formativa sarà comunque prevista la frequenza di specializzandi ancorché iscritti in altro Ateneo.

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

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

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

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

### **Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio**



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

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

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

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

Le tipologie di strutture organizzative aziendali sono le seguenti: • **DIPARTIMENTI** L'Azienda, nel rispetto della normativa vigente in materia, individua il dipartimento come modello di gestione aziendale al fine di favorire il raggiungimento degli standard qualitativi e quantitativi di assistenza ospedaliera. I Dipartimenti sono costituiti dalla aggregazione delle strutture complesse e di quelle semplici dipartimentali, in base all'art. 17 bis del d.lgs. 502/1992 e s.m.i. e all'art. 4 del Protocollo di

intesa Università di Sassari e Cagliari con la Regione Sardegna di cui alla DGRn.34/3 del 12/07/2017, e sono dotati di autonomia tecnico - professionale nonché di autonomia gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti.

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

**A. DIPARTIMENTI AD ATTIVITÀ INTEGRATA (DAI)**

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

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

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

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

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

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

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

- Gestisce in termini funzionali le strutture che lo compongono.
- È dotato di autonomia operativa e gestionale.



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

## **B. DIPARTIMENTI FUNZIONALI**

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

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

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

## **C. DIPARTIMENTI STRUTTURALI**

I Dipartimenti Strutturali sono costituiti dall'aggregazione di strutture complesse (almeno 3 strutture complesse nell'ambito dell'organizzazione sanitaria) eventualmente articolabili in strutture semplici. Sono dotati di autonomia tecnico professionale, e possono altresì essere dotati di autonomia gestionale, nei limiti degli obiettivi, delle risorse attribuite, anche a mezzo di apposito budget, dalla Direzione Aziendale.

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

### **• STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI (SSD)**

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

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

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

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

- **STRUTTURE COMPLESSE (SC)**

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

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

- **STRUTTURE SEMPLICI (SS)**

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

Alla direzione della Struttura Semplice è preposto il Dirigente Responsabile.

- **PROGRAMMI**

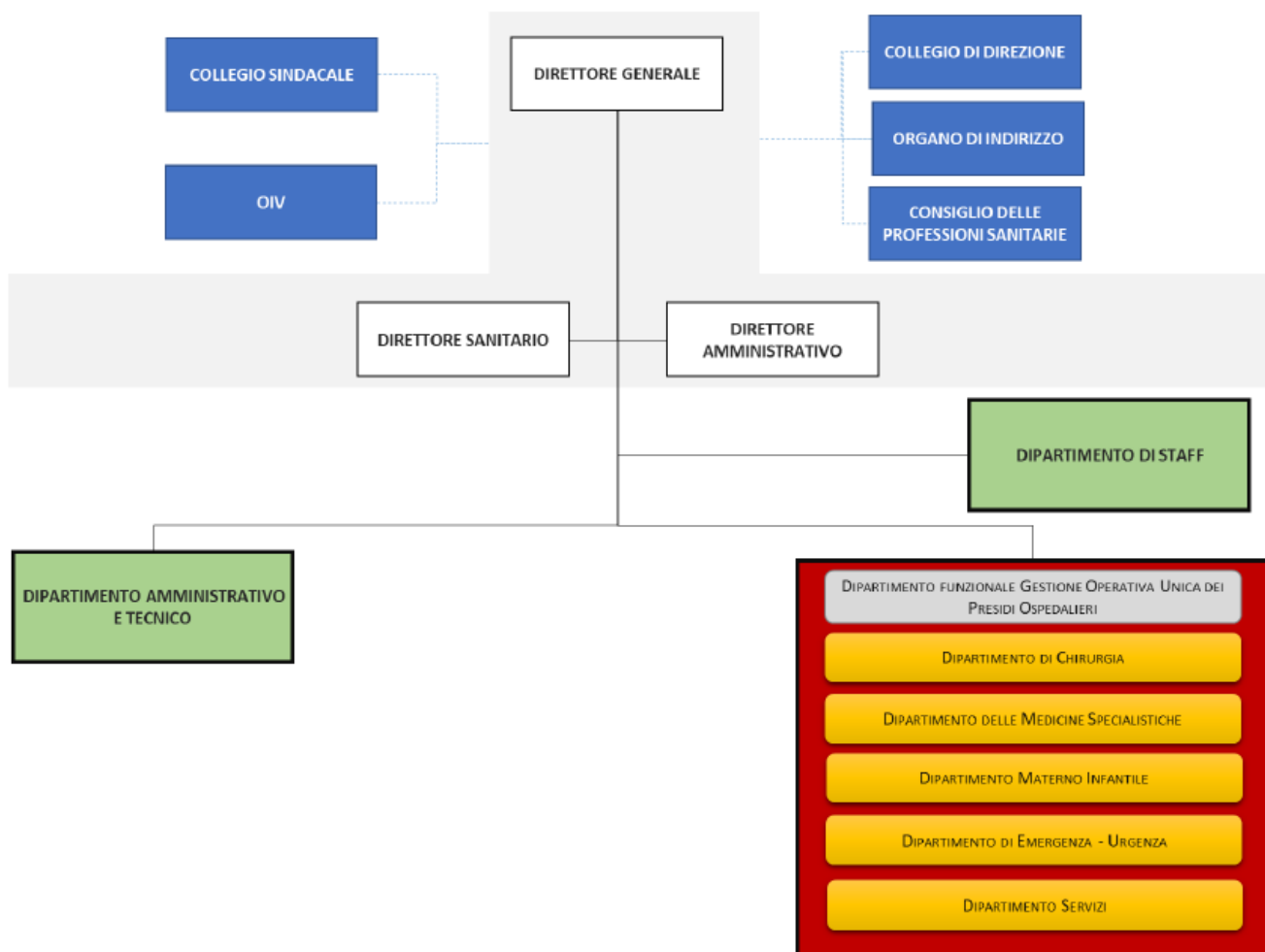
In considerazione delle specifiche esigenze formative e della stretta correlazione esistente tra attività assistenziale e didattica, il Direttore Generale d'intesa con il Rettore, secondo quanto previsto dall'art. 5 del protocollo di intesa Regione Autonoma della Sardegna e Università di Cagliari e Sassari,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

