

Allegato C



ASL Cagliari

Relazione al Bilancio

Anno 2012

Prodotto e distribuito dal Gruppo Editoriale L'Espresso



A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized letter 'Q' followed by a smaller, more complex flourish.

Sommario

1)	PREMESSA.....	4
2)	SITUAZIONE AMBIENTALE	7
	Descrizione Territoriale.....	7
	Andamento Demografico.....	10
3)	ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	12
	Considerazioni generali	12
	P.O. "Binaghi"	14
	P.O. "Businco"	19
	P.O. "Marino"	24
	P.O. "Microcitemico".....	27
	P.O. "San Giuseppe"	31
	P.O. "San Marcellino"	34
	P.O. "SS. Trinità"	36
	L'attività di Emergenza Urgenza.....	44
4)	ASSISTENZA TERRITORIALE	48
	Assistenza Territoriale.....	48
5)	ASSISTENZA DIPARTIMENTALE	81
	Dipartimento di Prevenzione.....	81
	Dipartimento Salute Mentale.....	112
	Dipartimento del Farmaco	134
6)	ANDAMENTO DELLA GESTIONE.....	187
	Dinamica complessiva dei principali aggregati economici.....	187
	Andamento del Personale.....	196
	Situazione patrimoniale di sintesi e confronto con l'esercizio precedente:.....	214
	Informativa sui fatti di rilievo avvenuti dopo la chiusura dell'esercizio:.....	216
	Prevedibile evoluzione della gestione:.....	220
7)	ELENCO DEI PRESIDI OSPEDALIERI E DEI SERVIZI DELL'AZIENDA.....	223



1) Premessa

L'anno 2012 è stato caratterizzato dall'avvio di un percorso di razionalizzazione della spesa al fine di riportare l'Azienda su una dinamica di sostenibilità economica. Tale obiettivo è stato raggiunto grazie ad una significativa riduzione del *trend* di crescita dei costi di produzione che ha registrato un incremento complessivo pari all'1,5%, notevolmente inferiore al 4,8% mediamente registrato nel periodo 2000-2010. A tale contrazione nel *trend* di crescita dei costi ha corrisposto un sensibile incremento del finanziamento regionale, che ha permesso di fatto di azzerare totalmente la perdita di circa 30.000.000 di euro registrata nel 2011.

Le azioni di razionalizzazione della spesa si sono concentrate su alcuni fattori produttivi che avevano evidenziato negli ultimi anni incrementi rilevanti; in particolare molta attenzione è stata dedicata alle dinamiche di spesa dell'assistenza farmaceutica, sia territoriale che ospedaliera.

Le azioni poste in essere si sono rivolte:

1. dal lato della domanda attraverso la promozione di iniziative di formazione, informazione incontro e "confronto tra pari" tali da consentire la conoscenza e la conseguente diffusione a livello aziendale di comportamenti virtuosi codificati in base anche all'analisi di "best practice" a livello nazionale ed internazionale. Tali incontri si sono ripetuti con cadenza periodica, sia nei confronti dei Medici di Medicina Generale che nei confronti degli specialisti ospedalieri e ambulatoriali.
2. dal lato dell'offerta attraverso il potenziamento della:
 - a) distribuzione per conto: in relazione a quanto previsto nella DGR n. 5/18 del 08.02.06 l'Azienda - nel ruolo di capofila regionale - si è attivata per dare immediato avvio alle attività previste dall'accordo già nel corso dell'anno 2007.
 - b) distribuzione diretta: potenziamento dell'attività di distribuzione diretta presso le strutture della Azienda, con particolare riferimento alle farmacie ospedaliere (con l'apertura di sportelli *ad hoc*).
 - c) distribuzione primo ciclo di terapia alla dimissione: potenziamento dell'attività di distribuzione del primo ciclo di terapia alla dimissione del paziente. L'obiettivo dell'"attivazione della distribuzione diretta" è stato assegnato a 70 strutture ospedaliere e territoriali, garantendo una totale copertura delle dimissioni per patologie croniche o comunque con terapie "lunghe". L'ulteriore miglioramento possibile per gli anni prossimi è legato all'estensione della distribuzione diretta anche alla dimissione da prestazioni relativa a ricoveri diurni e ambulatoriali.



Allegato C

- d) potenziamento delle attività relative alla composizione di "unioni di acquisto", alla centralizzazione dei magazzini e all'acquisto di farmaci a brevetto scaduto.

Le due leve citate sono state completate dall'individuazione di importanti processi di regolamentazione per la gestione dei prodotti farmaceutici attraverso l'adozione e implementazione di uno specifico regolamento.

All'adozione del regolamento ha seguito una graduale implementazione del nuovo sistema nei diversi presidi aziendali con attività di formazione, affiancamento ed implementazione tecnologica.

I risultati di tale processo sono stati evidenziati anche nella Deliberazione finale della Corte dei Conti che evidenzia:

"In ordine alla carenza regolamentare si è preso atto dei regolamenti adottati che enunciano prescrizioni particolarmente aderenti alle raccomandazioni di questa Corte. Inoltre, a seguito dell'adozione dei regolamenti è stata svolta puntuale attività di informazione/formazione a vantaggio degli operatori.

Pertanto, gli operatori medico/sanitari risultano tenuti al rispetto di regole d'azione/comportamento nello svolgimento dei rispettivi compiti di servizio afferenti alla conservazione, alla somministrazione dei beni farmaco-sanitari e alla rilevazione delle giacenze, ovvero risultano chiarite le diverse fasi del processo di consumo dei beni sanitari e le relative responsabilità, ora definite con chiarezza. La piena operatività del quadro regolamentare, delineando con chiarezza la configurazione dei ruoli, dei compiti e delle responsabilità - rispettivamente del Responsabile della Farmacia e del Coordinatore Infermieristico – consentirà finalmente sul piano fattuale che il Responsabile della Farmacia sia in grado di conoscere e documentare non solo le movimentazioni dei beni dalla Farmacia a Reparti, ma anche i percorsi interni ai Reparti fino all'utilizzazione/somministrazione ai pazienti.

Tale impianto regolamentare ed operativo, assicurando la puntuale attribuzione dei compiti in capo alle diverse figure professionali, è altresì in grado di avviare la gestione verso canoni di correttezza, trasparenza e regolarità amministrativa-contabile".

Altra importante azione di governo è stata indirizzata al contenimento del costo del personale, che ha registrato un incremento pari allo 0,8% rispetto al 2011, dovuto principalmente alle importanti azioni volte alla de-precarizzazione del lavoro attraverso il perfezionamento di diverse selezioni concorsuali al fine di ridurre la spesa sostenuta per acquisizione del c.d. "lavoro flessibile" (interinale e con contratti di collaborazione). Si evidenzia inoltre la sensibile riduzione del costo del personale amministrativo (-2.4%), che conferma il trend di riduzione già registrato nel 2011 (-2 %).



Allegato C

Occorre rilevare che un importante incremento dei costi è da ricondurre alle delibere regionali di incremento di tariffe di rimborso (Riabilitazione, *Hospice*, emergenza 118, ecc.), oltre agli incrementi sui tetti di spesa di alcune categorie di convenzionati privati (RSA, comunità per il recupero delle tossicodipendenze) e dei finanziamenti per l'abbattimento delle liste d'attesa che hanno determinato l'opportunità per l'Azienda di contrattualizzare prestazioni aggiuntive di assistenza al fine di migliorare la tempestività della risposta assistenziale.

Più nel dettaglio si presentano le conseguenze di maggiori costi generati dai citati provvedimenti:

- incremento dei tetti di spesa per le RSA e per CDI (D.G.R. 47/13 del 28.11.12); € **1.309.427**
- incremento dei tetti di spesa per la Riabilitazione (D.G.R. 32/98 del 24.07.12.); € **4.050.000**
- incremento dei tetti di spesa per l'Hospice (D.G.R. 43/18 del 31.10.2012.); € **300.000**
- incremento dei tetti di spesa per le Dipendenze Patologiche (D.G.R. 32/97 del 24.07.2012.); € **1.205.192**
- rinnovo della convenzione per le Associazioni di volontariato, le Cooperative sociali onlus e il Servizio di emergenza-urgenza 118 (D.G.R. 44/4 del 4/11/2011); € **900.000**
- finanziamento recupero liste d'attesa € **6.000.000**

L'applicazione di tali provvedimenti regionali ha determinato un incremento complessivo di costi pari a 13.7 mln. di euro, che giustifica in toto l'incremento dei costi della produzione (+13.2 mln.)



2) Situazione ambientale

Descrizione Territoriale

L'Azienda Unità Sanitaria Locale n. 8 di Cagliari è stata costituita nel 1996, a seguito dell'entrata in vigore della L.R. n. 5/95, dalla fusione delle ex USL n. 20, n. 21, n. 22 e parte della USL n. 1.

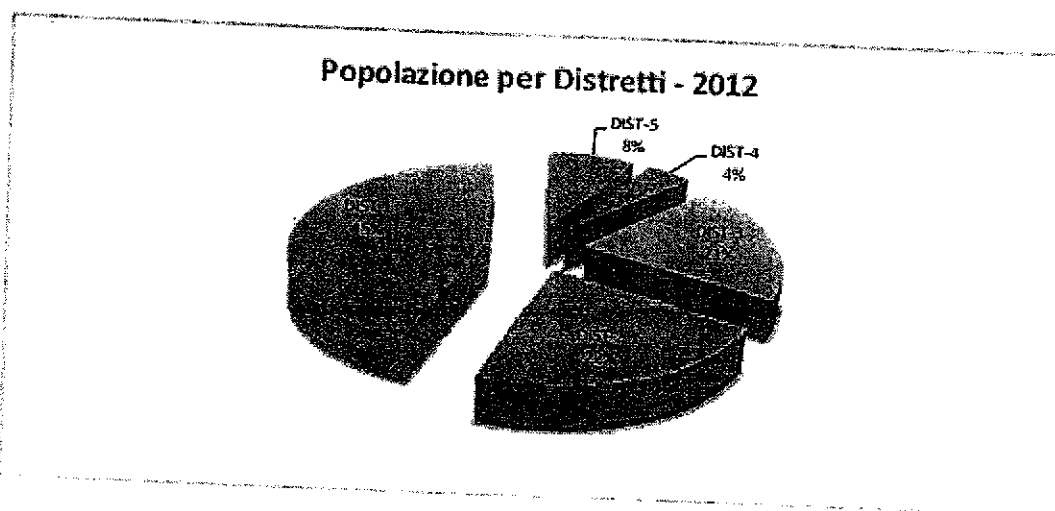
L'Azienda, in attuazione della delibera regionale n. 51/10 del 4.11.2005 che ha ridefinito i territori di competenza delle Aziende Sanitarie Regionali in coerenza con i nuovi confini delle Circoscrizioni provinciali, ha acquisito con decorrenza dal 1° gennaio 2006 i Distretti di Isili e Senorbi, provenienti il primo dall'ASL 3 di Nuoro ed il secondo dall'ASL 6 di Sanluri, ha acquisito i Comuni di Vallermosa, Nuraminis e Villasor facenti sempre parte dell'ASL 6 di Sanluri oltre che Siliqua e Teulada provenienti dalla ASL 7 di Carbonia. L'atto Aziendale approvato nel corso del 2008 ha individuato 5 Distretti Socio Sanitari a cui afferiscono i territori dei Comuni di appartenenza così come rappresentato nella tabella seguente.

Distretto - Comune	Comune	Tot. residenti al 01/01/19	
Distr.1 "Cagliari Area Vasta"	Cagliari; Monastir; Monserrato; Quartucciu; Selargius; Sestu; Settimo San Pietro; Ussana	8	246.440
Distr.2 "Area Ovest"	Assemmini; Capoterra; Decimomannu; Decimoputzu; Domus de Maria; Elmas; Pula; San sperate; Sarroch; Siliqua; Teulada; Uta; Vallermosa; Villa San Pietro; Villasor; Villaspeciosa;	16	121.892
Distr.3 "Quartu - Parteolla"	Burcei; Dolianova; Donori; Maracalagonis; Quartu Sant'Elena; Serdiana; Sinnai; Soleminis	8	112.346
Distr.4 "Sarrabus - Gerrei"	Armungia; Ballao; Castiadas; Muravera; San Nicolò Gerrei; San Vito; Silius; Villaputzu; Villasalto; Villasimius;	10	23.315
Distr.5 "Sarcidano- Barbagia di Seulo e Trexenta"			
Sede di Isili	Escalaplano; Escolca; Esterzili; Gergei; Isili; Nuragus; Nurallao; Serri; Seulo; Nurri; Orroli; Sadali; Villanova Tulo;	29	45.900
Sede di Senorbi	Barrali; Gesico; Goni; Guamaggiore; Guasila; Mandas; Nuraminis; Ortacesus; Pimentel; Samatzai; San Basilio; Sant'Andrea Frius; Selegas; Senorbi; Siurgus Donigala; Suelli		
Totale complessivo		71	549.893



Allegato C

La popolazione dei Distretti Sanitari, così come definiti nell'Atto Aziendale, evidenzia come il Distretto più popoloso è quello che comprende l'Area metropolitana in senso stretto seguita dal Distretto che comprende i comuni dell'Area metropolitana allargata, che è suddivisa nei due Distretti di Quartu-Parteolla e dell'Area Ovest.



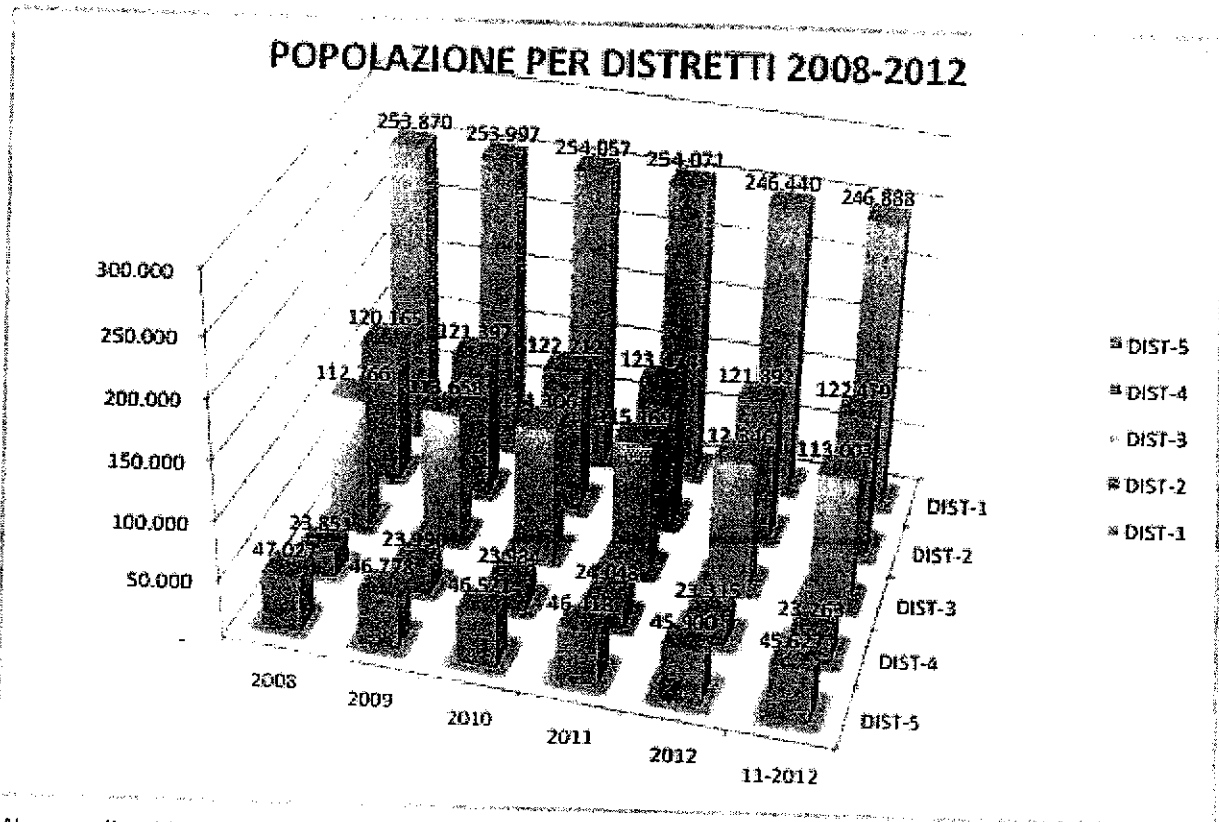
Distribuzione della popolazione residente per distretto al 01/01/2012 (Fonte dati ISTAT)

La seguente tabella riassume l'andamento della popolazione nei cinque distretti per il periodo 2008-2012.

	2008	2009	2010	2011	2012	11-2012
DIST-5	47.027	46.778	46.521	46.418	45.900	45.627
DIST-4	23.851	23.990	23.984	24.048	23.315	23.263
DIST-3	112.766	113.658	114.306	115.169	112.346	113.003
DIST-2	120.165	121.397	122.212	123.474	121.892	122.479
DIST-1	253.870	253.997	254.057	254.071	246.440	246.888
	557.679	559.820	561.080	563.180	549.893	551.260

Numero di residenti per anno e per distretto (Fonte dati ISTAT)

Complessivamente la popolazione residente nel quinquennio di osservazione è variata di qualche migliaio di unità di anno in anno rimanendo sostanzialmente invariata.

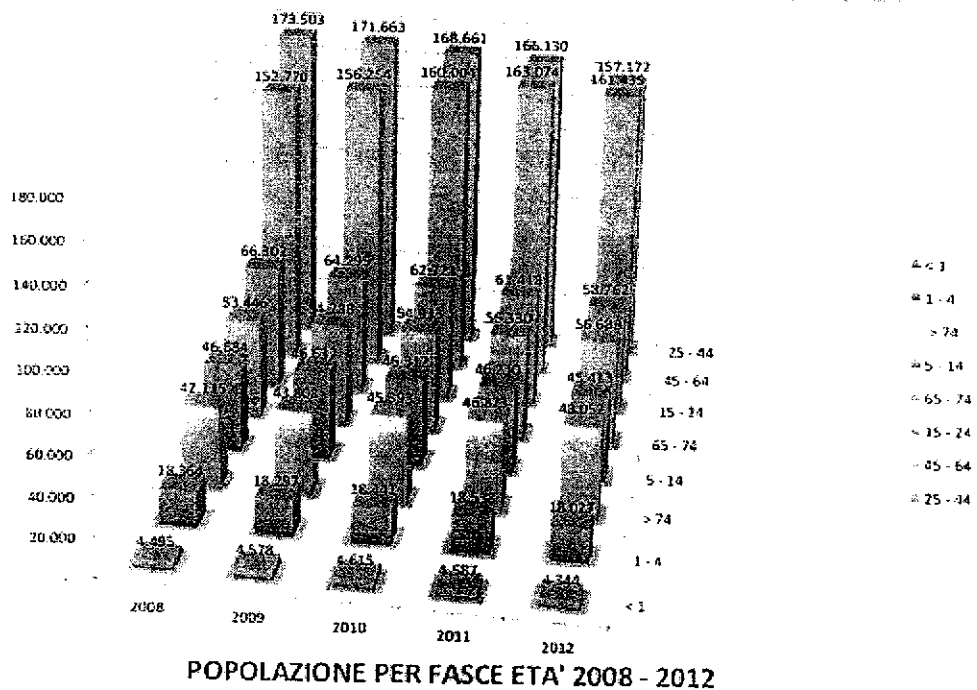


Numero di residenti per distretto periodo 2008-01/11/2012 (Fonte dati ISTAT)

Andamento Demografico

Confermando la tendenza nazionale dell'invecchiamento della popolazione, nel periodo 2008-2012, si segnala un progressivo spostamento della popolazione verso le fasce di età elevate e che statisticamente necessitano di maggiori cure sanitarie.

	2008	2009	2010	2011	2012
< 1	4.495	4.578	4.615	4.587	4.344
1 - 4	18.364	18.297	18.441	18.538	18.027
5 - 14	46.684	46.637	46.312	46.230	45.413
15 - 24	66.302	64.295	62.721	61.418	58.762
25 - 44	173.503	171.663	168.661	166.130	157.172
45 - 64	152.770	156.254	160.004	163.074	161.435
65 - 74	53.446	54.288	54.933	56.330	56.688
> 74	42.115	43.808	45.393	46.873	48.052



Popolazione Residente per fasce di età periodo 2008-01/11/2012 (Fonte dati ISTAT)

Allegato C

Nel suddetto periodo di osservazione l'insieme della popolazione maggiore di 44 è cresciuta complessivamente del 7,19% mentre quella minore di 45 anni è diminuita dell'8,29%. La tabella seguente riporta le variazioni percentuali per singola fascia di età.

	2008	2012	2012-2008
< 1	4.495	4.344	-3,36%
1 - 4	18.364	18.027	-1,84%
5 - 14	46.684	45.413	-2,72%
15 - 24	66.302	58.762	-11,37%
25 - 44	173.503	157.172	-9,41%
45 - 64	152.770	161.435	5,67%
65 - 74	53.446	56.688	6,07%
> 74	42.115	48.052	14,10%

Variazione Popolazione Residente per fasce di età periodo 2008-01/11/2012 (Fonte dati ISTAT)

Il dettaglio delle singole fasce di età mostra come le fasce d'età più alte siano quelle che stanno registrando gli incrementi percentuali maggiori pur avendo numerosità comparabile con le altre fasce.

Il confermarsi di questa tendenza sta portando una maggiore richiesta di servizi sanitari da parte della popolazione e alla conseguente necessaria adozione di politiche di prevenzione sempre più efficaci da affiancare alle adottande attività di razionalizzazione e recupero di efficienza nell'offerta dei servizi sanitari.



3) Assistenza ospedaliera

Considerazioni generali

L'atto aziendale della ASL n. 8 disegna l'assetto organizzativo del sistema ospedaliero dell'ASL di Cagliari. In particolare l'Azienda consta di sette presidi ospedalieri:

- Tre presidi ospedalieri, che assumono una vocazione prevalentemente monospecialistica: specializzazione oncologica nel P.O. Businco, pediatria e delle malattie rare nel P.O. Microcitemico e ortopedica nel P.O. Marino.
- Un presidio ospedaliero a vocazione multi specialistica, che rappresenta un punto di riferimento per l'emergenza: SS. Trinità.
- Un presidio ospedaliero, che rappresenta il polo pneumologico della rete regionale, in prevalenza dedicato all'assistenza diurna in un'ottica d'integrazione ospedale-territorio con la peculiarità di specifici percorsi diagnostico terapeutici di presa in carico globale del paziente: Binaghi.
- Due Presidi ospedalieri territoriali generici collegati in rete con gli stabilimenti cittadini per il trattamento dei pazienti complessi o critici quando stabilizzati: S. Giuseppe - Isili e S. Marcellino - Muravera.

In attesa della riforma del sistema ospedaliero di cui alla LR 3/2009, l'impegno dell'azienda in quest'anno si è concentrato prevalentemente nei seguenti punti:

- Riduzione dei ricoveri in regime ordinario e incremento dei ricoveri in regime diurno e delle attività ambulatoriali e territoriali.
- Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, come scelta del livello assistenziale più corretto e meno costoso per i bisogni di cura.
- Razionalizzazione dei ricoveri ordinari non chirurgici per pazienti dai 65 anni in su e con degenza uguale o superiore a 12 giorni.
- Concentrazione delle attività per acuti in un minore numero di ospedali.
- Concorso, tramite accordi con l'AOU di Cagliari, per il trasferimento delle attività ospedaliere che si svolgono ancora presso il PO S. Giovanni di Dio, e per la chiusura dello stesso.



Allegato C

L'adeguamento strutturale, infrastrutturale e tecnologico degli ospedali, la definizione di strategie condivise con le professionalità e gli operatori e il rafforzamento dell'integrazione tra ospedale e territorio rimangono invece gli obiettivi di più ampio raggio della Direzione aziendale per l'area ospedaliera.



P.O. "Binaghi"

Il Presidio Ospedaliero Binaghi insiste nell'ambito della provincia di Cagliari; è uno dei sette ospedali della rete ospedaliera dell'ASL n° 8.

L'Ospedale si trova in una porzione del Parco di Monte Urpinu, al centro città ed è facilmente raggiungibile. Restaurato di recente, possiede caratteristiche strutturali e di sistemazione logistica degli spazi, interni ed esterni, che lo rendono di grande fruibilità.

Dalla sua costituzione nel 1934, il Presidio ha sempre mantenuto una vocazione nell'ambito dell'assistenza pneumologica; ad oggi è il polo pneumologico della rete regionale, costituendo riferimento territoriale per il sistema respiratorio e cardiorespiratorio.

Il presidio è dedicato all'assistenza, in un'ottica di integrazione tra ospedale e territorio, con la peculiarità di specifici percorsi diagnostico-terapeutici di presa in carico globale del paziente.

Nell'ambito della riorganizzazione delle attività sanitarie destinate al trattamento delle patologie pneumologi saranno a breve disposti degli interventi di riqualificazione e ammodernamento che interesseranno anche il presidio ospedaliero SS. Trinità prevedendo lo spostamento presso quest'ultimo dell'attività clinico assistenziale della U.O. di Pneumologia (ex Pneumologia II) e dell'U.O. Semintensiva respiratoria (ex Pneumologia III). Il presidio ospedaliero di Is Mirrionis diventerà quindi il polo di riferimento per le attività di assistenza pneumologica in acuzie, mentre al Binaghi saranno indirizzate invece le attività di Pneumologia territoriale in grado di valutare i bisogni dei pazienti e di garantire la continuità assistenziale favorendo l'integrazione tra percorsi ospedalieri e territoriali, coordinando le attività con i MMG e i presidi di Isili e Muravera. In particolare saranno sviluppati percorsi per il trattamento di pazienti affetti da BPCO e con patologie lievi anche riacutizzate e/o con rischio di patologia polmonare.

Il Binaghi è, inoltre, caratterizzato dalla presenza di centri di riferimento per alcune particolari discipline orientate alla gestione complessiva dell'utente quali il Centro per la Sclerosi Multipla, il Centro Donna e il Centro Trapianti.

Opera inoltre nel Presidio l'U.O. di Oftalmologia per il trattamento di patologia oculare della retina e del vitreo.

Il Presidio ospita il Centro Regionale Trapianti che è centro di riferimento per l'attività di donazione dei trapianti di organi, tessuti e cellule. Coordina inoltre l'attività di donazione, prelievo e trapianto di midollo per tutta la Regione; afferisce quindi alla struttura il Registro Regionale donatori di midollo.



Allegato C

Dati strutturali

I dati di attività di ricovero ordinario e in regime di DH / DS, nel confronto 2011-2012 sono illustrati nella tabella seguente:

Descrizione reparto dimissione	2011						2012					
	Posti letto R.O.	n. casi R.O.	gg degenza R.O.	Posti letto D.H./D.S.	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.	Posti letto R.O.	n. casi R.O.	gg degenza R.O.	Posti letto D.H./D.S.	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.
2° Divisione Pneumologia	21	534	6.404	2,0	42	151	21	538	6.995	2	51	171
3° Divisione Pneumologia	19	454	5.982	1,0	10	14	19	425	6.047	1	23	45
4° Divisione Pneumologia	24	292	5.401				24	332	6.079			
Centro Trapianti	13	169	3.702	2,0	571	5.170	13	212	4.084	2	628	5.499
Neurologia	4	259	628	5,0	858	5.388	4	276	708	5	831	4.774
Oftamologia	6	553	1.066	4,0	760	818	6	535	1.141	4	1.076	1.136
Anestesia E Rianimazione	4	36	647				4	62	695			
Totale Complessivo	91	2.297	23.830	14	2.241	11.541	91	2.380	25.749	14	2.609	11.625

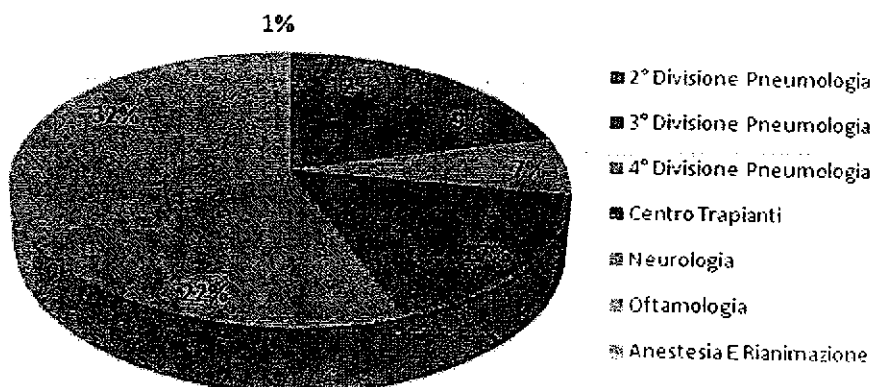
Nel corso del 2012 i ricoveri sono incrementati complessivamente del 9,9%; in particolare sono stati effettuati 83 i ricoveri in più in regime ordinario e 368 in dh/ds. Di questi 368 ricoveri diurni in più 316 appartengono all'U.O. di Oftamologia che nel corso del 2012 ha notevolmente incrementato la propria attività in Day Surgery e in One Day Surgery.

Nell'elaborazione dei dati, si è tenuto conto dei periodi di chiusura delle UU.OO. (II -III-IV Pneumologia – CTMO e CSM).

Si precisa che le UU.OO. di Oftalmologia e CSM utilizzano i posti letto in regime ordinario per un massimo di 250 gg l'anno.

Il numero dei casi si riferisce al reparto che ha effettuato la dimissione del paziente; ciò significa che le giornate di degenza dell'U.O. Anestesia e Rianimazione potrebbero essere sottostimate.

Ricoveri totali Anno 2012



Indicatori di efficienza

Descrizione reparto dimissione	2011		2012	
	DM	TOC	DM	TOC
2° Divisione Pneumologia	12,0	83,5%	13,0	91,3%
3° Divisione Pneumologia	13,2	86,3%	14,2	87,2%
4° Divisione Pneumologia	18,5	61,7%	18,3	69,4%
Centro Trapianti	21,9	78,0%	19,3	86,1%
Neurologia	2,4	62,8%	2,6	70,8%
Oftalmologia	1,9	71,1%	2,1	76,1%
Servizio Anestesia E Rianimazione	18,0	44,3%	11,2	47,6%
Totale complessivo	10,4	71,7%	10,8	77,5%

Il Tasso di Occupazione del Presidio rispetto all'anno 2011 ha avuto un incremento di quasi 6 punti percentuali. Tale variazione è dovuta a un consistente incremento dell'occupazione dei posto letto di tutte le unità operative presenti nel presidio. La degenza media è rimasta sostanzialmente invariata in quasi tutti i reparti; anche in relazione a ciò si ribadisce che gli indicatori relativi al servizio di Anestesia e Rianimazione non sono realistici poiché sia i ricoveri che le giornate di degenza vengono attribuite al reparto che effettua la dimissione del paziente.

Descrizione reparto dimissione	2011		2012	
	IR	Turn Over	IR	Turn Over
2° Divisione Pneumologia	25,4	2,4	25,6	1,2
3° Divisione Pneumologia	23,9	2,1	22,4	2,1
4° Divisione Pneumologia	12,2	11,5	13,8	8,1
Centro Trapianti	13,0	6,2	16,3	3,1
Neurologia	64,8	1,4	69,0	1,1
Oftalmologia	92,2	0,8	89,2	0,7
Servizio Anestesia E Rianimazione	9,0	22,6	15,5	12,3
Totale complessivo	25,2	4,1	26,2	3,1

Allegato C

Gli indici di rotazione dei posti letto nel corso del 2012 sono incrementati per tutte unità operative con esclusione dell'Oftalmologia; in relazione a ciò è diminuito il periodo di tempo che intercorre tra la dimissione di un paziente ed il ricovero del successivo (Turn Over).

- **DM (degenza media):** esprime il numero medio di giorni di permanenza in ospedale di un ricoverato. Risulta definito dal rapporto fra giornate di degenza e casi di ricovero. Tale indicatore tiene conto anche dei trasferimenti interni.
- **TOC (tasso di occupazione):** corrisponde alla percentuale di posti letto mediamente occupati. Tale indicatore si calcola effettuando il rapporto tra le giornate di degenza e il numero di posti letto moltiplicati per il totale dei giorni di utilizzo nell'arco dell'anno. Tale indicatore tiene conto anche dei trasferimenti interni.
- **IR (indici di rotazione):** esprime il numero di pazienti che hanno mediamente occupato un posto letto nel periodo considerato; è quindi il rapporto tra il numero dei degenti e quello dei posti letto.
- **Turnover:** corrisponde al periodo di tempo, espresso in giorni o frazioni di giorno, che intercorre tra la dimissione di un paziente ed il ricovero del successivo.

Indicatori di appropriatezza

Descrizione reparto dimissione	2011				2012			
	% Lea	% Sentinella	Deg. Media Lea	Deg. Media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Deg. Media Lea	Deg. Media Sentinella
2° Divisione Pneumologia	0%	44%	4,5	9,8	0%	41%	3,0	10,0
3° Divisione Pneumologia	2%	28%	8,6	10,0	1%	26%	6,2	10,3
4° Divisione Pneumologia	1%	52%	4,5	16,2	0%	45%	8,0	16,2
Centro Trapianti	5%	3%	2,5	16,2	7%	0%	3,7	
Neurologia	23%	2%	2,5	2,0	13%	6%	2,5	2,8
Oftalmologia	65%	1%	1,8	2,8	9%	0%	2,0	
Servizio Anestesia E Rianimazione					0%	0%		
Totale complessivo	19%	23%	2,0	11,6	4%	21%	2,7	11,7

La percentuale di Drg Lea del Presidio ospedaliero sono hanno avuto un consistente decremento. Appare in particolare significativo il decremento del valore degli stessi nelle U.U.O.O. di Oftalmologia e Neurologia, indice di una revisione organizzativa dell'attività assistenziale in termini di appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni.

La degenza media dei Drg Lea ha invece subito dei piccoli incrementi.

- **% totale DRG Lea sul totale dei dimessi:** rappresenta un indicatore di appropriatezza definito rapportando i dimessi con DRG "LEA" sul totale dei dimessi. Il D.P.C.M. del 29 novembre 2001 (sui livelli essenziali di assistenza) individua, infatti, all'allegato 2 C, n. 43 DRG potenzialmente a rischio di inappropriatezza organizzativa in regime di ricovero ordinario:
- **% totale DRG Sentinella sul totale dei dimessi:** rappresentano casi frequentemente caratterizzati da pratiche di ricovero opportunistiche.

Indicatori di complessità

Descrizione reparto dimissione	2011				2012			
	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici
2° Divisione Pneumologia	1,05	35%	2%	98%	1,08	46%	4%	96%
3° Divisione Pneumologia	1,10	36%	0%	100%	1,16	37%	2%	98%
4° Divisione Pneumologia	1,08	42%	3%	97%	1,12	52%	3%	97%
Centro Trapianti	4,02	38%	18%	82%	3,47	26%	14%	86%
Neurologia	0,78	7%	9%	91%	0,86	29%	14%	86%
Oftamologia	0,82	0%	99%	1%	0,83		99%	1%
Servizio Anestesia E Rianimazione	4,19		19%	81%	3,47	50%	11%	89%
Totale complessivo	1,25	35%	27%	73%	1,29	44%	27%	73%

Il peso medio delle UU.OO. del Presidio ha subito un lieve incremento rispetto all'anno 2011 in tutte le UU.OO. ad eccezione del Centro Trapianti. Viene confermata la vocazione medica del presidio (73% dei Drg medici) ad eccezione della complessa attività operatoria svolta dall'Oftamologia la cui attività è esclusivamente chirurgica.

Cresce complessivamente anche la percentuale di Drg complicati; è necessario segnalare in proposito che il valore "50%" che si riferisce all'Anestesia e Rianimazione non ha alcuna rilevanza a livello informativo poiché viene calcolato considerando solo 2 Drg omologhi prodotti dalla stessa unità operativa.

P.O. "Businco"

Il Presidio Ospedaliero "A. Businco", sede della Rete Oncologica Regionale, è il Centro di Riferimento per le patologie neoplastiche.

Il Presidio Ospedaliero "A. Businco" viene inaugurato nel 1972 e da allora sono stati "quarant'anni di storia al servizio del cittadino/ paziente", assecondando l'istanza etico-giuridica di una "sanità nell'interesse dl cittadino"

L'obiettivo principale dell'ospedale è la presa in carico globale del paziente, fornendo la migliore assistenza possibile e il massimo comfort.

L'Ospedale fornisce a tutta la comunità Sarda prestazioni terapeutico-assistenziali nell'area oncologica chirurgica – medica e riabilitativa oltre a prestazioni diagnostico-polispecialistiche perseguendo i seguenti obiettivi:

- efficacia ed appropriatezza delle cure e dell'assistenza tramite un approccio basato sul confronto con le evidenze scientifiche e con le migliori pratiche professionali ed organizzative, anche con lo storico strumento delle collegiali che via via si è ammodernato
- miglioramento della qualità del servizio fornito all'utenza interna ed esterna e la condivisione degli obiettivi con tutti i portatori di interessi (si tenga presente che all'interno dell'ospedale operano diverse associazioni di volontariato che tutti i giorni affiancano i nostri operatori).

Nell'ultimo quinquennio è stato avviato il processo di dipartimentalizzazione, facendo convergere competenze ed esperienze scientifiche, tecniche ed assistenziali, allo scopo di fornire al paziente una risposta diagnostico-terapeutica più completa, costruendo così l'organizzazione dell'Ospedale con un'attenzione sempre maggiore alle esigenze dei cittadini-utenti.



Dati strutturali

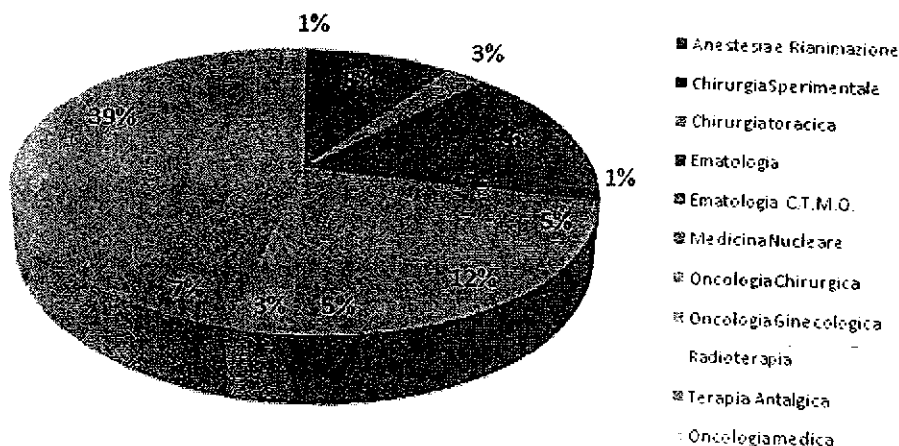
Reparto dimissione	2011						2012					
	Posti letto R.O.	n. casi R.O.	gg degenza R.O.	Posti letto D.H./D.S.	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.	Posti letto R.O.	n. casi R.O.	gg degenza R.O.	Posti letto D.H./D.S.	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.
Anestesia e Rianimazione	6,0	94	1.917	0			6,0	91	1.597	0		
Chirurgia Sperimentale	6,0	356	1.996	2	336	336	6,0	401	2.144	2	334	334
Chirurgia toracica	8,0	247	1.633	0			8,0	226	1.538	0		
Ematologia	19,0	276	4.922	13	1.222	9.178	19,0	284	5.162	13	1.164	8.342
Ematologia C.T.M.O.	8,0	59	2.676	0			8,0	60	2.098	0		
Medicina Nucleare	11,0	512	2.014	0			11,0	437	1.670	0		
Oncologia Chirurgica	14,0	803	4.007	2,0	325	325	14,0	753	3.690	2,0	288	293
Oncologia Ginecologica	7,6	243	1.479	2	233	233	8,0	215	1.286	2	277	277
Radioterapia	16,0	207	3.672	0			16,0	283	3.990	0		
Terapia Antalgica	3,8	184	771	2	555	741	4,0	226	906	2	397	888
Oncologia medica	40,0	1424	8.821	28	2.008	16.637	40,0	1507	9.105	28	2.036	17.430
Totale complessivo	139,4	4.405	33.908	49	4.679	27.450	140,0	4.483	33.186	49	4.496	27.564

Nel corso del 2012 sono stati complessivamente effettuati 8.979 ricoveri per un totale di 60.750 giornate di cura. Il numero dei ricoveri ordinari rispetto al 2011 risulta essere aumentato di 78 casi (da 4.405 a 4.483), mentre le giornate di degenza risultano essere diminuite confermando il trend dell'anno precedente (-722). I ricoveri diurni sono in calo di circa il 4%.