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

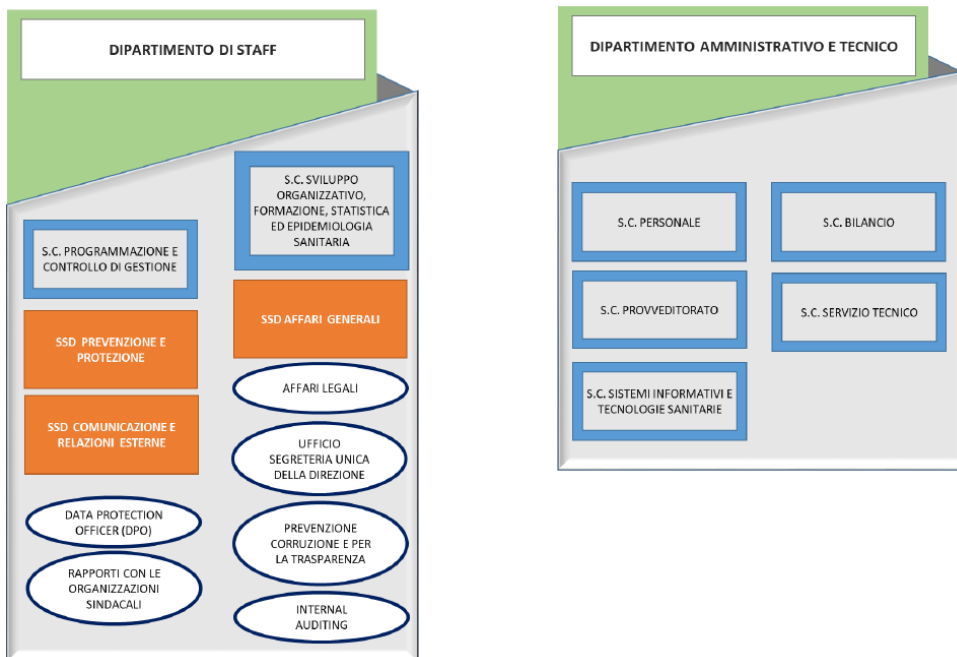
Eventuali programmi possono essere attribuiti anche ai professori universitari di seconda fascia ai quali non sia stata attribuita una struttura organizzativa e a condizione che i programmi siano di minore complessità e rilevanza, nel rispetto degli obiettivi assistenziali e del principio di invarianza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

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

## ORGANIGRAMMA AZIENDALE



Di seguito una rappresentazione dell'organizzazione aziendale:



## Assistenza Ospedaliera

### I Primi 35 Drg più frequenti in Azienda

Codice DRG	DESCRIZIONE	Totale
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	1188
039	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	864
266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	774
391	NEONATO NORMALE	609
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	544
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	540
576	SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA >=96 ORE. ETÀ > 17 ANNI	457
371	PARTO CESAREO SENZA CC	396
467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	352
390	NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE	312
036	INTERVENTI SULLA RETINA	303
087	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	286
203	NEOPLASIE MALIGNI DELLAPPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	285
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	264
241	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, SENZA CC	260
040	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO LORBITA, ETÀ > 17	253
557	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA CON STENT MEDICATO CON DIAGNOSI	247
014	EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CELEBRALE	244
240	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, CON CC	239
290	INTERVENTI SULLA TIROIDE	235
082	NEOPLASIE DELLAPPARATO RESPIRATORIO	213
381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	206
172	NEOPLASIE MALIGNI DELLAPPARATO DIGERENTE, CON CC	194
179	MALATTIE INFIAMMATORIE DELLINTESTINO	182
079	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETÀ > 17 CON CC	175
162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ > 17 SENZA CC	175
210	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETÀ >17 CON CC	165
494	COLECISTECT. LAPAR. SNZ. ESP. DOTTO COM. SNZ. CC	157
490	H.I.V. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	156
042	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	155
202	CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA	154
389	NEONATI A TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI	149
173	NEOPLASIE MALIGNI DELLAPPARATO DIGERENTE, SENZA CC	148
169	INTERVENTI SULLA BOCCA, SENZA CC	147
364	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	147

**Ricoveri in regime Ordinario per tipologia di ricovero e tipo DRG**

Tipo Ricovero	Tipo DRG	Anno	
		2021	2022
<b>Altro</b>	<i>Non definito</i>	1.242	1.049
	<i>Chirurgico</i>	1	
	<i>Medico</i>	22	29
<b>Programmato, non urgente</b>	<i>Non definito</i>		
	<i>Chirurgico</i>	120	78
	<i>Medico</i>	551	392
<b>Urgente</b>	<i>Non definito</i>	264	293
	<i>Chirurgico</i>	2.410	2.261
	<i>Medico</i>	8.303	6.502
<b>Ricovero per TSO</b>	<i>Chirurgico</i>		1
<b>Programmato con preospedalizzazione</b>	<i>Non definito</i>	0	0
	<i>Chirurgico</i>	2.675	2.536
	<i>Medico</i>	502	493
<b>Parto programmato, non urgente</b>	<i>Non definito</i>		
	<i>Chirurgico</i>		
	<i>Medico</i>	2	
<b>Totale</b>		<b>16.092</b>	<b>13.634</b>

**Tabella 15\_B. Accessi in regime DH/DS per tipologia di ricovero e tipo DRG**

Tipo Ricovero	Tipo DRG	Anno	
		2021	2022
<i>Programmato, non urgente</i>	<i>Non definito</i>		
	<i>Chirurgico</i>	645	374
	<i>Medico</i>	2.088	2.205
<i>Programmato con preospedalizzazione</i>	<i>Non definito</i>		
	<i>Chirurgico</i>	2.479	3.115
	<i>Medico</i>	502	300
<b>Totale</b>		<b>5.714</b>	<b>5.994</b>