Si precisa che l'U.O. operativa di Medicina Nucleare opera su 208 giornate l'anno (di tale numero si è infatti tenuto conto nel calcolo degli indicatori che seguono) mentre le UU.OO. di Oncologia Medica e Terapia Antalgica effettuano anche ricoveri in Week Hospital. Per questioni di organizzazione dei posti letto non si è potuto tener conto di tale situazione e quindi i relativi indicatori potrebbero essere sottostimati.

Il numero dei casi si riferisce al reparto che ha effettuato la dimissione del paziente; ciò significa che le giornate di degenza dell'U.O. Anestesia e Rianimazione potrebbero essere sottostimate.

Ricoveri totali Anno 2012



Indicatori di efficienza

Descrizione reparto dimissione	2011		2012	
	DM	TOC	DM	TOC
Anestesia e Rianimazione	20,4	88%	17,5	73%
Chirurgia Sperimentale	5,6	91%	5,3	98%
Chirurgia toracica	6,6	56%	6,8	53%
Ematologia	17,8	71%	18,2	74%
Ematologia C.T.M.O.	45,4	92%	35,0	72%
Medicina Nucleare	3,9	88%	3,8	73%
Oncologia Chirurgica	5,0	78%	4,9	72%
Oncologia Ginecologica	6,1	53%	6,0	44%
Radioterapia	17,7	63%	14,1	68%
Terapia Antalgica	4,2	56%	4,0	62%
Oncologia medica	6,2	60%	6,0	62%
Totale complessivo	7,7	67%	7,4	65%

Per effetto della migliore efficienza organizzativa (miglioramento del percorso diagnostico-terapeutico intra-ospedaliero del paziente), la degenza media di quasi tutte le UU.OO. è in calo ricalcando il trend dell'anno. Mentre, rispetto all'anno 2011, si registra un leggero decremento del tasso di occupazione. Si ribadisce circa un terzo dei P.L. dell'Oncologia Medica e della Terapia Antalgica sono utilizzati per 5 giorni alla settimana (week hospital).

Descrizione reparto dimissione	2011		2012	
	IR	Turn Over	IR	Turn Over
Anestesia e Rianimazione	15,7	2,9	15,2	6,5
Chirurgia Sperimentale	59,3	0,5	66,8	0,1
Chirurgia Toracica	30,9	5,2	28,3	6,1
Ematologia	14,5	7,3	14,9	6,2
Ematologia C.T.M.O.	7,4	4,1	7,5	13,7
Medicina Nucleare	46,5	0,5	39,7	1,4
Oncologia Chirurgica	57,4	1,4	53,8	1,9
Oncologia Ginecologica	32,0	5,3	26,9	7,6
Radioterapia	12,9	10,5	17,7	6,5
Terapia Antalgica	48,4	3,3	56,5	2,5
Oncologia medica	35,6	4,1	37,7	3,6
Totale complessivo	31,6	3,9	32,0	4,0

A fronte di un aumento del numero dei ricoveri ordinari e della diminuzione delle giornate di degenza si osserva un aumento dell'indice di rotazione (IR) di 0,4 punti percentuali; l'indice di Turn Over è rimasta sostanzialmente invariato.

- **DM (degenza media):** esprime il numero medio di giorni di permanenza in ospedale di un ricoverato. Risulta definito dal rapporto fra giornate di degenza e casi di ricovero. Tale indicatore tiene conto anche dei trasferimenti interni.
- **TOC (tasso di occupazione):** corrisponde alla percentuale di posti letto mediamente occupati. Tale indicatore si calcola effettuando il rapporto tra le giornate di degenza e il numero di posti letto moltiplicati per il totale dei giorni di utilizzo nell'arco dell'anno. Tale indicatore tiene conto anche dei trasferimenti interni.
- **IR (indici di rotazione):** esprime il numero di pazienti che hanno mediamente occupato un posto letto nel periodo considerato; è quindi il rapporto tra il numero dei degenti e quello dei posti letto.
- **Turnover:** corrisponde al periodo di tempo, espresso in giorni o frazioni di giorno, che intercorre tra la dimissione di un paziente ed il ricovero del successivo.



Indicatori di appropriatezza

Reparto dimissione	2011				2012			
	% Lea	% Sentinella	Degenza media Lea	Degenza media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Degenza media Lea	Degenza media Sentinella
Anestesia e Rianimazione	0,0%	0,0%			0,0%	0,0%		
Chirurgia Sperimentale	7,0%	0,0%	3,8		4,5%	0,0%	3,7	
Chirurgia Toracica	2,4%	4,0%	1,3	1,7	0,4%	4,4%	2,0	1,2
Ematologia	1,8%	6,9%	14,8	11,9	3,2%	4,6%	4,3	10,3
Ematologia C.T.M.O.	6,8%	0,0%	2,3		8,3%	0,0%	2,4	
Medicina Nucleare	76,4%	0,0%	3,9		3,9%	0,0%	1,0	
Oncologia Chirurgica	4,4%	0,7%	2,4	2,5	3,6%	0,7%	1,8	2,4
Oncologia Ginecologica	6,2%	1,2%	2,3	4,7	2,3%	2,8%	1,2	4,2
Radioterapia	0,0%	0,0%			0,0%	0,0%		
Terapia Antalgica	15,8%	6,5%	3,7	3,1	13,7%	4,9%	4,0	3,5
Oncologia medica	6,0%	2,0%	5,4	9,9	7,2%	0,9%	7,1	7,5
Totale complessivo	13,5%	1,8%	4,0	7,6	5,0%	1,3%	4,9	5,5

Lea (Drg a rischio di inapproprietezza) si riducono di 7,5 punti percentuale a fronte di una lieve crescita delle degenze medie.

I Drg

- **% totale DRG Lea sul totale dei dimessi:** rappresenta un indicatore di appropriatezza definito rapportando i dimessi con DRG "LEA" sul totale dei dimessi. Il D.P.C.M. del 29 novembre 2001 (sui livelli essenziali di assistenza) individua, infatti, all'allegato 2 C, n. 43 DRG potenzialmente a rischio di inapproprietezza organizzativa in regime di ricovero ordinario:
- **% totale DRG Sentinella sul totale dei dimessi:** rappresentano casi frequentemente caratterizzati da pratiche di ricovero opportunistiche.

delle unità operative del presidio si sono mantenuti pressoché invariati.

Reparto dimissione	2011				2012			
	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici
Anestesia e Rianimazione	4,4	100%	28%	72%	4,5	100%	29%	71%
Chirurgia Sperimentale	1,1	25%	98%	2%	1,1	24%	97%	3%
Chirurgia Toracica	2,0	27%	82%	18%	2,1	33%	84%	16%
Ematologia	1,7	66%	5%	95%	1,7	56%	6%	94%
Ematologia C.T.M.O.	12,1	100%	76%	24%	12,4	0%	78%	22%
Medicina Nucleare	0,6	0%	0%	100%	0,9	0%	0%	100%
Oncologia Chirurgica	1,3	31%	89%	11%	1,3	31%	93%	7%
Oncologia Ginecologica	1,3	19%	94%	6%	1,3	13%	93%	7%
Radioterapia	1,0	42%	6%	94%	1,0	0%	12%	88%
Terapia Antalgica	1,8	31%	72%	28%	1,7	20%	73%	27%
Oncologia medica	0,8	89%	1%	99%	0,9	72%	4%	95%
Totale complessivo	1,3	29%	40%	60%	1,4	33%	41%	59%

Merita un

commento anche l'attività dell'Anestesia e Rianimazione che oltre a garantire le sedute operatorie nelle



Allegato C

3 sale disponibili, svolge un ampio ventaglio di prestazioni anestesologiche quali il posizionamento di CVC, l'assistenza per l'endoscopia, la radiologia interventistica, le TARF, i prelievi di midollo per l'ematologia, le procedure pediatriche e la FIVET a favore del limitrofo P.O. Microcitemico.

Alcune peculiarità dell'attività chirurgica sono:

- la Radioterapia intraoperatoria (I.O.R.T.) utilizzata, in selezionati casi, per il tumore della mammella;

altre tecniche chirurgiche avanzate quali:

- Termoablazione con onde a radiofrequenza e micro-onde di tumori primitivi e secondari del fegato;
- Elettrochemioterapia neoadiuvante di cancro mammario, di recidive cutanee di cancro mammario, melanoma, epitelioma;
- lipostruttura secondo il "metodo di Coleman" che consiste nel prelievo di tessuto adiposo e reimpianto nelle aree che presentano depressioni, retrazioni, inestetismi specie dopo quadrantectomie e mastectomie.



P.O. "Marino"

Il Presidio Ospedaliero Marino è un ospedale chirurgico, ortopedico-traumatologico; per la presenza dell'Unità Spinale costituisce il riferimento regionale per le lesioni midollari, svolge, inoltre, un ruolo di riferimento per il centro e sud Sardegna in relazione alla Medicina Iperbarica e della Microchirurgia Ricostruttiva. Il presidio è inserito in un contesto di rete dell'emergenza - 118, grazie al pronto soccorso 24h e alla piazzola di sosta per l'atterraggio dell'elicottero.

Dati strutturali

Reparto dimissione	2011						2012					
	Posti letto R.O.	n. casi R.O.	GG degenza R.O.	Posti letto D.H./D.S.	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.	Posti letto R.O.	n. casi R.O.	GG degenza R.O.	Posti letto D.H./D.S.	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.
Anestesia E Rianimazione	4	93	1.070				4	79	1.081			
Ortopedia E Microchirurgia ricostruttiva	38	1.645	11.742	2	287	287	38	1.857	11.421	2	258	258
Chirurgia D'Urgenza	28	1.669	9.074	1	104	104	28	1.710	9.394	1	101	101
Ortopedia E Traumatologia (Clinica)	36	899	7.947	1	178	178	36	971	7.494	1	220	220
Unita' Spinale	14	222	4.671	1	10	135	14	193	4.856	1	16	278
Neurochirurgia	12	384	3.617		9	9	12	489	3.250		47	47
Totale	132	4.912	38.121	5	588	713	132	5.299	37.496	5	642	904

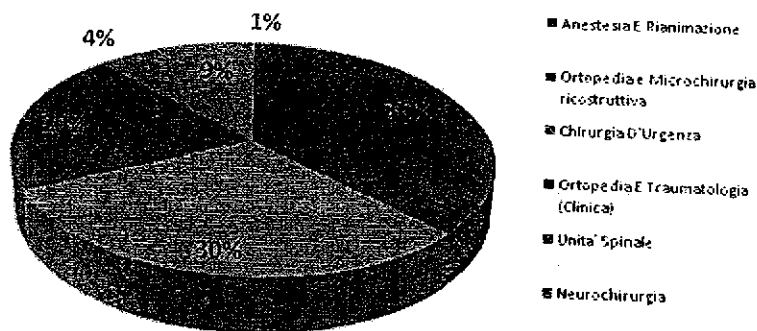
Nel corso dell'anno 2012 l'attività di ricovero subisce un importante incremento (+8%); i ricoveri ordinari sono 387 in più mentre quelli diurni sono cresciuti di 54 unità.

A partire dall'anno 2010 l'attività di chirurgia ambulatoriale complessa manifesta una crescita significativa, correlata alla sperimentazioni di nuovi percorsi previsti dalle deliberazioni aziendali n. 1645 del 9.12.2008 e n.

21 del 27.01.2010 con ulteriore incremento dell'anno 2012.

Il numero dei casi si riferisce al reparto che ha effettuato la dimissione del paziente; ciò significa che le giornate di degenza dell'U.O. Anestesia e Rianimazione potrebbero essere sottostimate.

Ricoveri totali Anno 2012



Indicatori di efficienza

Reparto dimissione	2011		2012	
	DM	TOC	DM	TOC
Anestesia E Rianimazione	11,5	73%	13,7	74%
Ortopedia E Microchirurgia ricostruttiva	7,1	85%	6,2	82%
Chirurgia D'Urgenza	5,4	89%	5,5	92%
Ortopedia E Traumatologia (Clinica)	8,8	60%	7,7	57%
Unita' Spinale	21,0	91%	25,2	95%
Neurochirurgia	9,4	83%	6,6	74%
Totale	7,8	79%	7,1	78%

A causa dell'aumento dei ricoveri ordinari e della diminuzione delle giornate di degenza si registra un decremento della degenza media; anche il tasso di occupazione subisce un decremento di 1 punti percentuale.

Quanto è stato detto per la degenza media vale anche come motivazione

Reparto dimissione	Indice di Rotazione	Indice di Turnover	2011		2012	
			IR	Tu	IR	Tu
Anestesia E Rianimazione	23,3	19,8	23,3	19,8	19,8	19,8
Ortopedia E Microchirurgia ricostruttiva	43,3	48,9	43,3	48,9	48,9	48,9
Chirurgia D'Urgenza	59,6	61,1	59,6	61,1	61,1	61,1
Ortopedia E Traumatologia (Clinica)	25,0	27,0	25,0	27,0	27,0	27,0
Unita' Spinale	13,9	13,8	13,9	13,8	13,8	13,8
Neurochirurgia	40,8	40,8	40,8	40,8	40,8	40,8
Totale	37,2	40,1	37,2	40,1	40,1	40,1

per l'importante aumento dell'indice di rotazione. L'Indice di Turnover è invece invariato per tutti i reparti. Si segnala anche quest'anno l'elemento di criticità che riguarda gli indicatori dell'unità operativa Clinica Ortopedico-traumatologica, che quest'anno presenta infatti un tasso di occupazione significativamente inferiore al 78%.

- **DM (degenza media):** esprime il numero medio di giorni di permanenza in ospedale di un ricoverato. Risulta definito dal rapporto fra giornate di degenza e casi di ricovero. Tale indicatore tiene conto anche dei trasferimenti interni.
- **TOC (tasso di occupazione):** corrisponde alla percentuale di posti letto mediamente occupati. Tale indicatore si calcola effettuando il rapporto tra le giornate di degenza e il numero di posti letto moltiplicati per il totale dei giorni di utilizzo nell'arco dell'anno. Tale indicatore tiene conto anche dei trasferimenti interni.
- **IR (indici di rotazione):** esprime il numero di pazienti che hanno mediamente occupato un posto letto nel periodo considerato; è quindi il rapporto tra il numero dei degenti e quello dei posti letto.
- **Turnover:** corrisponde al periodo di tempo, espresso in giorni o frazioni di giorno, che intercorre tra la dimissione di un paziente ed il ricovero del successivo.

Indicatori di appropriatezza



Allegato C

Reparto dimissione	2011				2012			
	% Lea	% Sentinella	Deg. Media Lea	Deg. Media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Deg. Media Lea	Deg. Media Sentinella
Anestesia E Rianimazione	0%	1%		1,0	0%	3%		5,5
Ortopedia E Microchirurgia ricostruttiva	12%	4%	4,1	5,4	11%	3%	4,4	5,5
Chirurgia D'Urgenza	40%	19%	3,7	4,2	35%	21%	3,5	4,9
Ortopedia E Traumatologia (Clinica)	14%	3%	4,5	6,8	16%	3%	4,0	5,6
Unita' Spinale	0%	1%		9,5	0%	10%		9,9
Neurochirurgia	12%	2%	4,8	6,4	10%	1%	2,6	5,6
Totale	21%	9%	3,9	4,6	19%	9%	3,7	5,2

Drg Lea (Drg a rischio di inappropriatezza) decrescono di due punti percentuali mentre i DRG sentinella rimangono invariati rispetto all'anno precedente. E' necessario segnalare con un picco critico per la percentuale dei DRG a rischio d'inappropriatezza (35%) nella Chirurgia d'Urgenza che spesso rappresenta il punto d'arrivo di tutti i pazienti che transitando dal Pronto Soccorso vengono inappropriatamente ricoverati.

- % totale DRG Lea sul totale dei dimessi: rappresenta un indicatore di appropriatezza definito rapportando i dimessi con DRG "LEA" sul totale dei dimessi. Il D.P.C.M. del 29 novembre 2001 (sui livelli essenziali di assistenza) individua, infatti, all'allegato 2 C, n. 43 DRG potenzialmente a rischio di inappropriatezza organizzativa in regime di ricovero ordinario.
- % totale DRG Sentinella sul totale dei dimessi: rappresentano casi frequentemente caratterizzati da pratiche di ricovero opportunistiche.

Indicatori di efficienza

Descrizione reparto dimissione	2011				2012			
	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici
Anestesia E Rianimazione	3,92	88%	34%	66%	4,76	67%	51%	49%
Ortopedia E Microchirurgia ricostruttiva	1,11	14%	75%	25%	1,09	13%	77%	23%
Chirurgia D'Urgenza	0,96	19%	27%	73%	1,00	22%	28%	72%
Ortopedia E Traumatologia (Clinica)	1,27	32%	63%	37%	1,22	28%	63%	37%
Unita' Spinale	1,30	0%	6%	94%	1,23	14%	1%	99%
Neurochirurgia	2,26	24%	67%	33%	2,19	22%	70%	30%
Totale	1,24	20%	52%	48%	1,25	20%	55%	45%

Nel corso del 2012 non si registrano significative variazioni del peso medio DRG; cresce la percentuale dei DRG chirurgici (da 52% a 55%). Si rileva anche qua la particolare criticità nella Chirurgia d'Urgenza dove la percentuale dei DRG chirurgici è al di sotto del 30%.

P.O. "Microcitemico"

L'Ospedale Microcitemico ha iniziato la sua attività nel 1981, con l'obiettivo di affrontare una patologia di rilevante interesse sociale per la nostra Regione: la Talassemia.

L'impronta culturale ed organizzativa che lo ha caratterizzato ha permesso di raggiungere traguardi epocali nelle talassemie determinando una trasformazione di questa patologia ed ha creato le basi culturali per un approccio alla malattia cronica infantile, codificando un metodo che ha aperto la strada allo studio, alla diagnosi ed alla terapia di altre patologie genetiche particolarmente incidenti nella nostra Regione.

L'attività svolta in questo settore ha permesso il raggiungimento di importanti traguardi scientifici riconosciuti a livello internazionale. E' centro di riferimento dell'O.M.S. per le emoglobinopatie.

Queste patologie hanno trovato risposta in termini di diagnosi e terapia e di presa in carico presso l'Ospedale Microcitemico che si è conquistato sul campo il ruolo di Ospedale di Riferimento, con un indice di attrazione di quasi il 50% rispetto al totale dell'attività ospedaliera

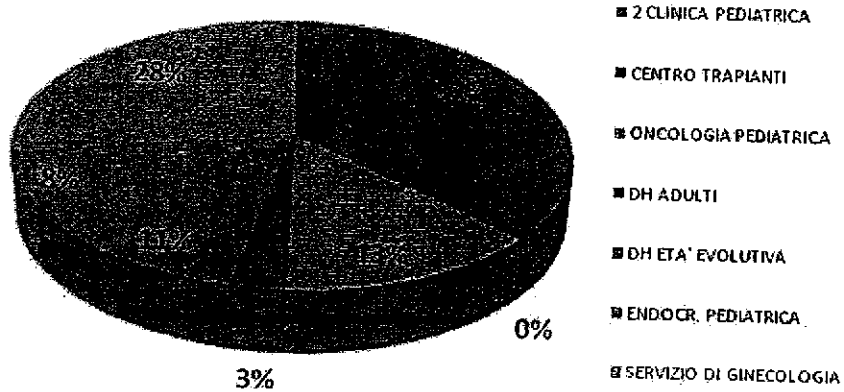
Dall'anno 2011 si è venuta a delineare una nuova configurazione logistico-strutturale-ambientale, a causa del trasferimento di alcune UU.OO. nei locali dell'ala nuova dell'ospedale; nel 2012 il processo di trasformazione logistica ha avuto ulteriore sviluppo e sono proseguiti i lavori strutturali finalizzati al trasferimento all'interno del presidio della Chirurgia Pediatrica del SS. Trinità e la Pediatria universitaria della Clinica Macciotta.

Dati strutturali

Descrizione reparto dimissione	2011						2012					
	Posti letto R.O.	n. casi R.O.	BE degenz a R.O.	Posti letto D.H/DS	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.	Posti letto R.O.	n. casi R.O.	BE degenza R.O.	Posti letto D.H/DS	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.
2 CLINICA PEDIATRICA	13	394	1.917	4	1.066	1.804	13	374	1.893	4	1.052	1.629
CENTRO TRAPIANTI	4	12	789				4	12	683			
ONCOLOGIA PEDIATRICA	5	192	1.351	3	429	1.822	5	212	1.733	3	313	1.509
DH ADULTI				5	111	2.564				5	105	2.414
DH ETA' EVOLUTIVA				12	455	7.281				12	444	7.328
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA				1	340	366				1	310	350
SERVIZIO DI GINECOLOGIA				2	1.095	1.310				2	1.078	1.335
Totale	22	598	4.057	27	3.496	15.147	22	598	4.309	27	3.302	14.565

Nell'anno 2012 i ricoveri in regime ordinario effettuati nel presidio sono stati pari a quelli fatti nel corso del 2011. I ricoveri in regime diurno si sono invece ridotti di 5,5 punti percentuali (- 194 ricoveri). E' necessario precisare che tale riduzione è totalmente dovuta al calo dei DH medici diagnostici: questi nel 2011 rappresentavano il 62,2% (1824 casi) del totale dei DH medici mentre nel 2012 sono stati il 56,2% (1471 casi) ovvero 407 ricoveri in meno.

Totale ricoveri 2012



Indicatori di efficienza

Reparto dimissione	2011		2012	
	DM	TOC	DM	TOC
2 CLINICA PEDIATRICA	4,87	40,4%	5,06	39,9%
CENTRO TRAPIANTI	65,75	54,0%	56,92	46,8%
ONCOLOGIA PEDIATRICA	7,04	74,0%	8,17	95,0%
Totale	6,78	50,5%	7,21	53,7%

Nonostante il numero di ricoveri sia rimasto invariato le giornate di degenza sono incrementate del 6,2%. Questa a comportato una crescita del tasso di occupazione ma anche un contestuale incremento della degenza media.

Descrizione reparto dimissione	2011		2012	
	IR	Turn Over	IR	Turn Over
2 CLINICA PEDIATRICA	30,3	7,2	28,8	7,6
CENTRO TRAPIANTI	3,0	55,9	3,0	64,8
ONCOLOGIA PEDIATRICA	38,4	2,5	42,4	0,4
Totale	27,2	6,6	27,2	6,2

Allegato C

La tabella sopra mostra una sostanziale invarianza dell'indice di rotazione dei pazienti per posto letto; l'indice di turn over decresce di 0,4 giornate.

- **DM (degenza media):** esprime il numero medio di giorni di permanenza in ospedale di un ricoverato. Risulta definito dal rapporto fra giornate di degenza e casi di ricovero. Tale indicatore tiene conto anche dei trasferimenti interni.
- **TOC (tasso di occupazione):** corrisponde alla percentuale di posti letto mediamente occupati. Tale indicatore si calcola effettuando il rapporto tra le giornate di degenza e il numero di posti letto moltiplicati per il totale dei giorni di utilizzo nell'arco dell'anno. Tale indicatore tiene conto anche dei trasferimenti interni.
- **IR (indici di rotazione):** esprime il numero di pazienti che hanno mediamente occupato un posto letto nel periodo considerato; è quindi il rapporto tra il numero dei degenti e quello dei posti letto.
- **Turnover:** corrisponde al periodo di tempo, espresso in giorni o frazioni di giorno, che intercorre tra la dimissione di un paziente ed il ricovero del successivo.

Indicatori di appropriatezza

Reparto dimissione	2011				2012			
	% Lea	% Sentinella	Degenza media Lea	Degenza media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Degenza media Lea	Degenza media Sentinella
2 CLINICA PEDIATRICA	15,2%	8,4%	2,30	4,94	12,8%	8,3%	2,94	5,65
CENTRO TRAPIANTI	8,3%	0,0%	2,00		0,0%	0,0%		
ONCOLOGIA PEDIATRICA	1,6%	1,6%	3,33	30,00	1,9%	1,9%	2,25	5,75
Totale	10,7%	6,0%	2,34	7,03	8,7%	5,9%	2,88	5,66

Si

assiste a una generale miglioramento degli indici di appropriatezza clinica dei ricoveri: i Drg Lea decrescono di oltre 3 punti percentuale a fronte però di un lieve incremento delle giornate di degenza; drg sentinella calano meno sensibilmente ma la degenza media diminuisce di quasi 1,5 giorni.

E' necessario precisare che l'8.3% di Drg Lea del C.T.M.O registrato nell'anno 2011 era una percentuale scarsamente significativa poiché in termini assoluti si traduce in un solo ricovero inappropriato (467 "Altri fattori che influenzano lo stato di salute") su un totale di 12 ricoveri erogati in regime ordinario.

- **% totale DRG Lea sul totale dei dimessi:** rappresenta un indicatore di appropriatezza definito rapportando i dimessi con DRG "LEA" sul totale dei dimessi. Il D.P.C.M. del 29 novembre 2001 (sui livelli essenziali di assistenza) individua, infatti, all'allegato 2 C, n. 43 DRG potenzialmente a rischio di inappropriata organizzativa in regime di ricovero ordinario:
- **% totale DRG Sentinella sul totale dei dimessi:** rappresentano casi frequentemente caratterizzati da pratiche di ricovero opportunistiche.

Indicatori di complessità

Tutte le unità operative del P.O. Microcitemico hanno subito nel corso del 2012 un incremento del peso medio. Tale variazione è in buona parte dovuta al CTMO che a parità di numero di trapianti del midollo ha visto il suo peso medio Drg crescere di quasi 1,3 punti.

Considerando i Drg omologhi (con cc o senza cc) si registra invece un consistente incremento dei Drg complicati.

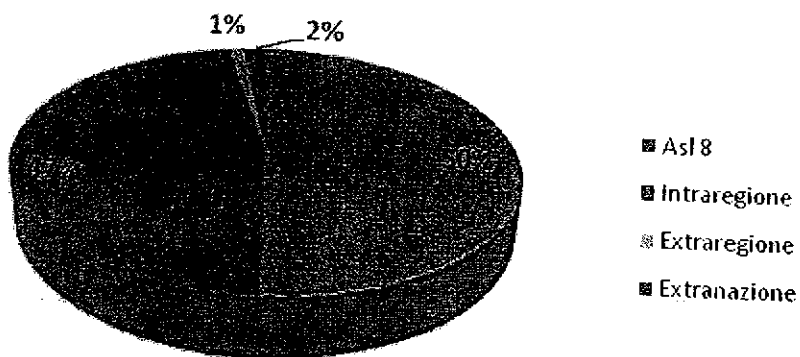
Si conferma inoltre la vocazione chirurgica del Centro Trapianti e la vocazione medica degli altri due centri.

Reparto dimissione	2011				2012			
	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici
2 CLINICA PEDIATRICA	0,61	48,8%	0,8%	99,2%	0,65	62,8%	0,0%	99,7%
CENTRO TRAPIANTI	11,84		75,0%	25,0%	13,11		83,3%	16,7%
ONCOLOGIA PEDIATRICA	1,02	33,3%	2,6%	97,4%	1,23	52,4%	0,5%	99,5%
Totale	0,97	46,5%	2,9%	97,1%	1,10	60,6%	1,8%	98,0%

Tassi di attrazione

Il presidio ospedaliero Microcitemico si conferma polo di attrazione e punto di riferimento per le malattie rare e per le patologie correlate alla talassemia. Infatti il suo Tasso di Attrazione pari al 50% rimane praticamente invariato nel corso degli anni.

Distribuzione casistica per provenienza assistiti



P.O. "San Giuseppe"

Il P.O. di Isili è l'unica struttura ospedaliera presente nel territorio Sarcidano-Barbagia di Seulo. Serve un bacino d'utenza di circa 30.000 persone. Costituisce l'unica struttura del territorio in grado di garantire il pronto soccorso H 24, i ricoveri ordinari internistici e chirurgici, le prestazioni in regime di Dh-Ds e le prestazioni ambulatoriali, più le attività di diagnostica per immagini e laboratoristica disponibili sulle 24 ore. E' una struttura ospedaliera a forte integrazione territoriale, in grado di gestire le urgenze di bassa e media gravità, in grado di stabilizzare i pazienti più critici, per poi provvedere a trasferirli in strutture più attrezzate dal punto di vista diagnostico e terapeutico. Il Punto di forza della struttura è rappresentato dalla garanzia H24 di un pronto soccorso qualificato, sia nella branca internistica che chirurgica, in quanto in questo presidio non esiste la guardia interdivisionale, ma sono in guardia attiva contemporaneamente un internista ed un chirurgo a cui si aggiunge la presenza H 24 di un anestesista rianimatore, in grado quindi di affrontare l'urgenza ed eventualmente stabilizzarla per poi trasferirla presso altri Presidi Ospedalieri più attrezzati, in quanto nella struttura alcune specializzazioni come la rianimazione, la terapia intensiva non sono presenti. Il trasferimento del paziente critico rappresenta un punto di debolezza della struttura, in quanto non essendo presente un servizio di elisoccorso, l'ambulanza ha un tempo di percorrenza di circa un'ora per raggiungere Cagliari. Altro punto di debolezza è rappresentato dall'eccessivo turnover di personale sia del comparto che della dirigenza che spesso non consente di garantire un buon livello di continuità assistenziale.

Dati strutturali

	2011						2012					
	Posti letto R.O.	n. casi R.O.	gg degenza R.O.	Posti letto D.H /D.S.	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.	Posti letto R.O.	n. casi R.O.	gg degenz a R.O.	Posti letto D.H /D.S.	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.
Reparto dimissione												
Chirurgia	9	532	3.246	4	408	487	9	480	2.731	4	449	528
Medicina	25	1127	7.162	3	254	1712	25	1094	7.019	3	269	1685
Ostetricia e Ginecologia				1	4	4						
Totale complessivo	34	1.659	10.408	8	666	2.203	34	1.574	9.750	7	718	2.213

Rispetto all'anno 2011 il numero dei ricoveri ordinari ha subito un decremento del 5,1%. Tale diminuzione è dovuta a una serie di circostanze: dal luglio 2010 sono iniziati i lavori di adeguamento

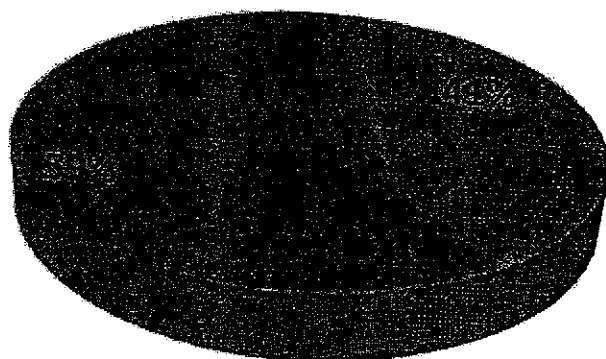


Allegato C

strutturale di un'ala del P.O. con modifica in diminuzione dei posti letto delle U.O. di Medicina e Chirurgia, e chiusura del punto nascita da agosto 2010 con attivazione del Centro donna. Tali lavori hanno interessato tutto l'anno 2011 e buona parte del 2012. Sono inoltre iniziati i lavori per l'attivazione della lungodegenza.

Il numero dei ricoveri diurni e dei relativi accessi è rimasto sostanzialmente invariato da un anno all'altro.

Ricoveri totali Anno 2012



- Chirurgia
- Medicina

Indicatori di efficienza

Reparto dimissione	2011		2012	
	DM	TOC	DM	TOC
CHIRURGIA	6,1	98,8%	5,7	83,1%
MEDICINA	6,4	78,5%	6,4	76,9%
Totale complessivo	6,3	83,9%	6,2	78,6%

Gli indici di occupazione e di rotazione dei posti letto sia del reparto di Medicina sia del reparto di Chirurgia subiscono un leggero decremento pur rimanendo ben al di sopra dei valori minimi imposti a livello regionali.

A fronte di una consistente riduzione delle giornate di degenza e del numero dei ricoveri, la degenza media dei due reparti ha subito un lieve decremento.

Reparto dimissione	2011		2012	
	IR	Over	IR	Over
CHIRURGIA	59,1	0,1	53,3	1,2
MEDICINA	45,1	1,7	43,8	1,9
Total complessivo	48,8	1,2	46,3	1,7



Indicatori di appropriatezza

La percentuale di ricoveri Lea erogata dalla Divisione Chirurgia del Presidio decresce di quasi 7,7 punti percentuali rispetto all'anno 2011. Nella Medicina si registra invece una lieve crescita di tali drg (+ un punto percentuale); si mantengono praticamente costanti le degenze medie sia dei ricoveri Lea sia dei ricoveri Sentinella.

Reparto dimissione	2011				2012			
	% Lea	% Sentinella	Degenza Media DRG Lea	Degenza Media DRG Sentinella	% Lea	% Sentinella	Degenza Media DRG Lea	Degenza Media DRG Sentinella
CHIRURGIA	36,5%	9,6%	4,05	7,08	28,8%	12,5%	3,80	7,45
MEDICINA	16,3%	23,6%	4,94	6,59	17,3%	24,3%	4,44	7,11
Totale complessivo	22,8%	19,1%	4,48	6,67	20,8%	20,7%	4,17	7,17

Indicatori di complessità

Nel 2012 si registra un lieve incremento del peso medio mentre la percentuale dei DRG complicati decresce in maniera più consistente sia nel reparto di Medicina sia nel reparto di Chirurgia.

Si conferma la vocazione medica del presidio anche se appare anomalo l'elevato numero di casi medici presenti nella Divisione Chirurgia.

E' necessario comunque ricordare che la presenza del Pronto Soccorso all'interno del presidio non permette un'opportuna programmazione dei ricoveri.

Reparto dimissione	2011				2012			
	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici
CHIRURGIA	0,93	13,7%	32,1%	67,9%	1,02	27,0%	42,0%	58,0%
MEDICINA	0,86	50,7%	0,4%	99,6%	0,88	57,0%	0,0%	100,0%
Totale complessivo	0,88	34,4%	10,6%	89,4%	0,92	44,0%	13,0%	87,0%



P.O. "San Marcellino"

E' un presidio multispecialistico, dotato di Pronto Soccorso, con specifica vocazione nel gestire le emergenze del territorio circostante. Serve una popolazione di 23.990 abitanti ma, essendo posizionato in una località marina molto frequentata, nei mesi estivi fa fronte alle esigenze sanitarie di un elevato numero di utenti.

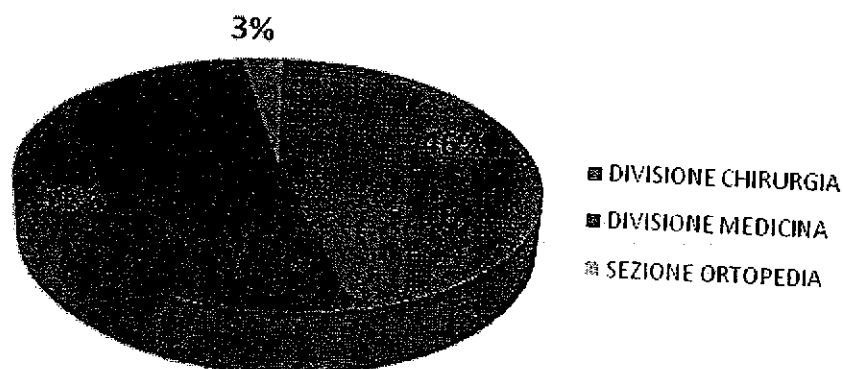
Dati strutturali

Reparto dimissione	2011						2012					
	Posti letto R.O.	n. casi R.O.	gg degenza R.O.	Posti letto D.H./DS	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.	Posti letto R.O.	n. casi R.O.	gg degenza R.O.	Posti letto D.H/DS	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.
DIVISIONE CHIRURGIA	15	588	3.526	1	258	259	15	534	3.276	1	263	280
DIVISIONE MEDICINA	24	768	6.196	1	90	505	24	801	5.967	1	86	494
SEZIONE ORTOPEDIA	3	100	385	1	59	59	3	37	157	1	12	12
Totale	42	1.456	10.107	3	407	823	42	1.372	9.400	3	361	786

Nel corso del 2012 sono stati complessivamente effettuati 1.733 ricoveri per un totale di 10.186 giornate di cura. Il numero dei ricoveri ordinari rispetto al 2011 risulta essere diminuito di 84 casi (per la maggior parte derivanti dal calo dell'attività della divisione ortopedica); anche le giornate di degenza decrescono confermando il trend dell'anno precedente (-707). I ricoveri diurni sono in calo di circa il 11%.

Il numero dei casi si riferisce al reparto che ha effettuata la dimissione del paziente.

Totale ricoveri Anno 2012



Indicatori di efficienza

Reparto dimissione	2011		2012	
	DM	TOC	DM	TOC
DIVISIONE CHIRURGIA	6,0	64,4%	6,1	59,8%
DIVISIONE MEDICINA	8,1	70,7%	7,4	68,1%
SEZIONE ORTOPEDIA	3,9	35,2%	4,2	14,3%
Totale	6,9	65,9%	6,9	61,3%

La degenza media del Presidio Ospedaliero San Marcellino rimane invariata rispetto all'anno 2011; infatti il decremento del numero delle giornate di degenza viene compensato dal decremento del numero dei ricoveri. Il tasso di occupazione di tutte e tre le unità operative del presidio di mantiene basso e al di sotto dei valori minimi contemplati a livello regionale e nazionale.

Reparto dimissione	2011		2012	
	IR	Turn Over	IR	Turn Over
DIVISIONE CHIRURGIA	39,2	3,3	35,6	4,1
DIVISIONE MEDICINA	32,0	3,3	33,4	3,5
SEZIONE ORTOPEDIA	33,3	7,1	12,3	25,4
Totale	34,7	3,6	32,7	4,3

Dalla tabella sopra emerge un decremento dell'indice di rotazione; nell'anno 2012 sono mediamente transitati circa 33 pazienti per posto letto. Il peggioramento di tale indice ha comportato un aumento del turn over; attualmente presso il presidio intercorrono più di quattro giornate dalla dimissione di un paziente al il ricovero del successivo.

- **DM (degenza media):** esprime il numero medio di giorni di permanenza in ospedale di un ricoverato. Risulta definito dal rapporto fra giornate di degenza e casi di ricovero. Tale indicatore tiene conto anche dei trasferimenti interni.
- **TOC (tasso di occupazione):** corrisponde alla percentuale di posti letto mediamente occupati. Tale indicatore si calcola effettuando il rapporto tra le giornate di degenza e il numero di posti letto moltiplicati per il totale dei giorni di utilizzo nell'arco dell'anno. Tale indicatore tiene conto anche dei trasferimenti interni.
- **IR (indici di rotazione):** esprime il numero di pazienti che hanno mediamente occupato un posto letto nel periodo considerato; è quindi il rapporto tra il numero dei degenti e quello dei posti letto.
- **Turnover:** corrisponde al periodo di tempo, espresso in giorni o frazioni di giorno, che intercorre tra la dimissione di un paziente ed il ricovero del successivo.



Indicatori di appropriatezza

Reparto dimissione	2011				2012			
	% Lea	% Sentinella	Deg. media Lea	Deg. media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Deg. media Lea	Deg. media Sentinella
DIVISIONE CHIRURGIA	20,6%	14,1%	4,0	5,5	12,5%	11,6%	4,3	5,6
DIVISIONE MEDICINA	2,7%	14,3%	6,5	6,7	2,2%	10,7%	4,1	6,3
SEZIONE ORTOPEDIA	50,0%	3,0%	5,1	3,3	62,2%	2,7%	4,1	3,0
Totale	13,2%	13,5%	4,5	6,2	7,9%	10,9%	4,2	6,0

In relazione ai Drg Lea erogati si evidenzia un sostanziale miglioramento rispetto all'anno precedente; la degenza media di tale tipologia di ricoveri continua invece ad attestarsi su valori alti.

In anche gli eventi Sentinella a fronte di una degenza media costante.

Indicatori di complessità

Reparto dimissione	2011				2012			
	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici
DIVISIONE CHIRURGIA	1,11	34%	43%	57%	1,12	39%	53%	47%
DIVISIONE MEDICINA	0,89	64%	0%	100%	0,91	68%	0%	100%
SEZIONE ORTOPEDIA	0,69		13%	87%	0,65	9%	3%	97%
Totale	0,97	47%	18%	82%	0,98	54%	21%	79%

Nel corso dell'anno 2012 il peso medio dei ricovero del presidio ospedaliero rimane invariato mentre cresce di sette punti la percentuale di casi complicati.