## Ricoveri Ordinari per Reparto e Classe di Appartenenza

Reparto dimissione	SC/SSD	DESCRIZ_CLASSE	n. ricoveri Ordinari	PESO
0801	SC CARDIOLOGIA -UTIC	ALTA SPECIALIZZAZIONE	64	4,04
		RESTANTI DRG	1.075	1,43
		SENTINELLA	20	0,63
0901	SC CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA	ALTA SPECIALIZZAZIONE	100	2,63
		RESTANTI DRG	816	1,07
		SENTINELLA	83	0,63
0902	SSD - CHIRURGIA COLON-PROCTOLOGICA	ALTA SPECIALIZZAZIONE	215	2,43
		RESTANTI DRG	101	1,27
		SENTINELLA	44	0,72
0903	SC - CHIRURGIA D'URGENZA	ALTA SPECIALIZZAZIONE	184	3,07
		RESTANTI DRG	574	1,25
		SENTINELLA	126	0,74
1201	SC - CHIRURGIA PLASTICA E MICROCHIRURGIA	ALTA SPECIALIZZAZIONE	29	2,58
		RESTANTI DRG	87	1,21
		SENTINELLA	10	0,40
1401	SSD - CHIRURGIA VASCOLARE	ALTA SPECIALIZZAZIONE	14	2,61
		RESTANTI DRG	83	1,84
		SENTINELLA	4	0,55
2601	SC - MEDICINA INTERNA	ALTA SPECIALIZZAZIONE	42	3,63
		RESTANTI DRG	1.450	1,31
		SENTINELLA	105	0,82
2602	SSD - EMOSTASI E TROMBOSI	ALTA SPECIALIZZAZIONE	1	1,86
		RESTANTI DRG	154	1,20
		SENTINELLA	25	0,80
2607	SC MEDICINA GENERALE	ALTA SPECIALIZZAZIONE	20	3,20
		RESTANTI DRG	355	1,43
		SENTINELLA	17	0,85
2608	SSD MEDICINA D'URGENZA	RESTANTI DRG	30	1,20
		SENTINELLA	2	0,90
3101	SSD - PATOLOGIA NEONATALE (NIDO)	RESTANTI DRG	605	0,16
3201	SC NEUROLOGIA	ALTA SPECIALIZZAZIONE	18	7,75
		RESTANTI DRG	606	1,11
		SENTINELLA	54	0,68
3401	SC - OCULISTICA	RESTANTI DRG	8	1,14
		SENTINELLA	26	0,85
3601	SC - ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	ALTA SPECIALIZZAZIONE	163	2,12



		RESTANTI DRG	559	1,49
		SENTINELLA	22	0,64
<b>3701</b>	<b>SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA</b>	ALTA SPECIALIZZAZIONE	48	1,79
		RESTANTI DRG	1.132	0,66
		SENTINELLA	26	0,59
<b>3702</b>	<b>SSD - EMERGENZE OSTETRICO GINECOLOGICHE</b>	ALTA SPECIALIZZAZIONE	23	1,76
		RESTANTI DRG	972	0,59
		SENTINELLA	47	0,39
<b>3801</b>	<b>SC- OTORINOLARINGOIATRIA</b>	ALTA SPECIALIZZAZIONE	113	2,45
		RESTANTI DRG	460	1,22
		SENTINELLA	99	0,75
<b>4901</b>	<b>SC ANESTESIA RIANIMAZIONE</b>	ALTA SPECIALIZZAZIONE	49	5,62
		RESTANTI DRG	39	1,79
<b>5001</b>	<b>SC CARDIOLOGIA -UTIC (UTIC)</b>	ALTA SPECIALIZZAZIONE	13	3,86
		RESTANTI DRG	62	1,42
<b>5801</b>	<b>SC GASTROENTEROLOGIA</b>	ALTA SPECIALIZZAZIONE	10	3,51
		RESTANTI DRG	504	1,14
		SENTINELLA	46	0,73
<b>6201</b>	<b>SSD PATOLOGIA NEONATALE</b>	ALTA SPECIALIZZAZIONE	73	3,60
		RESTANTI DRG	559	0,42
		SENTINELLA	16	0,32
<b>6401</b>	<b>SC ONCOLOGIA MEDICA</b>	ALTA SPECIALIZZAZIONE	20	3,27
		RESTANTI DRG	759	1,21
		SENTINELLA	10	0,73
<b>7101</b>	<b>SC REUMATOLOGIA</b>	ALTA SPECIALIZZAZIONE	8	2,69
		RESTANTI DRG	445	1,17
		SENTINELLA	14	0,76
<b>7301</b>	<b>SC TERAPIA INTENSIVA NEONATALE</b>	ALTA SPECIALIZZAZIONE	110	7,66
		RESTANTI DRG	59	0,70
		SENTINELLA	15	0,29
<b>7302</b>	<b>SC TERAPIA INTENSIVA NEONATALE - Covid</b>	RESTANTI DRG	9	0,40
		SENTINELLA	3	0,26
<b>Totale complessivo</b>			<b>13.634</b>	<b>1,25</b>

La fotografia dei posti letto presenti nell'AOU è quella presente nell'HSP12 che qui di seguito viene riportata:

Codice del reparto		Sub-codice	Tipo div.	Assist. fam.	Posti letto		
Codice disciplina	Progressivo divisione				Day hospital	Day surgery	Degenze ordinarie
08	01	02	2		2	0	26
09	01	02	2		0	1	18
09	02	02	2		0	1	17
09	03	02	2		0	1	23
12	01	02	2		0	1	4
14	01	02	2		0	1	8
19	01	02	2		2	0	2
26	01	02	2		10	0	46
26	02	02	2		0	0	4
26	07	02	2		0	0	16
26	08	02	2		0	0	0
31	01	02	2		0	0	25
32	01	02	2		3	0	22
34	01	01	2		0	5	2
35	01	02	2		0	2	0
36	01	02	2		0	0	16
37	01	02	2		0	4	30
37	02	02	2		1	0	5
38	01	02	2		0	1	11
49	01	02	2		0	0	9
50	01	02	2		0	0	6
52	01	01	2		1	1	0
55	01	01	2		2	0	0
58	01	02	2		1	0	12
62	01	02	2		0	0	22
64	01	02	2		12	0	17
71	01	02	2		1	0	11
73	01	02	2		0	0	24
73	02	02	C		0	0	2