Si conferma, come nel caso del P.O. San Giuseppe, la vocazione medica del presidio e, anche in questo caso, appare ancora elevato il numero di casi medici presenti nella Divisione Chirurgia.

- **% totale DRG Lea sul totale dei dimessi:** rappresenta un indicatore di appropriatezza definito rapportando i dimessi con DRG "LEA" sul totale dei dimessi. Il D.P.C.M. del 29 novembre 2001 (sui livelli essenziali di assistenza) individua, infatti, all'allegato 2 C, n. 43 DRG potenzialmente a rischio di inappropriata organizzativa in regime di ricovero ordinario:
- **% totale DRG Sentinella sul totale dei dimessi:** rappresentano casi frequentemente caratterizzati da pratiche di ricovero opportunistiche.

P.O. "SS. Trinità"



Allegato C

E' un ospedale multidisciplinare per pazienti acuti, dotato di Pronto Soccorso. Il bacino di utenza di questa Azienda si aggira intorno ai 500.000 residenti ai quali devono essere aggiunti, gli utenti provenienti dalle altre ASL.

Nel presidio sono presenti le seguenti strutture complesse:

- Gastroenterologia e Chirurgia Endoscopica digestiva;
- Geriatria;
- Malattie infettive;
- Medicina interna;
- Dialisi;
- Chirurgia Generale;
- Chirurgia Maxillo facciale;
- Chirurgia Pediatrica;
- Dermatologia;
- Ostetricia e Ginecologia;
- Ortopedia e Traumatologia;
- Urologia;
- Otorinolaringoiatria,;
- Anestesia e rianimazione;
- Utic;
- Radiologia d'urgenza;
- Pronto Soccorso;
- Neuroriabilitazione.

Sono, inoltre, presenti all'interno del P.O. diversi servizi e nello specifico la Diabetologia, Recupero e rieducazione funzionale, la Radiologia, il servizio Medicina Nucleare, il Laboratorio Analisi e il Servizio di Anatomia Patologica.



Allegato C

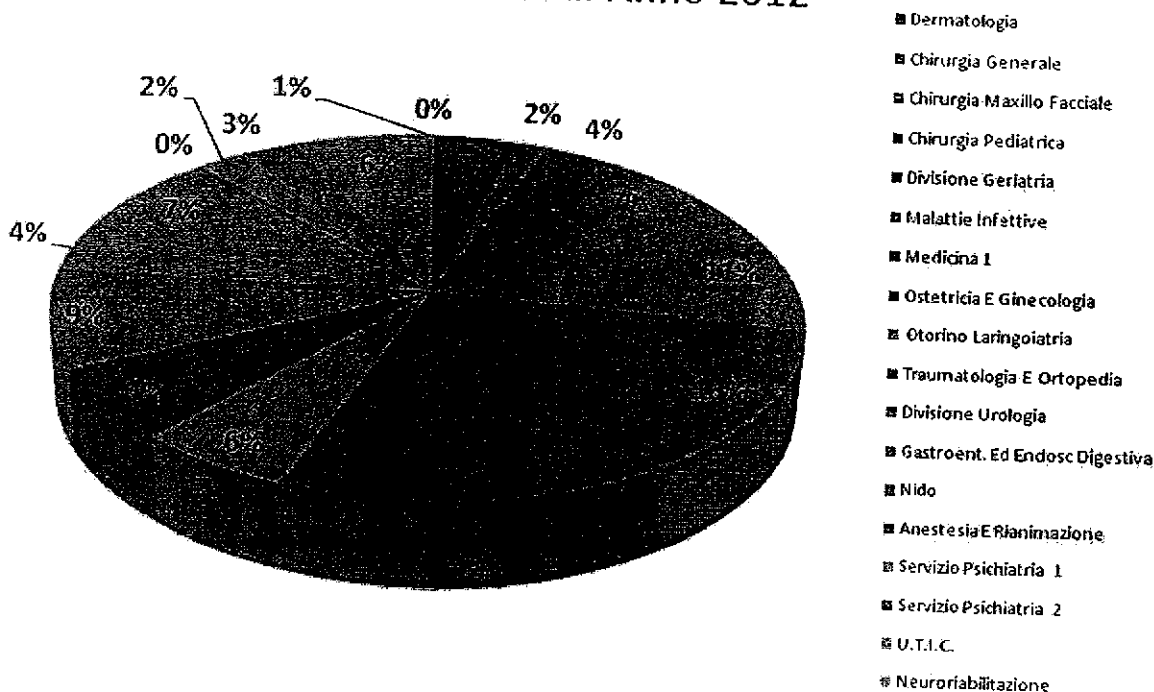
Dati strutturali

Descrizione reparto dimissione	2011						2012					
	Posti letto R.O.	n. casi R.O.	gg degenza R.O.	Posti letto DH/DS	n. casi DH/DS	n. accessi DH/DS	Posti letto R.O.	n. casi R.O.	gg degenza R.O.	Posti letto DH/DS	n. casi DH/DS	n. accessi DH/DS
Divisione Dermatologia	4	1	3	2	14	32	4	3	781	2	2	7
Divisione Chirurgia Generale	27	915	7.446	1	38	38	21	754	5.613	1	40	40
Divisione Chirurgia Maxillo Facciale	5	271	1.160	1	75	75	5	294	1.356	1	28	28
Divisione Chirurgia Pediatrica	14	579	2.930	2	129	129	14	532	2.507	2	132	132
Divisione Geriatria	23	1.113	8.384	2	145	275	23	1.166	8.795	2	76	172
Divisione Malattie Infettive	42	898	12.089	6	1.128	4.320	38	827	9.612	6	1.287	4.596
Divisione Medicina 1	29	2.008	8.571	4	463	1.426	29	2.146	8.376	4	313	1.063
Divisione Ostetricia E Ginecologia	17	2.220	8.443	5	595	595	17	2.165	8.176	5	613	614
Divisione Otorino Laringoiatria	9	729	3.379	2	263	263	9	734	3.580	2	336	337
Divisione Traumatologia E Ortopedia	24	1.039	6.102	2	20	20	24	946	5.671	2	197	197
Divisione Urologia	30	1.125	7.202	6	837	837	24	1.056	5.965	6	567	567
Gastroenterol. Ed Endoscopia Digestiva	11	716	3.804				11	754	3.983			
Nido	12	1.383	4.153				12	1.400	4.197			
Servizio Anestesia E Rianimazione	8	87	1.720				8	87	1.366			
Servizio Psichiatria 1	15	443	4.825	1	4	21	15	459	5.060	1	4	6
Servizio Psichiatria 2	12	517	4.280				12	481	3.963			
U.T.I.C.	17	753	5.287	1	429	489	17	797	5.649	1	403	483
Neuroriabilitazione				4	95	197				4	111	237
Totale	299	14.797	89.778	39	4.235	8.717	283	14.601	84.650	39	4.109	8.479
Totale (Con Esclusione Della Dermatologia)	295	14.796	89.775	37	4.221	8.685	279	14.598	83.869	37	4.107	8.472

L'attività clinica, relativa ai ricoveri ordinari, ha visto un lieve calo rispetto al 2011 passando 14.797 ricoveri ordinari a 14.601 ricoveri nel 2012 (- 1%); più consistente è stato invece il decremento delle giornate di degenza che registra infatti un -6,6%. Anche sul fronte dei ricoveri in D.H e D.S. si è rilevato un leggero calo dell'attività; si registrano infatti 4.235 ricoveri nel 2011 e 4.109 nel 2012 con una diminuzione dello 2,7 % circa.

Il numero dei casi si riferisce al reparto che ha effettuato la dimissione del paziente; ciò significa che le giornate di degenza dell'U.O. Anestesia e Rianimazione potrebbero essere sottostimate.

Ricoveri totali Anno 2012



Indicatori di efficienza

Descrizione reparto dimissione	2011		2012	
	DM	TOC	DM	TOC
Dermatologia	3,00	0%	260,33	53%
Chirurgia Generale	8,14	76%	7,44	73%
Chirurgia Maxillo Facciale	4,28	64%	4,61	74%
Chirurgia Pediatrica	5,06	57%	4,71	49%
Geriatria	7,53	100%	7,54	105%
Malattie Infettive	13,46	79%	11,62	69%
Medicina	4,27	81%	3,90	79%
Ostetricia E Ginecologia	3,80	136%	3,78	132%
Divisione Otorino Laringoiatria	4,64	103%	4,88	109%
Traumatologia E Ortopedia	5,87	70%	5,99	65%
Urologia	6,40	66%	5,65	68%
Gastroent. Ed Endosc Digestiva	5,31	95%	5,28	99%
Nido	3,00	95%	3,00	96%
Anestesia E Rianimazione	19,77	59%	15,70	47%
Servizio Psichiatria 1	10,89	88%	11,02	92%
Servizio Psichiatria 2	8,28	98%	8,24	90%
U.T.I.C.	7,02	85%	7,09	91%
Neuroriabilitazione				
Totale	6,07	82%	5,80	82%

Totale (con esclusione della Dermatologia)	DM	TOC	DM	TOC
	6,07	83%	5,75	82%

Confermando il trend degli anni precedenti la Degenza Media subisce un lieve decremento rispetto all'anno 2011.

Nel 2012 il Tasso di Occupazione si attesta sempre su valori elevati pur passando dall'83% (nel 2011) all'82% (nel 2012) con un decremento percentuale dell'1%.

E' necessario ricordare che i valori della Dermatologia non sono rappresentativi dell'attività svolta poiché i ricoveri in regime ordinario si riferiscono esclusivamente ai pazienti Hanseniani che, come noto, hanno degenze che posso durare anche tutta la vita. Si ribadisce che gli indicatori relativi al servizio di Anestesia e Rianimazione non sono realistici poiché sia i ricoveri che le giornate di degenza vengono attribuite al reparto che effettua la dimissione del paziente

Allegato C

Descrizione reparto dimissione	2011		2012	
	IR	Turn Over	IR	Turn Over
Dermatologia	0,3	1.457,0	0,8	226,3
Chirurgia Generale	33,9	2,6	35,9	2,7
Chirurgia Maxillo Facciale	54,2	2,5	58,8	1,6
Chirurgia Pediatrica	41,4	3,8	38,0	4,9
Geriatria	48,4	0,0	50,7	0,3
Malattie Infettive	21,4	3,6	21,8	5,1
Medicina	69,2	1,0	74,0	1,0
Ostetricia E Ginecologia	130,6	1,0	127,4	0,9
Divisione Otorino Laringoiatria	81,0	0,1	81,6	0,4
Traumatologia E Ortopedia	43,3	2,6	39,4	3,3
Urologia	37,5	3,3	44,0	2,6
Gastroent. Ed Endosc Digestiva	65,1	0,3	68,5	0,0
Nido	115,3	0,2	116,7	0,1
Anestesia E Rianimazione	10,9	13,8	10,9	17,9
Servizio Psichiatria 1	29,5	1,5	30,6	0,9
Servizio Psichiatria 2			40,1	0,9
U.T.I.C.	44,3	1,2	46,9	0,7
Neuroriabilitazione				
Totale	49,5	1,3	51,6	1,3
Totale (con esclusione della Dermatologia)	50,2	1,2	52,3	1,2

Negli ultimi tre anni l'indice di rotazione è variato in modo sostanziale: nel 2009 tale indice era pari a 43,1, nel 2010 è stato di 46,3, nel 2011 si attesta al 48,5 fino a raggiungere nel 2012 il 52,3. L'indice di Turnover è invece rimasto invariato.

Allegato C

Indicatori di appropriatezza

Tra l'anno 2011 e l'anno 2012 si registra un importante decremento della percentuale dei Drg Lea a fronte di una degenza media che rimane invariata. Meno significativo appare invece il decremento dei Drg Sentinella e della loro degenza media.

Descrizione reparto dimissione	2011				2012			
	% Lea	% Sentinella	Degenza media Lea	Degenza media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Degenza media Lea	Degenza media Sentinella
Chirurgia Generale	22,1%	9,5%	3,54	5,49	16,7%	7,7%	2,98	5,53
Chirurgia Maxillo Facciale	14,8%	36,9%	3,33	4,16	14,6%	25,2%	3,33	4,64
Chirurgia Pediatrica	12,8%	1,9%	3,34	3,82	17,5%	1,7%	3,17	8,22
Geriatrica	7,5%	21,7%	2,89	6,80	6,4%	22,5%	2,69	6,78
Malattie Infettive	4,1%	20,3%	3,95	9,27	3,1%	14,4%	5,08	8,00
Medicina	22,3%	24,8%	2,83	4,26	20,1%	24,1%	3,08	3,92
Ostetricia E Ginecologia	1,8%	2,9%	2,13	2,65	1,5%	2,1%	2,55	2,02
Divisione Otorino Laringoiatria	28,9%	9,5%	3,97	5,84	28,3%	10,2%	3,63	4,72
Traumatologia E Ortopedia	14,6%	2,9%	3,74	3,10	10,0%	1,7%	3,15	2,13
Urologia	6,4%	4,8%	3,58	4,31	0,2%	7,8%	1,00	5,71
Gastroenterol. Ed Endosc. Digestiva	11,0%	30,4%	4,04	5,60	9,2%	35,7%	4,81	5,22
Hanseniani	0,0%	0,0%			0,0%	0,0%		
Nido	0,3%	0,3%	2,25	2,25	0,1%	0,1%	2,50	1,00
Servizio Anestesia E Rianimazione	0,0%	1,1%		5,00	0,0%	0,0%		
Servizio Psichiatria 1	6,8%	0,0%	6,07		6,8%	0,0%	8,00	
Servizio Psichiatria 2	6,2%	0,0%	4,81		8,7%	0,4%	8,45	6,50
U.T.I.C.	1,6%	7,7%	4,33	6,93	0,9%	6,8%	9,29	7,63
Totale	10,2%	10,9%	3,44	5,51	8,8%	10,8%	3,60	5,22

- *% totale DRG Lea sul totale dei dimessi*: rappresenta un indicatore di appropriatezza definito rapportando i dimessi con DRG "LEA" sul totale dei dimessi. Il D.P.C.M. del 29 novembre 2001 (sui livelli essenziali di assistenza) individua, infatti, all'allegato 2 C, n. 43 DRG potenzialmente a rischio di inappropriata organizzativa in regime di ricovero ordinario:
- *% totale DRG Sentinella sul totale dei dimessi*: rappresentano casi frequentemente caratterizzati da pratiche di ricovero opportunistiche.

Allegato C

Indicatori di complessità

Il Peso medio del presidio ospedaliero ha subito un leggero incremento rispetto all'anno 2011;

Stessa cosa dicasi per la percentuale di DRG complicati.

I rapporti percentuali tra DRg medico/chirurgici e Drg totali erogati si mantengono anch'essi costanti con piccoli aumenti dell'attività chirurgica nei reparti che appartengono a tale area funzionale.

Descrizione reparto dimissione	2011				2012			
	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici
Dermatologia	1,28		0%	100%	2,44		33%	67%
Chirurgia Generale	1,32	22%	64%	36%	1,48	21%	68%	32%
Chirurgia Maxillo Facciale	0,83	3%	40%	60%	0,94	3%	53%	47%
Chirurgia Pediatrica	0,80	28%	28%	72%	0,77	12%	31%	69%
Geriatrics	0,99	75%	1%	99%	1,04	74%	2%	98%
Malattie Infettive	1,21	49%	1%	99%	1,25	51%	1%	99%
Medicina	0,91	42%	1%	99%	0,95	46%	1%	99%
Ostetricia E Ginecologia	0,59	4%	44%	56%	0,60	5%	40%	60%
Divisione Otorino Laringoiatria	0,95	3%	66%	34%	1,00	6%	73%	27%
Traumatologia E Ortopedia	1,22	26%	64%	36%	1,34	32%	68%	32%
Urologia	1,07	35%	74%	26%	1,08	43%	75%	25%
Gastroenterol. Ed Endosc Digestiv	1,18	60%	6%	94%	1,18	64%	6%	94%
Nido	0,28	25%	0%	100%	0,29	0%	0%	100%
Servizio Anestesia E Rianimazione	4,28	100%	32%	68%	4,37	86%	39%	61%
Servizio Psichiatria 1	0,74	33%	0%	100%	0,73	0%	0%	100%
Servizio Psichiatria 2	0,74	0%	0%	100%	0,75	0%	0%	100%
U.T.I.C.	1,31	41%	48%	52%	1,35	49%	51%	49%
Totale	0,92	31%	32%	68%	0,96	34%	29%	71%

Allegato C

Parti cesarei

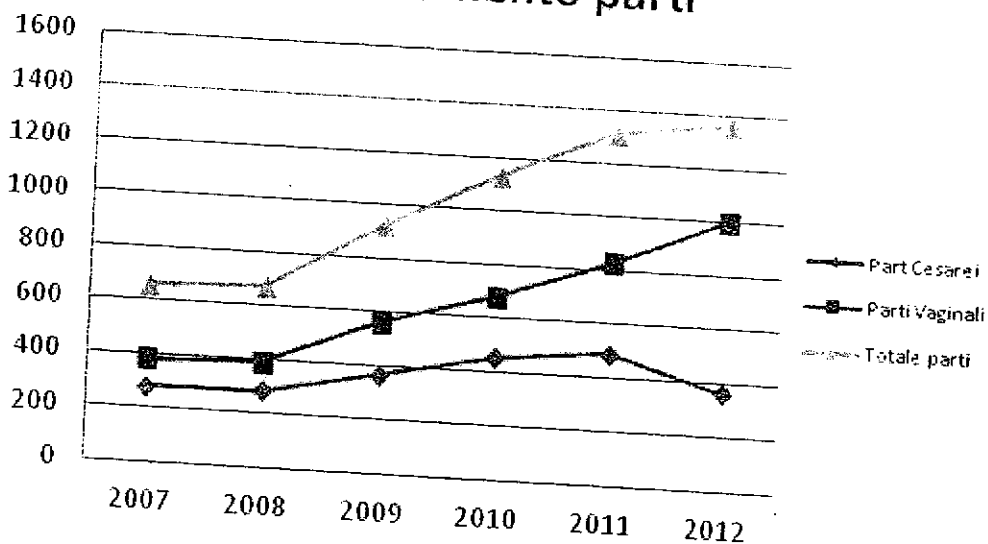
Dall'anno 2007 all'anno 2012 nel Presidio Ospedaliero SS. Trinità i parti sono aumentati del 106%; tale consistente incremento è dovuto in parte all'assorbimento da parte del presidio stesso dell'attività relativa alle nascite degli ospedali di Isili e Muravera e in parte alla riqualificazione del reparto stesso che rappresenta ormai un punto di riferimento per le future mamme della provincia di Cagliari.

Cod. DRG	Descrizione DRG	2007	2008	2009	2010	2011	2012
370	Parto Cesareo, Con Cc						
371	Parto Cesareo, Senza Cc	35	32	30	20	40	39
372	Parto Vaginale Con Diagnosi Complicanti	244	249	334	432	447	321
373	Parto Vaginale Senza Diagnosi Complicanti	230	235	51	8	3	5
374	Parto Vaginale Con Sterilizzazione E/O Dilatazione E Raschiamento	136	142	503	665	823	975
375	Parto Vaginale Con Altro Intervento Eccetto Sterilizzazione E/O Dilatazione E Raschiamento	9	9	3			18
Totale parti		5	5	2	6		1
		659	672	923	1131	1313	1359

Così come raccomandato dall'OMS anche la percentuale di parti cesarei subisce nel corso del 2012 un'ulteriore decremento di ben 11 punti percentuali.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
% Parti Cesarei	42%	42%	39%	40%	37%	26%

Andamento parti



L'attività di Emergenza Urgenza

La stima degli accessi nei Pronto Soccorso nella Provincia di Cagliari è di circa 130.000 per anno considerando gli accessi dei Pronto Soccorso del San Giovanni (AOU) e del Brotzu (AOB).

Gli accessi analizzati in questa relazione riguardano in particolare i P.O. aziendali : P.O. SS Trinità, P.O. Marino, P.O. San Marcellino (Muravera) e P.O. Isili.

Di fatto, gli Ospedali Aziendali che sono oggetto di analisi rilevano circa 70.000 accessi sul totale dei 130.000 in precedenza indicato.

Il numero di 130.000 accessi è considerevole, posto che rappresenta il 26% rispetto alla popolazione residente.

La considerazione che gli Ospedali di Cagliari possano essere un riferimento, per alcune patologie, per residenti extra provincia, oppure per una utenza di persone che si trovino occasionalmente nell'isola , può implicare, una rivalutazione di questo numero, ma non rimuove quella che, nella sua dimensione appare come una criticità importante.

ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO - 2012									
	Bianco	%	Verde	%	Giallo	%	Rosso	%	
P.O. SS Trinità	2.826	8.3	20.295	60.0	10.189	30.1	489	1.4	33.812
P.O. Marino	5.686	24.3	14.732	63.0	2.838	12.2	47	0.2	23.304
P.O. Muravera	631	11.3	4.112	73.8	802	14.4	23	0.4	5.570
P.O. Isili	430	6.7	4.078	64.4	1.802	28.4	41	0.6	6.353
	9.573	13.8	43.217	62.6	15.631	22.6	600	0.8	69.039

ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO - 2011									
	Bianco	%	Verde	%	Giallo	%	Rosso	%	
P.O. SS Trinità	3.330	9.6	21.864	63.3	8.938	24.3	416	1.2	34.551
P.O. Marino	7.962	33.1	14.333	59.5	2.234	9.3	40	0.1	24.070
P.O. Muravera	356	9.4	2.898	77.0	487	13.0	22	0.5	3.763
P.O. Isili	536	8.1	4.627	70.6	1.350	20.6	43	0.6	6.556
	12.211	17.7	43.722	63.4	13.009	18.9	521	0.7	68.940

Allegato C

Dai dati delle tabelle sopra riferite agli accessi del 2012 e 2011 emerge una tendenza alla diminuzione degli accessi in tutti i presidi eccezion fatta per il presidio di Muravera. A questo riguardo si ritiene che il dato del 2011 risenta di una carenza di registrazione dei dati in PS WEB. Per quanto riguarda il presidio SS Trinità accanto ad una diminuzione degli accessi in totale del 2,14%. Questo dato riflette la tendenza nazionale. Se osserviamo gli accessi in base ai codici emerge una sensibile flessione dei codici bianchi (15,4%) ed un aumento dei codici rossi (15%). Significativo è anche l'aumento dei codici gialli l'aumento dei codici gialli (12,2%) e se andiamo ad analizzare la somma dei due codici si ha un incremento del 12,24%. Questo può significare un uso più appropriato dell'utenza e in sintonia con l'accordo Stato Regioni del 07.02.2013 dove si indica la necessità di una chiara separazione dei percorsi dell'urgenza dall'emergenza,

L'Ospedale Marino presenta un numero di accessi al di sotto dei 25.000 con una riduzione dal 2012 al 2011 del 3,2% . Il dato più evidente è il numero dei codici bianchi che anche se in diminuzione (-28,86%) rappresentano in percentuale un valore sicuramente critico. Non significativo è l'incremento dei codici rossi (da 40 a 47), mentre i codici gialli sono aumentati del 21,3%. Poco importante è anche l'incremento dei codici verdi. Questi dati necessitano di un'attenta analisi per cercare di capire soprattutto se sulla codifica dei codici bianchi sia necessaria una formazione sul personale.

Infine gli ultimi due presidi (Muravera e Isili) rappresentano un numero di accessi limitati, soprattutto per quanto riguarda Muravera.

	SS Trinità				Marino			
	2011		2012		2011		2012	
Ricoveri	5.996	17.4 %	5.657	16.7 %	2.509	10.6 %	2.790	12%

	Muravera				Isili			
	2011		2012		2011		2012	
Ricoveri	662	17.6 %	969	17.4 %	1.514	23.1 %	1.361	21.4%

Per quanto riguarda i Ricoveri si osserva in tutti i Presidi la tendenza ad una diminuzione, eccezion fatta per il Pronto Soccorso del P.O. Marino dove si rileva un incremento del 11% (da 2.509 a 2.790).



Allegato C

In relazione ai ricoveri interessante è la valutazione dei ricoveri e/o accessi ripetuti entro 30 giorni. Come si osserva nelle tabelle è un fenomeno presente in tutti i presidi in parte spiegabile con la mancata presa in carico dei Pazienti da parte del territorio e dai presidi ambulatoriali.

ESITO 1	Muravera - 2012		Muravera - 2011		Isili - 2012		Isili - 2011	
	Normale	Ricovero	Normale	Ricovero	Normale	Ricovero	Normale	Ricovero
Normale	808	216	504	152	1.040	348	1.144	312
Ricovero	216	80	132	60	332	152	312	204

ESITO 1	SS Trinità - 2012		SS Trinità - 2011		Marino - 2012		Marino - 2011	
	Normale	Ricovero	Normale	Ricovero	Normale	Ricovero	Normale	Ricovero
Normale	4.704	984	5.168	1.068	4.856	496	4.816	360
Ricovero	884	896	984	888	436	128	332	156

In relazione alla ancora carente comunicazione tra territorio ed ospedale è interessante osservare le modalità di accesso del Paziente in Pronto Soccorso. Come si evince dalle tabelle dal 65% all'80% dei Pazienti si rivolge al Pronto Soccorso per decisione propria saltando il filtro del medico di famiglia e questo fattore è più accentuato nella periferia che in città.

Gli accessi tramite C.O. 118 in aumento al P.S. del SS Trinità che hanno raggiunto nel 2012 i 9.400 accessi (27.8%) del totale. In crescita anche al Marino mentre a Muravera e Isili gli accessi con il 118 si assestano dal 10% al 16,6 % quindi significativamente inferiori agli altri presidi.

	SS Trinità				Marino			
	2011		2012		2011		2012	
Totale accessi	34.551		33.812		24.070		23.304	
Decisione propria	23.439	68,0%	22.141	65,5 %	18.510	76,9%	17.213	73,9 %
C.O. 118	8.860	26,0%	9.400	27,8 %	4.820	20,0 %	5.133	22,0 %
Specialista	230	0.60%	196	0.50 %	54	0,20 %	44	0,20 %

Allegato C

	Muravera				Isili			
	2011		2012		2011		2012	
Totale accessi	3.763		5.570		6.556		6.353	
Decisione propria	3.030	80,5%	4.383	78,7%	4.211	76,9%	4.142	65,2 %
C.O. 118	302	10,0%	631	11,3 %	1.079	20,0 %	1.056	16,6 %
Specialista	2	0,06%	61	1,0 %	102	1,50 %	86	1,30 %

Un elemento che merita osservazione sono i tempi di attesa medi, soprattutto il tempo medio sulla presa in carico alla dimissione. Questo tempo è oggetto di attento monitoraggio del Ministero della salute per le ripercussioni sui livelli assistenziali. La permanenza di un Paziente in P.S pone problemi di assistenza, ma anche alberghieri. Per quanto ci riguarda il massimo di durata media è stato dei codici gialli (232 min) nel P.S. di Muravera.

L'attività dei nostri P.S., che non dimentichiamo sono medi, non presentano criticità importanti. E' necessario prender atto della conferenza Stato Regioni del 07.02.2013 dove viene ben esplicitata la necessità di indicare percorsi differenti per l'emergenza. Ancora oggi i nostri P.S. vengono utilizzati come alternativa al Medico di Medicina generale o all'ambulatorio specialistico. La presenza del 24,3% di codici bianchi è un elemento di notevole criticità che può ripercuotersi in maniera negativa su tutta l'organizzazione. Ricordo che l'orientamento Ministeriale è portare a 25.000 accessi minimi per la presenza di un infermiere dedicato al triage.



4) Assistenza Territoriale

Assistenza Territoriale

Descrizione del contesto di riferimento

Nell'anno 2012 la Asl di Cagliari ha garantito il Livello Essenziale di Assistenza Distrettuale in maniera omogenea tramite l'organizzazione del territorio nei 5 Distretti Sociosanitari.

La complessità dell'Assistenza Territoriale della Asl di Cagliari è legata alle caratteristiche intrinseche di ciascun Distretto ed alla estrema variabilità sia della popolazione da assistere che della conformazione del vasto territorio in termini morfologici, di infrastrutture e socio ambientale.

Una osservazione di maggior dettaglio evidenzia che l'offerta delle prestazioni e dei servizi è peculiare in ciascun territorio in relazione alle caratteristiche geomorfologiche del territorio, alla distribuzione dei comuni nei distretti, alla situazione demografica ed alla presenza storica di servizi sanitari e sociosanitari.

Da questo punto di vista l'approccio sociosanitario integrato perseguito nei PLUS d'ambito ha cercato di compensare distorsioni storiche del sistema tra Area Urbana di Cagliari, Area Vasta ed aree periferiche rispetto alla Città di Cagliari.

DISTRETTI	Poliambulatori specialistici	Studi MMG	Ambulatori Continuità Assistenziale	Centri Riabilitazione	RSA	Presidi Ospedalieri
Distretto 1	4		5	2	4	5
Distretto 2	4		10	1	2	0
Distretto 3	4		5	1	1	0
Distretto 4	3		5	0	0	1
Distretto 5	5		8	1	0	1
Totale	20		33	5	7	7

Articolazioni organizzative e loro principali attività

Tenendo conto della articolazione delle attività distrettuali in relazione alle singole realtà territoriali i LEA distrettuali sono stati garantiti attraverso una organizzazione per aree di bisogni e di interessi, coordinati in ambiti di attività in ciascun Distretto. Nel Distretto 1 Cagliari Area Vasta gli ambiti di attività sono stati organizzati in Strutture Complesse il cui governo è stato affidato ad un Dirigente Responsabile:



Allegato C

Cure Primarie; Anziani Disabili e Soggetti Fragili; Riabilitazione Socio Sanitaria Area Territoriale; Riabilitazione e Terapia Fisica Area Specialistica; Nefrologia e Dialisi; Consultori; Neuropsichiatria Infantile; Hospice; Sistema di emergenza territoriale collegata alla Centrale 118.

Nel complesso i LEA distrettuali sono stati garantiti nei termini di:

- governo unitario globale della domanda di salute espressa dalla comunità locale;
- presa in carico dei bisogni del cittadino, individuando i livelli appropriati di erogazione dei servizi;
- gestione integrata - sanitaria e sociale - dei servizi, anche collaborando alla predisposizione e realizzazione dei PLUS;
- appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali delle Cure Primarie attivati dai Medici di Medicina Generale, dai Pediatri di Libera Scelta e dai servizi direttamente gestiti, per le competenze attribuite dalla programmazione regionale e locale;
- presa in carico della persona nei Punti Unici di Accesso e fruizione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie in Cure Domiciliari e Cure domiciliari Integrate, Assistenza Riabilitativa Globale sanitaria e sociosanitaria, Assistenza Residenziale in RSA e CDI, assicurando l'integrazione con i servizi sociali e con i servizi ospedalieri in un ottica di gestione in rete;
- presa in carico delle persone e delle famiglie nei percorsi dell'area materno-infantile presso i Consultori e presso le UONPIA;
- attuazione dei protocolli diagnostico-terapeutici e riabilitativi adottati dall'Azienda.

La "governance territoriale distrettuale"

La ASL di Cagliari ha consolidato da diversi anni il sistema di *governance territoriale* su due ambiti: l'ambito sanitario puro e quello più strettamente integrato sociosanitario. La "governance territoriale distrettuale" è basata sul paradigma della "presa in carico globale" dei bisogni della persona e della famiglia di ogni persona residente nei diversi ambiti distrettuali. La presa in carico globale ha trovato reale applicazione ed efficacia attraverso lo sviluppo della funzione specifica di integrazione che i distretti hanno perseguito su due versanti: quello interno alla ASL (tra i servizi e i dipartimenti aziendali) e quello esterno (con i servizi sociali dei comuni in relazione alle progettualità previste nei singoli PLUS, con gli altri attori della rete dei servizi sociosanitari, con le Aziende Ospedaliere presenti soprattutto nell'ambito dei distretti urbani e suburbani 1, 2, 3, con le altre ASL per la presa in carico di persone momentaneamente domiciliate non nei territori di residenza.



Allegato C

Governance territoriale distrettuale "sanitaria"

Le iniziative specifiche hanno riguardato:

- l'implementazione delle attività delle *Cure Primarie* riguardanti le attività dei MMG e PLS, dei Medici di Continuità Assistenziale e delle varie branche specialistiche presenti nei Poliambulatori distrettuali;
- l'analisi - d'intesa con le direzioni dei distretti - del fabbisogno di prestazioni, la determinazione (qualitativa e quantitativa) delle prestazioni da acquisire dai soggetti privati e la definizione dei contratti (volumi di attività e tetti di spesa);
- la determinazione (qualitativa e quantitativa) delle ore di assistenza specialistica;
- l'impostazione di un sistema di analisi, verifica e miglioramento dei tempi d'attesa delle prestazioni in collaborazione con il CUP aziendale;

In termini quantitativi, tenuto conto della situazione di disomogeneità esistente prima del 2005 tra Cagliari e le aree periferiche, l'Azienda ha operato per colmare questo divario, aumentando e ridistribuendo l'offerta specialistica in tutti i comuni della provincia e perseguendo l'aggregazione dell'offerta dei servizi sanitari in aree territoriali omogenee sulla base delle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione.

Tra le attività di maggior rilevanza strategica in ambito sanitario, va evidenziata quella riguardante il contenimento delle liste d'attesa, orientata al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- *rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza Distrettuali*: l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti secondo i tempi indicati dal Ministero della Salute;
- *efficacia, appropriatezza, accessibilità, equità*: coerenza della prestazione con le indicazioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace, eseguita nel rispetto della tempistica richiesta dalla condizione clinica e secondo il regime organizzativo più adeguato;
- *stratificazione della domanda per priorità*: sono stati stabiliti i criteri di priorità per poter garantire a tutti i pazienti una risposta, ricorrendo alla gestione differenziata delle liste d'attesa;
- *misurazione omogenea del fenomeno e trasparenza*: monitoraggio dei bisogni e delle priorità assistenziali come strumento di programmazione sanitaria; le informazioni sulle liste d'attesa sono state rese disponibili attraverso gli URP, il sito web e altre forme di comunicazione.

L'aumento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni ha permesso in alcuni casi di curare ambulatorialmente ciò che in precedenza necessitava di lunghi ricoveri e liste di attesa anche di due



Allegato C

anni: è il caso della litotripsia e dell'intervento per tunnel carpale, per i quali oggi sostanzialmente non vi è lista d'attesa.

Governance territoriale distrettuale "socio sanitaria"

Le iniziative specifiche hanno riguardato:

- *potenziamento delle attività dei Punti Unici d'Accesso e delle Unità di Valutazione Territoriale* in ogni distretto per la presa in carico socio sanitaria globale ed integrata delle persone cosiddette "fragili", anziani, persone non autosufficienti, minori a rischio, etc;
- *potenziamento delle Cure Domiciliari e delle Cure Domiciliari Integrate* finalizzate al mantenimento delle persone anziane nel proprio ambiente di vita in coerenza con la DGR 52/18 del 3.10.2008 "Adozione del Piano d'Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio 2007-2013", allegato C, Premialità 2007-2013, "Piano d'Azione tematico: servizi di cura per gli anziani";
- *intensificazione* dei processi di riqualificazione della dimissione concordate e protette in continuità ospedale-territorio, da reparti di Rianimazione e di Geriatria;
- potenziamento delle *attività socio sanitarie integrate* con i comuni e delle iniziative di *pianificazione integrata nell'ambito dei PLUS*;
- sviluppo del *budget socio sanitario* e proseguimento delle attività di monitoraggio e governo complessivo del sistema territoriale socio sanitario in relazione alla committenza socio sanitaria distrettuale consapevole, appropriata e responsabile in carico ai direttori di distretto, ciascuno per propria competenza, riguardanti le attività di Riabilitazione globale territoriale sanitaria e socio sanitaria (residenziali, diurne ed ambulatoriali), le attività residenziali territoriali socio sanitarie (RSA e CDI), le Cure Domiciliari, le Case Protette.

Integrazione Socio sanitaria e PLUS

Le attività distrettuali integrate hanno trovato sistematica applicazione nel rispetto della LR n. 23/2005 "Sistema integrato dei servizi alla persona" attraverso l'attivazione di un sistema integrato di attività e servizi fondato sulla programmazione locale in ambito sociale e socio sanitario da parte degli Enti Locali e della ASL attraverso i Piani Locali Unitari dei Servizi (PLUS). Tutti i Distretti socio sanitari hanno partecipato in maniera attiva, propositiva in fase di programmazione ed attuativa in fase di realizzazione degli interventi programmati.



Allegato C

Nel corso del 2012, nell'ambito dei PLUS si è prestata attenzione crescente all'integrazione degli interventi sociali da parte degli Enti locali con quelli sanitari e sociosanitari della ASL. In particolare si è operato per la promozione dell'integrazione delle attività al livello operativo oltre che istituzionale ed amministrativo, attraverso la condivisione dei programmi e delle criticità.

Le azioni ed i servizi attivati sulla base della programmazione integrata nei PLUS hanno interessato l'area del sostegno alla famiglia, del sostegno della domiciliarità e tutela delle persone anziane e persone con disabilità, dei servizi socio-educativi per minori, dell'inserimento lavorativo e sociale delle persone in situazione di svantaggio sociale.

Nell'ambito dell'attività distrettuale sono state portate a sistema le iniziative finalizzate a potenziare e razionalizzare la rete dei servizi sociosanitari territoriali, i percorsi assistenziali integrati e progetti individualizzati in maniera equa ed uniforme, pur con le specifiche peculiarità locali, nel rispetto dei principi e presupposti che hanno sostenuto l'impianto dei servizi sociosanitari di tutta la Asl di Cagliari: uguaglianza, equità, continuità assistenziale, appropriatezza degli interventi, sostegno e sviluppo delle autonomie personali nella vita di comunità e nel lavoro.

Gli ambiti di attività più rilevanti svolti nel corso del 2012 hanno riguardato:

1. omogeneità dei percorsi sociosanitari dei distretti sociosanitari;
2. potenziamento degli interventi per le cure domiciliari;
3. progetti strategici per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (NPIA);
4. continuità ospedale – territorio;
5. progetti strategici per i Consultori Familiari (CF);

Nell'interazione con Istituzioni e soggetti esterni, gli ambiti di attività hanno riguardato:

6. riorganizzazione delle attività sociosanitarie di interesse giudiziario in età evolutiva;
7. programmazione e valutazione delle attività relative ai PLUS.

1. Omogeneità dei percorsi sociosanitari dei distretti sociosanitari

Al fine di promuovere l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari in tutti i distretti ed assicurare l'omogeneità dei percorsi assistenziali in ambito sociosanitario è proseguita l'attività di coordinamento interdistrettuale con le Direzioni dei Distretti Sociosanitari e la Direzione del Dipartimento dei Distretti. Il tavolo di lavoro, convocato di norma a cadenza settimanale, ha operato sia in termini di verifica dell'andamento delle attività distrettuali e confronto interdistrettuale che di programmazione strategica.



Allegato C

La Direzione Sociosanitaria ha fornito, inoltre, supporto costante ai singoli Distretti in relazione alle problematiche di carattere sociosanitario coinvolte nelle diverse e specifiche linee di attività locale.

In particolare, nel corso del 2012 si è avviato un tavolo di confronto con le organizzazioni sindacali confederali con le quali si sono concordati ambiti di impegno specifici riguardanti gli interventi per la non autosufficienza (delibera del Direttore Generale n. 183 del 14.02.2012, *"Approvazione protocollo d'intesa tra ASL di Cagliari e CGIL, CISL e UIL, Segreterie Territoriali di Cagliari, su un 'Programma di interventi sociosanitari per la non autosufficienza'"*). Il confronto è proseguito nel corso dell'anno sulle priorità specifiche individuate.

Si è inoltre proceduto all'elaborazione e condivisione con tutti i soggetti aziendali interessati delle linee di indirizzo sull'assistenza protesica (delibera del Direttore Generale n. 1522 del 31.10.2012, *"Procedure sanitarie e sociosanitarie per le prestazioni di assistenza protesica e integrativa"*).