I codici disciplina corrispondono alle seguenti strutture:

0801	CARDIOLOGIA-UTIC
0901	CHIRURGIA GENERALE POLISPECIALISTICA
0902	CHIRURGIA COLON PROCTOLOGICA
0903	CHIRURGIA D'URGENZA
1201	CHIRURGIA PLASTICA E MICROCHIRURGIA
1401	CHIRURGIA VASCOLARE
1901	ENDOCRINOLOGIA
2601	MEDICINA INTERNA
2602	EMOSTASI E TROMBOSI
2607	MEDICINA GENERALE
2608	MEDICINA URGENZA
3101	NIDO
3201	NEUROLOGIA
3401	OCULISTICA
3501	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA
3601	CLINICA ORTOPEDICA
3701	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
3702	EMERGENZE OSTETRICHE E GINECOLOGICHE
3801	OTORINO (ORL)
4901	TERAPIA INTENSIVA
5001	UNITA CORONARICA (UTIC)
5201	DERMATOLOGIA
5501	FARMACOLOGIA CLINICA
5801	GASTROENTEROLOGIA
6201	PATOLOGIA NEONATALE
6401	ONCOLOGIA MEDICA
7101	REUMATOLOGIA
7301	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
7302	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE - COVID-19

Posti letto (HSP12)							
ANNO		PREVISIONE ANNO		PREVISIONE ANNO		PREVISIONE ANNO	
2023		2024		2025		2026	
Ricoveri Ordinari	DH/DS	Ricoveri Ordinari	DH/DS	Ricoveri Ordinari	DH/DS	Ricoveri Ordinari	DH/DS
378	52	378	52	378	52	378	52

Non è prevista una riorganizzazione degli spazi assegnati ai reparti; pertanto, si presume che anche i prossimi anni la situazione dei posti letto resterà invariata.

Nelle tabelle successive sono riportati gli indicatori e le stime previsionali dell'attività in regime di ricovero ordinario, in regime di Day Hospital /day surgery, la relativa valorizzazione economica e la previsione dell'attività ambulatoriale.

Il lieve incremento previsto nell'attività è dovuto, a parità di posti letto, ad un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e una diminuzione stimata della degenza media.

AOU	2020	2021	2022	STIMA 2023	PREVISIONE 2024	PREVISIONE 2025	PREVISIONE 2026
<b>TOTALE Ricoveri</b>	<b>20.346</b>	<b>21.613</b>	<b>19.628</b>	<b>20.600</b>	<b>21.600</b>	<b>22.500</b>	<b>22.500</b>

#### Numero di ricoveri eseguiti in **regime ordinario** e previsione

AOU	2020	2021	2022	STIMA 2023	PREVISIONE 2024	PREVISIONE 2025	PREVISIONE 2026
Ricoveri ordinari	14.097	16.092	13.634	15.600	15.600	16.300	16.300

#### Numero di ricoveri eseguiti in regime **Day Hospital/Day Surgery** e previsione

STRUTTURA	2020	2021	2022	STIMA 2023	PREVISIONE 2024	PREVISIONE 2025	PREVISIONE 2026
DH/DS	6.249	5.521	5.994	6.000	6.000	6.200	6.200

### Valorizzazione economica ricoveri eseguiti in regime ordinario, DH/DS e previsione

La previsione per il 2024 è condizionata dall'andamento dei risultati, e in parte stimati del 2023, condizionati dalla riorganizzazione dell'Azienda in seguito all'approvazione dell'Atto aziendale, dalla riapertura del Day Surgery, pertanto, si ipotizza una leggera ripresa dell'attività di degenza, mentre si auspica di ritornare alle attività pre-pandemia nel 2025-2026.

STRUTTURA	2020	2021	2022	STIMA 2023	PREVISIONE 2024	PREVISIONE 2025	PREVISIONE 2026
TOTALE	€ 55.542.587	€ 65.094.763	€ 62.137.740	€ 62.000.000	€ 63.000.000	€ 65.000.000	€ 65.000.000

## Attività ambulatoriale

L'attività ambulatoriale per esterni ha risentito in particolar modo del periodo del Covid, e solo dal 2022 si è iniziato a vedere un ritorno al numero di prestazioni pre-pandemia.

Considerata la stima dell'attività del 2023, sui dati del primo semestre, si prevede che il 2024-2026 saranno gli anni di ripresa dell'attività ambulatoriale, anche in funzione del corso di formazione tenuto in AOU che prevede un'analisi sulle liste d'attesa e la riorganizzazione delle agende per il superamento delle criticità rilevate: **GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DEI RICOVERI OSPEDALIERI** (determina n. 776 del 11/10/2023).

VALORIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' AMBULATORIALE PER ESTERNI						
2020	2021	2022	Stima 2023	Previsione 2024	Previsione 2025	Previsione 2026
6.306.842	9.123.653	9.989.515	10.600.000	11.000.000	11.000.000	11.000.000

## Attività Pronto Soccorso

NUMERO ACCESSI

	2020	2021	2022	Stima 2023	Previsione 2024	Previsione 2025	Previsione 2026
SC - Pronto soccorso	25.485	37.269	34.598	36.450	37.000	37.000	37.000
Clinica Ostetrica	3.549	3.762	3.789	3.550	3600	3600	3600
	29 034	41.031	38.387	40.000	40.600	40.600	40.600

La stima degli accessi del 2023, effettuata sui dati rilevati al primo semestre, prevede un leggero incremento rispetto al 2022.

L'andamento degli accessi al PS, sono spesso dovuti a condizioni non governabili direttamente dall'AOU, ma analizzando i dati storici si può ipotizzare che nel prossimo triennio 2024-2026 si possa ritornare ai livelli standard della nostra Azienda.

## Gli Indicatori di attività

### TASSO DI OCCUPAZIONE

				Stima	Previsione	Previsione	Previsione
2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
86,64%	86,00%	85,18%	82,70%	86,00%	85,00%	85,00%	85,00%

### DEGENZA MEDIA

			Stima	Previsione	Previsione	Previsione
2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
7,4	7,77	8,63	8,5	8,2	8,2	8,2

### PESO MEDIO

			Stima	Previsione	Previsione	Previsione
2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
1.10	1,21	1,25	1,26	1,25	1,25	1,25

## DOTAZIONE ORGANICA

La dotazione di personale risulta non adeguata, secondo anche gli standard sull'accreditamento, in rapporto all'attività da svolgere ed all'impegno orario assistenziale ridotto del personale docente universitario che, si ribadisce, deve assicurare anche l'attività di didattica e di ricerca.

È presente in termini non significativi lavoro precario (Interinali, contratti libero professionali e nei servizi esternalizzati), che resta pressoché invariato rispetto allo scorso anno, e che andrebbe superato per trovare il definitivo dimensionamento quanti-qualitativo del proprio organico in base alle concrete esigenze interne ed esterne di una moderna ed efficiente Azienda sanitaria.

Nonostante l'accorpamento delle UU.OO. presso un unico Presidio stia consentendo una notevole razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane, la carenza di personale non è del tutto superata. L'elevata età media dei dipendenti e le numerosissime limitazioni all'idoneità della mansione specifica determinano un ulteriore elemento di criticità.

Il personale dipendente dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari al 31/12/2022 risulta composto come dettagliato nella tabella 20:

**Tabella 20\_A. Personale dipendente (Anni 2021 e 2022).**

RUOLO	2022			2021			DIFFERENZA		
	N. Dip.	Tempo indetermin.	Tempo determ.	N. Dip.	Tempo indetermin.	Tempo determ.	N. Dip.	Tempo indetermin.	Tempo determ.
Sanitario	1333	1265	68	1435	1259	176	-102	6	-108
Amministrativo	120	108	12	140	120	20	-20	-12	-8
Tecnico	349	286	63	347	319	28	2	-33	35
Professionale	5	4	1	6	5	1	-1	-1	0
<b>TOTALE</b>	<b>1807</b>	<b>1663</b>	<b>144</b>	<b>1928</b>	<b>1703</b>	<b>225</b>	<b>- 121</b>	<b>-40</b>	<b>-81</b>

Tale personale può essere distinto in:



**Tabella 20\_B. Personale del Servizio Sanitario Regionale (Anni 2020 e 2021).**

SSR	AL 31/12/2022			AL 31/12/2021			DIFFERENZA		
	N. Dip.	ind.	det.	N. Dip.	ind.	det.	N. Dip.	T.Ind.	T.Det.
<b>Sanitario</b>	1120	1057	63	1189	1027	162	-69	30	-99
<b>Amministrativo</b>	106	94	12	115	97	18	-9	-3	-6
<b>Tecnico</b>	336	273	63	331	303	28	5	-30	35
<b>Professionale</b>	5	4	1	6	5	1	-1	-1	0
<b>TOTALE</b>	<b>1567</b>	<b>1428</b>	<b>139</b>	<b>1641</b>	<b>1432</b>	<b>209</b>	<b>-74</b>	<b>-4</b>	<b>-70</b>

**Tabella 20\_C. Personale Universitario (Anni 2021 e 2022).**

UNICA	AL 31/12/2022			AL 31/12/2021			DIFFERENZA		
	N. Dip.	T.Ind.	T.Det.	N. Dip.	T.Ind.	T.Det.	N.Dip.	T.Ind.	T.Det.
<b>Sanitario</b>	<b>213</b>	<b>208</b>	<b>5</b>	<b>238</b>	<b>232</b>	<b>6</b>	<b>-25</b>	<b>-24</b>	<b>-1</b>
<b>Amministrativo</b>	<b>14</b>	<b>14</b>		<b>24</b>	<b>24</b>		<b>-10</b>	<b>-10</b>	
<b>Tecnico</b>	<b>13</b>	<b>13</b>		<b>19</b>	<b>19</b>		<b>-6</b>	<b>-6</b>	
<b>Professionale</b>									
<b>TOTALE</b>	<b>240</b>	<b>234</b>	<b>5</b>	<b>281</b>	<b>275</b>	<b>6</b>	<b>-41</b>	<b>-40</b>	<b>-1</b>

**Tabella 20\_D. Personale in regime di somministrazione lavoro (Anni 2021 e 2022).**

Il personale in regime di somministrazione lavoro (interinale) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari al 31/12/2022 risulta così composto:

RUOLO	N. interinali 2022	N. interinali 2021
<b>SANITARIO</b>	<b>34</b>	<b>27</b>
<b>AMMINISTRATIVO</b>		<b>1</b>
<b>TECNICO</b>		
<b>PROFESSIONALE</b>		
<b>TOTALE</b>	<b>34</b>	<b>28</b>

Nel 2022 si è vista una riduzione del personale aziendale pari a 121 unità, di cui 40 a tempo indeterminato e 81 a tempo determinato. I contratti di somministrazione (interinali) hanno avuto un leggero aumento pari a 6 unità rispetto all'anno 2021, nel ruolo sanitario. Ed il personale universitario vede una riduzione di 41 unità in prevalenza nel ruolo sanitario.

## **RIORGANIZZAZIONE AZIENDALE**

Visto l'atto aziendale deliberato il 25/01/2023 con la delibera n. 50, in ottemperanza della deliberazione della Giunta Regionale n. 30/74 del 30/09/2022, avente ad oggetto "*Indirizzi per l'adozione dell'atto Aziendale delle Aziende ospedaliero-Universitarie e dell'Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione "G.Brotzu" (ARNAS). Approvazione definitiva*"; la programmazione del prossimo anno e del prossimo triennio 2024-2026 sarà influenzata da una riorganizzazione aziendale, che ha iniziato a prendere avvio già dall'anno in corso.