2. Potenziamento degli interventi per le cure domiciliari

In esecuzione delle linee di indirizzo regionali per l'attuazione del piano d'azione relativo al potenziamento delle cure domiciliari integrate, sono proseguite le azioni e gli interventi attuativi del *"Programma di sviluppo delle Cure Domiciliari Integrate nella ASL di Cagliari"*, approvato con delibera del Commissario Straordinario n. 440 del 30.04.2010.

In particolare, per il perseguimento dell'obiettivo regionale costituito dall'incremento della quota di popolazione anziana coperta da assistenza domiciliare integrata nel territorio della Sardegna dall'1,3% registrato nell'anno 2006 al 3,5% entro l'anno 2012 (delibera del Direttore Generale n. 541 del 04.05.2011 *"Linee di indirizzo sulla programmazione, organizzazione e potenziamento delle Cure Domiciliari Integrate"*; delibera del Direttore Generale n. 1528 del 16.11.2011 *"Cure Domiciliari Integrate: Azioni strategiche per il potenziamento del servizio"*) sono stati definiti - di concerto con le Direzioni dei Distretti Sociosanitari, con la Direzione delle Cure Primarie e con la Direzione del Dipartimento di Coordinamento dei Distretti - gli aspetti critici riguardanti la continuità ospedale-territorio. Al riguardo la Direzione dei Servizi Socio Sanitari, oltre che assicurare il coordinamento per l'attivazione di progetti specifici di dimissione concordata/protetta, ha assicurato il coordinamento fra i vari servizi interessati alla predisposizione di un servizio di trasporto sanitario per le persone in cure domiciliari di III livello.



3. Progetti strategici per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPJA)

Nell'area degli interventi per la salute mentale in età evolutiva si è dato corso - di concerto con le Direzioni dei Distretti Sociosanitari - alle azioni previste dal programma di riorganizzazione della NPJA (delibera del Direttore Generale n. 870 del 11.07.2011 "*Interventi per la salute neuropsichica in età evolutiva: finalizzazione risorse di cui alla DGR n. 38/12 del 09.11.2010*"). Si è operato soprattutto per l'attuazione delle azioni riguardanti la riqualificazione dei servizi: acquisizione di tecnologie e formazione. In particolare la Direzione dei Servizi Sociosanitari, in considerazione delle criticità riguardanti l'insufficiente e disomogenea definizione di standard operativi e procedure fra i diversi distretti, è stata impegnata nella definizione di un programma aziendale di supporto finalizzato allo sviluppo dello standard di qualità delle Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Si è attivato, inoltre, un tavolo di lavoro con la partecipazione delle UONPJA aziendali e della Clinica di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari per l'approfondimento delle tematiche organizzative utili ad assicurare la continuità delle cure fra ospedale e territorio.

4. Continuità Ospedale – territorio

All'interno dei percorsi assistenziali delineati in funzione del potenziamento delle cure domiciliari, è proseguita l'attività impostata nel 2011 sulla continuità assistenziale nello specifico dei percorsi di dimissione protetta e dimissione concordata. Sulla base delle informazioni ottenute dai vari soggetti coinvolti (Direzioni Sanitarie degli Ospedali e Direzioni dei Distretti), nonché delle rilevazioni epidemiologiche e di attività effettuate e riguardanti gli ambiti specifici di operatività delle cure domiciliari aziendali, sono state delineate le azioni utili per il potenziamento dell'attività di dimissione concordata fra reparti ospedalieri e distretti. Si è individuato l'Ospedale SS Trinità come ambito idoneo per l'attivazione del progetto. È stato quindi composto un gruppo di lavoro misto - con il coinvolgimento di operatori ospedalieri e territoriali - per l'elaborazione di procedure operative standard per le dimissioni protette dalla UOC di Geriatria. Al riguardo si è attivato, inoltre, un programma formativo specifico. Suddette procedure sono state definite ed avviate attraverso una prima fase pilota che coinvolge i pazienti in III livello di cure domiciliari e la cui conclusione è prevista per il mese di marzo 2013 (Delibera del Direttore Generale n. 1139 del 30.07.2012, "*Continuità ospedale-territorio: Approvazione protocollo d'intesa per l'applicazione delle Procedure operative per le dimissioni*").



Allegato C

concordate e protette dalla U.O.C. Geriatria del P.O. SS Trinità di Cagliari e la prosecuzione delle cure a domicilio ad opera del servizio di cure domiciliari integrate del Distretto Sociosanitario”).

5. Progetti strategici per i Consulitori

I cambiamenti in atto nella società occidentale rendono necessario riqualificare le offerte dei servizi consultoriali, in modo da avvicinarle sempre più alle esigenze della popolazione e rispondere con puntualità e competenza ai bisogni espressi, anche in tema di disagio giovanile, familiare, mediazione familiare, adozione/affido, collaborazione con i tribunali dei minori. A questo riguardo è fondamentale la messa in rete dei consulitori con gli altri servizi sanitari e con quelli socio-assistenziali degli Enti locali (vedasi: Progetto Obiettivo Materno Infantile, 2000; intesa Conferenza Stato-Regioni del 20 settembre 2007 per l'attivazione di *“interventi, iniziative ed azioni finalizzate alla realizzazione di progetti sperimentali innovativi per la riorganizzazione dei consulitori familiari, al fine di ampliarne e potenziarne gli interventi sociali a favore delle famiglie, promuovendo l'integrazione socio sanitaria”*; DGR n. 40/9 del 01.09.2009 *“Riorganizzazione della rete dei consulitori familiari e sostegno alle responsabilità di cura e di carattere educativo delle persone e alle famiglie. Riqualificazione delle funzioni sanitarie e sociali delle Asl e dei Comuni”*).

Nel corso del 2012 è proseguita l'attività progettuale integrata riguardante i consulitori e i Servizi Sociali degli Enti Locali, già avviata con i progetti approvati nel 2009 (delibera del Commissario Straordinario n. 1291 del 17.11.2009 *“Riorganizzazione della rete dei consulitori familiari e sostegno alle responsabilità di cura e di carattere educativo delle persone e alle famiglie”*). Si è, inoltre, iniziato a dare esecutività alla progettazione promossa con DGR n. 34/9 del 18.08.2011, *“Progetti sperimentali innovativi per la riorganizzazione dei consulitori familiari, al fine di ampliare e potenziare gli interventi sociali a favore delle famiglie”*, con la quale la Regione destina € 1.357.198 da assegnare alle ASL ed ai Comuni associati degli ambiti territoriali di PLUS che presentino progetti integrati nelle aree prioritarie del sostegno alla genitorialità, mediazione familiare, accompagnamento della coppia adottiva nel percorso dell'adozione nazionale ed internazionale, formazione operatori. Dopo l'approvazione da parte della Regione dei progetti elaborati di concerto con gli ambiti PLUS (già approvati dalla Direzione Generale con delibera del Direttore Generale n. 1868 del 30.12.2011 *“Progetti sperimentali innovativi per la riorganizzazione dei consulitori familiari, al fine di ampliare e potenziare gli interventi sociali a favore delle famiglie (DGR n. 34/9 del 18.8.2011). Approvazione progetti di intervento e accordi di collaborazione”*), si è dato corso alla fase esecutiva (delibera del direttore Generale n. 1138 del 30.07.2012 e n. 1493 del 23.10.2012 per il



Allegato C

Distretto 1 e l'ambito PLUS della Città di Cagliari; delibera del Direttore Generale n. 1332 del 21.09.2012 per il Distretto 3 e l'ambito PLUS di Quartu; delibera del Direttore Generale n. 1333 del 21.09.2012 per il Distretto 4 e l'ambito PLUS del Sarrabus-Gerrei; delibera del Direttore Generale n. 1425 del 15.10.2012 per il Distretto 2 e l'ambito PLUS dell'Area Ovest; delibera del Direttore Generale n. 1603 del 19.11.2012 per il Distretto 5 e l'ambito PLUS del Sarcidano e Barbagia di Seulo).

6. Riorganizzazione delle attività sociosanitarie di interesse giudiziario in età evolutiva

Sulla base delle criticità rilevate in ambito distrettuale, in particolar modo nell'operatività delle Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA) e dei Consultori Familiari (CF), nel coordinamento degli interventi di carattere giudiziario con quelli sociosanitari rivolti all'età evolutiva, nel corso delle annualità 2010 e 2011 si è attivato un processo di revisione degli obiettivi e delle modalità della collaborazione fra servizi e strutture della ASL ed Uffici dell'Autorità Giudiziaria.

Si è così pervenuti alla definizione di un assetto organizzativo e procedurale che prevede l'individuazione della Direzione dei Distretti Sociosanitari quale interlocutore dell'Autorità Giudiziaria per i procedimenti che riguardano il territorio di ciascun distretto e la ridefinizione delle procedure intradistrettuali (fra UONPIA e CF, ma anche nei riguardi degli altri servizi aziendali interessati) ed interdistrettuali fra i cinque distretti aziendali, in modo da renderle funzionali al nuovo assetto organizzativo.

Il percorso si è concluso con l'elaborazione di un protocollo d'intesa, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1514 del 10.11.2011 "Approvazione protocollo d'intesa tra la ASL di Cagliari, il Tribunale per i Minorenni di Cagliari, il Tribunale Civile di Cagliari, la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Cagliari, per la disciplina dei rapporti sugli interventi di rispettiva competenza relativi ai procedimenti giudiziari riguardanti l'età evolutiva".

Nel corso del 2012 si è operato per la corretta applicazione del protocollo d'intesa, con la partecipazione delle strutture operative aziendali coinvolte. Al contempo si è operato per l'ampliamento della rete interistituzionale, in modo da coinvolgere oltre alle strutture della ASL ed agli Uffici Giudiziari, anche gli Enti Locali competenti per gli interventi sociali in età evolutiva (Provincia e Comuni).

La tematica è stata portata all'attenzione del tavolo di lavoro interPLUS costituito presso l'Assessorato alle Politiche Sociali della Provincia di Cagliari, che prevede la partecipazione degli Uffici di Piano dei sette PLUS dell'ambito territoriale della Provincia e della ASL di Cagliari, con la attivazione di un sottogruppo di lavoro specifico. Il sottogruppo ha lavorato alla condivisione e formalizzazione delle procedure operative fra tutte le istituzioni interessate (ASL di Cagliari, Provincia di Cagliari, PLUS della



Provincia di Cagliari, Tribunale per i Minorenni di Cagliari, Tribunale Civile di Cagliari, Procura presso il tribunale per i Minorenni di Cagliari, Centro per la Giustizia Minorile della Sardegna).

La Direzione dei Servizi Socio Sanitari della ASL - oltre che partecipare alla definizione delle procedure operative utili a ridefinire il coordinamento e gli accordi fra le istituzioni nei tavoli interPLUS - ha assicurato il coordinamento di gruppi di lavoro aziendali, con i referenti per le UONPIA e per i CF, per la ridefinizione delle modalità di interazione e coordinamento intra aziendali e con i servizi sociali dei comuni nei procedimenti sociosanitari a rilevanza giudiziaria che riguardano i minori. Si sono inoltre condotte le verifiche e gli incontri del caso sulle modalità organizzative nei procedimenti che riguardano i SerD, le Strutture della Salute Mentale ed i Pediatri di Libera Scelta per le tematiche di specifica competenza.

Sul versante inter-istituzionale sono proseguite, inoltre, le interazioni con gli Uffici Giudiziari interessati (Tribunale dei Minori, Procura della Repubblica presso il Tribunale dei Minori e Tribunale Civile), con i quali si è delineato il percorso utile per il perfezionamento delle procedure e delle modalità di raccordo fra servizi sociali e sociosanitari ed Autorità Giudiziaria. Particolare rilievo assumono al riguardo:

- il rinnovo del protocollo d'intesa per l'Ufficio Mediazione Penale e Civile (Delibera del Direttore Generale n. 1721 del 13.12.2012, "Approvazione protocollo d'intesa tra la ASL di Cagliari, il Tribunale per i Minorenni di Cagliari, la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Cagliari, la Direzione del Centro per la Giustizia Minorile della Sardegna, il Comune di Cagliari, il Comune di Quartu S. Elena, la Provincia di Cagliari, l'Associazione Culturale no profit Ri.Media.Re, per l'Ufficio di mediazione in ambito penale e civile";
- lo sviluppo di una progettualità condivisa per il funzionamento dell'Ufficio Interventi Civili presso la Procura della Repubblica del Tribunale dei Minori, struttura capace di intercettare i bisogni sociosanitari, che consente l'accoglienza e la presa in carico di condizioni di rilievo e rischio sanitario e sociale che riguardano minori, adolescenti, consumatori di sostanze, famiglie multiproblematiche.

7. Programmazione e valutazione delle attività relative ai PLUS

Nel corso del 2012 ha preso avvio il secondo ciclo triennale di programmazione PLUS. L'attività svolta riguarda, pertanto, oltre che la valutazione e verifica delle azioni svolte nel corso del 2011 (bilancio sociale), la programmazione delle azioni per il triennio 2012-2014.

A questo riguardo la Direzione dei Servizi Socio Sanitari ha operato per il coinvolgimento delle strutture aziendali interessate nel percorso di elaborazione dei PLUS. Si è, in particolare, sollecitata e favorita la



Allegato C

partecipazione alle conferenze di programmazione ed ai tavoli tematici dei sette PLUS del territorio della ASL delle strutture aziendali che erogano prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, facenti capo sia ai distretti che ai dipartimenti (UONPIA, CF, area Anziani, Disabili, Soggetti Fragili e Riabilitazione Sociosanitaria, SerD, Salute Mentale, Promozione della Salute).

Gli ambiti di intervento interessati dalla programmazione sono stati quelli del sostegno alla famiglia, del sostegno alla domiciliarità e tutela a favore delle persone anziane e persone con disabilità, dei servizi socioeducativi per minori, dell'inserimento lavorativo e sociale delle persone in situazione di svantaggio sociale. Si tratta di ambiti di intervento ricompresi tra le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di cui al DPCM 14.2.2001 *"Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria"*, ambiti che armonizzati ed articolati con le altre due tipologie di prestazioni di cui al DPCM citato (prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria), compongono lo scenario complessivo di interesse delle ASL e degli Enti Locali per l'integrazione sociosanitaria.

Dopo una prima triennalità di sperimentazione della programmazione integrata con gli Enti Locali e gli altri soggetti coinvolti nella realizzazione dei PLUS, si è ottenuto un maggiore coinvolgimento e contributo tecnico delle unità operative, delle strutture e dei servizi aziendali interessati agli ambiti di intervento socio-sanitario (in particolare quelli rivolti alle problematiche relative alla disabilità ed alla non autosufficienza, le strutture consultoriali, le strutture per la salute mentale).

Sia in riferimento alla programmazione generale triennale che a quella specifica per l'annualità, le tematiche di maggiore interesse per la ASL sono state affrontate, in ambito aziendale, con il coinvolgimento in primo luogo delle Direzioni dei Distretti Sociosanitari, ma anche di altre strutture interessate (Salute Mentale in particolare), per la definizione delle priorità da proporre, promuovere e articolare a seconda delle necessità ed opportunità offerte dal contesto locale. L'obiettivo principale condiviso - analogamente a quanto definito nella precedente annualità - è stato quello di attivare in ambito PLUS azioni di interesse sociale e socio-sanitario complementari a quelle adottate in ambito ASL: ciò allo scopo di evitare la mancata copertura di bisogni per assenza di interventi o viceversa la sovrapposizione degli interventi a carico degli Enti Locali e della ASL.

Ad un livello ulteriore di integrazione, si è promossa la produzione di risposte articolate sulla base dei bisogni rilevati per tipologia ed intensità delle componenti sanitaria e sociale, in modo da offrire la copertura per l'intera gamma di bisogni presenti sul territorio. In particolare si è operato per la promozione dell'integrazione delle attività al livello operativo oltre che istituzionale ed amministrativo,



Allegato C

attraverso la condivisione dei programmi e delle criticità. Esempi di rilievo per l'anno 2012 sono rappresentati dal lavoro effettuato per:

- il potenziamento del sistema PUA-UVT;
- la programmazione/attivazione e conduzione a regime di progetti elaborati e finanziati in ambito PLUS, che offrono servizi in settori di interesse per l'età evolutiva, nei quali ricadono competenze dei consultori familiari, di altri servizi aziendali e dei comuni;
- la programmazione di interventi finalizzati alla riabilitazione ed inclusione sociale nell'ambito della salute mentale.

Gli atti relativi ai singoli PLUS (bilancio sociale, programmazione triennale e relativi accordi di programma) sono stati approvati con delibera del Direttore Generale: n. 368 del 19.03.2012 e n. 1722 del 13.12.2012 per l'Ambito Area Ovest; n. 379 del 19.03.2012 e n. 1748 del 14.12.2012 per l'Ambito della Trexenta; n. 541 del 12.04.2012 e n. 1663 del 03.12.2012 per l'Ambito del Sarrabus-Gerrei; n. 542 del 12.04.2012 e n. 1164 del 06.08.2012 per l'Ambito Quartu; n. 543 del 12.04.2012, n. 581 del 23.04.2012 e n. 1822 del 28.12.2012 per l'Ambito PLUS 21; n. 1111 del 24.07.2012 per l'Ambito Città di Cagliari; n. 1747 del 14.12.2012 e n. 1929 del 31.12.2012 per l'Ambito Sarcidano-Barbagia di Seulo).

Assistenza Territoriale distrettuale a sostegno della autonomia e autosufficienza

Nel corso dell'anno 2012 tale attività ha ruotato attorno alla struttura organizzativa rappresentata dai Punti Unici di Accesso distrettuali (PUA).

In coerenza con l'evoluzione del quadro socio-demografico ed epidemiologico i Distretti della ASL di Cagliari hanno sviluppato un modello di assistenza territoriale attraverso linee di azione specifiche per la promozione dell'autonomia delle persone, in particolare di quelle con riduzione o perdita della stessa, problema che caratterizza un numero sempre maggiore di persone - anziane e non - nell'ambito della popolazione dei distretti. Le domande ed i bisogni che sono afferiti ai Punti Unici di Accesso (PUA) dei Distretti hanno avuto risposta attraverso i processi di presa in carico delle persone e delle famiglie, pur rilevando, nel contempo, una progressiva crescita delle problematiche correlate alla non autosufficienza. I PUA dei distretti hanno avviato prese in carico delle persone verso Cure Domiciliari e Cure Domiciliari Integrate, RSA e verifiche degli accessi diretti nei percorsi di Riabilitazione globale sanitaria e socio-sanitaria e nelle Case Protette.



Allegato C

Le Cure domiciliari e le Cure Domiciliari Integrate

Negli ultimi anni nel territorio dell'Azienda si è verificata una crescita costante e continua delle richieste di cure a domicilio legate soprattutto all'invecchiamento della popolazione, al progressivo aumento delle malattie tumorali e delle malattie croniche degenerative, oltre che alla maggior informazione e consapevolezza conseguita da parte delle persone non autosufficienti (e loro familiari) riguardo al diritto di essere assistiti nel proprio domicilio.

In particolare il Programma di implementazione delle Cure Domiciliari e Cure Domiciliari Integrate già avviato in questa azienda negli anni precedenti è proseguito nel 2012 in coerenza con gli obiettivi della "premiabilità" indicati nel Quadro Strategico Nazionale e con il Piano d'Azione regionale di cui alla DGR 52/18 del 3.10.2008 "Adozione del Piano d'Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio 2007-2013", allegato C, Premiabilità 2007-2013, "Piano d'Azione tematico: servizi di cura per gli anziani", che prevede in ogni singola ASL la declinazione e la sistematizzazione di obiettivi, strategie, azioni e strumenti finalizzati al raggiungimento del target previsto (3,5% delle persone ultra sessantacinquenni da assistere in Cure Domiciliari Integrate entro il 2013).

Sul versante organizzativo e gestionale si è proseguito nella sistematica riorganizzazione dell'intero sistema delle Cure Domiciliari e delle cure Domiciliari Integrate.

ASL Cagliari - Anno 2012							
Persone assistite nel Sistema Cure Domiciliari e Cure Domiciliari Integrate							
	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Distretto 5	Totale Distretti	%
Cure Domiciliari 1° liv.	1.509	710	404	199	223	3.045	43,5
Cure Domiciliari 2° liv.	121	76	26	7	49	279	4
Cure Domiciliari 3° liv.	537	164	141	31	79	952	13,6
Cure Palliative	1	0	0	1	0	2	0
Cure Pazienti Critici	75	1	14	3	5	98	1,4
Totale parziale	2.243	951	585	241	356	4.376	62,5
Cure prestazionali	1.089	369	104	386	683	2.631	37,5



Allegato C

Come evidenzia la tabella nel sistema delle Cure Domiciliari sono state assistite 4.376 persone (62,5%) in Cure Domiciliari Integrate (ex-ADI) con presa in carico globale e 2.631 persone (37,5%) in Cure Domiciliari Prestazionali. In totale sono state assistite 7.007 persone.

Nel 2012 la ASL di Cagliari ha raggiunto e superato l'obiettivo di servizio previsto per l'anno 2013 (3,5% di ultrasessantacinquenni assistiti in CDI), fornendo assistenza in Cure Domiciliari Integrate al 4,5% delle persone anziane (= o > 65 aa). Sommando le persone assistite in Cure Domiciliari Prestazionali (2,7%), la percentuale degli ultrasessantacinquenni assistiti a domicilio è pari al 7,2%.

ASL Cagliari - Anni 2012	
Sistema Cure Domiciliari	
% Assistenza popolazione anziana > 65 aa	
Popolazione anziana (>65 aa)	98.238
% Cure Domiciliari Integrate	4,50%
% Cure Domiciliari Prestazionali	2,70%
% Sistema Cure Domiciliari	7,10%

L'Assistenza Riabilitativa

Anche nell'anno 2012 si è lavorato soprattutto sul versante dei rapporti con i soggetti erogatori privati, detentori di circa il 96% della erogazione delle prestazioni di riabilitazione globale sanitaria e sociosanitaria della Asl, per condividere il modello dell'assistenza riabilitativa globale in maniera omogenea in tutto il territorio aziendale, considerato che l'accesso alle strutture è regolato in maniera diretta senza intermediazione di *equipe* interdisciplinari dei distretti. La riqualificazione dell'offerta si è concentrata da un lato sul mantenimento delle strutture di riabilitazione direttamente gestite dall'Azienda che hanno rappresentato il "modello" di erogazione delle prestazioni, dall'altro sulla regolamentazione contrattuale con i soggetti privati accreditati. Le azioni attuate hanno riguardato:

- integrazione delle attività di riabilitazione territoriale con le attività nei P.O. pubblici e privati per ottimizzare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni dopo la dimissione;
- percorsi operativi condivisi in ambito distrettuale per consentire alle persone con disabilità di svolgere percorsi riabilitativi appropriati, continuativi e verificabili;

Allegato C

- momenti informativi e formativi aziendali per l'aggiornamento e la crescita professionale degli operatori addetti alla presa in carico dei bisogni riabilitativi;
- interventi per rendere la famiglia parte integrante del processo di recupero.



Allegato C

Asl Cagliari - Riabilitazione Globale sanitaria e sociosanitaria - Disponibilità di posti in Strutture Pubbliche e Accreditate - Anno 2010					
	Struttura	Resid.	Semires.	Ambulat.	Domic.
Distretto 1 Cagliari Area Vasta	Centro Riabilitazione globale per adulti e anziani "Ausonia"			20	
	UONPIA Cagliari Via Romagna (4 Equipe)			?	
	UONPIA Sestu			?	
	A.I.A.S. Cagliari		80	150	150
	A.I.A.S. Assemini			50	40
	A.I.A.S. Monastir			20	30
	A.I.A.S. Sestu		20	50	20
	Centro di Cardiologia e Riabilitazione Cardiopatici			15	
	ANFFAS Quartucciu	7	18		
	ANFFAS Via Cagna 17/19 Cagliari		50	20	10
	ANFFAS V.le Colombo, 25 Cagliari		38		
	C.F.R.S. di Alessio Murgia & C s.a.s.			30	80
	C.M.S.R. srl			20	20
	C.R.M. srl			80	100
	C.R.N. snc			40	30
	Cooperativa Sociale C.T.R. Onlus "Cagliari"			80	110
	LOGOS srl "Monserrato"			80	
	LOGOS srl Sestu			30	
	SAN BIAGIO srl			80	80
	Totale distretto	7	206	765	670
Distretto 2 Area Ovest	UONPIA Decimomannu			?	
	UONPIA Pula			?	
	A.I.A.S. Capoterra			60	40
	A.I.A.S. Decimomannu	35		80	50
	A.I.A.S. Pula	30	15	30	25
	A.I.A.S. Uta			50	20
	SANTA LUCIA srl			60	90
	Totale distretto	65	15	280	225
Distretto 3 Quartu Parteolla	UONPIA Quartu (2 Equipe)			?	
	A.I.A.S. Burcei			20	15
	A.I.A.S. Quartu		60	100	120
	A.I.A.S. Serdiana			30	40
	C.M.F. srl			30	80
Totale distretto		60	180	255	
Distretto 4 Sarrabus Gerrei	UONPIA Muravera			?	
	A.I.A.S. San Vito			40	40
	Totale distretto			40	40
Distretto 5 Sarcidano Barbagia di Seulo e Trexenta	UONPIA Senorbi			?	
	UONPIA Isili			?	
	A.I.A.S. Mandas		20	25	65
	A.I.A.S. Senorbi			50	30
	A.I.A.S. Silius			30	20
	LOGOS srl "Isili"			30	
Totale distretto		20	135	115	
TOTALE ASL		72	301	1.380	1.305
Altre ASL	Aias Cortoghiana	14			
	Aias Domusnovas	11	3		
	Aias Aintzo	7			
	Aias Lanusei	1			
	Gesu Nazareno	7			
	Totale altre ASL	40	3		
Totale disponibilità complessiva	112	304	1.380	1.305	



Allegato C

Persone Assistite in Riabilitazione: n. 4.476

Le tabelle seguenti riportano rispettivamente i dati riguardanti le persone non autosufficienti che hanno avuto accesso a trattamenti socio riabilitativi presso le strutture residenziali e semiresidenziali di riabilitazione globale sociosanitaria, distinti per tipologia/profilo di prestazione e per distretto di residenza.

ASL Cagliari - Anno 2012						
Persone non autosufficienti ospiti in Strutture socio riabilitative per distretto di residenza						
	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Distretto 5	Tot distretti
Residenzialità socio riabilitativa	43	31	20	1	5	100
Centro Diurno socio riabilitativo	172	45	79	3	12	311
Totale	215	76	99	4	17	411

Le strutture di riabilitazione ad erogazione diretta hanno operato secondo i seguenti volumi di attività:

- Riabilitazione e Terapia fisica erogata presso l'unica struttura aziendale situata presso il presidio ospedaliero SS. Trinità ha riguardato 1.094 prestazioni dirette come prime e seconde visite.
- Riabilitazione Sanitaria e sociosanitaria Territoriale erogata presso il Centro per adulti e anziani "Ausonia"

Persone in trattamento tecnico	N° contatti e n° utenti in percorsi sociosanitari	N° accessi	Progetti Riabilitativi	N° totale persone con prese in carico sanitarie e sociosanitarie
114	101 di cui 91 presi in carico	1971 di cui 32 domiciliari	173	205



Allegato C

Assistenza Residenziale Sociosanitaria Territoriale in committenza

Nell'anno 2012 le RSA ed i CDI operanti nel territorio dell'Azienda hanno proseguito nel ruolo di strutture territoriali residenziali di Cure Intermedie tra l'ospedale ed il domicilio finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie di recupero funzionale, assistenziali di reinserimento sociale, ma anche di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale, a persone con malattie croniche o patologie invalidanti, non autosufficienti e non assistibili a domicilio per motivi sanitari e/o sociali, che pur tuttavia non necessitano di ricovero in strutture ospedaliere o di riabilitazione globale.

Questa nuova concezione della RSA come struttura in grado di offrire prestazioni sociosanitarie e accogliere la persona in vista del suo ritorno a casa ha comportato un investimento superiore agli anni precedenti, per un ammontare totale di € 15.000.000 circa, al fine di incrementare l'offerta dei posti letto e le giornate di assistenza.

La tabella seguente riporta la situazione - in termini di posti letto attivati - per Residenze Sanitarie Assistenziali:

Assistenza Residenziale Sociosanitaria in RSA	
<i>RSA di proprietà ASL di Cagliari</i>	<i>Posti letto attivati</i>
RSA Sestu	60
RSA Capoterra	100
RSA Selargius	72
Totali RSA di proprietà	232
<i>RSA del Privato Accreditato Asl Cagliari</i>	
RSA Fondazione Stefania Randazzo Selargius (Loc. Su Planu)	78
RSA Fondazione Stefania Randazzo Monastir	30 p. l.
RSA Mons. Virgilio Angioni	103 p. l.
RSA Villa degli Ulivi	60 p.l
Totali RSA privato accreditato Asl di Cagliari	271
<i>RSA del Privato Accreditato altre ASL</i>	
RSA RSA "San Nicola" (Sassari)	1
RSA "Smeralda RSA" Padru (Olbia)	3
RSA Rosa del Marganai (Iglesias)	7
RSA Sant'Elia (Nuxis)	7
RSA Villa San Giuseppe (Milis)	1
Totali RSA privato accreditato altre Asl	19
Totali	328

Allegato C

Le tabelle seguenti riportano la situazione, in termini di n° di persone assistite, di n° di prese in carico effettuate, n° di giornate di assistenza erogate e costi sostenuti per l'assistenza in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), Centri Diurni per Anziani (Centri Alzheimer), nell'Hospice Accreditato e nelle Case Protette nel corso dell'anno 2012:

Asl Cagliari – Anno 2012						
Persone ospiti in RSA - Hospice						
Profilo	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Distretto 5	Tot. Distretto
Prof. 1 (1-2-3-4-5)	420	97	89	12	10	628
Prof. 2 (6-7-8-9)	54	11	5	1	5	76
Prof. 3 (A. 14)	221	53	57	11	19	361
Profil. 4 (Ventil. Ass.)	21	5	11	0	6	43
Hospice	35	7	41	3	0	86
Totali	751	173	203	27	40	1.194

Asl Cagliari – Anno 2012						
Prese in carico RSA - Hospice						
Profilo	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Distretto 5	Tot. Distretto
Prof. 1 (1-2-3-4-5)	609	154	156	25	26	970
Prof. 2 (6-7-8-9)	153	38	16	3	8	218
Prof. 3 (A. 14)	378	90	91	14	24	597
Profil. 4 (Ventil. Ass.)	31	10	21	0	6	68
Hospice	37	7	40	3	0	87
Totali	1.208	299	324	45	64	1.940

Asl Cagliari – Anno 2012						
Giornate RSA - Hospice						
Profilo	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Distretto 5	Tot. Distretto
Prof. 1 (1-2-3-4-5)	56.228	15.863	11.892	1.293	1.107	86.383
Prof. 2 (6-7-8-9)	13.401	3.073	687	81	205	17.447
Prof. 3 (A. 14)	33.514	6.379	8.228	627	2.047	50.795
Profil. 4 (Ventil. Ass.)	2.601	772	1.956	0	147	5.476
Hospice	1.881	137	814	46	0	2.878
Totali	107.625	26.224	23.577	2.047	3.506	162.979

Asl Cagliari – Anno 2012						
Costi RSA - Hospice						
Profilo	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Distretto 5	Tot. Distretto
Prof. 1 (1-2-3-4-5)	3.580.832	1.009.856	757.888	82.336	72.256	5.503.168
Prof. 2 (6-7-8-9)	788.417	180.923	40.533	4.779	11.800	1.026.452
Prof. 3 (A. 14)	4.598.160	877.197	1.128.357	83.835	280.968	6.968.517
Profil. 4 (Ventil. Ass.)	488.585	45.548	368.885	0	45.910	948.928
Hospice	563.400	41.100	244.200	13.800	0	862.500
Totali	10.019.394	2.154.624	2.539.863	184.750	410.934	15.309.565

Asl Cagliari – Anno 2012						
Giornate CDI						
Profilo	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Distretto 5	Tot. Distretto
Prof. 1 (1-2-3-4-5)	771	21	674	0	0	1.466
Prof. 2 (6-7-8-9)	7.126	210	1.957	0	0	9.293
Totali	7.897	231	2.631	0	0	10.759

Asl Cagliari – Anno 2012						
Costi CDI						
Profilo	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Distretto 5	Totali
Prof. 1 (1-2-3-4-5)	24.672	672	21.568	0	0	46.912
Prof. 2 (6-7-8-9)	210.217	6195	57.731	0	0	274.143
Totali	234.889	6867	79.299	0	0	321.055

ASL Cagliari - Anno 2012						
Persone Ospiti in Case Protette						
	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Distretto 5	TOTALE
Persone	334	136	186	20	59	735
Giornate	81.569	35.329	45.730	5.276	18.192	186.096
Costi	848.318	367422	475.592	54.870	189.197	1.935.398



ASL Cagliari - Anno 2012						
Persone anziane ospiti in Case protette						
	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Distretto 5	TOTALE
Aias Aritzo	2		14		1	17
Aias Capitana	3	1	10			14
Aias Cortoghiana	4	4	2			10
Aias Decimomannu	16	23	6	2		47
Aias Domusnovas	1	3			1	5
Casa della Mercedes	26	1	2			29
Casa Famiglia GHILARZA	3		1			4
Centro E. Jenner	48	7	9	1	1	66
Congregaz. Colonia Marina M. V. Angioni	2		22			24
Congregaz. Comunità Integrata "Mons. Angioni"	6		22	1		29
Congregaz. Piccola Casa	12	1	14			27
Congregaz. Sacro Cuore		3				3
Congregaz. San Giuseppe Cagliari	35		1			36
Congregaz. Villa Maria	9		23	1		33
Dolianova Beata M. Maddalena Starace	15	1	3	1		20
Dolianova San Giuseppe	12	2	11	2		27
Il mio mondo Il Fenicottero	11	1	13	1		26
Il mio mondo San Giacomo Mandas	1	1	1	2	19	24
KCS Siurgus Donigala	2	3	1	3	11	20
KCS "BEATO Fra Nicola da Gesturi" Siurgus Donigala					8	8
Letizia Perdasdefogu				1		1
Nuova Fenice	11	12	1			24
Nuxis Sant'Elia	1	4	1			6
Rosa del Marganai	4	6				10
San Lorenzo Seui					1	1
Smeralda Padru	1		1			2
SS. Salvatore Serdiana	8		5			13
V. Porceddu Ortacesus	9	2	3	2	14	30
Vallermosa	4	15	2			21
Villa A.D.A.	25	41	1			67
Villa degli Ulivi	20		2		3	25
Villa Maria Antonietta	15	3	1			19
Altro	28	2	14	3		47
Totali	334	136	186	20	59	735

Allegato C

Hospice Aziendale

Nel 2012 i posti letto attivati presso l'Hospice aziendale sono stati 16. Sono state effettuate 296 prese in carico su un numero di 280 persone in fase terminale della vita per n. 4.144 giornate di assistenza.

Consultori

I Consultori hanno assicurato in tutta l'azienda le funzioni di tutela della salute della donna e della maternità, tutela della salute del neonato, del bambino, dell'adolescente e della famiglia attraverso attività ed interventi integrati di prevenzione e diagnosi precoce. Il target specifico ha riguardato le donne, i minori, la famiglia e le immigrate. Queste ultime trovano integrazione nei Consultori Familiari dell'Azienda (C.F.), grazie anche ad un progetto di formazione svoltosi presso i C.F. aziendali, di 26 mediatrici culturali di 19 differenti nazionalità.

Il Consultorio offre un modello di promozione della salute e presa in carico della persona nella sua globalità, con attività a carattere multidisciplinare ed interprofessionale.

Le attività dei 15 Consultori dell'Azienda sono state omogeneamente organizzate in percorsi preventivo-assistenziali, suddivisi per area tematica in accordo con gli indirizzi del Progetto Obiettivo Materno Infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, al Piano Sanitario Regionale, e al Programma di riorganizzazione della rete dei Consultori in Sardegna (Delib. G.R. n 48/19 del 29/11/2007).

Per ciascuno di questi Percorsi si fa riferimento alle linee guida elaborate nel 1999 da una Commissione Interna composta da tutte le figure professionali presenti nei Consultori e rielaborate successivamente nel Progetto Aziendale di "Estensione del sistema di Governance all'area Materno Infantile" avviato il 26.09.2007, che ha attivamente coinvolto tutti gli operatori dei Consultori.

Le attività rivolte al singolo, alla coppia ed ai gruppi, sia presso le sedi Consultoriali sia presso altre sedi quali scuole ed asili nido, hanno risposto in parte alla richiesta spontanea, ma hanno rappresentato sempre più spesso un'offerta attiva, con Progetti obiettivo specifici, quale ad es. il Progetto "Il Percorso Nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi" in collaborazione con l'ISS (Istituto Superiore di Sanità).

Percorsi individuati: Nascita (Gravidanza-Parto-Puerperio), Infanzia, Spazio Giovani, Contraccezione, Menopausa, Interruzione Volontaria della Gravidanza (I.V.G.), Sostegno al singolo, alla coppia ed alla famiglia, Prevenzione Oncologica (Screening cervico-carcinoma).



Allegato C

ASL Cagliari - Anno 2012				
Attività dei Consulori				
Prestazioni per raggruppamento di attività				
	Attività rivolte al singolo	Attività Rivolte a Gruppi	Educazione Sanitaria Scuole	Totale Distretto
Distretto 1	34.588	2.206	1.943	38.737
Distretto 2	17.248	547	442	18.237
Distretto 3	12.741	1.051	904	14.696
Distretto 4	3.071	284	570	3.925
Distretto 5	8.563	217	238	9.018
Totali ASL	76.211	4.305	4.097	84.613

Nefrologia e dialisi

Nel corso dell'anno 2012 sono stati erogati 6.962 trattamenti emodialitici a 68 persone.

Sono state erogate complessivamente 41.906 prestazioni sani.



Attività della Direzione dei Servizi Socio-Sanitari

La istituzione della Direzione dei Servizi Socio-Sanitari, disciplinata dalla Legge 10/2006 di riordino del Servizio Sanitario Regionale, è funzionale al processo di integrazione fra interventi di carattere sanitario, in capo alle ASL, e interventi di carattere sociale, in capo a diverse istituzioni (in primo luogo gli Enti locali). Nel campo specifico dell'integrazione sociosanitaria, gli interventi sono disciplinati al livello nazionale dal Dlgs 502/1992, che all'art. 3 septies comprende le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria. Le caratteristiche e l'articolazione degli interventi sociosanitari sono definiti in termini di programmazione, organizzazione e criteri di finanziamento dal DPCM 14.02.2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie".

Al livello Regionale, il campo di attività della Direzione Sociosanitaria è definito oltre che dalla legge 10/2006 di riforma del Servizio Sanitario Regionale, dalla legge 23/2005 di riforma dei Servizi alla Persona. In particolare, la legge 23/2005 istituisce il contesto interistituzionale entro il quale si attua la programmazione locale congiunta degli interventi sociali e sociosanitari inclusa delle risorse delle ASL e degli Enti locali: il PLUS.

La necessità di potenziare gli interventi in ambito sociosanitario e di promuoverne l'integrazione, in primo luogo quelli in capo alla ASL con quelli in capo agli Enti locali, origina dalle valutazioni di ordine sociodemografico, epidemiologico e sociale, che testimoniano il progressivo invecchiamento della popolazione, l'incremento delle patologie cronico - degenerative e la progressiva riduzione delle capacità del contesto familiare di svolgere le funzioni di contenimento e di assistenza alla persona.

Le funzioni della Direzione dei Servizi Socio-Sanitari sono definite nello specifico dalla Legge Regionale 10/2006 che colloca il direttore dei servizi sociosanitari nello staff di direzione, dove svolge, fra l'altro, i seguenti compiti:

- supporta la direzione generale e le direzioni distrettuali per l'integrazione dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari;
- è preposto al coordinamento funzionale delle attività sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria dell'azienda;
- partecipa alla programmazione, alla definizione ed alla realizzazione del PLUS.

In particolare l'atto aziendale della ASL di Cagliari affida alla Direzione dei Servizi Socio-Sanitari il compito di supportare la Direzione Aziendale e le Direzioni Distrettuali per l'integrazione tra i servizi sociali e i servizi sanitari in tutti i distretti e secondo modalità omogenee, attraverso la definizione di linee guida,



Allegato C

protocolli e percorsi assistenziali, la definizione di standard di qualità delle prestazioni e la verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni socio-sanitarie.

In virtù del mandato derivante dalla normativa, nonché dagli atti di programmazione regionale e aziendale, la Direzione dei Servizi Socio-Sanitari della ASL di Cagliari ha operato nell'ambito delle priorità individuate in ambito aziendale intra ed interdistrettuale, nonché in ambito interistituzionale.

Descrizione delle Articolazioni organizzative

La Direzione dei Servizi Socio-Sanitari è inquadrata quale struttura Complessa nell'ambito dello Staff della Direzione Generale. Ha assegnata oltre alla figura del responsabile, una figura professionale di carattere infermieristico con esperienza e formazione specifica in ambito sociosanitario.

Analisi e descrizione dell'attività svolta e confronto rispetto agli anni precedenti

La Direzione dei Servizi Socio-Sanitari nel corso del 2012 ha operato per il consolidamento delle attività avviate negli anni precedenti e per la programmazione/attivazione di nuove azioni di interesse strategico nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria (nel settore delle cure domiciliari, della continuità ospedale-territorio, del coordinamento intraa-ziendale ed interistituzionale in ambito PLUS).

All'interno della ASL gli ambiti di attività svolti nel corso del 2012 hanno riguardato:

8. omogeneità dei percorsi sociosanitari dei distretti sociosanitari;
9. potenziamento degli interventi per le cure domiciliari;
10. progetti strategici per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (NPIA);
11. continuità ospedale – territorio;
12. progetti strategici per i Consultori Familiari (CF);

Nell'interazione con Istituzioni e soggetti esterni, gli ambiti di attività hanno riguardato:

1. riorganizzazione delle attività sociosanitarie di interesse giudiziario in età evolutiva;
2. programmazione e valutazione delle attività relative ai PLUS.

Omogeneità dei percorsi sociosanitari dei distretti sociosanitari

E' proseguita l'attività di coordinamento interdistrettuale con le Direzioni dei Distretti Sociosanitari e la Direzione del Dipartimento dei Distretti.

Il tavolo di lavoro, convocato di norma a cadenza settimanale, ha operato sia in termini di verifica dell'andamento delle attività distrettuali e confronto interdistrettuale che di programmazione strategica.



Allegato C

La Direzione Sociosanitaria ha fornito, inoltre, supporto costante ai singoli Distretti in relazione alle problematiche di carattere sociosanitario coinvolte nelle diverse e specifiche linee di attività locale.

In particolare, nel corso del 2012, si è avviato un tavolo di confronto con le organizzazioni sindacali confederali con le quali si sono concordati ambiti di impegno specifici riguardanti gli interventi per la non autosufficienza (delibera del Direttore Generale n. 183 del 14.02.2012, *"Approvazione protocollo d'intesa tra ASL di Cagliari e CGIL, CISL e UIL, Segreterie Territoriali di Cagliari, su un 'Programma di interventi sociosanitari per la non autosufficienza'"*). Il confronto è proseguito nel corso dell'anno sulle priorità specifiche individuate.

Si è inoltre proceduto all'elaborazione e condivisione con tutti i soggetti aziendali interessati, delle linee di indirizzo sulla protesica (delibera del Direttore Generale n. 1522 del 31.10.2012, *"Procedure sanitarie e sociosanitarie per le prestazioni di assistenza protesica e integrativa"*).

Potenziamento degli interventi per le cure domiciliari

In esecuzione delle linee di indirizzo regionali per l'attuazione del piano d'azione relativo al potenziamento delle cure domiciliari integrate, sono proseguite le azioni e gli interventi attuativi del *"Programma di sviluppo delle Cure Domiciliari Integrate nella ASL di Cagliari"*, approvato con delibera del Commissario Straordinario n. 440 del 30.04.2010.

In particolare, per il perseguimento dell'obiettivo regionale costituito dall'incremento della quota di popolazione anziana coperta da assistenza domiciliare integrata nel territorio della Sardegna dall' 1,3% registrato nell'anno 2006 al 3,5% entro l'anno 2012 (delibera del Direttore Generale n. 541 del 04.05.2011 *"Linee di indirizzo sulla programmazione, organizzazione e potenziamento delle Cure Domiciliari Integrate"*; delibera del Direttore Generale n. 1528 del 16.11.2011 *"Cure Domiciliari Integrate: Azioni strategiche per il potenziamento del servizio"*), sono stati definiti, di concerto con le Direzioni dei Distretti Sociosanitari, con la Direzione delle Cure Primarie e con la Direzione del Dipartimento di Coordinamento dei Distretti, gli aspetti critici riguardanti la continuità ospedale-territorio. Al riguardo la Direzione dei Servizi Socio Sanitari, oltre che assicurare il coordinamento per l'attivazione di progetti specifici di dimissione concordata/protetta, ha assicurato il coordinamento fra i vari servizi interessati alla predisposizione di un servizio di trasporto sanitario per le persone in cure domiciliari di terzo livello.

Progetti strategici per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA)

Nell'area degli interventi per la salute mentale in età evolutiva, si è dato corso, di concerto con le Direzioni dei Distretti Sociosanitari, alle azioni previste dal programma di riorganizzazione della NPIA



Allegato C

(delibera del Direttore Generale n. 870 del 11.07.2011 *"Interventi per la salute neuropsichica in età evolutiva: finalizzazione risorse di cui alla DGR n. 38/12 del 09.11.2010"*). Si è operato, soprattutto per l'attuazioni delle azioni riguardanti la riqualificazione dei servizi: acquisizione di tecnologie e formazione. In particolare la Direzione dei Servizi Sociosanitari, in considerazione delle criticità riguardanti l'insufficiente e disomogenea definizione di standard operativi e procedure fra i diversi distretti, è stata impegnata nella definizione di un programma aziendale di supporto finalizzato allo sviluppo dello standard di qualità delle Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Si è attivato, inoltre, un tavolo di lavoro con la partecipazione delle UONPIA aziendali e della Clinica di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari per l'approfondimento delle tematiche organizzative utili ad assicurare la continuità delle cure fra ospedale e territorio.

Continuità Ospedale – territorio

All'interno dei percorsi assistenziali delineati in funzione del potenziamento delle cure domiciliari, è proseguita l'attività impostata nel 2011 sulla continuità assistenziale nello specifico dei percorsi di dimissione protetta e dimissione concordata. Sulla base delle informazioni ottenute dai vari soggetti coinvolti (Direzioni Sanitarie degli Ospedali e Direzioni dei Distretti), nonché delle rilevazioni epidemiologiche e di attività effettuate e riguardanti gli ambiti specifici di operatività delle cure domiciliari aziendali, sono state delineate le azioni utili per il potenziamento dell'attività di dimissione concordata fra reparti ospedalieri e distretti. Si è individuato l'Ospedale SS Trinità come ambito idoneo per l'attivazione del progetto. E' stato quindi composto un gruppo di lavoro misto, con il coinvolgimento di operatori ospedalieri e territoriali, per l'elaborazione di procedure operative standard per le dimissioni protette dalla UOC di Geriatria. Al riguardo si è attivato, inoltre, un programma formativo specifico. Suddette procedure sono state definite ed avviate attraverso una prima fase pilota che coinvolge i pazienti in terzo livello di cure domiciliari e la cui conclusione è prevista a marzo 2013 (Delibera del Direttore Generale n. 1139 del 30.07.2012, *"Continuità ospedale-territorio: Approvazione protocollo d'intesa per l'applicazione delle Procedure operative per le dimissioni concordate e protette dalla U.O.C. Geriatria del P.O. SS Trinità di Cagliari e la prosecuzione delle cure a domicilio ad opera del servizio di cure domiciliari integrate del Distretto Sociosanitario"*).

Progetti strategici per i Consulitori

I cambiamenti in atto nella società occidentale rendono necessario riqualificare le offerte dei servizi consultoriali, in modo da avvicinarle sempre più alle esigenze della popolazione e rispondere con puntualità e competenza ai bisogni espressi, anche in tema di disagio giovanile, familiare, mediazione familiare, adozione/affido, collaborazione con i tribunali dei minori. A questo riguardo è fondamentale la messa in rete dei consulitori con gli altri servizi sanitari e con quelli socio-assistenziali degli Enti locali (vedasi: Progetto Obiettivo Materno Infantile, 2000; intesa Conferenza Stato-Regioni del 20 settembre 2007 per l'attivazione di *"interventi, iniziative ed azioni finalizzate alla realizzazione di progetti sperimentali innovativi per la riorganizzazione dei consulitori familiari, al fine di ampliarne e potenziarne gli interventi sociali a favore delle famiglie, promuovendo l'integrazione socio sanitaria"*; DGR n. 40/9 del 01.09.2009 *"Riorganizzazione della rete dei consulitori familiari e sostegno alle responsabilità di cura e di carattere educativo delle persone e alle famiglie. Riqualificazione delle funzioni sanitarie e sociali delle Asl e dei Comuni"*).

Nel corso del 2012 è proseguita l'attività progettuale integrata riguardante i consulitori e i Servizi Sociali degli Enti Locali, già avviata con i progetti approvati nel 2009 (delibera del Commissario Straordinario n. 1291 del 17.11.2009 *"Riorganizzazione della rete dei consulitori familiari e sostegno alle responsabilità di cura e di carattere educativo delle persone e alle famiglie"*). Si è, inoltre, cominciato a dare esecutività alla progettazione promossa con DGR n. 34/9 del 18.08.2011, *"Progetti sperimentali innovativi per la riorganizzazione dei consulitori familiari, al fine di ampliare e potenziare gli interventi sociali a favore delle famiglie"*, con la quale la Regione destina € 1.357.198 da assegnare alle ASL e ai Comuni associati degli ambiti territoriali di PLUS che presentino progetti integrati nelle aree prioritarie del sostegno alla genitorialità, mediazione familiare, accompagnamento della coppia adottiva nel percorso dell'adozione nazionale e internazionale, formazione operatori. Dopo l'approvazione da parte della Regione dei progetti elaborati di concerto con gli ambiti PLUS (già approvati dalla Direzione Generale con delibera del Direttore Generale n. 1868 del 30.12.2011 *"Progetti sperimentali innovativi per la riorganizzazione dei consulitori familiari, al fine di ampliare e potenziare gli interventi sociali a favore delle famiglie (DGR n. 34/9 del 18.8.2011). Approvazione progetti di intervento e accordi di collaborazione"*), si è dato corso alla fase esecutiva (delibera del direttore Generale n. 1138 del 30.07.2012 e n. 1493 del 23.10.2012 per il Distretto 1 e l'ambito PLUS della Città di Cagliari; delibera del Direttore Generale n. 1332 del 21.09.2012 per il Distretto 3 e l'ambito PLUS di Quartu; delibera del Direttore Generale n. 1333 del 21.09.2012 per il Distretto 4 e l'ambito PLUS del Sarrabus-Gerrei; delibera del Direttore Generale n. 1425 del 15.10.2012

Allegato C

per il Distretto 2 e l'ambito PLUS dell'Area Ovest; delibera del Direttore Generale n. 1603 del 19.11.2012 per il Distretto 5 e l'ambito PLUS del Sarcidano e Barbagia di Seulo).

Riorganizzazione delle attività sociosanitarie di interesse giudiziario in età evolutiva

Sulla base delle criticità rilevate in ambito distrettuale, in particolar modo nell'operatività delle Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA) e dei Consultori Familiari (CF), nel coordinamento degli interventi di carattere giudiziario con quelli sociosanitari rivolti all'età evolutiva, nel corso delle annualità 2010 e 2011 si è attivato un processo di revisione degli obiettivi e delle modalità della collaborazione fra servizi e strutture della ASL ed Uffici dell'Autorità Giudiziaria.

Si è così pervenuti alla definizione di un assetto organizzativo e procedurale che prevede l'individuazione della Direzione dei Distretti Sociosanitari quale interlocutore dell'Autorità Giudiziaria per i procedimenti che riguardano il territorio di ciascun distretto e la ridefinizione delle procedure intradistrettuali (fra UONPIA e CF, ma anche nei riguardi degli altri servizi aziendali interessati) e interdistrettuali fra i cinque distretti aziendali, in modo da renderle funzionali al nuovo assetto organizzativo.

Il percorso si è concluso con l'elaborazione di un protocollo d'intesa, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1514 del 10.11.2011 "Approvazione protocollo d'intesa tra la ASL di Cagliari, il Tribunale per i Minorenni di Cagliari, il Tribunale Civile di Cagliari, la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Cagliari, per la disciplina dei rapporti sugli interventi di rispettiva competenza relativi ai procedimenti giudiziari riguardanti l'età evolutiva".

Nel corso del 2012 si è operato per la corretta applicazione del protocollo d'intesa, con la partecipazione delle strutture operative aziendali coinvolte. Al contempo, si è operato per l'ampliamento della rete interistituzionale, in modo da coinvolgere oltre alle strutture della ASL ed agli Uffici Giudiziari, anche gli Enti Locali competenti per gli interventi sociali in età evolutiva (Provincia e Comuni).

La tematica è stata portata all'attenzione del tavolo di lavoro interPLUS, costituito presso l'Assessorato alle Politiche Sociali della Provincia di Cagliari, che prevede la partecipazione degli Uffici di Piano dei sette PLUS dell'ambito territoriale della Provincia e della ASL di Cagliari, con la attivazione di un sottogruppo di lavoro specifico. Il sottogruppo ha lavorato alla condivisione e formalizzazione delle procedure operative fra tutte le istituzioni interessate (ASL di Cagliari, Provincia di Cagliari, PLUS della Provincia di Cagliari, Tribunale per i Minorenni di Cagliari, Tribunale Civile di Cagliari, Procura presso il tribunale per i Minorenni di Cagliari, Centro per la Giustizia Minorile della Sardegna).

77



Allegato C

Per quanto riguarda la Direzione dei Servizi Socio Sanitari della ASL, oltre che partecipare alla definizione delle procedure operative utili a ridefinire il coordinamento e gli accordi fra le istituzioni nei tavoli interPLUS, essa ha assicurato il coordinamento di gruppi di lavoro aziendali, con i referenti per le UONPIA e per i CF, per la ridefinizione delle modalità di interazione e coordinamento intra aziendali e con i servizi sociali dei comuni nei procedimenti sociosanitari a rilevanza giudiziaria che riguardano i minori. Si sono inoltre condotte le verifiche e gli incontri del caso sulle modalità organizzative nei procedimenti che riguardano i SerD, le Strutture della Salute Mentale e i Pediatri di Libera Scelta per le tematiche di specifica competenza.

Sul versante inter-istituzionale, sono proseguite, inoltre, le interazioni con gli Uffici Giudiziari interessati (Tribunale dei Minori, Procura della Repubblica presso il Tribunale dei Minori e Tribunale Civile), con i quali si è delineato il percorso utile per il perfezionamento delle procedure e delle modalità di raccordo fra servizi sociali e sociosanitari e Autorità Giudiziaria. Particolare rilievo assumono al riguardo:

- il rinnovo del protocollo d'intesa per l'Ufficio Mediazione Penale e Civile (Delibera del Direttore Generale n. 1721 del 13.12.2012, *"Approvazione protocollo d'intesa tra la ASL di Cagliari, il Tribunale per i Minorenni di Cagliari, la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Cagliari, la Direzione del Centro per la Giustizia Minorile della Sardegna, il Comune di Cagliari, il Comune di Quartu S. Elena, la Provincia di Cagliari, l'Associazione Culturale no profit Ri.Media.Re, per l'Ufficio di mediazione in ambito penale e civile"*);
- lo sviluppo di una progettualità condivisa per il funzionamento dell'Ufficio Interventi Civili presso la Procura della Repubblica del Tribunale dei Minori, struttura capace di intercettare i bisogni sociosanitari, che consente l'accoglienza e la presa in carico di condizioni di rilievo e rischio sanitario e sociale che riguardano minori, adolescenti, consumatori di sostanze, famiglie multiproblematiche.

Programmazione e valutazione delle attività relative ai PLUS

Nel corso del 2012 ha preso avvio il secondo ciclo triennale di programmazione PLUS. L'attività svolta riguarda, pertanto, oltre che valutazione e verifica delle azioni svolte nel corso del 2011 (bilancio sociale), la programmazione delle azioni per il triennio 2012-2014.

A questo riguardo la Direzione dei Servizi Socio Sanitari ha operato per il coinvolgimento delle strutture aziendali interessate nel percorso di elaborazione dei PLUS. Si è, in particolare, sollecitata e favorita la partecipazione alle conferenze di programmazione ed ai tavoli tematici dei sette PLUS del territorio della ASL delle strutture aziendali che erogano prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni



Allegato C

sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, facenti capo sia ai distretti che ai dipartimenti (UONPIA, CF, area Anziani, Disabili, Soggetti Fragili e Riabilitazione Sociosanitaria, SerD, Salute Mentale, Promozione della Salute).

Gli ambiti di intervento interessati dalla programmazione sono stati quelli del sostegno alla famiglia, del sostegno alla domiciliarità e tutela a favore delle persone anziane e persone con disabilità, dei servizi socioeducativi per minori, dell'inserimento lavorativo e sociale delle persone in situazione di svantaggio sociale. Si tratta di ambiti di intervento ricompresi tra le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di cui al DPCM 14.2.2001 *"Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria"*, ambiti che armonizzati ed articolati con le altre due tipologie di prestazioni di cui al DPCM citato (prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria), compongono lo scenario complessivo di interesse delle ASL e degli Enti Locali per l'integrazione sociosanitaria.

Dopo una prima triennalità di sperimentazione della programmazione integrata con gli Enti Locali e gli altri soggetti coinvolti nella realizzazione dei PLUS, si è ottenuto un maggiore coinvolgimento e contributo tecnico delle unità operative, delle strutture e dei servizi aziendali coinvolti negli ambiti di intervento sociosanitario (in particolare quelli rivolti alle problematiche relative alla disabilità e alla non autosufficienza, le strutture consultoriali, le strutture per la salute mentale).

Sia in riferimento alla programmazione generale triennale che a quella specifica per l'annualità, le tematiche di maggiore interesse per la ASL sono state affrontate, in ambito aziendale, con il coinvolgimento in primo luogo delle Direzioni dei Distretti Sociosanitari, ma anche di altre strutture interessate (Salute Mentale in particolare), per la definizione delle priorità da proporre, promuovere e articolare a seconda delle necessità e opportunità offerte dal contesto locale. L'obiettivo principale condiviso, analogamente a quanto definito nella precedente annualità, è stato quello di attivare in ambito PLUS azioni di interesse sociale e sociosanitario complementari a quelle adottate in ambito ASL: ciò allo scopo di evitare la mancata copertura di bisogni per assenza di interventi o viceversa la sovrapposizione degli interventi a carico degli Enti Locali e della ASL.

Ad un livello ulteriore di integrazione, si è promossa la produzione di risposte articolate sulla base dei bisogni rilevati per tipologia e intensità delle componenti sanitaria e sociale, in modo da offrire la copertura per l'intera gamma di bisogni presenti sul territorio. In particolare, si è operato per la promozione dell'integrazione delle attività al livello operativo oltre che istituzionale e amministrativo, attraverso la condivisione dei programmi e delle criticità. Esempi di rilievo per l'anno 2012 sono rappresentati dal lavoro effettuato per:



Allegato C

- il potenziamento del sistema PUA-UVT;
- la programmazione/attivazione e conduzione a regime di progetti elaborati e finanziati in ambito PLUS, che offrono servizi in settori di interesse per l'età evolutiva nei quali ricadono competenze dei consultori familiari, di altri servizi aziendali e dei comuni;
- la programmazione di interventi finalizzati alla riabilitazione ed inclusione sociale nell'ambito della salute mentale.

Gli atti relativi ai singoli PLUS (bilancio sociale, programmazione triennale e relativi accordi di programma) sono stati approvati con delibera del Direttore Generale: n. 368 del 19.03.2012 e n. 1722 del 13.12.2012 per l'Ambito Area Ovest; n. 379 del 19.03.2012 e n. 1748 del 14.12.2012 per l'Ambito della Trexenta; n. 541 del 12.04.2012 e n. 1663 del 03.12.2012 per l'Ambito del Sarrabus-Gerrei; n. 542 del 12.04.2012 e n. 1164 del 06.08.2012 per l'Ambito Quartu; n. 543 del 12.04.2012, n. 581 del 23.04.2012 e n. 1822 del 28.12.2012 per l'Ambito PLUS 21; n. 1111 del 24.07.2012 per l'Ambito Città di Cagliari; n. 1747 del 14.12.2012 e n. 1929 del 31.12.2012 per l'Ambito Sarcidano-Barbagia di Seulo).



5) Assistenza Dipartimentale

Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è una Macrostruttura articolata in più strutture complesse e strutture semplici dipartimentali, così come individuate dall'atto Aziendale approvato con deliberazione del Direttore Generale n°274, in data 20.03.2008. quali:

Struttura Complessa Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione:

I compiti istituzionali di questa struttura, previsti dalla normativa e dai regolamenti prevedono la tutela della salute attraverso il controllo igienico sanitario degli alimenti e delle bevande, ivi incluso il controllo delle acque destinate al consumo umano. Assicura la tutela della salute del singolo e della collettività attraverso il controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine vegetale, delle bevande, delle acque destinate al consumo umano e delle acque minerali. Garantisce il sistema rapido di allerta, la sorveglianza delle acque di laguna e produzione dei molluschi bivalvi ed il controllo dei cosmetici.

In ottemperanza al piano regionale triennale realizza un programma di controllo ufficiale sul commercio ed impiego dei prodotti fitosanitari.

E' stata inoltre formalizzata l'attività della prevenzione delle intossicazioni e della vigilanza e controllo sul commercio dei funghi epigei. Per lo svolgimento di tale attività è stato costituito un apposito Ispettorato Micologico, organismo inserito all'interno del Servizio, nel quale opera personale adeguatamente formato che offre la consulenza specifica alla popolazione.

Realizza infine l'osservazione epidemiologica ed il monitoraggio degli aspetti nutrizionali dell'alimentazione umana partecipando ai programmi interdisciplinari di prevenzione delle patologie ad essa collegate.

Struttura Complessa Servizio Prevenzione Salute Ambienti di Lavoro:

garantisce l'attività ispettiva, certificativa ed autorizzativa prevista dai compiti istituzionali assegnati e contribuisce a garantire condizioni di lavoro sicure attraverso la vigilanza sull'applicazione delle leggi vigenti.

Nel corso del 2011 è stato posto particolare impegno nella verifica sull'applicazione della normativa nell'ambito della sicurezza negli ambienti di lavoro ed è stato dato particolare risalto alle indagini sulle malattie professionali, alle indagini sugli infortuni e all'attuazione del Piano Regionale di Prevenzione in Edilizia, mentre risulta ancora in fase organizzativa l'attivazione delle procedure relativa alla tutela della salute dei lavoratori dal rischio relativo alla presenza di amianto.

Struttura Complessa Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) è la struttura del Dipartimento di Prevenzione incaricata di tutelare la salute collettiva attraverso la prevenzione delle malattie infettive e cronico-degenerative e l'educazione e promozione della salute, attraverso interventi di assistenza, sorveglianza, profilassi, vigilanza, pareri tecnici, formazione e informazione.

Nel 2012 il Servizio ha completato con efficacia la riorganizzazione e la razionalizzazione della rete vaccinale aziendale iniziata nel 2011, secondo il Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, ha chiuso ulteriori 19 ambulatori periferici e ha realizzato una nuova rete territoriale di 16 ambulatori di riferimento a servizio di più aree comunali ("HUB").

Si riportano sinteticamente le principali attività svolte:

- **Controllo e sorveglianza delle malattie infettive.**

Le malattie infettive rappresentano un rischio per la salute pubblica, anche a causa del continuo emergere di nuovi microrganismi e del ripresentarsi, con caratteristiche epidemiologiche sempre differenti, di malattie note. Le attività previste dal D. M. 15/12/1990 e dal D. M. 29/07/1998 sulla TB, e i sistemi di sorveglianza speciale adeguati alle mutate situazioni epidemiologiche, unitamente alla vaccino-profilassi (arricchitasi di nuovi vaccini e non più appannaggio esclusivo dell'età infantile) continuano a costituire una priorità del Servizio, preposto anche all'acquisto, allo stoccaggio e alla distribuzione dei diversi tipi di vaccini nei propri ambulatori, e, per la campagna antinfluenzale annuale, all'approvvigionamento anche dei reparti ospedalieri, Medici di Medicina Generale, case di riposo, altri Enti, ecc.

Nel corso del 2012 sono pervenute complessivamente 445 segnalazioni di malattie infettive (585 nel 2011), e sono state fatte 247 inchieste epidemiologiche (281 nel 2011).

Allegato C

Nella tabella seguente sono sinteticamente rappresentate le segnalazioni pervenute nel biennio 2011-12.

MALATIE INFETTIVE SEGNALATE AL SISP	2011	2012	MALATIE INFETTIVE SEGNALATE AL SISP	2011	2012
TB	47	65	Rickettiosi	19	7
Scarlattina	43	69	Leishmaniosi	4	3
Varicella	247	121	Sifilide	8	10
Morbillo	16	5	Malaria	4	4
Scabbia	40	23	Salmonellosi	25	46
Meningite	20	15	Epatite (A,B,C)	5	4
Pediculosi	31	24	Tetano	3	1
M. di Creutzfeldt Jakobs	0	2	Legionellosi	3	3
Rosolia congenita	4	2	West Nile Disease	1	3

Rispetto al 2011 si segnala una diminuzione delle denunce dei casi di meningiti, morbillo, varicella, rickettiosi, leishmaniosi, tetano, scabbia, rosolia congenita e pediculosi, mentre sono aumentate quelle per: M. di Creutzfeldt Jakobs, scarlattina, salmonellosi, sifilide, West Nile Disease e TB. Per quest'ultima malattia, si sono verificati 3 distinti focolai epidemici che hanno comportato lo screening di 468 contatti di cui 30 sono risultati positivi.

• Attività vaccinale

Si è data applicazione al Piano Nazionale e al Piano Regionale Vaccini mantenendo le coperture su ottimi livelli:

- intorno al 95% per le vaccinazioni antidifterite, tetano, pertosse, polio, epatite B, emofilo al primo anno di vita;
- del 95% circa per morbillo, rosolia, parotite al 13° mese;
- intorno all'80%, per la vaccinazione antivaricella offerta gratuitamente al 13° mese, sia in combinazione con il vaccino anti morbillo-rosolia-parotite, sia singolarmente;
- oltre il 90% contro il meningococco C.

In linea con il Piano Nazionale Vaccini sono state anche le coperture relative ai richiami del vaccino antimorbillo, parotite, rosolia, e di quello antidifterite, tetano, polio, pertosse per i bambini di cinque anni con coperture vicine al 95%. Alla coorte dei dodicenni è stata offerta, con chiamata attiva, la vaccinazione anti difterite-tetano-pertosse, varicella per i suscettibili e l'anti HPV per le adolescenti.

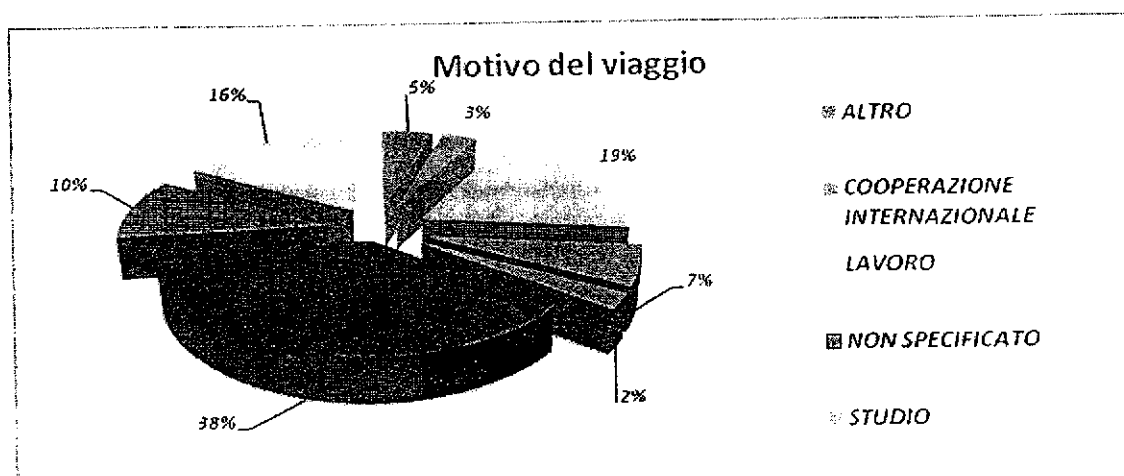
Allegato C

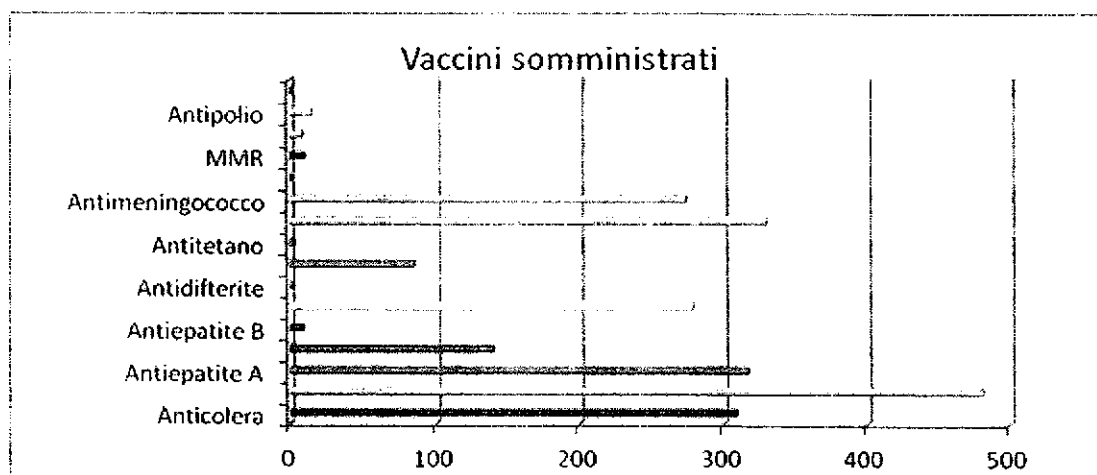
Con riferimento alla vaccinazione antipapilloma (HPV) va segnalato che, le coperture ottenute per le prime dosi sono superiori al 98% per la coorte del 1996, superiori al 97% per la coorte del 1997, mentre per le coorti del 1998 e 1999 sono superiori al 70%.

In merito alla vaccinazione anti pneumococcica, oltre all'implementazione delle coperture per i nuovi nati rispetto all'anno precedente con il raggiungimento di coperture del 97% per la corte del 2010, si è proceduto al recupero sierotipico per i bambini delle coorti dal 2006 al 2009 con coperture medie di circa 80%. Sono stati perciò raggiunti tutti gli obiettivi previsti dal Piano Regionale di Prevenzione.

- **Attività vaccinale per i viaggiatori internazionali**

Nel 2012 si sono rivolti al nostro servizio 676 viaggiatori, 594 italiani e 82 stranieri, recatisi all'estero per un qualsiasi motivo: turismo, studio, lavoro, visite a famigliari, volontariato etc.. I grafici seguenti illustrano le motivazioni del viaggio e l'attività vaccinale erogata.





- **Morsicature di animali**

Nel corso del 2012 è giunta comunicazione di 78 casi di lesioni da morso di animale. E' stata praticata la vaccinazione antitetanica a 18 persone, in alcuni casi accompagnata da terapia antibiotica e antinfiammatoria, è stato registrato un solo rifiuto del vaccino

- **Colloqui con inadempienti**

In ottemperanza al protocollo regionale RAS sono state effettuate 82 convocazioni di genitori di bambini inadempienti alle vaccinazioni obbligatorie (33 si sono presentati per un colloquio col dirigente medico), sono state inviate 64 segnalazioni al tribunale dei Minori di Cagliari e altrettante ai Sindaci e ai Servizi Sociali dei Comuni in cui i bambini sono residenti.

Sono state erogate 6 sanzioni amministrative per inadempienza alle vaccinazioni dell'obbligo.

- **Attività rivolte al territorio in ambito di igiene ambientale**

In questo settore il SISP attiva programmi di vigilanza e controlli igienico-sanitari in:

- ❖ ambienti di vita collettiva (strutture socio-assistenziali, scolastiche, sportive-ricreative);
- ❖ cimiteri;
- ❖ attività di barbieri, parrucchieri e affini, studi medici, farmacie etc.;

Partecipa inoltre a conferenze di servizi, e commissioni in materia di pubblico spettacolo, radio protezione, gas tossici etc.



Allegato C

Nell'attività quotidiana riveste particolare importanza, anche e soprattutto per la varietà di casistica, la verifica in edilizia, cioè il controllo del possesso dei requisiti igienico-sanitari dei locali o immobili presso i quali s'intende attivare un'attività produttiva.

Il SISP si occupa altresì:

- ❖ inconvenienti igienici segnalati con assiduità dai residenti nel territorio aziendale;
- ❖ interventi di disinfestazione
- ❖ verifica con sopralluogo dell'idoneità degli alloggi, sia per rilevare le condizioni igieniche delle abitazioni di privati, sia per l'inserimento nelle graduatorie per l'assegnazione delle case popolari.
- ❖ verifica degli alloggi atti ad accogliere gli extracomunitari in ottemperanza alle nuove normative in materia d'immigrazione
- ❖ attività di prevenzione per il monitoraggio degli impianti natatori ad apertura annuale e stagionale, e si effettuano sopralluoghi a scopo di vigilanza e campionamenti chimico-fisici e microbiologici delle acque di piscina.

TIPOLOGIA DELLE ATTIVITA' DI CONTROLLO E VIGILANZA CONDOTTA DAI TECNICI DELLA PREVENZIONE	
SOPRALLUOGHI IDONEITA' ATTIVITA' ACCONCIATORI, ESTETISTI E AFFINI	2
SOPRALLUOGHI IDONEITA' ATTIVITA' RICETTIVE E SOCIO ASSISTENZIALI	2
SOPRALLUOGHI IDONEITA' STABILIMENTI BALNEARI	4
SOPRALLUOGHI IDONEITA' AUTORIMESSE CARRI FUNEBRI	2
SOPRALLUOGHI INCONVENIENTI IGIENICI	1286
COMUNICAZIONI RELATIVE AD INCONVENIENTI IGIENICI	460
SOPRALLUOGHI RILEVAZIONE CONDIZIONI IGIENICHE ABITAZIONI	90
SOPRALLUOGHI SCUOLE E STRUTTURE SOCIO- ASSISTENZIALI PRIMA INFANZIA	349
SOPRALLUOGHI IDONEITA' ALLOGGI PER ACCOGLIENZA EXTRACOMUNITARI	78
SOPRALLUOGHI ISTITUTI DI PENA	2
SOPRALLUOGHI AMBULATORI S.I.S.P.	38
SOPRALLUOGHI ED INTERVENTI PER ALLARME BIOTERRORISMO	20
SOPRALLUOGHI ED INDAGINI SU RICHIESTA MINISTERO DELLA SALUTE	4
SOPRALLUOGHI PER VERIFICA IGIENE CIMITERIALE	48
SOPRALLUOGHI PER ESTUMULAZIONI	690
VERIFICHE SULLO SMALTIMENTO DELLE ACQUE REFLUE	87
VERIFICHE DI STRUTTURE RICETTIVE E SOCIO- ASSISTENZIALI	308

Allegato C

VERIFICHE SULLE ATTIVITA' DIACCONCIATORI, ESTETISTI, TATUATORIE AFFINI	182
CAMPIONAMENTI DI ACQUE DI BALNEAZIONE	855
CAMPIONAMENTI IN STRUTTURE RICETTIVE PER RICERCA LEGIONELLA	369
CONTROLLO E CAMPIONAMENTI DI ACQUE DI RISCIA	375
PRATICHE E INTERVENTI DI POLIZIA MORTUARIA	2861
RICHIESTE PARERE SMALTIMENTO SOTTOPRODOTTI ORIGINE ANIMALE	106
MONITORAGGI DELLE STRUTTURE RICETTIVE PER LA RICERCA DI LEGIONELLA	197
INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE RELATIVE A CASI DI LEGIONELLOSI	6
COMUNICAZIONI O NOTIZIE DI REATO ALLA PROCURA	29
VIGILANZA E VERIFICA SULLE NOTIFICHE DI DISINFESTAZIONI	380
RICHIESTE ESAMINATE PER INTERVENTI DI DISINFESTAZIONE	694
COMUNICAZIONI RELATIVE AD INTERVENTI DI DISINFESTAZIONE	659
ATTIVITA' DI VIGILANZA NOTTURNA SU DISPOSIZIONI DELLA PREFETTURA	7
ISPEZIONI EFFETTUATE SU DISPOSIZIONI DELLA PREFETTURA	12

- **Epidemiologia**

- ❖ **La mortalità**

Il SISP gestisce l'archivio cartaceo di mortalità (ReNCaM) Aziendale ed è responsabile della raccolta, della codifica e della trasmissione delle informazioni riportate nelle schede di morte dei soggetti residenti nei 71 comuni afferenti alla Asl di Cagliari.

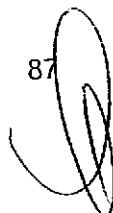
Al 31 dicembre 2012 sono state raccolte 4816 schede di causa di morte dei deceduti nel 2012 nel nostro territorio aziendale, residenti e no; sono stati emessi 212 certificati su richiesta di cittadini (208) e di amministrazioni (4).

Nella piattaforma SISAR regionale sono state inserite oltre 2000 schede di morte.

Per il periodo 2002-2010 ha iniziato a ricostruire e costruire il flusso, in modo completo e uniforme, della mortalità comunale per causa, rendendo così disponibile un potente strumento di analisi epidemiologica: sono state inserite 3383 schede di morte dei deceduti nell'area industriale di Sarroch- Assemini e 1470 di quelli deceduti nella città di Cagliari. A novembre 2012 è stata ultimata l'analisi descrittiva della mortalità riferita al periodo 2002-2010 del comune di Sarroch.

- ❖ **La morbosità**

87



Allegato C

Nel mese di aprile 2012 sono stati presentati in Azienda i risultati dello studio di prevalenza ospedaliera dei Tumori iniziato nel corso del 2011, e si è dato avvio ad uno studio sulla prevalenza e incidenza ospedaliera dei tumori nei residenti del comune di Sarroch, riferita al periodo 2005-2010.

❖ I sistemi di sorveglianza Passi e Passi d'Argento

All'interno del Servizio sono attivi dal 2009 il sistema di sorveglianza Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI) e PASSI d'Argento.

PASSI è un sistema tempestivo, flessibile e facilmente adattabile al contesto territoriale in cui si opera, che fornisce in continuo, informazioni sui comportamenti connessi allo stato di salute della popolazione adulta (18-69 aa).

PASSI d'Argento invece è un sistema di sorveglianza rivolto alla popolazione con più di 64 anni e prende in considerazione alcuni aspetti di salute e di malattia nel tempo.

Numero assoluto di interviste completate per ASL e mese:

vai al menu

	gennaio		febbraio		marzo		aprile		maggio		giugno		luglio-agosto		settembre		ottobre		novembre		dicembre		non indicato		Tot. Asl (su base annual)				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
SASSARI	18	72	14	56	25	100	26	104	24	96	25	100	27	108	19	76	22	88	26	104	17	68					243	88.4	
CUBIA														9	45	14	70	14	70	13	65							50	22.7
NUORO														21	105	18	90	10	50	19	95							68	30.9
LANUSEI					13	86.7	14	93.3	15	100	7	46.7	3	20	14	93.3	16	106.7	15	100	13	86.7						110	66.7
ORISTANO	7	35	6	30	12	60	17	85	13	65	10	50	22	110	17	85	15	75	32	160	19	95					170	77.3	
SANLURI	15	100	16	106.7	15	100	15	100	15	100	15	100	15	100	15	100	15	100	15	100	15	100						166	100.6
CARBONIA	10	66.7	8	53.3	10	66.7					11	73.3	14	93.3	14	93.3	15	100	16	106.7	13	86.7						111	67.3
CAGLIARI	36	102.9	36	102.9	35	100	36	102.9	35	100	35	100	35	100	36	102.9	35	100	35	100	33	94.3	2	5.7			389	101	
TOTALE REGIONALE	86	52.1	80	48.5	110	66.7	108	55.5	102	61.8	103	62.4	116	70.3	145	87.9	150	90.9	163	98.8	142	86.1	2	1.2			1307	72	
TOTALE NAZIONALE	3192	90.2	3150	89	3275	95.4	3213	90.8	3235	91.4	3243	91.6	3572	103.8	3305	93.4	3283	92.8	3224	91.1	3174	89.7	9	0.3			36075	92.7	

esporta in XLS

In questa tabella estrapolata dal website dell'ISS si apprezzano i risultati ottenuti per numero d'interviste somministrate dagli ASV del Servizio che hanno condotto le indagini. Il target mensile richiesto era di 25 interviste/mese per un totale di 275 interviste/ anno. L'assessorato regionale, in considerazione della scarsa adesione di altre ASL sarde, ha posto al nostro Servizio un obiettivo di 35 interviste al mese, ovvero 385 interviste annuali, che non solo è stato raggiunto, ma anche superato (389).