## **PROGRAMMA ASSUNZIONI 2024-2026**

Il programma delle assunzioni e cessazioni è descritto nel documento *Piano del fabbisogno del personale*, allegato dei documenti di programmazione, i cui riflessi economici sono esplicitati direttamente nel documento di bilancio.

Il programma assunzioni è funzionale alla sostituzione delle figure professionali cessate durante il triennio e all'attuazione della riorganizzazione dell'AOU secondo quanto previsto nell'Atto aziendale (delibera n. n. 50 del 25/01/2023).

# Gli Obiettivi Programmatici e i Progetti

In seguito alla nomina della Dr.ssa. Chiara Seazzu, nominata Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari la, per un periodo di 5 anni con decorrenza 01/01/2022; successivamente con le deliberazioni del DG n. 901 e 902 del 13/10/2022 venivano nominati rispettivamente il Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario dell'Azienda.

Il perfezionamento delle nomine e la stabilità della Direzione strategica hanno consentito di effettuare una programmazione 2024-2026, per obiettivi e progetti nel rispetto, della nuova riorganizzazione e funzionigramma aziendale aderente al nuovo atto aziendale, adottato con la deliberazione n. 50 del 25/01/2023 e la deliberazione n. 219 del 27/02/2023 avente ad oggetto presa d'atto deliberazione della Giunta Regionale 3/35 del 27/01/2023 Adozione definitiva

## Il programma triennale dei lavori pubblici

Il programma triennale dei lavori pubblici 2024-2026 e l'elenco annuale del 2024, è stato adottato con deliberazione n. 1141 del 14/11/2023, e a tal fine si rimanda alla documentazione allegata nella deliberazione succitata, dove vengono esplicitati i seguenti documenti:

- quadro delle risorse necessarie alla realizzazione del programma (scheda A);
- elenco delle opere incompiute (scheda B);
- elenco degli immobili disponibili (scheda C);
- elenco degli interventi del programma (scheda D);
- interventi ricompresi nell'elenco annuale (scheda E);
- elenco degli interventi presenti nell'elenco annuale del precedente programma triennale e non riproposti e non avviati (scheda F).

Tra i vari interventi presenti nell'allegato D del **PROGRAMMA TRIENNALE DEI LAVORI PUBBLICI 2024/2026** si vogliono mettere in evidenza i seguenti:

### **Annualità 2024:**

- ✚ Completamento degli interventi presso i Presidi Ospedalieri della AOU di Cagliari, finalizzati all'accorpamento di tutti i servizi sanitari e amministrativi attualmente dislocati nel territorio di Cagliari
- ✚ Interventi di manutenzione straordinaria per l'adeguamento alle normative vigenti degli edifici del P.O. Policlinico Duilio Casula
- ✚ Lavori di realizzazione blocco R del Presidio Ospedaliero Policlinico Duilio Casula

### **Biennio 2025-26:**

- ✚ Riqualificazione e adeguamento normativo dell'Ospedale Civile S. Giovanni di Dio. Piano di Gestione 4 - Interventi di edilizia sanitaria
- ✚ Riqualificazione e adeguamento normativo dell'Ospedale Civile S. Giovanni di Dio. Piano di Gestione 5 - Interventi di sostenibilità ambientale ed efficientamento energetico
- ✚ Intervento di sopraelevazione degli edifici esistenti e di prossima realizzazione del P.O. Policlinico Duilio Casula
- ✚ Riqualificazione e restauro dell'Ospedale San Giovanni di Dio come Ospedale di giorno
- ✚ Riammodernamento complessivo del Policlinico Duilio Casula

## IL PIANO FORMATIVO AZIENDALE

Il PFA 2024 è stato costruito utilizzando una metodologia consolidata, che si basa sulla rilevazione degli obiettivi strategici e quelli specifici. Gli obiettivi specifici vengono rilevati attraverso il coinvolgimento dei referenti formazione e i Direttori delle Unità Operative.

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

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

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

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

L'attività formativa inserita nel PFA 2024, sulla base della rilevazione dei bisogni, viene suddivisa in formazione strategica e formazione specifica, dettagliatamente descritta nell'allegato al Piano stesso.

### **la Formazione strategica**

La Formazione Strategica comprende tutte le attività formative ritenute prioritarie e di rilevanza strategica per migliorare gli standard qualitativi dei servizi offerti, per trasformare ed integrare i modelli organizzativi aziendali, per implementare i sistemi di governo ai fini di un impiego più efficiente delle risorse, per realizzare una corretta organizzazione nell'ambito dell'Assistenza, per razionalizzare la spesa sanitaria, per garantire un'assistenza farmaceutica più appropriata, garantire l'umanizzazione delle cure, per sviluppare abilità professionali e competenze gestionali, per migliorare il clima interno ed i rapporti con l'utenza. Sulla base degli obiettivi e dei contenuti, gli interventi formativi sono stati raggruppati in AREA ORGANIZZATIVO-GESTIONALE (con un approccio manageriale, di prevenzione, sicurezza, emergenza/urgenza) e AREA QUALITA' E SVILUPPO DI COMPETENZE TRASVERSALI.

### **la Formazione Specifica**

La Formazione Specifica comprende tutte le iniziative formative proposte dai Direttori delle singole macrostrutture, sulla base delle esigenze di sviluppo organizzativo e professionale della macrostruttura e del singolo professionista, ed in linea con gli obiettivi nazionali, regionali e aziendali. Sulla base degli obiettivi e dei contenuti, gli interventi formativi sono stati raggruppati in AREA CLINICA, AREA QUALITA' E SVILUPPO DI COMPETENZE TRASVERSALI e AREA ORGANIZZATIVO-GESTIONALE (di prevenzione, sicurezza, emergenza/urgenza)

### **La Formazione specifica esterna**

La percentuale di budget assegnato alla formazione esterna è dedicata alle iniziative di formazione proposte dai singoli dipendenti, che non trovano riscontro nel piano annuale di formazione. Avranno carattere di aggiornamento obbligatorio o facoltativo: l'aggiornamento obbligatorio viene autorizzato dalla Direzione Aziendale; l'aggiornamento facoltativo viene autorizzato dal Responsabile dell'Unità Operativa e dal Direttore di Dipartimento, come indicato dal Regolamento della Formazione.