I dati ONS hanno evidenziato che tra le Asl partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale il 70% delle donne intervistate con il sistema Passi di età 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una mammografia



preventiva negli ultimi due anni. La Sardegna presenta un valore inferiore a questa media e per quanto riguarda l'ASL 8 di Cagliari il valore si attesta al 45,5%.

Mentre tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale dei soggetti di 18-64 anni vaccinati, durante le ultime quattro campagne contro l'influenza, è stata del 12%, anche nella ASL 8 di Cagliari si è ottenuto analogo risultato, infatti il 12,0% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante le ultime tre campagne antinfluenzali, mentre in quelle di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica (ictus, infarto e altre malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie, malattie croniche del fegato) tale percentuale sale al 21,7%; valore ancora inferiore a quello raccomandato (75%), ma superiore al dato nazionale.

- **Progetti di Prevenzione**

Nel corso del 2012 sono state completate le attività previste dai progetti di prevenzione di cui al PRP 2010-2012: Sicurvia, Incidenti domestici, Movimento è vita, Patologie tiroidee in età pediatrica, Riorganizzazione e razionalizzazione della rete vaccinale della A.S.L. di Cagliari, Recupero sierotipo vaccinale per pneumococco ed incremento delle coperture dei nuovi nati, implementazione della sorveglianza epidemiologica e di laboratorio.

Il Servizio ha coordinato le attività relative ai progetti nel territorio aziendale, ha collaborato con l'assessorato regionale per il progetto sulle Tireopatie, fornendo il materiale per la formazione/informazione prodotto nel Servizio e quindi utilizzato da tutte le altre ASL regionali. Ha avuto inoltre il ruolo di ASL capofila per il progetto SICURVIA, esplicitatosi anche attraverso l'organizzazione di eventi formativi a valenza regionale.

- **Medicina Sportiva**

Nel 2012 sono state autorizzate 9.053 visite medico-sportive per minori e portatori di handicap, curando le necessarie verifiche e gli atti amministrativi.

Nell'ambito della vigilanza delle corrette procedure per l'adozione del certificato unico sono state condotte 8 verifiche su società sportive e una verifica sull'attività di un centro autorizzato. **Struttura**

Complessa Promozione della Salute:

Con il Servizio di promozione della salute il Dipartimento di Prevenzione acquista sempre più una connotazione proiettata verso la Sanità Pubblica, con l'inserimento al suo interno di nuovi ambiti emergenti:

- **Prevenzione secondaria:** con interventi di prevenzione attuati mediante programmi di screening rivolti ad una popolazione target ben individuata.

Allegato C

- **Medicina delle migrazioni:** richiede un approccio interdisciplinare ed una visione complessiva con una programmazione interistituzionale degli interventi. La novità del fenomeno migratorio non sempre trova nel sistema sanitario un'adeguata collocazione organizzativa, con gravi conseguenze di ordine sociale e sanitario e quindi attraverso gli strumenti offerti dalla Medicina delle Migrazioni, il Dipartimento di Prevenzione, nell'ambito di questo Servizio, garantisce i necessari interventi.

Analisi delle attività erogate nell'esercizio

Screening del carcinoma del colon retto

Il Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007, ai sensi dell'Intesa tra Stato e Regioni, individuava l'ASL di Cagliari quale Azienda pilota in ambito regionale per lo screening del carcinoma colorettaale.

Il Piano Regionale della Prevenzione per il triennio 2010-2012 ha previsto il coinvolgimento delle AOU di Cagliari e Sassari nella realizzazione delle attività di screening, pertanto in considerazione del contributo, nel caso specifico, dell'AOU di Cagliari si è proceduto alla ridefinizione delle modalità operative del progetto in esame ed alla riprogrammazione dell'attività in funzione della distribuzione delle prestazioni da eseguire fra le due Aziende.

L'ASL di Cagliari ha avviato lo screening del colon retto nel novembre 2008 con l'invito della popolazione target del Distretto del Sarrabus - Gerrei, successivamente gli inviti sono stati estesi alla città di Cagliari, al Distretto di Cagliari Area Vasta, al Distretto di Area Ovest, al Distretto del Sarcidano – Barbagia di Seulo e Trexenta e con l'invito alla popolazione del Distretto di Quartu – Parteolla si è concluso il primo round.

Attualmente è in corso il secondo round con l'invito, a partire dal secondo semestre del 2012, della popolazione del Distretto del Sarrabus-Gerrei e della città di Cagliari.

Dati di attività di screening (01.01.2012 – 31.12.2012)

Target annuale ASL di Cagliari	78.237
Esclusi prima dell'invito	31
Invitati	83.572
Inviti inesitati	4.694
Esclusi dopo invito	0
Screenati	23.030

Indicatori progetto	Valore atteso al 31.12.2012	Valore osservato al 31/12/2012
	Dato regionale	Dato aziendale
Tasso medio di adesione della popolazione target (1)	50%	29,40%
Compliance alla colonscopia dei soggetti FOBT positivi (2)	>85%	79,10%
Proporzione di colonscopie complete	>90%	98,50%
Estensione dello screening	100%	106,80%
Adesione corretta; adesione grezza (1)	45%	29,2%; 27,6%

Allegato C

(1) Gli indicatori "tasso medio di adesione della popolazione target" e "adesione corretta e adesione grezza" esprimono dei valori parziali in quanto ancora non si conosce la risposta degli inviti spediti nell'ultimo trimestre.

(2) Il valore rilevato per l'indicatore "compliance alla colonscopia dei soggetti FOBT positivi" risulta sottostimato in quanto sono ancora in corso le attività dell'ultimo periodo relative al primo livello.

Screening del carcinoma della cervice uterina

Lo screening aziendale ha preso avvio nel dicembre 2007, attualmente i pap-test vengono effettuati presso il Centro Donna ed i 16 Consultori aziendali dislocati nell'intero ambito territoriale della ASL. Presso il Centro Donna vengono effettuati, inoltre, gli approfondimenti diagnostici (accertamenti, colposcopie e biopsie), in tale sede è ubicato anche il Laboratorio Analisi accreditato, presso il quale viene eseguita la lettura e refertazione dei test.

A partire dal 14.06.2011 è iniziata la collaborazione con la A.O.U. di Cagliari tramite la Clinica Ostetrica e Ginecologica del P.O. S. Giovanni di Dio, nella medesima sede vengono effettuati la lettura e refertazione dei test oltre gli eventuali approfondimenti diagnostici necessari sino al completamento dell'intero percorso di screening.

Attualmente è in corso il terzo round il cui termine è previsto entro il 2014.

Dati di attività di screening (01.01.2012 – 31.12.2012)

Target annuale ASL di Cagliari	57.542
Esclusi prima dell'invito	13
Invitati	56.790
Inviti inesitati	3.321
Esclusi dopo invito	275
Screenati	23.295

Indicatori progetto	Valore atteso al 31.12.2012	
	Dato regionale	Dato aziendale
Recupero non responders (% donne che non hanno mai eseguito pap test di screening)	20,30%	N. R.
Copertura	100%	98,70%
Adesione corretta	50%	43,60%

Screening del carcinoma della mammella

Il Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007, ai sensi dell'Intesa tra Stato e Regioni, individuava l'ASL di Sassari quale Azienda pilota in ambito regionale per lo screening del tumore della mammella, pertanto l'ASL di Cagliari ha ritenuto opportuno procedere prioritariamente all'avvio degli altri screening in cui ha svolto il medesimo ruolo di Azienda pilota.

Il modello organizzativo predisposto nell'ASL di Cagliari prevede la presenza di una struttura centrale altamente specializzata - Unità di Refertazione Centralizzata (U.R.C.) ubicata nella Cittadella della Salute a Cagliari e tre strutture dislocate nel territorio - Distretti del Sarrabus-Gerrei, di Quartu-Parteolla e del Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta - che si raccordano con l'U.R.C. per la lettura dei radiogrammi mammografici e per gli approfondimenti. L'U.R.C. ed i Distretti sono tra loro collegati telematicamente al fine di consentire il trasferimento in tempo reale delle immagini radiografiche digitali.

Attualmente delle tre strutture territoriali previste è in attività il Distretto di Quartu-Parteolla, nel breve periodo saranno operative anche le altre sedi Distrettuali.

Il Piano Regionale della Prevenzione per il triennio 2010-2012 ha previsto il coinvolgimento delle AOU di Cagliari e Sassari nella realizzazione delle attività di screening, pertanto in considerazione del contributo, nel caso specifico, dell' AOU di Cagliari si è proceduto alla ridefinizione delle modalità operative del progetto in esame ed alla riprogrammazione dell'attività in funzione della distribuzione, fra le due Aziende, delle prestazioni da eseguire.

Si prevede, nel corso del 2013, il raggiungimento degli obiettivi stabiliti con il completamento della dotazione strumentale necessaria per la piena operatività di tutte le sedi Distrettuali.

Dati di attività di screening (01.01.2012 – 31.12.2012)

Target annuale ASL di Cagliari	39.720
Esclusi prima dell'invito	3
Invitati	25.225
Inviti inesitati	908
Esclusi dopo invito	2.785
Screenati	7.161

Indicatori progetto	Valore atteso al 31.12.2012 Dato regionale	Valore osservato al 31/12/2012 Dato aziendale
Estensione teorica	100%	63,50%
Estensione corretta	100%	61,20%
Adesione	60%	33,30%
Recupero non responders (% donne che non ha mai effettuato mammografia preventiva)	38%	N. R.



Allegato C

Prevenzione del diabete mellito di tipo 2 e delle malattie cardiovascolari nella popolazione ad alto rischio attraverso la correzione dei fattori di rischio

L'ASL di Cagliari, con atto deliberativo n.187 del 21 febbraio 2012 successivamente rettificato con delibera n. 333 del 13.03.2012, ha provveduto a costituire il Gruppo di Coordinamento Aziendale dei tre progetti di prevenzione del diabete e delle sue complicanze, in ottemperanza alle indicazioni impartite dall'Assessorato Regionale alla Sanità.

Il progetto di Prevenzione del Diabete di tipo 2 e delle malattie cardiovascolari si pone come obiettivo la valutazione del rischio diabete nella popolazione di riferimento attraverso un programma di prevenzione che va ad incidere sullo stile di vita nei soggetti ad alto rischio.

L'Azienda ha predisposto un proprio programma che, seguendo le indicazioni regionali e le iniziative adottate dalle due ASL pilota, prevede il coinvolgimento di: Medici di Medicina Generale, Servizi di Diabetologia, Servizi di Cardiologia, Servizio Promozione della Salute e Farmacisti.

Con atto deliberativo n.1631 del 23 novembre 2012, l'ASL di Cagliari ha approvato il Piano Operativo Aziendale denominato "Prevenzione del diabete mellito di tipo 2 e delle malattie cardiovascolari nella popolazione ad alto rischio attraverso la correzione dei fattori di rischio".

La popolazione target verrà coinvolta in modo capillare in ogni singolo Distretto, per cui il percorso previsto dal Piano sarà articolato nei seguenti steps:

- **Campagna di informazione/sensibilizzazione.** Il Direttore Generale, presenterà il progetto attraverso i mass-media ed altri mezzi di comunicazione.
- **Distribuzione del questionario agli utenti di età superiore ai 35 anni.** Verranno messe in atto tutte le varie forme di distribuzione del questionario al fine di raggiungere tutta la popolazione interessata; il questionario sarà reso disponibile sul sito ASL (www.aslcagliari.it) e potrà essere ritirato presso le strutture sanitarie del territorio (Servizi di Diabetologia, Servizi di Cardiologia, Farmacie, Ambulatori MMG, ecc).
- **Compilazione consegna ed analisi del questionario.** Un Diabetologo ed un Infermiere Professionale, saranno disponibili nei singoli comuni e/o gruppi di comuni identificati, presso una sede dell'ASL per ricevere quanti vorranno avere un sostegno per la compilazione del questionario, per la definizione del rischio e per il successivo approfondimento diagnostico.
- **Piano di intervento personalizzato.** Il MMG ed il Diabetologo, sulla base del risultato valuteranno l'eventuale necessità di un controllo glicemico del paziente, ovvero proporranno un piano educativo personalizzato finalizzato all'adozione di uno stile di vita che possa efficacemente prevenire l'insorgenza

Allegato C

del diabete andando ad agire sulle abitudini alimentari e l'attività motoria. L'adesione a questo progetto consentirà quindi di fare una diagnosi precoce della malattia e di adottare la terapia appropriata prima che si presentino le complicanze.

- **Raccolta ed elaborazione dati.** L'ultima, ma non meno importante, tappa consiste nella raccolta ed elaborazione dei dati attraverso un software dedicato, che consentirà all'Azienda ed alla Regione di studiare il fenomeno dal punto di vista epidemiologico e, conseguentemente, di adottare le migliori politiche sanitarie per il futuro.

In data 11 e 12 novembre del 2012, in concomitanza con la "giornata mondiale di prevenzione del Diabete", nell'ASL di Cagliari presso il Servizio di Diabetologia del P.O. SS. Trinità è stato organizzato un evento pilota durante il quale sono stati distribuiti alla popolazione n.152 questionari di Tuomilehto. Tale evento è stato divulgato attraverso i comuni mass media.

Attualmente si stanno attivando tutte le procedure amministrative necessarie per l'acquisizione delle risorse strumentali e personali previste dal Piano Operativo Aziendale.

Indicatori

Indicatori progetto	Valore atteso al 31.12.2012 Dato regionale	Valore osservato al Dato aziendale
N° questionari compilati/N° questionari distribuiti	50%	100%
N° sogg. screenati per diabete e malattie cardiovascolari/ totale sogg. individuati a rischio	50%	32%
N° sogg. a rischio in educazione strutturata / totale sogg. a rischio	50%	50%

Prevenzione delle complicanze del diabete attraverso la Gestione Integrata

L'ASL di Cagliari, con atto deliberativo n.187 del 21 febbraio 2012 successivamente rettificato con delibera n. 333 del 13.03.2012, ha provveduto a costituire il Gruppo di Coordinamento Aziendale dei tre progetti di prevenzione del diabete e delle sue complicanze, in ottemperanza alle indicazioni impartite dall'Assessorato Regionale alla Sanità.

Il Gruppo di Coordinamento Aziendale dei tre progetti di prevenzione ha ritenuto opportuno procedere prioritariamente alla predisposizione del Piano Operativo Aziendale denominato "Prevenzione del



Allegato C

diabete mellito di tipo 2 e delle malattie cardiovascolari nella popolazione ad alto rischio attraverso la correzione dei fattori di rischio” ed occuparsi del progetto in argomento successivamente.

Nell'ambito del progetto “Prevenzione delle complicanze del diabete attraverso la Gestione Integrata (GI)”, l'ASL di Cagliari ha realizzato, nel 2009, un corso di formazione rivolto ai MMG convenzionati. Nel corso del 2012 non sono stati realizzati ulteriori eventi formativi.

Indicatori

Numero MMG aderenti alla GI: 120

Numero totale MMG appartenenti all'Azienda: 421

Indicatori progetto	Valore atteso al 31.12.2012	Valore osservato al 31/12/2012
	Dato regionale	Dato aziendale
N. operatori formati/n.operatori da formare	100%	25,80%
N. pazienti con protocollo assistenziale/n. pazienti reclutati	80%	41,40%

Estensione della carta del rischio cardiovascolare

Il Piano Regionale della Prevenzione per il triennio 2010-2012, nell'ambito del Progetto “Estensione della carta del rischio cardiovascolare”, si propone di completare il programma previsto nel Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007 ponendo particolare enfasi sull'utilizzo capillare ed estensivo delle carte di rischio cardiovascolare da parte dei MMG e dei Cardiologi ambulatoriali, e nel contempo prevedendo anche la realizzazione di interventi educativi rivolti alla popolazione, attraverso campagne di sensibilizzazione sulle tematiche relative agli stili di vita e alla prevenzione degli eventi cardiovascolari. Con atto deliberativo n. 97 del 7 febbraio 2012, il Direttore Generale ha disposto di dare attuazione all'evento formativo aziendale riferito al progetto di prevenzione “Estensione della carta del rischio cardiovascolare”.

Il corso di formazione, rivolto ai n. 435 MMG convenzionati con l'ASL di Cagliari, articolato in più edizioni è stato realizzato nell'arco temporale compreso tra febbraio e giugno 2012.

In considerazione delle premesse sopra esposte l'ASL di Cagliari, con atto deliberativo n.1114 del 24 luglio 2012, ha approvato il Piano Operativo Aziendale denominato “Estensione della carta del rischio cardiovascolare” elaborato dalla Commissione appositamente costituita nell'ambito del Servizio Promozione della Salute.

95



Allegato C

L'articolazione del progetto, secondo una precisa scelta strategica Aziendale, prevede "l'offerta attiva" gratuita di tutto il percorso preventivo alla popolazione target di età compresa tra i 40 ed i 69 anni.

Ai fini di un'efficace attuazione delle diverse fasi del percorso di cui trattasi, nel rispetto dell'articolazione prevista dall'elaborato progettuale, si è inoltre reso necessario supportare il percorso organizzativo previsto con un adeguato sistema informativo, in grado di consentire un'agevole gestione delle attività e degli interventi programmati.

Si evidenzia che l'articolazione del percorso previsto dal Piano seguirà le seguenti fasi operative come di seguito indicate:

- a. Invito
- b. Esecuzione e ritiro degli esami ematologici
- c. Predisposizione della Carta del rischio
- d. Presa in carico dei pazienti
- e. Approfondimento diagnostico
- f. Campagna di Educazione Sanitaria

In data 12 ottobre 2012, presso la Direzione Generale dell'ASL di Cagliari, si è tenuta una conferenza stampa, alla presenza degli organi di comunicazione e degli operatori sanitari, per la presentazione del progetto di Prevenzione "Estensione della carta del rischio cardiovascolare".

In considerazione dell'elevato target, costituito da circa 200.000 persone da invitare nell'arco di un biennio ad effettuare gli esami ematochimici (colesterolemia totale, colesterolo-HDL e glicemia) ed a sottoporsi, in caso di alto rischio, agli accertamenti clinici e strumentali previsti, si sta provvedendo all'acquisizione di un software applicativo dedicato, che consenta la gestione delle operazioni previste dal progetto.

Attualmente si stanno attivando tutte le procedure amministrative necessarie per l'acquisizione delle risorse strumentali e personali previste dal Piano Operativo Aziendale.

Indicatori

Indicatori progetto	Valore atteso al 31.12.2012 Dato regionale	Valore osservato al Dato aziendale
% persone che conosce il proprio punteggio	20%	7,50%
n. MMG che utilizzano la carta/n. totale MMG	80%	21,40%

Allegato C

Prevenzione e riduzione delle recidive dello Scompensamento Cardiaco Cronico (SCC) secondario a patologie cronico-degenerative

L'ASL di Cagliari, con atto deliberativo n.1764 del 20 dicembre 2011, ha provveduto a costituire la Commissione di Coordinamento Aziendale dei progetti di prevenzione delle patologie cardiovascolari, in ottemperanza alle indicazioni impartite dall'Assessorato Regionale alla Sanità.

La Commissione di Coordinamento Aziendale dei progetti di prevenzione ha ritenuto opportuno procedere prioritariamente alla predisposizione del Piano Operativo Aziendale denominato "Estensione della carta del rischio cardiovascolare" ed occuparsi del progetto in argomento successivamente.

Nell'ambito del progetto "Prevenzione e riduzione delle recidive dello Scompensamento Cardiaco Cronico (SCC) secondario a patologie cronico-degenerative", nel corso del 2012, non sono stati realizzati eventi formativi. Attualmente si stanno attivando tutte le procedure amministrative necessarie per l'avvio dei corsi di formazione rivolti ai MMG, internisti, cardiologi ospedalieri ed ambulatoriali, diabetologi e nefrologi.

Indicatori

	Valore atteso al 31.12.2012	Valore osservato al 31/12/2012
Indicatori progetto	Dato regionale	Dato aziendale
N. MMG formati/N. totale di MMG	80%	N. R.
n. specialisti territoriali formati/n. totale di specialisti territoriali	100%	N. R.
Numero PO che adottano la lettera di dimissione ospedaliera/N. totale di PO	80%	N. R.

Medicina delle Migrazioni

Per quanto riguarda le altre aree di intervento, nel contesto della organizzazione del "Servizio di promozione della salute" è previsto l'ambito della Medicina delle migrazioni, con compiti di erogazione di assistenza sanitaria agli immigrati non regolari, attraverso l'ambulatorio di prima accoglienza istituito fin dal 2005 presso il poliambulatorio di V.le Trieste a Cagliari, che insieme al COSSI (Centro di orientamento dei Servizi sanitari per gli Immigrati) fornisce risposte al bisogno della salute degli



Allegato C

stranieri, secondo le indicazioni fornite dal Piano Sanitario Regionale 2006/2008 e in attuazione delle disposizioni previste dalla normativa vigente (Decreto Lgs. del 25.07.1998 n. 286, D.P.R. del 31.08.1999, n. 394, Circolare n. 5 del 24.03.2005 del Ministero della Sanità).

Il programma aziendale, partendo dagli obiettivi programmatici tesi alla promozione di una cultura di cooperazione all'interno dell'Azienda e di collaborazione a progetti di sostegno sanitario agli immigrati regolari e non regolari, rifugiati e richiedenti asilo politico, affronta il problema secondo specifiche linee di azione che si concretizzano nell'attività svolta da un ambulatorio di prima accoglienza per gli stranieri temporaneamente presenti e non iscritti al SSN e da una struttura operativa denominata COSSI (Centro di Orientamento dei Servizi Sanitari per gli Immigrati), con il compito istituzionale di promuovere lo sviluppo dei programmi di accoglienza e assistenza agli immigrati.

In tale ambito, sono stati avviati diversi protocolli di collaborazione con organismi istituzionali e del volontariato coinvolti nella gestione di tali problematiche, per il conseguimento di obiettivi comuni e azioni di sinergia nei programmi di assistenza socio-sanitaria agli immigrati.

Tali azioni hanno fatto emergere la consapevolezza circa la necessità di favorire e potenziare l'interazione delle persone immigrate con i servizi sociosanitari attraverso un rapporto efficace e favorevole con gli operatori e le strutture, ponendo in essere tutti gli elementi utili alla rimozione degli ostacoli che impediscono il successo dell'incontro domanda – offerta e nel contempo siano capaci di garantire il rispetto delle specifiche identità culturali e delle differenze linguistiche.

Inoltre le azioni sopradelineate hanno necessitato nel corso del 2012 di ulteriori interventi atti a consentire l'implementazione ed il potenziamento dell'attività fin qui portata avanti.

Quindi nel corso del 2012 quest'area è stata caratterizzata da un costante sviluppo e implementazione dei compiti d'istituto, attraverso l'attuazione e l'avvio del progetto finanziato dal Ministero del Lavoro e della Salute, denominato " Linee di intervento transculturali nell'assistenza di base e nel Materno Infantile", nell'ambito del programma CCM 2010, che ha avuto avvio a Settembre 2010 proseguito per tutto il 2011 e 2012, e risulta tutt'ora in fase di realizzazione.

Il progetto di cui trattasi ha consentito, tra le altre cose di organizzare e avviare un altro ambulatorio per STP c/o il Poliambulatorio di Quartu S.Elena , avvenuto a Luglio del 2011 oltre che attivate prestazioni di Mediazione culturale direttamente dal Servizio , in aggiunta a quelli messi a disposizione dalla Provincia di Cagliari attraverso un apposito accordo.

Per quanto riguarda l'assistenza diretta al paziente, la necessità della sua implementazione è partita da una analisi della situazione demografica relativa alla stima degli immigrati residenti o domiciliati in questo



Allegato C

ambito territoriale che ricomprende tutto il Parteolla e parte del sarrabus gerrei, oltre all'area metropolitana di Quartu S.Elena 3° di tutta l'isola per numero di abitanti e dall'attività attualmente erogata nell'ambulatorio STP funzionante.

Da tale analisi è scaturita l'esigenza della apertura di un nuovo ambulatorio STP nel Poliambulatorio di Quartu S.E. e dal potenziamento, con acquisizione di nuove figure professionali attualmente carenti, quali i mediatori culturali e le ostetriche.

Inoltre l'esperienza maturata nella nostra Azienda nell'ambito della medicina delle migrazioni, ha messo in evidenza la necessità di favorire la corretta fruizione dei Servizi sanitari per la popolazione immigrata attraverso la facilitazione dell'accesso, che vede nel Centro di Orientamento ai Servizi Sanitari per gli Immigrati (C.O.S.S.I.), individuato nell'ambito del Servizio promozione della Salute, lo strumento organizzativo di riferimento della nostra ASL.

L'attuazione delle linee di attività del COSSI, oggetto di uno specifico programma aziendale, ha fatto emergere la consapevolezza che occorre favorire e potenziare l'interazione delle persone immigrate con i servizi sociosanitari attraverso una rapporto efficace e favorevole con gli operatori, ponendo in essere tutti gli elementi che possano favorire la rimozione degli ostacoli che impediscono il successo dell'incontro domanda – offerta e nel contempo siano capaci di garantire il rispetto delle specifiche identità culturali e delle differenze linguistiche.

In questa ottica è emersa l'esigenza di utilizzare la mediazione interculturale come strumento fondamentale.

Sulla base di tali considerazioni è stata individuata quale strategia per migliorare l'interazione fra i servizi socio-sanitari e i cittadini immigrati, l'inserimento del mediatore linguistico-culturale in quanto figura capace di accogliere e decodificare le aspettative di ognuna delle parti coinvolte nella comunicazione.

E' stato quindi perseguito l'obiettivo generale di sviluppare modelli di promozione dell'accesso ai servizi sociosanitari delle popolazioni immigrate e di promuovere attività di informazione e orientamento fornendo un supporto per la creazione di servizi informativi socio-sanitari transculturali nelle ASL italiane.

Quanto sopra al fine di concretizzare l'attività attraverso una vera e propria presa in carico del paziente immigrato, con il fine di accompagnarlo nella soluzione di tutte le problematiche dovute al disagio socio-sanitario.

A tal fine, sono state potenziate le attività di rete ospedale e territorio e le attività integrate con Istituzioni e Associazioni già esistenti.



Allegato C

La struttura inoltre, nel corso del 2012 ha continuato ad operare attraverso il coinvolgimento sinergico di altre istituzioni e di associazioni, con le quali sono stati stipulati vari protocolli di intesa che riguardano l'effettuazione di esami auxologici per i presunti minori sbarcati clandestinamente, acquisizione di interventi di mediazione culturale di mediatori stranieri, erogazione di assistenza per centri di accoglienza di donne vittime di tratta e di rifugiati politici.

Alla gestione di tali precedenti accordi è proseguito, nei primi mesi del 2012 la stipula e gestione del protocollo di intesa con la Protezione Civile della Sardegna e con la Provincia di Cagliari per la garanzia dell'assistenza sanitaria agli immigrati dell'" Emergenza Nord Africa .-

Per quanto riguarda il tasso di attività del OSSI gli accessi ai servizi per tutte le tipologia di prestazioni sanitarie, amministrativa, ecc . nell'annualità 2012 risultano n. 435 , a fronte di n. 574 accessi nell'intera annualità 2011.

In termini di accessi e servizi per quanto riguarda la assistenza di base per l'intero esercizio 2012 sono state effettuate 2524 visite agli immigrati presso l'ambulatorio STP di Cagliari, mentre nell' annualità 2011 le prestazioni effettuate dall'ambulatorio STP di Cagliari risultano 2501.

Come si evince da quanto sopraesposto l'attività dell'Area medicina delle Migrazioni ha avuto, nel corso dell'esercizio 2012 e rispetto agli esercizi pregressi, un notevole incremento sia dal punto di vista quantitativo, in quanto caratterizzata dall'aumento del numero delle prestazioni erogate , che qualitativo poichè risulta oramai a regime un modello operativo che si basa su un impianto organizzativo per processi e per obiettivi.

Struttura Complessa Servizio veterinario Area "A":

Il Servizio Veterinario di Sanità Animale Area "A" svolge prevalentemente la sua attività presso gli allevamenti animali presenti nel territorio a tutela della salute pubblica, per gli aspetti relativi alle malattie antropozoonosiche, e della salute animale per tutte le altre malattie degli animali. Sono presenti nel territorio n° 865 aziende bovine capi n° 24749, n° 2372 aziende ovi-caprine capi n°511846, n°2297 aziende suinicole capi n°42614, n°1139 aziende equine capi n°3059 presso le quali i veterinari dipendenti svolgono prevalentemente la loro attività. Infatti essi con il proprio mezzo o con quello messo a disposizione dell'Azienda si recano costantemente presso le aziende zootecniche per effettuare le prestazioni. E' comprensibile i riflessi socio-economici che questa attività determina soprattutto in una realtà come quella della Sardegna caratterizzata particolarmente nelle zone interne da una economia agro-pastorale.

Principali funzioni del Servizio

- a) profilassi delle zoonosi e delle altre malattie infettive ed infestive diffuse degli animali;
- b) programmi di bonifica sanitaria e di eradicazione delle malattie di interesse antropozoonosico e zoosanitario;
- c) vigilanza sull'attuazione dei piani di profilassi delle malattie infettive e parassitarie degli animali;
- d) vigilanza sui trattamenti immunizzanti e sulle inoculazioni diagnostiche in campo veterinario;
- e) vigilanza sulle stalle di sosta, i mercati, le fiere e le esposizioni animali, i concentramenti di animali;
- f) vigilanza sul trasporto degli animali e sullo spostamento degli animali per ragioni di pascolo;
- g) promozione ed attuazione di indagini epizootologiche su base locale;
- h) vigilanza sull'assistenza zoiatrica;
- i) educazione sanitaria relativa all'igiene e sanità pubblica veterinaria.

Descrizione delle articolazioni organizzative e loro principali attività

Il Servizio è articolato in Settori (2) e Unità Operative (U.O.) (5).

I Settori:

- 1) Attuazione dei Piani di Risanamento e Gestione Anagrafe Animale;
- 2) Epidemiologia e Controllo Malattie Infettive e Zoonosi;

sono strutture funzionali, individuati come strutture semplici e affidati, con incarico ufficiale, rispettivamente al Dr. G. Musio e alla Dr.ssa B.M. Falchi hanno preminentemente un'attività di programmazione, coordinamento e applicazione uniforme delle direttive sul territorio.

Unità Operative

Le Unità Operative sono strutture organizzative coordinate dai Referenti Territoriali, ai quali come da accordi con l'amministrazione precedente, dovrebbe essere riconosciuta l'IPAS, svolgono l'attività nei territori, corrispondenti ai 5 Distretti Socio Sanitari (Cagliari, Quartu S.E., Muravera, Senorbi, Isili) di gestione delle domanda e di erogazione dei Servizi. Svolgono le attività di competenza n°26 Veterinari dipendenti del Servizio a tempo indeterminato, n°3 Veterinari a tempo determinato, n°4 Veterinari Specialisti e n° 20 dipendenti del ruolo tecnico e amministrativo che in parte rendono le loro prestazioni anche agli altri Servizi Veterinari.

Allegato C

I Responsabili del Settore svolgono permanentemente, la Dr.ssa Falchi, o saltuariamente anche attività nel territorio e si raccordano costantemente con il Responsabile del Servizio, impartiscono direttive ai Referenti Territoriali ognuno per il settore di propria competenza. Non coordinano operativamente i veterinari ma svolgono compiti di verifica e controllo sull'attività effettuata. Sono corresponsabili del raggiungimento degli obiettivi.

I Referenti del territorio recepiscono le indicazioni del Responsabile del Servizio e dei Capi Settore e le trasmettono ai Veterinari del territorio, coordinano l'attività del personale sanitario e del comparto. Sono corresponsabili del raggiungimento degli obiettivi.

Sono frequenti, peraltro, le occasioni comuni di confronto sulle varie tematiche da affrontare.

Analisi e descrizione dell'attività svolta e confronto rispetto agli anni precedenti

Il Servizio di "Sanità Animale" nel corso del 2012, oltre le attività istituzionali relative alla lotta alle malattie infettive e infestive degli animali previste dal Regolamento di Polizia Veterinaria D.P.R. 320/54, ha in particolare affrontato le problematiche connesse alla Peste Suina Africana visti i negativi riflessi socio-economici che questa malattia determina nella Regione Sardegna.

Infatti è stato attivato un Piano Straordinario di monitoraggio delle aziende suinicole, finanziato in parte dalla CEE, che ha comportato fra l'altro l'acquisizione di ulteriori risorse umane (n°7 veterinari e n°10 agenti tecnici). Sono stati sottoposti a Controllo Ufficiale tutti gli allevamenti presenti nel territorio (circa 2.700).

E' stata contrastata anche la nuova epidemia di Blue Tongue che ha determinato il riscontro di circa 250 focolai di malattia con circa 6.000 ovi-caprini morti.

Struttura Complessa Servizio veterinario Area "B";

Assicura i compiti istituzionali assegnati dalle norme e dai regolamenti con il controllo e la vigilanza sulla produzione, trasformazione, conservazione degli alimenti di origine animale garantendone la salubrità. Tale attività avviene nell'ambito degli stabilimenti di macellazione, degli stabilimenti per la produzione di carne e degli stabilimenti per la produzione di prodotti per la pesca.

Assicura inoltre la vigilanza sulle strutture soggette a registrazione ai sensi del Reg. CE 852/04.

Struttura Complessa Servizio veterinario Area "C";

Allegato C

Nell'ambito dei compiti istituzionali assegnati dalle norme e dai regolamenti il Servizio veterinario Area C svolge attività di controllo e vigilanza sull'igiene e sulla qualità delle produzioni animali, in particolare sulla filiera lattiero-casearia.

Si occupa della protezione dei consumatori dai contaminanti ambientali e dai presidi chimico-farmacologici i cui residui possono persistere negli alimenti.

Assicura l'implementazione dell'anagrafe canina, presupposto indispensabile per la lotta al randagismo, anche attraverso la sterilizzazione delle cagne sia di proprietà che randage.

Struttura Semplice Dipartimentale Salute e Ambiente;

Predisporre specifici programmi di indagine mirati all'individuazione degli elementi che caratterizzano fenomeno di inquinamento ambientale per poter addivenire ad una valutazione dell'impatto che le sue componenti determinano sullo stato di salute della popolazione, in coerenza con le attività, promosse dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, di censimento/mappatura dei siti interessati dalla presenza di amianto per la precisa conoscenza dell'entità del fenomeno al fine di promuovere gli interventi di prevenzione.

Si occupa della promozione e della implementazione della collaborazione con i soggetti istituzionali deputati al controllo ambientale.

Struttura Semplice Dipartimentale Medicina Legale;

La Struttura Semplice Dipartimentale (SSD) "Medicina Legale" è stata attivata con Deliberazione del Direttore Generale ASL di Cagliari n. 995 del 29.07.2008, nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione, macrostruttura organizzativa aziendale, dotata di autonomia tecnico-professionale e gestionale, individuata dalla ASL di Cagliari quale modello ordinario di gestione delle attività proprie dell'assistenza collettiva.

il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda si articola in n. 7 Strutture Complesse (Servizio di Promozione della Salute, Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Servizio Sanità Animale, Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche, Servizio Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati) e n. 2 Strutture Semplici a valenza Dipartimentale ("Medicina Legale" e "Salute e Ambiente").

La SSD "Medicina Legale" è stata inserita nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione, in quanto si è reso strategicamente indispensabile superare la visione di una medicina legale operante solo nell'ambito



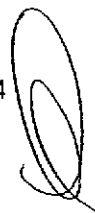
dell'igiene pubblica e dedicata quasi esclusivamente alle certificazioni e alla valutazione nell'ambito dell'invalidità civile e del riconoscimento dello stato di handicap.

In effetti, ciò è stato giudicato necessario, per le sempre maggiori applicazioni che la Medicina Legale riveste nel Sistema Integrato Aziendale: per esempio, negli ambiti del *Risk Management* e *Clinical Governance*, dei trapianti di organi e della consulenza tecnica di parte (in collaborazione con l'Area Legale) per il contenzioso in materia previdenziale e in materia di responsabilità professionale.

Prestazioni ed attività organizzative

La Struttura Semplice Dipartimentale (SSD) Medicina Legale garantisce le seguenti prestazioni ed attività organizzative:

- **Ufficio Invalidi** (organizzazione e coordinamento delle commissioni medico-legali della ASL Cagliari per gli accertamenti di invalidità civile, cecità civile, sordità, stato di handicap, per l'inserimento lavorativo degli invalidi e accertamenti collegati, quali la verifica della permanenza dello stato invalidante e dell'idoneità lavorativa; attività di collaborazione ed *interfacie* con l'INPS per l'implementazione ed ottimizzazione del nuovo flusso procedurale in vigore dal 01.01.2010; attività di informativa e supporto all'utenza per le pratiche di competenza);
- **Certificazioni Medico-Legali** (idoneità patenti di guida; idoneità patenti nautiche; idoneità porto d'armi; certificazioni per richiesta prestiti; certificati ad uso elettorale; idoneità al lavoro e corsi professionali; idoneità alla adozione; inidoneità vendita generi di monopolio; esenzione uso cinture di sicurezza; certificazioni ad uso militare; certificazioni per capacità deambulatoria sensibilmente ridotta; altre certificazioni medico-legali);
- **Medicina Necroscopica** (certificati necroscopici; interventi medico-legali su richiesta dell'Autorità Giudiziaria per rinvenimento di cadaveri; procedure e certificazioni per la cremazione; trattamenti antiputrefattivi delle salme);
- **Attività di Medicina Fiscale** (visite fiscali di controllo per lavoratori dipendenti temporaneamente assenti)
- **Collegio Medico Legale** (valutazioni medico-legali per Enti Pubblici o privati, previste da norme, regolamenti, specifiche discipline:
 - a. visite ai sensi dell'art. 5 Legge n. 300/1970 e normative collegate, per verifica idoneità/inidoneità lavorativa, cambio mansioni, risoluzione rapporto di lavoro per infermità non dipendenti da causa di servizio;



Allegato C

- b. Consulenze Tecniche d'Ufficio di pensionistica privilegiata e di inabilità, per la Corte dei Conti ex L. n. 658/1984, art. 2 u. c.;
- c. verifiche di idoneità/inidoneità al porto d'armi da fuoco, per le Autorità di Pubblica Sicurezza ed esame ricorsi avverso giudizi di inidoneità ex DM 28.04.1998 art. 4;
- d. istruzione pratiche ex DPR n. 461/2001 e ss. mm., per l'accertamento di infermità dipendenti da causa di servizio;
- e. pareri medico-legali di riconoscimento dell'inabilità lavorativa, per la concessione della pensione di reversibilità o di altri benefici previdenziali, su richiesta dell'INPDAP;
- f. esame ricorsi avverso giudizi di organi medico-legali monocratici dell'Azienda USL;
- g. ogni altra valutazione medico-legale collegiale, disposta dall'Autorità Giudiziaria, da regolamenti della Pubblica Amministrazione o di altri organismi);

- **Altre valutazioni medico-legali collegiali** (istruzione pratiche e emissione di pareri medico-legali per: concessione dei benefici previsti da leggi, regolamenti o CCNL: benefici per "gravi patologie soggette a terapie invalidanti"; congedi straordinari per cure connesse a invalidità riconosciute).
- **Pareri, consulenze e relazioni medico-legali** (previste da leggi e/o regolamenti o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, di Uffici Giudiziari, Pubbliche Amministrazioni);
- **Altre attività medico-legali sul territorio** (assistenza medico-legale, su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, negli sgomberi coatti);
- **Visite e relazioni su richiesta del Tribunale e/o dell'Ufficio di Sorveglianza;**
- **Istruzione medico-legale e amministrativa** delle istanze ai sensi della L. n. 210/1992 e procedure di liquidazione degli indennizzi;
- **Verifica delle procedure per i trapianti d'organo**, ai sensi della L. n. 458/1967 e normative collegate, in materia di prelievo di organi da vivente a fini di trapianto;
- **Collaborazione medico-legale con l'Area Legale dell'ASL Cagliari**, relativa ai ricorsi previdenziali e ai procedimenti risarcitori per responsabilità professionale (Inchieste interne aziendali per i casi di presunta *malpractice* sanitaria; partecipazione in qualità di consulente tecnico di parte alle operazioni peritali nel contenzioso civile, previdenziale e penale);
- **Supporto professionale e logistico** alla Commissione Medica Locale ex art. 119 Codice della Strada;



Allegato C

- Collaborazione medico-legale con la U.O.C. aziendale di "Progettazione Strategica, Qualità e Risk Management";
- Attività di formazione interna ed esterna;
- Progetti obiettivo per intervento su attività prioritarie e/o criticità.