### **Eventi formativi a carattere innovativo**

L'AOU attiva ogni anno dei percorsi formativi innovativi, attraverso un coinvolgimento multidisciplinare dei professionisti e l'utilizzo di metodologie didattiche interattive, all'interno delle attività definite residenziali, secondo i criteri del sistema ECM. La dimensione metodologica del gruppo di lavoro, interattivo e multidisciplinare, della comunità di pratica, viene utilizzata anche nella promozione di percorsi di progettazione e ricerca.

In particolare, nel 2024, si vuole costruire al progetto di governance della ricerca utilizzando metodi e strumenti innovativi, le esperienze maturate a livello nazionale, con un'analisi dei processi e delle competenze richieste.

Viene prevista una formazione specifica per implementazione sistema di gestione SDO.

Nel PFA 2024 vengono inseriti:

- ✚ Percorsi metodologico sulla costruzione di PDTA, procedure e protocolli;
- ✚ Attività di progettazione e ricerca;
- ✚ Percorso per la costruzione di un sistema di gestione delle liste d'attesa delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri
- ✚ Percorsi di simulazione nella gestione del trauma, dell'arresto cardiaco, delle emergenze ginecologiche e neonatali

Infine, prosegue tutta la formazione sul campo, quella sull'emergenza urgenza con la metodologia della simulazione, e si incrementa la formazione basata sull'integrazione delle diverse metodologie (Formazione Blended).

## Implementazione e sviluppo Servizio Televisita

Con la delibera N. 40/4 del 4.8.2020 la RAS ha recepito l'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 16 del 20 febbraio 2014), recante "Telemedicina – Linee di indirizzo nazionali", con l'indicazione di dover aggiornare il disciplinare flussi informativi sanitari e di dover modificare i codici del nomenclatore tariffario regionale con i nuovi codici riportati nell'allegato 2.

L'AOU ha aggiudicato il 3.2.2022 il servizio biennale a GPI S.p.A. con la delibera 112 del Direttore Generale.

A luglio 2022 è stata avviata l'esecuzione della fornitura tramite una video call con la GPI S.p.A. e sono state avviate le procedure per le integrazioni necessarie con l'Anagrafica, SISaR e CUP Web, richiesto nel capitolato tecnico, e dopo qualche mese la GPI S.p.A. ha messo a disposizione l'applicativo "Televisita", installato e configurato sui propri sistemi, in modalità stand alone ovvero non integrato con i sistemi informatici della RAS e AOU di Cagliari.

Attualmente aderiscono al servizio le seguenti Strutture:

- Chirurgia Generale e Polispecialistica
- Dermatologia
- Gastroenterologia
- Medicina Generale e d'Urgenza
- Medicina Interna
- Oncologia Medica

Il 28.9.2023 è partita la formazione (a carico AOU) "Comunicazione col paziente nella Televisita", indirizzata al personale sanitario coinvolto.

Il 2.10.2023 sono stati formati (a carico di GPI) gli utenti **admin** per l'utilizzo della piattaforma e successivamente saranno formati (a carico di GPI) tutti i Medici e tutto il personale sanitario per l'utilizzo della piattaforma.

Attualmente è ancora in corso l'integrazione tra la piattaforma POHEMA ed il servizio informatizzato del CUP per agevolare la procedura, che funzionerà comunque anche senza tale utilità.

A seguito del collaudo del servizio verso la fine dell'anno in corso, nel 2024 verrà sicuramente avviato il servizio, che comporterà quindi il pagamento del servizio biennale aggiudicato, ovvero complessivamente 71.595,00 Euro (oltre IVA di legge), ovvero 35.797,50 Euro / anno.

## Gestione Liste d'attesa

La recente pandemia ha causato impatti devastanti sulle persone, sulla comunità e sul sistema economico/produttivo internazionale. In particolare, è stato necessario definire nuove strategie e nuovi modelli di competenze per gestire l'importante sfida della ripresa economica.

**L'annosa problematica delle liste di attesa**, già presente nella maggior parte delle aziende sanitarie italiane, ha avuto una ulteriore impennata. A tal proposito è stato codificato il **Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2109-2021 (PINGLA)**, che è, senza alcun dubbio, un'occasione unica per il sistema Paese, per consentire l'attuazione di una serie di interventi divenuti da tempo necessari.

Anche l'AOU di Cagliari ha la necessità di rientrare in una dimensione fisiologica delle liste di attesa e per questo motivo ha deciso di avviare un vero e proprio progetto di change management, a supporto della realizzazione del Piano Attuativo Aziendale (deliberazione n. 693 del 08/06/2021) avente ad oggetto "*Piano Aziendale di Governo delle Liste di Attesa*", orientato a:

- ✓ **rivedere il modello organizzativo,**
- ✓ **ridisegnare i processi di lavoro**
- ✓ **migliorare la qualità dei servizi,**
- ✓ **ridurre i tempi**
- ✓ **sviluppare maggiore integrazione nella catena del valore che porta il Cittadino dalla prenotazione di una prestazione/esame diagnostico alla loro realizzazione**

Per quanto esposto precedentemente, **gli obiettivi dell'intervento** possono essere così sintetizzati:



rappresentare compiutamente **punti di forza e aree di miglioramento del modello esistente**  
tratteggiare **scenari differenti** e simularne le **implicazioni organizzative, tecnologiche, ambientali**  
sostenere il **processo decisionale della Committenza** nell'identificazione delle soluzioni più efficaci  
monitorare l'**implementazione delle soluzioni adottate**

Tali **obiettivi** saranno perseguiti attraverso un **percorso** che vedrà l'**alternanza** di:

- *una fase di analisi e diagnosi organizzativa*
- *una fase di disegno possibili scenari*
- *una fase di implementazione delle soluzioni adottate*