Prestazioni Totale 2012

Certificati patenti	2.794
Certificati patenti C/D/E/K	153
Certificati patenti nautiche	92
Esame tempi di reazione	237
Certificati porto d'armi	329
Certificati cessione quinto stipendio	124
Certificati gravidanza normale	134
Certificati gravidanza a rischio	1.514
Certificati gravidanza a rischio (domiciliari)	14
Visite preliminari idoneità al lavoro	518
Certificati idoneità al lavoro	503
Certificati deambulazione ridotta	462
Visite preliminari per adozione	130
Certificati per adozione	119
Certificati diversi	28
Accertamenti domiciliari di morte	2.303
Interventi per rinvenuti cadavere	20
Trattamenti conservativi salme	483
Pratiche relative alla cremazione salme	52
Autorizzazione riscontri diagnostici	===
Assistenza a estumulazioni giudiziarie	===
Visite Magistrato di sorveglianza (accessi)	66
Visite Magistrato di sorveglianza (domiciliari)	36
Visite Magistrato di sorveglianza (ambulatoriali)	21
Assistenza sgomberi coatti	45
Visite fiscali (ambulatoriali)	398
Visite fiscali (domiciliari)	6.979
Visite fiscali (ora per allora)	12
Accessi visite fiscali	258
Istruzione pratiche Collegio Medico	124
Visite Collegio Medico programmate	123
Visite Collegio Medico rinviate	19
CTP responsabilità professionale	15
Pratiche L. 210 trasmesse alla CMO	12
Pratiche L. 210 (ricorsi)	8
Pratiche L. 210 archiviate	3
Domande invalidità civile pervenute	22.273
Pratiche invalidità civile definite	20.046

Analisi delle attività erogate nell'esercizio 2012

Analisi attività trasversali dipartimentali esercizio 2012

Nel 2012 si conferma quindi la dinamica evolutiva della struttura Dipartimentale e delle sue articolazioni di Staff, in presenza dell'incremento delle attribuzioni le generali e trasversali poste in capo alla Direzione del Dipartimento dalla L.R. n. 3/2008 oramai a regime, quali:

Ufficio di Depenalizzazione

per il quale si rammenta che la L.R. n.3/2008 all'art. 8 comma 12, ha previsto che le funzioni amministrative concernenti l'applicazione di sanzioni amministrative pecuniarie in materia igienico-sanitaria, venissero trasferite dagli Assessorati Regionali alle AASSLL competenti per territorio a far data dal 1 marzo del 2008.

In relazione alla applicazione di questa normativa la ASL, su proposta della Direzione del Dipartimento, ha predisposto un piano organizzativo che ha consentito il pieno recepimento della norma, la regolamentazione della nuova competenza e la operatività delle strutture all'uopo individuate, attivando le conseguenti nuove attribuzioni.

Risulta pertanto pienamente operativa l'attività dell'Autorità Amministrativa prevista dalla normativa di cui sopra, posta in capo all'Area legale della ASL.

Tale Autorità denominata "Ufficio Depenalizzazione" opera in stretto coordinamento con la Direzione del Dipartimento di Prevenzione, nell'ambito del quale è stata costituita una apposita Commissione per l'esame dei ricorsi ex art. 18 L.689/81 e un ufficio che istruisce i procedimenti.

Durante l'esercizio 2012 tale commissione ha costantemente collaborato, per quanto previsto dal regolamento, con l'Ufficio Depenalizzazione della ASL.-

Coordinamento endoprocedimenti SUAP

Altra competenza attribuita dalla L.R. n. 3/2008, riguarda gli articoli da 16 al 32 che definiscono un rapporto nuovo tra pubblica amministrazione e impresa che prevede una forte responsabilizzazione di entrambe le parti.

Vengono ridefinite le fasi di avvio del procedimento unico e la gestione del medesimo da parte della pubblica amministrazione in una ottica di semplificazione, al fine di ridurre i tempi e introdurre procedure più snelle.



Allegato C

La ASL Ente terzo nella attività dei SUAP, per le competenze di autorizzazione in capo ai servizi del Dipartimento di Prevenzione, risulta pienamente coinvolta nel processo di riordino della attività dei SUAP.

Le Strutture Organizzative del Dipartimento Prevenzione, risultano oramai pienamente coinvolte nei procedimenti SUAP in quanto interessate alla concessione di autorizzazioni, pareri e/o nulla osta per le attività produttive e diventano quindi, per gli adempimenti di propria competenza, parte integrante del SUAP, con conseguenti responsabilità nella relativa fase endoprocedimentale e sub-procedimentale.

Ciò è avvenuto attraverso il protocollo operativo interno, formulato nelle riunioni interservizi coordinate dalla Direzione del Dipartimento e reso formale con atto deliberativo n. 1056 del 10 Settembre 2009, che garantisce la unicità del procedimento e il rispetto dei termini stabiliti dalla norma.

Nel corso del 2012 le Strutture Operative della ASL afferenti al Dipartimento di Prevenzione hanno operato attraverso lo strumento regolamentare interno, in coerenza con le disposizioni normative soprarichiamate.

Attività varie

Formazione

Il Dipartimento inoltre nel 2012 ha coordinato l'attività di Formazione e di aggiornamento obbligatorio di tutto il personale afferente al Dipartimento, incentivando e favorendo la partecipazione dei dipendenti all'aggiornamento facoltativo, attraverso una costante e tempestiva divulgazione delle iniziative formative.

Mission principale del Dipartimento di Prevenzione è sicuramente quella di favorire l'approccio interdisciplinare delle tematiche preventive con la partecipazione delle diverse strutture che lo compongono per un prodotto armonico unico e condiviso.

I Servizi del Dipartimento di Prevenzione hanno sempre mostrato particolare impegno nella predisposizione di proposte formative in considerazione del fatto che la prevenzione è caratterizzata da una notevole evoluzione scientifica e normativa che richiedono costanti e frequenti aggiornamenti.

L'integrazione formativa rappresenta sicuramente l'obiettivo più elevato e più attuale per il quale si rivelato fondamentale creare uno strumento che favorisse il dialogo tra le strutture del Dipartimento e consentisse dove possibile una pianificazione congiunta dei programmi formativi.

Allo scopo è stata proposta all'Area Formazione la creazione di una rete di "referenti" per la formazione, costituita da un incaricato per ciascuna struttura, sia complessa che semplice, afferente al Dipartimento.



Allegato C

Ciascun Referente, nominato dal Responsabile della struttura di appartenenza, è divenuto il componente del gruppo di lavoro, presieduto dal Direttore del Dipartimento, al quale è stato affidato il compito di partecipare alla predisposizione dell'analisi delle esigenze formative con individuazione degli obiettivi formativi coerenti con gli obiettivi di Servizio e Dipartimentali e tra questi individuando le priorità sia del proprio nel suo complesso, al fine di programmare le attività di formazione.

Nello sviluppo dell'analisi delle esigenze formative nel 2012, è stata valorizzata la realizzazione di attività formative "interservizi", che avessero come destinatari gli operatori.

Il documento con la sintesi dei bisogni formativi e l'indicazione delle priorità del Dipartimento rientra in un Piano aziendale della formazione, formalizzato con delibera.

Numerosi fra i corsi individuati e proposti sono stati regolarmente attuati.

Alcuni dei corsi svolti, inoltre, fanno parte di specifici Progetti regionali.

Nel corso del 2012 il gruppo dei Referenti ha proseguito nel dialogo avviato elaborando alcune proposte formative trasversali destinate agli operatori delle Strutture dipartimentali.

Gestione crisi Salto di Quirra

Nel corso del 2012 è proseguita a livello dipartimentale, l'emergenza del Poligono Militare di Quirra.

Nello specifico, le attività che hanno interessato il Poligono Militare del Salto di Quirra che ha reso necessario attivare, sotto il coordinamento regionale un piano di tutela della salute della popolazione residente.

A tal fine, preliminarmente è stata costituita, con apposita determinazione dirigenziale, una Task force, coordinata dal Dipartimento di Prevenzione, composta dai direttori e responsabili delle strutture operative afferenti al dipartimento, coinvolte istituzionalmente nelle problematiche.

La Task force ha individuato le linee guida relative alla operatività dei Servizi, al fine di garantire la realizzazione di azioni utili per poter avviare interventi a tutela della salute delle popolazioni residenti sul territorio circostante il PISQ.

I servizi competenti nel corso del 2012 hanno proseguito all'attuazione dei piani adottati in sede collegiale, per quanto di rispettiva competenza.

Attività controllo condizioni igieniche all'atto dello sbarco

Nel 2012, in esecuzione del Reg (CE) 852/2004, il Dipartimento di Prevenzione, ha proseguito il programma operativo per il controllo delle condizioni igieniche dello sbarco e della prima vendita dei

Allegato C

prodotti di pesca, le cui azioni esecutive vengono attuate dal Servizio veterinario Area "B" , avviato nel corso del 2011.

Il programma prevede il controllo delle condizioni igieniche dello sbarco e della prima vendita dei prodotti della pesca, ispezioni sulle navi da pesca per la verifica del corretto trattamento dei prodotti della pesca e del loro soddisfacimento ai requisiti di igiene , delle condizioni delle navi, del personale e delle relative installazioni e attrezzature.

Controllo Ufficiale degli alimenti

L'esercizio 2012 si è caratterizzato inoltre per la piena attuazione del Regolamento (CE) 882/2004/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 24 aprile 2004, relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali.

In tale ambito, sono state individuate preliminari modalità operative che consentano la pianificazione integrata dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare, secondo un percorso di pianificazione, monitoraggio e controllo delle attività delle strutture complesse che afferiscono al Dipartimento di Prevenzione.

Inoltre è stato pianificato l'avvio dell' attuazione del autocontrollo dei processi interni al fine di individuare idonee azioni correttive che consentano di migliorare l'efficacia del sistema.

Per quanto sopra è stato tenuto conto di norme, risorse, atti (contenuti su supporto informatico), protocolli, accordi interni, unità di staff, sistema di budgeting e di controllo finora avviati, e/o posti in essere nella macrostruttura dipartimentale.

Sono state recepite le indicazioni contenute nelle Regole di Sistema Comunitarie, Nazionali e Regionali, in armonia con il PNI, il PRIC e la Determinazione della Direzione Generale Servizio Prevenzione della RAS Assessorato Igiene e Sanità n. 25864/Det/1236 del 16.12.2010, relativa al Piano Regionale di Programmazione e Coordinamento degli interventi in materia di **Controllo Ufficiale degli Alimenti** che aggiorna il precedente piano adottato con determinazione n. 4835/Det/53 del 27 Febbraio.

Tale piano è stato attuato nel corso del 2012 con le integrazioni previste dal nuovo piano regionale in materia di controllo Ufficiale degli Alimenti relativo al periodo 2012/2014.-

Le corrette prassi operative prevedono che tale attività venga standardizzata e omologata attraverso la predisposizione di un Piano Integrato Aziendale dei controlli ufficiali degli alimenti, puntualmente predisposto dal Dipartimento di prevenzione con i servizi ad esso afferenti ed adottato formalmente



Allegato C

dall'azienda ad Aprile 2012 sulla base di quanto stabilito dal PRIC 2007/2009 e tutt'ora in corso di aggiornamento in base al nuovo piano regionale 2012/2014.

Con lo stesso provvedimento sono state adottate n. 9 procedure operative relative al controllo ufficiale degli alimenti.

Il Dipartimento di Prevenzione, nel corso del 2012, ha coordinato la elaborazione di tale programma e la messa a sistema degli Audit in essa previsti e monitorato l'applicazione delle procedure operative di cui trattasi.

Piano di monitoraggio ambientale nelle aree di produzione MBV

In ottemperanza al piano regionale per la vigilanza e il controllo sanitario della produzione e commercializzazione dei molluschi bivalve e per la sorveglianza periodica delle zone di produzione e di stabulazione dei molluschi bivalve vivi anno 2011, in data 01.10.2012, Il Dipartimento di Prevenzione ha adottato un apposito protocollo di intervento che coordina l'attività tra i servizi della ASL , Veterinario di Igiene della produzione degli alimenti di Origine Animale, Veterinario di sanità Animale, Igiene degli Alimenti e della Nutrizione.

il protocollo di cui trattasi ha previsto, nello specifico, gli interventi relativi al monitoraggio periodico sui controlli microbiologici, chimici e qualiquantitativi del fitoplancton e delle biotossine algali sulle acque e sui MBV e alla gestione delle emergenze in ottemperanza al Piano Regionale di sorveglianza delle zone di produzione dei molluschi bivalvi;

In tale ambito, nel corso del 2012, attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro Dipartimentale, con il coinvolgimento dei referenti competenti e della SSD "Salute e Ambiente", è stato elaborato un piano di monitoraggio ambientale e le modalità operative concernenti la valutazione del rischio delle singole aree di produzione di molluschi bivalvi vivi attualmente classificate.-



Dipartimento Salute Mentale

Descrizione del contesto di riferimento

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è la struttura aziendale preposta alla programmazione, coordinamento e monitoraggio degli interventi finalizzati alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nell'ambito dell'assistenza psichiatrica distrettuale ed ospedaliera ed alla promozione e partecipazione attiva e responsabile di utenti, familiari e cittadini. Il DSM opera su un bacino d'utenza di 563.180 ab. e si articola in sette Unità Operative Complesse territoriali (6 C.S.M. + 1 Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol-correlati), due Unità Operative Complesse Ospedaliere (SPDC 1 e SPDC 2) ubicate presso il P.O. SS.Trinità di Cagliari e due Strutture Semplici Dipartimentali: il Servizio di Psichiatria Forense ed il Servizio Riabilitazione, Residenzialità e Semiresidenzialità. Le UU.OO.CC. operanti a livello distrettuale e sovra distrettuale, anche tramite l'apertura periodica di 19 ambulatori periferici, assicurano livelli qualitativi di assistenza uniformi nel territorio aziendale e si coordinano con gli altri servizi aziendali, con i servizi sociali dei Comuni e con la rete formale ed informale presente sul territorio (Provincia, Forze dell'ordine, Uffici giudiziari, Associazioni di volontariato, Privato sociale, cittadinanza attiva). Vengono attivati programmi d'intervento socio sanitari integrati, soprattutto per i casi psichiatrici gravi e complessi al fine di superare la frammentarietà degli interventi e prevenire le ricadute. Il DSM ha partecipato attivamente alla definizione e condivisione degli obiettivi sulla salute mentale, previsti all'interno dei P.L.U.S.. L'accessibilità alle prestazioni è stata assicurata tramite l'apertura dei C.S.M. 12 ore al giorno, dal lunedì al venerdì, più 6 ore il sabato mattina. La valutazione psichiatrica viene garantita immediatamente al primo contatto presso il CSM ed il Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol Correlati o, in caso d'urgenza, al domicilio del paziente. Nelle ore notturne e nei giorni festivi il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura assicura le consulenze per gli interventi d'urgenza (TSO e ASO), in collaborazione con la Centrale operativa del 118, i medici di continuità assistenziale ed il P.S. del P.O. SS. Trinità. Presso la Direzione del Dipartimento trova sede il Servizio Riabilitazione, Residenzialità, Semiresidenzialità ed il coordinamento degli inserimenti lavorativi, i progetti di formazione ed il sistema informativo dipartimentale.

112



Descrizione delle articolazioni organizzative e loro principali attività

UU.OO.CC.: Centri di Salute Mentale

Come si può osservare nella tabella 2, i Centri di Salute Mentale sono strutture socio sanitarie che operano in una determinata area territoriale distrettuale o sovradistrettuale, a favore della cui popolazione erogano, tramite le equipe multidisciplinari (psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori) ed in collaborazione con le agenzie e le reti informali che insistono sul territorio di competenza, un elevato numero di prestazioni mediche, infermieristiche, psicologiche, sociali, riabilitative, di tipo individuale, familiare e di gruppo, attraverso singole prestazioni o progetti di cura, riabilitazione e di inserimento sociale.

UNITA' OPERATIVA	ABITANTI PER BACINO D' UTENZA
CSM ASSEMINI	80.623
CSM CA A	96.937
CSM CA OVEST	119.337
CSM CLINICA PSICHIATRICA	74.927
CSM ISILI-SENORBI'	47.027
CSM QUARTU S.ELENA	136.617
TOTALE	555.468
SPDC 1 (ricovera dai CSM Ca Ovest, Isili-Senorbi, Quartu)	302.981
SPDC 2 (ricovera dai CSM Assemini, Ca A, Clinica Psych.)	252.487

Ciascun Centro di Salute Mentale è aperto sei giorni alla settimana (dal lunedì al venerdì h 08.00/20.00 ed il sabato h 08.00/14.00). Sono aperti inoltre venti ambulatori periferici con frequenza media settimanale, per venire incontro ai pazienti con maggiore difficoltà di spostamento nei territori con elevata dispersione di popolazione. Intensa è stata l'attività psicodiagnostica e medico legale ed altresì gli interventi familiari e di auto mutuo aiuto. L'attività territoriale comprende inoltre assistenza domiciliare medica, infermieristica, educativa e le valutazioni previste dalla L.R. 20/97 per la predisposizione di progetti individualizzati e/o la concessione di sussidi economici in accordo con i Comuni di residenza dei pazienti. I Centri di Salute Mentale svolgono anche attività di presa in carico di soggetti autori di reato con disturbo mentale e con il supporto del Servizio di Psichiatria Forense sviluppano i programmi per le dimissioni dei pazienti ristretti in O.P.G..



Allegato C

In caso di necessità di trattamento ospedaliero, volontario o obbligatorio, i due servizi psichiatrici, attivi presso il Presidio Ospedaliero SS.Trinità, ma strutturalmente appartenenti al DSM, hanno offerto la possibilità di effettuare ricoveri e/o consulenze secondo la ripartizione territoriale riportata nelle ultime due righe della tabella.

Attività dei Centri di Salute Mentale

La tabella sotto riassume in modo sintetico e parziale alcune delle principali attività dei Centri, con riguardo al carico assistenziale (le cartelle attive indicano i più frequenti utilizzatori dei servizi) ed al volume delle prestazioni più significative.

	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
UTENTI CENTRI DI SALUTE MENTALE	Clinica Pschiatrica	Clinica Pschiatrica	Cagliari A	Cagliari A	Cagliari Ovest	Cagliari Ovest	Quartu	Quartu	Assemini	Assemini	Senorbi Isili	Senorbi Isili	Totale	Totale
CARTELLE ATTIVE														
(almeno 3 contatti negli ultimi 12 mesi)	1687	1713	1307	1618	2058	1964	2036	2251	591	942	706	928	8385	9456
UTENTI IN CARICO														
(almeno 1 contatto negli ultimi 12 mesi)	1854	1885	1975	2090	2253	1964	2857	2912	1376	1475	822	928	11147	11254
Visite ambulatoriali medici	9205 + 404**	9687 + 892**	10411	9776	8884	9000	11455	13007	5116	4710	4170	4555	50615	51627
Visite ambulatoriali psicologi	699	782	1261	969	974	974	1049	850	260	263	702	744	4945	4582
Sedute di Psicoterapia	1398	729	2859	3687	804	804	2686	3071	608	539	581	530	8936	9360

Premettendo che anche per il 2012 nelle unità operative territoriali si è proceduto ad una registrazione poco omogenea delle prestazioni, si può comunque rilevare che nel 2012 si è registrato un lieve incremento degli utenti in carico, ma con un maggiore contatti rispetto ai pazienti già seguiti (+ 12,8%) ed un incremento delle visite psichiatriche (+ 1,98%) e delle sedute di psicoterapia (+ 4,74%). Risulta



Allegato C

interessante l'aumento di psicoterapie, soprattutto degli interventi di gruppo (a breve e medio termine) e delle attività di auto mutuo aiuto nella maggior parte dei Centri di Salute Mentale; ciò indica una modalità di cura più impegnativa ed approfondita e a lungo termine ed una disponibilità verso un numero maggiore di familiari ed utenti, sempre più coinvolti e responsabilizzati nei programmi di cura e riabilitazione. Una considerevole ed innovativa esperienza, qualitativamente degna di nota, è stata l'attivazione di sei gruppi di psicoanalisi multifamiliare in quattro CSM, che ha favorito la notevole maturazione professionale delle equipe coinvolte ed una vasta soddisfazione da parte di utenti e familiari.

Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

RICOVERI SPDC 1 E SPDC 2

		TSV	TSO	TOTALI
SPDC 1				
	2011	376	83	459
	2012	374	89	463
SPDC 2				
	2011	438	74	512
	2012	424	68	492
TOTALI				
	2011	814	157	971
	2012	798	157	955

Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri, si riferiscono evidentemente alle situazioni più acutamente critiche gestite nel territorio del DSM, e che necessitano di trattamenti più intensi. La tab. 4 riassume il loro andamento (diviso tra ricoveri volontari: TSV, ed obbligatori:TSO) nel corso dell'anno 2012, comparato con i 12 mesi precedenti. Si può evidenziare che i ricoveri ospedalieri sono lievemente in calo (- 1,6%) rispetto ai valori del 2011. Il numero dei TSO si mantiene invariato. Il ricorso all'ospedalizzazione si è tenuto stabile nell'ultimo triennio, con una marcata prevalenza dei ricoveri volontari (81%) sui TSO, a dimostrazione della continuità e dell'efficacia delle attività territoriali.

Servizio di Psichiatria Forense

Prestazioni	2011	2012
Accertamenti Psichiatr. Forensi	601	680
Partecipazione udienze Trib Cagliari Incarichi	232	391
Interventi per paziente extra udienze	688	936
Accertamenti in loco: luogo di detenzione	106	65
Proposta di programmi-indicazioni terapeutiche	109	97

Il Servizio ha implementato le attività ricomprese nella convenzione con gli Uffici Giudiziari di Cagliari (accertamenti psichiatrico-forensi) e garantito ordinariamente le prestazioni psichiatriche e la continuità della presa in carico, in collaborazione con i Centri di Salute Mentale ai detenuti reclusi presso la Casa Circondariale di Cagliari, provenienti dai territori di competenza dei CSM. Il Servizio opera per la tutela della salute mentale dei cittadini affetti da disturbi mentali autori o vittime di reato, in coordinamento con le altre UU.OO. del DSM. L'attività comporta la messa in atto di provvedimenti giudiziari inerenti l'applicazione di misure di sicurezza alternative all'internamento in OPG o ad altre forme di custodia detentiva. Le attività sono mirate al recupero ed al reinserimento sociale degli autori di reato affetti da disturbi mentali. Grazie a tale attività, nel periodo considerato sono state applicate misure alternative all'OPG per numerosi sofferenti mentali, tramite inserimento in strutture residenziali territoriali. Rispetto alle attività svolte si registra un notevole incremento relativamente al 2011.

S.C. CENTRO PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI PSICHIATRICI ALCOL CORRELATI		
	2011	2012
Visite psichiatriche	4436	5730
Interventi domiciliari	9	16
Consulenze ospedaliere	7	2
Intervento urgenza (TSO)	0	0
Assistenza socio educativa/riabilitativa	170	677
Prestazioni infermieristiche	3100	3500
Intervento con le famiglie	880	1750
Consulenze psicologiche psicoterapie	1020	800
Consulenza sociale	950	1405

Allegato C

Anno 2012 INSERIMENTI IN STRUTTURE RESIDENZIALI						
MISURE ALTERNATIVE ALL'OPG E/O CARCERE						
OPG N°11						
LIB. VIG/ LIC. FINALE N.3						
ARRESTI DOMICILIARI N.7						
MISURA SICUREZZA N.1						
STRUTTURE RESIDENZIALI	Numero Strutture		Numero Letti		MISURE altim. OPG e/o carcere	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Regionali	6	6	57	56	11**	16*
Extra regionali	6	3	3	10	0	0
Altre	2	3	35	37	0	0
* Gli inserimenti alternativi all'OPG / misure cautelari, in strutture regionali, nel corso del 2012 rappresenta il 28%						
** Gli inserimenti alternativi all'OPG misure cautelari, in strutture regionali, nel corso del 2011, rappresenta il 2,5%						
Durata media permanenza in struttura è di 5/12 mesi						

Nel corso del 2012 il Centro per i Disturbi Psichiatrici Alcol correlati, anche a fronte della crescente rilevanza dell'abuso alcolico e delle patologie comportamentali e psichiatriche ad esso correlate, ha notevolmente incrementato le proprie prestazioni sia sul versante qualitativo e sia su quello quantitativo rispetto al 2011. Al Centro afferisce tutto il bacino d'utenza aziendale. Le attività risultano evidentemente incrementate nell'ambito delle visite psichiatriche, dell'intervento con le famiglie e delle attività di gruppo ed in regime di tipo D.H..

I parametri del P.O.1998-2000 prevedono 2 posti letto residenziali ogni 10.000 abitanti. Il bacino d'utenza del DSM è di 563.180 ab.. Nel 2007 il tasso di utilizzo di posti residenziali nella ASL 8 era di 2,9 posti ogni 10.000 ab, a fronte di una media regionale pari a 3 ogni 10.000 abitanti.

Nel 2012 il tasso si è tenuto al 2,5 p.l. /10.000 ab.. Nel corso del 2012, nonostante siano stati dimessi dall'OPG ed inseriti in Strutture residenziali 16 pazienti, gli oneri per le attività residenziali si sono mantenuti all'interno dei costi del 2011. Questa tendenza appare come un indicatore del buon funzionamento dei servizi territoriali che hanno potenziato l'assistenza domiciliare e i programmi di inclusione sociale che hanno favorito la dimissione di ospiti lungodegenti.



S.S.D. Servizio Riabilitazione Residenzialità e Semiresidenzialità

La struttura semplice dipartimentale "Servizio Riabilitazione Residenzialità/Semiresidenzialità" si è resa operativa dal febbraio del 2012. Nell'ambito delle principali funzioni proprie della struttura, nel corso dell'anno sono stati perseguiti in particolare i seguenti obiettivi:

1. Organizzazione ed articolazione funzionale del Servizio attraverso il coordinamento dei referenti di area individuati dai Direttori delle diverse Unità Operative del DSM per i settori: Residenzialità – Semiresidenzialità – Interventi riabilitativi di gruppo.
2. Definizione dei criteri e delle procedure di inserimento, permanenza e dimissione nelle strutture residenziali e individuazione delle criticità legate ai livelli di turnover e l'attivazione di progetti alternativi sul territorio.

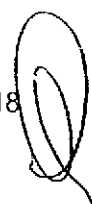
Questo lavoro ha concorso alla riduzione degli inserimenti nelle strutture residenziali convenzionate regionali e extraregionali e conseguentemente della spesa relativa.

Le proiezioni dei primi mesi del 2013 confermano il trend con un ulteriore significativo decremento.

Un altro importante contributo all'ottimizzazione degli investimenti e alla riduzione dei costi di produzione attraverso il migliore utilizzo delle strutture residenziali è ascrivibile anche all'attivazione di percorsi riabilitativi in regime semiresidenziale, in collaborazione con associazioni onlus e una utilizzazione più razionale e coordinata delle risorse umane ed economiche disponibili per l'area della riabilitazione.

Sono state definite a questo fine delle nuove procedure di elaborazione e presentazione dei progetti riabilitativi da parte delle diverse U.O. e privilegiati i progetti dipartimentali di particolare rilevanza.

Da segnalare i progetti dipartimentali di formazione attivati nel corso dell'anno sulle tematiche di pertinenza della SSD. Gli eventi, accreditati ecm, condotti da esperti interni e a costo zero, indirizzati al personale dirigente e di comparto, sono stati finalizzati ad implementare nei servizi l'approccio multidisciplinare al paziente e i percorsi di terapia di gruppo nell'ambito dei disturbi mentali gravi. Sono stati attivati 2 incontri tematici sulla residenzialità psichiatrica e i gruppi terapeutici e 2 corsi strutturati (per un totale di 98 ore) sui training di gruppo indirizzati ai pazienti gravi, coinvolgendo circa 150 operatori del DSM.



Progetto "Abitare Condiviso"

Il progetto si caratterizza come sperimentale in quanto coinvolge gli studenti universitari come risorsa riabilitativa in un percorso che ha l'obiettivo di aiutare i pazienti a proiettarsi verso il maggior grado di indipendenza possibile. Il progetto è stato presentato al Congresso mondiale di Riabilitazione Psicosociale che si è tenuto a Milano a novembre 2012 (poster e video), e ha suscitato l'interesse della stampa nazionale (vedi l'articolo su L'Espresso). Per la realizzazione del progetto è stato siglato un protocollo d'intesa con il Comune di Cagliari e con l'Ersu.

Il primo gruppo di convivenza, che ha visto coinvolti 3 pazienti seguiti presso i CSM CA/A, CA/Ovest e Clinica Psichiatrica (si prevede di realizzare 4 gruppi di convivenza per un totale di 12/16 pazienti) è stato attivato a maggio 2012 e ha appena concluso il percorso. Ogni paziente ha dato seguito all'esperienza trovando soluzioni abitative autonome.

Lavorare insieme ad un progetto fortemente orientato al risultato ha incrementato la fiducia reciproca fra operatori di istituzioni e servizi diversi facilitando la collaborazione fra DSM e Comune su nuovi progetti (in corso di definizione) a sostegno della cosiddetta "Residenzialità Leggera" e degli Inserimenti Lavorativi

Direzione DSM: Coordinamento Inserimenti lavorativi – Formazione – Sistema informativo.

Presso la Direzione dipartimentale ha operato un gruppo di coordinamento per gli inserimenti lavorativi, le attività di formazione dipartimentali e la predisposizione del sistema informativo salute mentale dipartimentale.

Progetto "Inserimenti Lavorativi"

Nel 2012 sono stati attivati 62 nuovi AFL, ai quali si devono sommare 36 AFL attivati nel 2011 e che sono arrivati a termine nel corso del 2012. Per meglio valutare il senso dell'esperienza che il DSM porta avanti con continuità da novembre 2007 a oggi, nella tabella che segue sono comparati i dati del 2012 a quelli del 2011 e a quelli relativi agli anni 2007/2010 (questi ultimi in forma aggregata), relativamente al numero di attivazioni, alla durata prevalente e al numero di assunzioni che hanno prodotto.

	2007/ 2010	2011	2012	totale
N. AFL	162	54	62	278
Durata Prevalente	12-18 mesi	12-18 mesi	3-6 mesi	
Numero Assunzioni	28	4	1	33



Allegato C

La tabella evidenzia due importanti elementi di novità rispetto all'utilizzo dello strumento AFL nel corso degli anni. Il primo riguarda la durata media dei percorsi che si è ridotta significativamente (nel 2012 ha oscillato tra i 3 e i 6 mesi).

Si può ipotizzare che ciò sia dipeso dalla maggiore esperienza degli operatori che riescono a valutare più velocemente i risultati del percorso ma anche dalla consapevolezza degli stessi dell'esiguità delle risorse economiche ancora disponibili per gli AFL.

Il secondo elemento di novità riguarda le assunzioni a seguito del percorso di formazione che, dopo un'ottima risposta negli anni che vanno dall'avvio al 2010, sono crollate drammaticamente nel 2011 e ancor più nel 2012.

Questo dato trova spiegazione sicuramente nella grave crisi economica generale che ha colpito tutto il tessuto produttivo nazionale e regionale, quindi anche le aziende e le cooperative convenzionate per gli AFL, ma anche nel venir meno da parte della Asl dell'utilizzo dello strumento "affidamento diretto" per quanto riguarda l'esternalizzazione di alcuni servizi a cooperative di tipo B (pulizie, cura del verde, supporto amministrativo, fornitura cartucce per stampanti) le quali, negli anni che vanno dal 2008 al 2010, hanno effettuato la maggior parte delle assunzioni indicate in tabella.

Formazione

Il Dipartimento ha realizzato anche nel 2012 numerosi eventi formativi, rivolti a tutto il personale e mirati all'accrescimento delle competenze e della professionalità degli operatori, sia su tematiche di ordine generale, sia di formazione specifica per figura professionale, finalizzati prevalentemente a sostenere i programmi strategici dipartimentali. In particolare si sono svolti i seguenti eventi formativi:

- 1) Interventi Strutturati con i gruppi nel DSM: il punto sull'esistente, esperienze e progetti.
- 2) Corso IRT con Benjamin Barlow
- 3) Psicofarmacologia clinica per Infermieri
- 4) Corso di base di informatica e utilizzo del Sistema Informativo Sanitario
- 5) La conduzione del gruppo di psicoanalisi multifamiliare-corso base Interventi psicoterapeutici di gruppo innovativi per il DSM, considerati tra gli interventi brevi più efficaci, usufruibili da numerosi pazienti con psicosi e dai loro familiari;
- 6) La conduzione del gruppo di psicoanalisi multifamiliare-corso avanzato
- 7) Training di gruppo per le abilità metacognitive, interpersonali e sociali nel paziente grave
- 8) Intervento psicoterapico di gruppo a tempo definito per persone con disturbi d'ansia

Allegato C

- 9) Residenzialità e Inclusione Sociale: analisi dell'esistente nel DSM
 - 10) Audit sul rischio clinico in psichiatria
 - 11) Corso introduttivo al trattamento psico-socio-educativo dei disturbi alimentari in una prospettiva cognitivo-costruttivista
 - 12) Laboratorio formativo sulla terapia della risata- CSM Assemini
 - 13) Laboratorio formativo sulla terapia della risata- CSM Quartu S.E.
- Il totale delle presenze degli operatori ai corsi è stata di 757, appartenenti a tutti i profili professionali ed il totale dei crediti ECM è stato di 268.

Sistema Informativo Salute Mentale

Si è garantita la continuità alle azioni intraprese nel 2011 per la predisposizione ed attivazione del sistema informativo dipartimentale tramite:

- a) Condivisione del glossario nazionale sulle attività e prestazioni nell'ambito della salute mentale, al fine di superare le criticità rappresentate dall'assenza di un sistema omogeneo di rilevazione e monitoraggio delle attività;
- b) prosecuzione delle attività dei gruppi di lavoro dipartimentali al fine di riportare la attuale classificazione delle prestazioni e la metodica di rilevazione presente nelle varie UU.OO. a quella indicata nel D.M. 2010;
- c) collaborazione con il Servizio Informatico aziendale per la costruzione e messa in rete intranet di un sistema informativo dipartimentale, secondo il disciplinare tecnico indicato nel citato Decreto Ministeriale, con la sperimentazione della prima versione del programma;
- d) registrazione iniziale dei dati uniforme su schede cartacee in tutte le U.O., per l'inserimento successivo nel sistema informatico.

Protagonismo e responsabilizzazione di utenti e familiari nei percorsi di cura e riabilitazione

Si sono incrementate le attività finalizzate a sviluppare modelli di empowerment organizzativo tramite:

- a) supporto alle attività dei facilitatori dei 17 gruppi di auto mutuo aiuto tramite riunioni periodiche del Coordinamento dell'auto mutuo aiuto dipartimentale;
- b) realizzazione di quattro giornate formative rivolte a 19 familiari ed utenti, sui temi della privacy, stigma e comunicazione che hanno favorito la costituzione del gruppo U.F.E. (Utenti Familiari Esperti) operante nel DSM.

Applicazione di linee guida, protocolli e formalizzazione di procedure omogenee in tutte le UU.OO. del DSM

Si sono formalizzati gli indirizzi dipartimentali e le procedure per l'attribuzione delle risorse dipartimentali da destinare ai progetti riabilitativi proposti dalle Unità Operative. Si sono adottati: il regolamento, le schede progettuali ed il glossario relativi ai progetti riabilitativi e di socializzazione. La condivisione ed il coordinamento dipartimentale sui progetti riabilitativi è stato più sistematico con un miglioramento dei rapporti di collaborazione e scambio sia tra le diverse unità operative tramite il Servizio Riabilitazione, Residenzialità, Semiresidenzialità e sia con la direzione del DSM.

Analisi e descrizione dell'attività svolta e confronto rispetto agli anni precedenti

Le attività assistenziali dipartimentali nel 2012 si sono incrementate relativamente ai valori del 2011, si rileva tuttavia un modico incremento delle prestazioni mediche (+ 1,99%), degli utenti in carico (+0,99%) e delle sedute di psicoterapia (+ 4,74%). Rilevante è l'incremento delle attività sugli utenti in carico (+ 12,8%). I Centri di Salute Mentale, pur non operando da quasi due anni con l'apertura sulle 24 h, presentano una modalità di intervento più ampia ed attenta, integrata con il sociale ed estesa agli aspetti ambientali e riabilitativi, ed inoltre con una maggiore offerta di interventi psicoterapeutici.



Servizio per le Dipendenze

Contesto di riferimento

E' ormai consolidato il concetto a livello scientifico che la dipendenza sia una malattia del cervello determinata da diversi fattori interagenti.

Le moderne tecniche di neuroimmagine (TAC, RM PET, SPECT) hanno permesso di evidenziare sia le sedi dei danni cerebrali indotti dall'uso di sostanze stupefacenti, sia le alterazioni funzionali dei processi mentali con conseguenti alterazioni comportamentali e alto rischio di recidive.

In particolare sono alterati i circuiti della ricompensa, della motivazione, dell'apprendimento, del ragionamento sociale e dei processi di decision making. L'uso di sostanze è particolarmente rischioso in età evolutiva per la peculiare plasticità del cervello nell'adolescenza, quando vi è una predominanza dell'emotività ed impulsività, mentre non si è ancora raggiunta la maturità delle zone del cervello (aree corticali) che controllano la razionalità, le funzioni sociali, la capacità decisionale.

Considerato che l'età di inizio di sostanze si è nell'ultimo decennio abbassata, diventa fondamentale cercare di intervenire quanto prima per evitare il progredire del comportamento assuntivo.

Le sostanze psicotrope assunte in periodi adolescenziali provocano quindi alterazioni fisiche strutturali e distorsioni cognitive condizionanti il comportamento futuro, la capacità di attenzione, e decisionale oltre che una corretta percezione della realtà.

Il mercato delle sostanze è diventato estremamente aggressivo e competitivo, offrendo una variegata gamma di sostanze spesso non contemplate nella tabella ministeriale delle droghe (smart drugs), utilizzando canali di diffusione sempre più accessibili ai giovanissimi come internet e proponendo prezzi accessibili anche ai ragazzini.

Già in età preadolescenziale vengono proposte bevande a basso contenuto alcolico o con stimolanti come caffeina, taurina, confezionate con dolcificanti per essere più appetibili, successivamente in età adolescenziale è particolarmente diffuso l'uso di alcolici con modalità binge drinking, associati a cannabinoidi e droghe eccitanti e disinibenti come metanfetamine, ketamina, fenciclidina. In effetti è spesso difficile identificare i principi attivi che vengono mescolati nel confezionamento di pastiglie, con varie combinazioni ed effetti tossici aumentati. Anche i cannabinoidi immessi nel mercato sono sempre più frequentemente di origine sintetica e con quantità di principio attivo notevolmente superiore a quella tradizionale.

Allegato C

Lo stile di consumo negli adolescenti è caratterizzato da uso contemporaneo di più sostanze alla ricerca di nuove sensazioni, superamento della timidezza, disinibizione, condizioni di alterazione del senso di realtà, senza percezione del rischio derivante dagli effetti diretti delle droghe e indiretti quali incidenti, comportamenti illegali, patologie fisiche e mentali.

Il consumo avviene in genere all'interno di gruppi con lo scopo di creare facilitazione ed empatia nelle relazioni, maggiore disinibizione e senso di sicurezza.

Nel contesto locale come in quello nazionale assistiamo ad una massiva diffusione di cocaina sia tra i giovani che tra gli adulti. Le vie di assunzione sono per sniffing. O per inalazione attraverso pipe ad acqua (crack) o per via endovenosa. Gli effetti tossici della cocaina sono altamente devastanti sia per il sistema nervoso centrale che per gli effetti cardiovascolari, oltre a determinare comportamenti irresponsabili fino a generare vere e proprie psicosi. Non esistendo ad oggi una terapia specificatamente efficace per il cocainismo, gli interventi proposti sia farmacologici che psicoterapici non riescono ad ottenere una stabile ritenzione in trattamento, per cui i programmi spesso si interrompono e si verificano frequenti ricadute.