## **Percorso presa in carico malato Oncologico**

I pazienti con patologie tumorali, in occasione delle diverse situazioni che si possono presentare sia per l'evolversi della malattia che durante il percorso impegnativo di cura, hanno bisogno di sentirsi presi in carico dalle unità di cura, con la possibilità di confrontarsi con gli operatori sanitari. Verrà avviato un percorso nella SC Oncologia Medica attraverso il quale garantire ai pazienti - già in carico presso la Struttura - le risposte e quel confronto con gli operatori sanitari finalizzato alla gestione delle difficoltà che potrebbero insorgere in relazione al controllo del dolore, degli effetti collaterali dei trattamenti antitumorali, della necessità di idratazione o di supporto nutrizionale. L'esigenza nasce dalla volontà di governare uno dei momenti in cui il paziente rischia di sentire maggiormente il peso della malattia ovvero quello della gestione della emergenza/urgenza, quando, per le motivazioni sopra elencate, si trova nella necessità di doversi rivolgere al Pronto soccorso del territorio cui fa riferimento. Nel tentativo di dare risposta al paziente oncologico e maggiore supporto ai familiari, anche in questi particolari momenti, verrà strutturato un percorso estensivo di presa in carico del paziente che vedrà il coinvolgimento di medici ed operatori di varie discipline. Nel lungo termine ovvero una volta a regime, il percorso intende contribuire anche ad alleggerire il carico del Pronto soccorso, con effetti benefici sui tempi d'attesa dei pazienti che vi si recano per altre patologie o per traumi.

## **Implementazione della Cartella Clinica Elettronica**

Nell'ambito degli interventi previsti dal PNRR, Missione 6 Salute, Intervento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I e II livello) è già stato avviato nel 2023 il percorso di implementazione della Cartella Clinica Elettronica e dei Sistemi di interoperabilità per la digitalizzazione dei DEA della Regione Sardegna con il coinvolgimento anche dell'AOU di Sassari, dell'ARNAS G. Brotzu e di AREUS.

L'implementazione della Cartella Clinica Elettronica – CCER - nelle strutture ospedaliere ha una valenza strategica perché oltre a contribuire al potenziamento della digitalizzazione, processo già avviato nelle Aziende sanitarie, permette di migliorare il patrimonio informativo a livello regionale. Dal punto di vista della sicurezza del dato il sistema garantisce che tutte le informazioni siano archiviate in modo centralizzato. All'interno delle Aziende l'implementazione della CCER ha come obiettivo migliorare l'accesso ai dati da parte degli operatori sanitari attraverso procedure semplificate e con una maggiore velocità di consultazione che si traduce anche in un miglioramento dell'integrazione dei dati tra diversi reparti e strutture e in un efficientamento del processo di refertazione. Il progetto proseguirà per tutto l'anno 2024 e 2025.

## **Piattaforma di diagnosi e stadiazione dei tumori al retto**

L'Intelligenza Artificiale si sta diffondendo velocemente nel mondo sanitario e, in particolare, nella diagnostica per immagini, con la prospettiva di doversi confrontare con sistemi esperti in grado di modificare significativamente i percorsi diagnostico- terapeutici, le modalità decisionali del medico e anche il rapporto medico-paziente. L'Azienda porta avanti un progetto dalla grande forza innovativa tanto che ha ottenuto un finanziamento di 2,6 milioni di euro da Sardegna Ricerche.

Il tumore al retto è la seconda causa di morte negli uomini (dopo il tumore del polmone) e la terza nelle donne (dopo il tumore al seno e al polmone). Nel 2022, in Italia sono state stimate 48.100 nuove diagnosi di tumore del colon-retto (erano 43.702 nel 2020). Lo sviluppo di sistemi di diagnosi sempre più sofisticati e precisi è uno degli obiettivi primari dell'attività di ricerca per la cura alle

malattie oncologiche. Riuscire ad avere una diagnosi precoce è un aspetto cruciale per stabilire una cura efficace.

La nuova piattaforma è destinata a supportare i medici (DSS) per la diagnosi e stadiazione dei tumori al retto. In concreto, la piattaforma – grazie proprio all'intelligenza artificiale – sarà in grado di diagnosticare i tumori del retto in modo rapido e con molta più accuratezza dei sistemi attualmente in uso. Il software, una volta che verrà reso operativo, potrà dare un significativo contributo al sistema sanitario con un grande beneficio per i pazienti.

Altro elemento importante è rappresentato dal fatto che altre aziende sanitarie e ospedaliere potranno accedere alle funzionalità della piattaforma e contribuire al popolamento del dataset in maniera compartimentalizzata ovvero ogni azienda accede esclusivamente ai propri dati; i dataset anonimizzati verranno impiegati per l'addestramento dei modelli di I.A.

## **Aou di Cagliari, ospedale nel Metaverso**

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari ha sempre dimostrato una particolare attenzione all'innovazione tecnologica digitale che si è concretizzata in un'attività multimediale e digitale all'avanguardia. L'evoluzione delle tecnologie digitali ha aperto nuove opportunità per migliorare la comunicazione e l'interazione tra ospedali, aziende sanitarie e la comunità. In questo contesto, l'uso del metaverso come piattaforma di comunicazione e servizio può rivestire un ruolo originale ed efficace per la sanità e la relazione con il pubblico. In questa ottica l'Azienda ha inteso cogliere le importanti novità sul fronte di questa nuova tecnologia sia sul versante della comunicazione al pubblico sia sul versante sanitario, partendo sperimentalmente con un progetto legato all'Urp per poi estenderlo ai servizi sanitari.

L'obiettivo di questo progetto è quello di sviluppare ulteriormente il percorso dell'URP digitale creando una presenza dell'Ufficio relazioni con il pubblico nel metaverso, con una vera e propria esperienza dedicata che ricostruisce i veri luoghi, l'accoglienza e i servizi della struttura sanitaria e ovviamente anche le funzioni proprie dell'URP di informazione, ascolto, accoglienza, partecipazione e risposta alle esigenze dei cittadini, oltre che di tutela dei principi della trasparenza e della partecipazione all'azione amministrativa.

## **Obiettivi del Progetto**

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