Per quanto riguarda l'eroina, oltre ai consumatori politossicodipendenti che hanno sviluppato una dipendenza grave, in genere in trattamento presso i Serd, si assiste ad una ripresa della sua diffusione anche tra i più giovani, in associazione con altre sostanze e attraverso vie di somministrazione differenziate.

Per quanto riguarda l'alcol il consumo oltre quello secondario in associazione ad altre droghe è altamente diffuso il consumo sia a scopo ricreazionale e occasionale, ma pur sempre a rischio, sia come abuso e dipendenza.

Sempre più diffusa e drammatica per le conseguenze devastanti sull'individuo e sulla famiglia è la dipendenza da gioco d'azzardo in conseguenza della copiosa e facilmente accessibile offerta del mercato che promette lusinghiere vincite in un momento storico caratterizzato da diffusa crisi economico sociale.

L'utenza dei Serd della ASL 8 è caratterizzata da una maggioranza di politossicodipendenti la cui sostanza primaria di utilizzo è l'eroina, associata con frequenza alla cocaina ed in modo quasi costante ad alcol e benzodiazepine e cannabinoidi, oltre ad un numero sempre crescente di dipendenti da cocaina come sostanza primaria.

Per quanto riguarda le caratteristiche sociodemografiche dell'utenza rimane costante la predominanza del sesso maschile rispetto a quello femminile (rapporto 9/1), lieve ma costante l'aumento dell'età dei

Allegato C

soggetti in trattamento in particolare per gli ultra quarantenni. Il titolo di studio maggiormente rappresentato, come negli anni precedenti, è la licenza media, mentre è in aumento progressivo come nell'anno precedente la disoccupazione ed in diminuzione l'occupazione stabile.

Rispetto all'uso di sostanze d'abuso continua il trend riscontrato negli anni precedenti il lieve calo di eroina come sostanza primaria e aumento dell'uso di cocaina in particolare come sostanza secondaria.

Descrizione delle articolazioni organizzative e loro principali attività

Nel 2012 l'area delle dipendenze ha operato secondo quanto previsto nell'atto aziendale (DG 1413 del 15-12-09) come Dipartimento autonomo articolato in tre strutture complesse:

- Serd 1 di via Valenzani, Cagliari;
- Serd 2 di via Liguria, Cagliari;
- Serd 3 di Quartu S.E.;

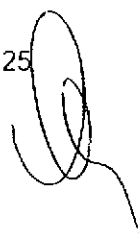
e due strutture semplici dipartimentali:

- Unità operativa per le dipendenze da alcol, gioco d'azzardo patologico, tabagismo
- Area delle attività amministrative.

L'organizzazione dipartimentale ha garantito il coordinamento di tutte le strutture e delle attività comuni che vengono svolte nelle unità operative, promovendo l'uniformità dei livelli di assistenza e delle procedure, l'attività amministrativo contabile, la gestione dei progetti finanziati da Regione, Ministeri o in collaborazione con altri Enti, l'organizzazione delle attività negli istituti di pena, i rapporti interistituzionali con Provincia, Comunità terapeutiche, Enti del Volontariato, Prefettura, Tribunali, UEPE, USSM, Forze dell'Ordine.

In particolare sono stati coordinati a livello dipartimentale i seguenti progetti:

- progetto biennale "Problemi alcol droga correlati e immigrazione"- finanziato dal Dipartimento delle Politiche antidroga Presidenza del Consiglio dei Ministri, è stato avviato dalla ASL di Cagliari nel luglio 2010 e si è concluso nel 2012. Il progetto, finalizzato a sensibilizzare la popolazione straniera e favorirne l'avvicinamento ai servizi sanitari, si avvalso della collaborazione di mediatori linguistici culturali. Sono stati realizzati incontri di sensibilizzazione e informazione sui danni psico-fisici e sociali dell'alcol e di altre sostanze per gruppi di immigrati, distribuiti 1000 questionari relativi alle abitudini



di consumo di alcol e altre sostanze psicotrope. I dati della ricerca sono stati presentati nel corso di un convegno pubblico tenuto il 08.11.2012. Il progetto ha comportato inoltre la messa a punto, stampa e diffusione di materiale informativo in lingua italiana, inglese, francese, cinese e araba (poster e opuscoli) specificamente rivolto alla popolazione straniera sui rischi alcol e droga-correlati e sui Servizi presenti sul territorio della ASL Cagliari;

- **programma regionale di interventi nel settore delle dipendenze: Interventi di prossimità e inclusione sociale** Il progetto finanziato dalla RAS al Servizio dipendenze della ASL 8 è iniziato nel 2009 e si è concluso nel mese di Novembre 2012 . Sono stati realizzati interventi di reinserimento sociale e lavorativo per pazienti in fase di riabilitazione con l'attribuzione di assegni di formazione al lavoro (AFL) o di tirocini di formazione ed orientamento (TFO), programmi individuali di sostegno per persone con situazioni socio ambientali deteriorate, attraverso aiuti economici per generi di prima necessità: pasti, ricovero notturno, assistenza per finalità sanitarie e sociali 4 progetti di gruppo rivolti ad utenti specificamente selezionati;
- **Sanita' di genere: un approccio innovativo per un sistema sanitario regionale in linea con l'Europa,** progetto biennale di ricerca finanziato dalla RAS ai sensi della L.R. /2007 alla ASL 8 in collaborazione con le università di Cagliari e Sassari.

La ricerca conclusa nel Dicembre 2012 è stata condotta su diversi aspetti della medicina di genere ed ha riguardato nello specifico della ASL 8 le differenze di genere condizionanti le dipendenze patologiche;

- il Progetto **Centro Crisi di Ussana** realizzato nel 2010 con un primo finanziamento annuale concesso alla ASL 8 di Cagliari dalla RAS e successivamente rinnovato per un'altra annualità finanziaria è stato sospeso nel mese di giugno 2012. La struttura dotata di 8 posti letto, stata concessa in comodato gratuito dal Comune di Ussana ha consentito di dare risposte immediate a condizioni emergenti agli utenti con problemi di dipendenza, garantendo assistenza diurna e notturna specialistica in continuità di intervento con i programmi in corso presso le strutture aziendali;
- il progetto **Prevenzione Sardegna.it.** finanziato nel 2012 alla Regione Sardegna dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza Consiglio dei Ministri. Il progetto è stato affidato come ente gestore alla ASL 8, pur essendo indirizzato alla prevenzione delle dipendenze in tutto l'ambito regionale. Il finanziamento biennale prevedeva per i primi tre mesi (dal 24 Settembre al 24 Dicembre 2012) l'acquisizione di personale a contratto che nello sviluppo successivo (anno 2013 e 2014) dovrà collaborare alla stesura di materiale informativo cartaceo, informatico e video relativamente



Allegato C

all'informazione e prevenzione delle dipendenze oltre alla realizzazione di un contact center per via telefonica e mail.

Analisi delle principali attività di assistenza erogate e confronto con gli anni precedenti

Sono state erogate le attività previste dai LEA senza ricorso a liste d'attesa, con offerta di prestazioni diagnostiche e trattamenti integrati medico farmacologici, psichiatrici, psicologici, educazionali interventi socio riabilitativi a favore di 3376 persone con problemi correlati all'uso di sostanze o comportamenti d'abuso (3372 persone nel 2011, 3298 nel 2010, 3090 nel 2009).

Gli utilizzatori di droghe illegali sono stati 2444 (2513 nel 2011, 2390 nel 2010, 468 alcolodipendenti (572 nel 2011, 629 nel 2010), 95 giocatori d'azzardo 72 nel 2011, 112 nel 2010, 181 tabagisti (98 nel 2011, 25 nel 2010) 127 inviati dalle prefetture perché trovati in possesso di sostanze stupefacenti (124 nel 2011, 143 nel 2010).

La ripartizione tra le diverse unità operative del dipartimento è stata la seguente: Serd di via Liguria: 844 (948 nel 2011, 974 nel 2010), Serd di via Valenzani: 860 (940 nel 2011, 909 nel 2010), Serd di Quartu S.E: 746 (747 nel 2011, 730 nel 2010), unità di alcologia, tabagismo e GAP: 738 (732 nel 2011, 714 nel 2010).

Il dato complessivo relativo al numero di utenti è sostanzialmente sovrapponibile all'anno precedente, con un discreto trend di crescita dei tabagisti.

Nell'anno 2012 hanno ricevuto un trattamento in regime residenziale nelle comunità terapeutiche del privato sociale 431 utenti, contro i 404 del 2011 e 431 nel 2010. L'aumento del numero di persone nel 2012 è da ascrivere alla chiusura nel mese di giugno 2012 del Centro Crisi di Ussana, che negli anni 2010 e 2011 ha ospitato i pazienti che necessitavano di interventi urgenti residenziali direttamente inviati dal Ser.D.


L'assistenza ai detenuti tossicodipendenti e/o alcolodipendenti è stata prestata presso gli istituti di Cagliari a favore di 278 (305 pazienti nel 2011 , 316 nel 2010), presso la Colonia Penale di Isili a favore di 36 (52 nel 2011, 57 nel 2010) e presso l'Istituto Penale Minorile di Quartucciu 10 (7 minori nel 2011, 4 nel 2010).

Le diverse strutture hanno garantito tutte le attività previste dal DPR 309/90, per le problematiche connesse all'uso di droghe illegali, all'abuso di alcol, al gioco d'azzardo e al tabagismo:

- somministrazione e affidamenti di farmaci stupefacenti
- prelievi controllati delle urine per il monitoraggio dell'uso di sostanze d'abuso
- controlli ematochimici ed immunologici per patologie infettive correlate alla dipendenza

Allegato C

- screening con test di Mantoux per la TBC
- vaccinazioni per epatite B ed influenza
- inserimenti in strutture riabilitative e terapeutiche accreditate, con verifiche dei trattamenti e relativi adempimenti amministrativi
- convocazione ed eventuale presa in carico di persone segnalate dalla Prefettura perché trovate in possesso di sostanze stupefacenti, con invio delle relazioni periodiche di verifica
- predisposizione e attuazione di programmi di affidamento al Serd in alternativa alla detenzione ed invio delle relazioni di verifica all'UEPE ed alla Magistratura di Sorveglianza
- assistenza e trattamento per i pazienti temporaneamente trasferiti da altre AASSLL nel nostro territorio
- sostegno e segretariato sociale
- progetti educativi e reinserimento sociale e lavorativo
- servizio di informazione, orientamento, prevenzione per familiari e cittadini in relazione alle dipendenze
- consulenze per ospedali ed altri servizi aziendali
- collaborazione con il dipartimento di salute mentale per la presa in carico congiunta di pazienti con patologia psichiatrica e abusatori di sostanze stupefacenti
- attività di informazione e prevenzione sulle patologie infettive droga correlate
- valutazione clinica e laboratoristica finalizzata all'esclusione dell'uso di droghe su coppie che fanno istanza di adozione
- prelievi urinari per gli esami di laboratorio sui cataboliti delle droghe d'abuso finalizzati al rilascio della patente di guida e porto d'arma (oneri a carico del richiedente)
- prelievi urinari e valutazione clinico diagnostica per i lavoratori addetti a mansioni a rischio, inviati dalle aziende quando risultati positivi per uso di droghe al test di screening (oneri a carico del datore di lavoro)
- attività di tutoring e formazione per tirocini volontari e obbligatori di psicologi e medici
- attività di prevenzione ed educazione alla salute negli istituti scolastici: centri di informazione e consulenza negli istituti superiori e interventi informativi nelle scuole medie
- collaborazioni interistituzionali con i Comuni per progetti individualizzati, attività di prevenzione e riabilitazione, trasmissione dati



Allegato C

- collaborazione con il Tribunale per i Minorenni, sia per i casi segnalati, sia nell'ambito del protocollo per l'assistenza alle donne tossicodipendenti o alcolodipendenti in stato di gravidanza, operativo dal 2007, in collaborazione con l'Amministrazione provinciale di Cagliari e altri servizi sanitari aziendali e dell'azienda ospedaliera universitaria
- rilevazione dati a fini statistici ed epidemiologici per ministeri, prefettura, regione
- attività amministrativa
- la psicoterapia di gruppo multicopiale/multifamiliare per il GAP secondo il "Progetto Domino", messo a punto dal 2011, volto ad indirizzare l'individuo e l'ambiente familiare verso un processo di riabilitazione psicosociale attraverso la rimozione del sintomo ;
- la conduzione di gruppi multifamiliari di riabilitazione per i PAC
- attività di supervisione per gruppi di operatori dei programmi alcologici territoriali;
- attività di trattamento del tabagismo svolta mediante gruppi di sostegno a breve termine (4-6 sedute), associati o meno al trattamento farmacologico. Nel corso dell'anno sono stati condotti 15 gruppi presso la sede di Selargius e 2 a Senorbi. È stata inoltre supportata la costituzione dei gruppi di auto mutuo aiuto "Liberi di non fumare" attivi sul territorio.
- È stato curato il mantenimento di un adeguato livello di formazione e aggiornamento degli operatori mediante la partecipazione a congressi e convegni a livello nazionale, regionale e locale, tra cui il Congresso Nazionale AICAT (Pisa, settembre 2012) e i Forum Nazionali i per la formazione dei Club Alcologici Territoriali di Napoli (Gennaio 2012) e Iglesias (Giugno 2012), quest'ultimo organizzato anche con il sostegno di questo Servizio.

Principali prestazioni erogate da tutte le strutture del Dipartimento nell'anno 2012 in confronto all'anno 2011

TIPOLOGIA ATTIVITA'	2012	2011	differenza	%
ATTIVITA' MEDICA				
INTERVENTI BREVI				
1) Colloquio con il paziente	14409	12390	2019	16,30%
2) Controllo terapia	31560	29430	2130	7,24%
3) Intervento con i familiari	4206	4230	-24	-0,57%
4) Intervento con altri Enti	5431	4590	841	18,32%

Allegato C

5) Somm.terapia, prescrizioni farmaci o esami	9570	6064	3506	57,82%
Vaccinazioni	113	237	-124	-52,32%
Visite mediche	14453	14516	-63	-0,43%
1^ Visita	808	930	-122	-13,12%
Psicoterapie: individuali	1838	1092	746	68,32%
Psicoterapie: familiari	373	131	242	184,73%
Psicoterapie: di gruppo (pz)	5053	4431	622	14,04%
tot. altra attività medica	87965	78041	9773	12,52%
ATTIVITA' INFERMIERISTICA				
N° Somministrazioni terapia	373914	311357	62557	20,09%
N° Prelievi urinari	27239	28547	-1308	-4,58%
N° Prelievi ematici	532	680	-148	-21,76%
Accettaz/Accogl.nuovi ingressi	466	304	162	53,29%
Prest. Ambul. (Medicazioni, Somm.Farmaci, Ass. Medico di Guardia)	8936	4549	4387	96,44%
Totale attività infermieristica	411087	345437	65650	19,00%
PRESTAZIONI PSICOLOGICHE				
Tipologia attività				
Somm. Test intelligenza	5	8	-3	-37,50%
Somm. Test proiettivo personalità	291	431	-140	-32,48%
Anamnesi e valutazione breve	1019	1321	-302	-22,86%
Colloquio psicologico clinico	3446	4098	-652	-15,91%
Psicoterapia individuale	1597	2565	-968	-37,74%
Psicoterapia familiare (incontri)	483	449	34	7,57%
Psicoterapia di gruppo (n° pz)	810	1301	-491	-37,74%
Tot. Attività rivolta all'utente	7651	10173	-2522	-24,79%
Relazioni e programmi terapeutici	309	420	-111	-26,43%
Riunione di equipe	1789	2193	-404	-18,42%

Allegato C

Incontri interistituzionali e interservizi	1913	1400	513	36,64%
CIC: incontri con piccoli gruppi	2	26		
Riunione Servizio / settore	507	855	-348	-40,70%
Accessi esterni	144	191	-47	-24,61%
Tot. Altra attività	4664	5085	-421	-8,28%
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SOCIALE				
Tipologia attività				
Somministrazione questionari	32	5	27	
Counseling rivolto all'utente o alla famiglia	576	502	74	14,74%
Colloquio individuale	2455	2141	314	14,67%
Colloquio con i familiari	406	334	72	21,56%
Riunione di equipe	1713	1022	691	67,61%
Relazioni, programmi terapeutici	237	274	-37	-13,50%
Tot. Attività rivolta all'utente	3706	3256	450	8,81%
Incontri interistituzionali e interservizi	1169	852	317	37,21%
CIC: incontri con Presidi e docenti	6	1	5	
Riunioni di Servizio/settore	335	327	8	2,45%
Accessi esterni	291	196	95	48,47%
PRESTAZIONI EDUCATIVE				
Tipologia attività				
Somministrazione questionari	229	252	-23	-9,13%
Intervento educativo breve rivolto all'utente o alla famig	1010	980	30	3,06%
Colloquio educativo individuale	2378	2291	87	3,80%
Colloquio con i familiari	647	661	-14	-2,12%
Attività esterna con l'utente	154	124	30	24,19%
intervento di gruppo (n° gruppi)	7	18	-11	-61,11%
Riunione di equipe	1658	1227	431	35,13%

Allegato C

Relazioni, programmi terapeutici	203	204	-1	-0,49%
Tot. Attività rivolta all'utente	3418	4530	98	2,16%
Incontri interistituzionali e interservizi	1647	1024	623	60,84%
CIC: incontri con presidi e docenti	14	0	14	
Riunioni di Servizio/settore	381	499	-118	-23,65%
Accessi esterni	361	361	0	0,00%

Presso la Casa Circondariale di Buoncammino sono state effettuate 1.471 prestazioni da parte dei medici e 1.068 da parte degli psicologi.

Oltre ai dati di attività sopra indicati per le finalità previsti dal LEA sono state erogate prestazioni ai fini delle adozioni e prestazioni con oneri a carico dei richiedenti a favore di lavoratori addetti a mansioni a rischio o per rilascio patenti, porto d'armi.

Nell'ambito dell'attività di informazione, sensibilizzazione e promozione della salute nel territorio della ASL di Cagliari sono stati organizzati:

- 4 incontri dibattito rivolti alla popolazione generale con la popolazione sul tema Alcol nei comuni di Isili, Monserrato, Quartu S. Elena, Assemini;
- 1 incontro dibattito sul gioco d'azzardo realizzato nel comune di Elmas;
- 2 incontri scientifici per i medici di medicina generale (Cagliari, sede Ordine dei Medici, Aprile 2012) e per i medici cardiologi (Cagliari, Aula Magna A.O. "Brotzu", Marzo 2012) sul tema delo tabagismo;
- 3 interventi sul tema alcol rivolti alla popolazione scolastica (alunni, insegnanti e genitori) nel comune di Cagliari;
- intervento sul tema "Alcol e guida" all'incontro di studio per insegnanti "Una scuola in salute" organizzato dall'Ufficio Scolastico Regionale (Elmas, Marzo 2012);
- Corso Monotematico per servitori insegnanti dei Club Alcolologici Territoriali "Il Club, la famiglia e la spiritualità antropologica" (Uta, Marzo 2012);
- diffusione di materiale informativo nel corso della "Pedalata per la salute" (Quartu, Quartucciu, Selargius, Sinnai, Settimo S.P., Maracalagonis, Maggio 2012);
- 26 incontri a carattere psicoeducazionale (scuole alcolologiche territoriali di I° e II° modulo) per le famiglie dei Club Alcolologici Territoriali nei comuni di Cagliari, Quartu, Monserrato, Selargius, Elmas, Senorbì.



Allegato C

È proseguita inoltre l'azione di collaborazione con le associazioni attive sui problemi alcol e gioco d'azzardo correlati. In particolare sono state sostenute le iniziative dei 30 Club Alcolologici Territoriali attivi nel territorio aziendale in occasione dell'Alcol Prevention Day dell'Aprile 2012 e degli Interclub zonali (Cagliari, Selargius, Senorbi) e dell'ASSIGAP, associazione che coordina le attività dei 6 gruppi Domino attivi sul problema del gioco d'azzardo (Sinnai, Settembre 2012). È stata garantita la formazione dei volontari mediante il Corso di formazione per volontari impegnati nelle Associazioni dei Club Alcolologici Territoriali (Senorbi, Gennaio 2012) e le sue previsioni bimestrali per self-helper dei gruppi Dom.

Acquisto di prestazioni esterne per programmi residenziali in Comunità terapeutiche accreditate del privato sociale.

Il budget attribuito dalla RAS per l'anno 2012, a seguito degli aumenti delle rette delle CT sarde è stato di € 5.105.192, contro i 3.900.000 del 2011.

Nel 2012 sono state liquidate da questo dipartimento fatture per un importo di € 4.828.199,19 di cui € 3.494.822,05 per le CT regionali ed € 1.333.377,14 per le CT extra regione (la contabilità non è da considerare completamente chiusa per la definizione di note di accredito e di eventuali fatture non ancora pervenute). Nel 2011 la spesa sostenuta è stata di € 3.846.154,10.

Modifiche organizzative

Nel 2012 al fine di razionalizzare le risorse è proseguita la modifica oraria di chiusura pomeridiana alternata per 2 giorni infrasettimanali dei 2 Serd di Cagliari, iniziata nell'anno 2011, con possibilità di accesso degli utenti nell'altro Serd in caso di necessità. Si è aggiunta nell'anno anche la chiusura alternata dei 2 Serd nelle Domeniche e nei festivi.

Il Serd di Quartu S.E., nel corso del 2012 ha continuato a mantenere la chiusura domenicale.

Particolare attenzione organizzativa è stata data nel Serd di via Valenzani alla presa in carico di adolescenti e delle donne, in collaborazione per le problematiche correlate con altri servizi aziendali ed Enti esterni.

Nel mese di Giugno 2012 è stata sospesa l'attività del Centro crisi di Ussana, in attesa di definire le procedure per accreditare la struttura in modo stabile.

Ai fini delle realizzazioni di un sistema informativo in linea con i debiti informativi nazionali ed europei gli operatori hanno partecipato alla formazione regionale per l'utilizzo di una cartella clinica informatizzata.



Dipartimento del Farmaco

Nel corso del 2012 l'attività del Dipartimento del Farmaco si è incentrata principalmente sull'attività di sensibilizzazione e informazione della classe medica in relazione all'andamento della spesa farmaceutica e all'appropriatezza prescrittiva.

A tal fine, il Dipartimento del Farmaco ha organizzato incontri aventi ad oggetto le prescrizioni di farmaci erogati in regime convenzionale, e per questo sono stati invitati, in sedute separate, sia i medici di medicina generale, sia i medici ospedalieri in qualità sia di primi prescrittori che di induttori di spesa.

Per quanto riguarda la farmaceutica ospedaliera durante l'anno si è proceduto con l'informatizzazione del processo di approvvigionamento dei reparti con la predisposizione e l'avvio degli armadietti di reparto.

Trimestralmente sono stati inviati ai reparti i report di consumo con l'analisi dettagliata della spesa per categoria terapeutica e a seguito di ciò si sono organizzati incontri con i primari per l'esposizione e il commento dei dati stessi, nonché lo studio di soluzioni alternative ugualmente efficaci ma economicamente più efficienti.

Nel corso del 2012 inoltre è stato predisposto l'ambizioso progetto relativo alla creazione dell'UFA, che è stata avviata poi all'inizio del 2013.

FARMACEUTICA TERRITORIALE

- Farmaceutica convenzionata.

Per quanto riguarda la farmaceutica convenzionata, la ripartizione della spesa per classi terapeutiche della Asl 8, riflette l'andamento a livello nazionale: le classi ATC relative al sistema cardiovascolare (C), l'apparato gastrointestinale e metabolismo (A) e il sistema nervoso (N) sono le più prescritte e da sole assorbono più del 62% dell'intera spesa lorda della farmaceutica convenzionata.

I dati forniti dalla società Marno, incaricata dell'elaborazione delle ricette consegnate al Servizio Farmaceutico, consentono lo studio dell'andamento della spesa farmaceutica territoriale dell'ultimo triennio.

2010		2011		2012		Decr. % Spesa netta	analisi scostamenti 2012/2011	
Numero Pezzi	Spesa Netta	Numero Pezzi	Spesa Netta	Numero Pezzi	Spesa Netta	2012/2011	Effetto prezzo	Effetto consumo
10.573.640	118.168.013	10.891.215	112.948.368	11.147.197	110.903.268	-1,81%	-4,07%	2,35%

Allegato C

E' da notare come, nel 2012, a fronte di un aumento dei pezzi consumati pari al 2,35%, la spesa complessiva netta ha subito un decremento pari al 1,81%.

L'aumento del consumo in termini di pezzi erogati, ai fini della spesa, è stato più che compensato dalla forte diminuzione dei prezzi di rimborso che sono diminuiti in media dello 4,07%.

Nel canale convenzionale, e quindi al di fuori dei percorsi previsti per la Distribuzione Diretta e la Distribuzione in nome e per conto, nel 2012, residuano farmaci del PHT per un importo lordo pari a Euro 12.128.400 con una incidenza, sulla spesa lorda convenzionata totale, del 9,41%. L'incidenza quasi doppia rispetto al 2011 (4,76%), è da imputarsi al blocco temporaneo della distribuzione per conto nel corso dei primi mesi del 2012 a causa della scadenza dell'accordo con Federfarma e delle gare di aggiudicazione dei farmaci.

Farmaci del PHT residuali nel canale convenzionale. Anno 2012.

2010		2011		2012	
Numero Pezzi	Spesa Lorda	Numero Pezzi	Spesa Lorda	Numero Pezzi	Spesa Lorda
206.058	6.310.003	207.585	6.186.273	282.750	12.128.400

Per quanto riguarda la mobilità attiva, rilevata dal flusso della farmaceutica convenzionata, risulta un decremento (-16%) della spesa per residenti extra regione, mentre, come evidenziato nella tabella sottostante, risulta un incremento del 11% della spesa sostenuta per i residenti delle altre province della Sardegna.

Il dettaglio della mobilità passiva e attiva infraregionale, di seguito mostrato, mostra in ultima analisi un saldo positivo seppur minimo.

Mobilità attiva farmaceutica convenzionata. Spesa netta.

	Spesa netta 2010	Spesa netta 2011	Spesa netta 2012
Mobilità extra-regione	389.313	629.150	528.855
Mobilità intra-regione	1.332.209	1.527.869	1.703.549
Totale	1.721.522	2.157.019	2.232.404

Dettaglio mobilità attiva e passiva Intraregionale. Spesa netta.

ASL	Netto SSN (Mob.Passiva)	Netto SSN (Mob.Attiva)	Rettifica
101 - SASSARI	75.185	158.927	83.742
102 - OLBIA	107.633	89.463	- 18.170
103 - NUORO	119.669	241.149	121.480
104 - LANUSEI	102.056	184.350	82.293
105 - ORISTANO	277.258	268.932	- 8.326
106 - SANLURI	389.618	432.143	42.525
107 - CARBONIA	378.739	328.586	- 50.153
TOTALE	1.450.159	1.703.549	253.390

- **Distribuzione per conto.**

Nel corso del 2010 si era registrato un incremento della distribuzione per conto dovuto principalmente alla Delibera di Giunta Regionale n. 2/20 del 19.01.2010 che, nel rinnovare gli accordi quadro sperimentali con Federfarma Sardegna e con la Distribuzione Intermedia, aveva ulteriormente allargato lo spettro d'azione della DPC, inserendo nell'accordo tutti i farmaci del PHT con solo alcune eccezioni (es. metadone, eparine, etc.).

I dati delle ricette elaborate dalla società Marno forniscono lo spunto per un'analisi più approfondita.

DPC

	2010	2011	2012
N° Pezzi	183.296	214.056	165.917
Costo d'acquisto	9.462.028	11.365.358	7.444.726
Aggio Farmacie + Distributori	1.643.403	2.091.689	1.529.567
Costo DPC	11.105.431	13.457.047	8.974.294

Purtroppo nel 2012 la distribuzione per conto ha subito una battuta d'arresto, nel corso dei primi mesi, dovuta allo scadere dell'accordo con Federfarma e delle gare di aggiudicazione dei farmaci in DPC.

Solo con la proroga sia dell'accordo che dei contratti, in attesa delle nuove stipule, si è potuti ripartire con i nuovi approvvigionamenti.

Nel corso dell'anno infine si è addivenuti alla stipula di un nuovo accordo con Federfarma, che a seguito di alcuni rinvii ha avuto decorrenza dal primo gennaio 2013, che prevede importanti novità tra le quali:

Allegato C

- L'estensione dei farmaci da distribuire, con particolare riferimento alle eparine a basso peso molecolare
- La remunerazione del servizio reso dalle farmacie prevedendo una quota fissa per confezione, comprensiva anche della remunerazione del distributore intermedio, in luogo della percentuale sul prezzo al pubblico.

- **Distribuzione diretta**

Nelle pagine seguenti sono riportati i dati relativi alla distribuzione diretta a pazienti, anche di altre ASL, effettuata dai presidi interni alla Azienda e dal Servizio Farmaceutico Territoriale.

Oltre alla consegna dei farmaci per il primo ciclo terapia in dimissione da ricovero ex L.405/2001, la distribuzione riguarda anche i pazienti in RSA e in ADI.

La tabella di seguito mostra in sintesi l'andamento negli ultimi tre anni della spesa per farmaci sostenuta dall'azienda per l'erogazione diretta a pazienti.

Nel corso dell'ultimo anno si è avuto un ulteriore incremento della distribuzione di tutti i farmaci, ma soprattutto di quelli ad uso ospedaliero.

Distribuzione diretta.

CLASSE	2010	2011	2012
A	34.013.626	31.994.761	33.272.855
C	263.224	243.156	341.057
H	20.609.874	24.027.590	28.700.698
ESTERI E OSSIGENO	677.654	270.380	10.055
Totale complessivo	55.564.377	56.535.886	62.324.666

Di quanto speso complessivamente per l'erogazione diretta, una parte è riferita a pazienti non residenti nel territorio della ASL 8 e pertanto oggetto di compensazione con le altre ASL. L'entità del fenomeno è dovuto al fatto che nella Asl di Cagliari trovano sede numerosi centri di riferimento regionale per la cura di specifiche patologie croniche (ad es. sclerosi multipla, talassemia), peculiari o a maggior incidenza nella popolazione sarda.

137



Mobilità attiva distribuzione diretta.

ASL_RESIDENZA	2010	2011	2012
CAGLIARI	39.247.949	38.288.625	42.566.040
MOBILITA' EXTRA-REGIONE	233.677	384.189	361.281
MOBILITA' INTRA-REGIONE	16.082.751	17.863.072	19.397.346
CARBONIA	4.275.694	4.580.523	4.997.521
LANUSEI	1.243.147	1.438.664	1.479.342
NUORO	1.300.849	1.460.603	1.608.339
OLBIA	687.676	733.953	824.897
ORISTANO	4.183.570	4.773.525	4.973.932
SANLURI	3.653.355	4.200.337	4.720.806
SASSARI	738.461	675.466	792.508
Totale complessivo	55.564.377	56.535.886	62.324.666

FARMACEUTICA OSPEDALIERA

Il progetto presentato nel mese di dicembre 2010 dal Responsabile F.F. della S.C. Farmaceutica Ospedaliera prevedeva la revisione e riorganizzazione della rete delle farmacie ospedaliere sulla base di una reingegnerizzazione dei principali processi della farmacia, armonizzandoli in funzione del contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera.

Una proposta strategica tesa ad un'evoluzione sotto il profilo organizzativo e sotto il profilo dei compiti e delle responsabilità che deve condurre da una gestione prevalentemente dedicata alla Logistica ad una gestione improntata alla Pharmaceutical Care e alla Farmacia Clinica ossia un'assistenza farmaceutica orientata sia alla patologia che al paziente, in cui l'appropriatezza delle scelte terapeutiche ed il relativo monitoraggio diventino strumenti per un'efficace governance dell'area del farmaco e del dispositivo medico.

La proposta derivava da un'analisi di contesto in cui emergevano rilevanti criticità nell'area di farmacia ospedaliera, sia per quanto concerneva la valutazione dei flussi informativi e le risorse umane impiegate sia per quanto concerneva l'analisi dei dati di spesa farmaceutica ospedaliera e le attività dei farmacisti.

Il processo avviato sostanzialmente nel 2011, ha trovato piena realizzazione nel corso del 2012.

L'informatizzazione dei flussi di movimentazione di carico e scarico ai Centri di Costo, con il modulo applicativo previsto del sistema gestionale Sisar è stata portata a pieno regime.

L'alimentazione costante dei flussi ha consentito una razionalizzazione delle attività ed una riduzione delle risorse umane dedicate in passato alle movimentazioni di carico e scarico ai centri di Costo.

Allegato C

Allo stato attuale, la movimentazione di scarico ai Centri di Costo avviene nella stessa giornata della consegna e i farmaci ed i dispositivi medici vengono inviati con bolla di accompagnamento.

In virtù dei flussi aggiornati quotidianamente è stato possibile proseguire con il governo clinico della spesa farmaceutica ospedaliera tramite alcune leve di intervento quali 1) aderenza rigida al Prontuario Terapeutico Ospedaliero; 2) incontri periodici con i clinici per valutazioni sulla spesa farmaceutica ospedaliera; 3) analisi dati di spesa farmaceutica e proposte di scelte terapeutiche in base ad analisi di minimizzazione dei costi e al rapporto costo-beneficio; 4) promozione dell'impiego dei farmaci biosimilari.

Gli incontri con i Clinici Responsabili dei Centri di Costo dei 6 Presidi dell'Azienda, sono stati organizzati dalla Direzione Aziendale con il coinvolgimento delle Direzioni Sanitarie e, in virtù dell'analisi dei dati di spesa, sono state formulate e concordate con i clinici alcune strategie di intervento nelle scelte terapeutiche, sulla base delle evidenze della letteratura clinica, tali da consentire un contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera.

Il monitoraggio dei dati di consumo e della spesa farmaceutica ha evidenziato, ad esempio, una riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera del 17% nel corso del 2012.

Sempre al fine di consentire un monitoraggio della spesa più puntuale e seguire le disposizioni dettate dalla Corte dei Conti, è stata avviata l'implementazione del sistema SISAR relativa agli armadietti di reparto con scarico finale a paziente.

Allo stato attuale l'ospedale Marino e Binaghi sono a pieno regime e gli altri ospedali sono già predisposti per l'attivazione.

Ma uno dei principali obiettivi perseguiti nel corso del 2012, è stato l'allestimento del progetto di centralizzazione dell'allestimento delle terapie antitumorali per l'Ospedale Businco, per l'Ospedale Binaghi, e per l'Ospedale Microcitemico.

Sono stati identificati gli standard tecnici del software gestionale delle terapie antitumorali e sono stati individuati i locali in accordo con il Direttore di Dipartimento dell'Oncologia. La centralizzazione permetterà di garantire maggiore qualità della preparazione con conseguente maggiore sicurezza per i pazienti, maggiore sicurezza per gli operatori sanitari, ed un importante contenimento della spesa farmaceutica, in quanto trattasi di farmaci innovativi ad alto costo, la cui posologia viene calcolata in base al peso o alla superficie corporea.

Il progetto ha avuto avvio nell'ospedale Businco all'inizio del 2013.

Allegato C

Nel corso dell'anno 2012 sono proseguiti gli incontri con il Servizio Acquisti e l'Unità Farmaceutica Centrale al fine di monitorare ciascuna procedura di gara ed effettuare un monitoraggio dei contratti con alert da inviare alle farmacie ospedaliere in caso di scadenza contrattuale imminente o in casi di esaurimento dell'importo.

Per contro, al fine di consentire la prosecuzione dell'assistenza, si è provveduto alla registrazione dei CIG di acquisti concernenti ordini di fornitura con carattere di urgenza, da autorizzare in seguito ad una programmazione dei fabbisogni.

UNITA' CENTRALE FARMACEUTICA

La Struttura Semplice Dipartimentale denominata "Unità Centrale Farmaceutica" ha il compito di governare il processo di approvvigionamento dei farmaci e dei presidi di competenza dell'area Farmacia, a livello aziendale e non più di singola unità, riconducendo all'unicità tutto il percorso di acquisto. Oltre a ciò definisce il fabbisogno e provvede all'approvvigionamento dei farmaci in Distribuzione per Conto da parte delle farmacie convenzionate di tutta la Regione Sardegna.

A quanto elencato sopra si aggiunge il controllo dell'anagrafica dei prodotti trattati, compresi nel sistema informatico utilizzato dall'Azienda (SiSAR) con particolare riferimento all'inserimento e/o alla cancellazione o, ancora, alla eventuale modifica della descrizione del prodotto trattato.

L'attività degli ultimi tre anni può essere così riassunta :

- nel 2010 le pratiche sono diventate n° 597 (con un aumento del 40% rispetto all'anno 2009) suddivise per tipologia come da tabella e n° 406 ordini in DPC (con un aumento del 10% rispetto al 2009);

PRATICHE UFF. VARI E DIREZIONI	PRATICHE DPC	CHIARIMENTI	RICHIESTE	RICHIESTE CON DICH. DI SCELTA	CONGRUITA'	CONGRUITA' CON DICH. DI SCELTA
26	41	26	214	134	67	89

- nel 2011, n° 822 pratiche suddivise per tipologia come da tabella (con un aumento del 40% circa rispetto al 2010) e n° 715 ordini in DPC (con un aumento del 75% rispetto al 2010);

PRATICHE UFF. VARI E DIREZIONI	PRATICHE DPC	CHIARIMENTI	RICHIESTE	RICHIESTE CON DICH. DI SCELTA	CONGRUITA'	CONGRUITA' CON DICH. DI SCELTA
53	120	35	261	177	70	106

Allegato C

- nel 2012, n° 1016 pratiche suddivise per tipologia come da tabella (con un aumento del 19,9% rispetto al 2011) e n° 188 ordini DPC (la Distribuzione Per Conto è stata interrotta per mancato rinnovo accordo e per scadenza contratti al 31/12/2011).

PRATICHE UFF. VARI E DIREZIONI	PRATICHE DPC	CHIARIMENTI	RICHIESTE	RICHIESTE CON DICH. DI SCELTA	CONGRUITA'	CONGRUITA' CON DICH. DI SCELTA
47	73	182	314	195	74	131

Le pratiche indicate rappresentano la programmazione di acquisti per tutte le strutture ospedaliere e territoriali di questa ASL , infatti esse sono scaturite dalla raccolta di tutte le richieste di ogni singolo P.O. e dei Servizi Territoriali di Cagliari, Quartu e Senorbi, assemblandole dove possibile, predisponendo i capitolati per l'indizione di eventuali gare d'appalto, trattative negoziali (per le quali è necessario poi dare parere di congruità), controllo tecnico e indagini di mercato su richieste con dichiarazione di scelta, gestione della gara farmaci conclusasi con la Delibera di aggiudicazione n°931/2010 (con successive trattative per poter fornire principi attivi non aggiudicati in gara per lotti andati deserti etc..). Le richieste di trattative negoziate si sono rese necessarie per consentire l'acquisto di DM o farmaci da regolari contratti, nelle more dell'espletamento delle rispettive gare.

Nell'arco del triennio considerato si è avuta una notevole diminuzione di ordini fuori contratto corrispondente ad un notevole decremento della spesa fuori budget. (vedi tabella)

Ordini LIBERI								
2010		2011		2012		DIFF % VALORE		
N° ORDINI	VALORE	N° ORDINI	VALORE	N° ORDINI	VALORE	2011/2010	2012/2011	2012/2010
6.877	€ 37.694.236,46	4.278	€ 12.959.564,45	2.789	€ 9.650.706,92	-65,62	-25,53	-74,4

Si vuole segnalare che dal mese di maggio 2012 l'Unità Centrale Farmaceutica conta di un dirigente Farmacista in meno.

Nel corso del mese di Dicembre 2012, viste le Delibere Regionali dove sono state assegnate le Gare Regionali dei dispositivi per CND, si è iniziato a raccogliere i fabbisogni aziendali, coinvolgendo gli utilizzatori alla compilazione dei format riassuntivi provenienti dalla ASL capofila.

A tutt'oggi questa Unità sta ulteriormente collaborando con il Servizio Acquisti affinché si possa migliorare la programmazione degli acquisti, snellendo i tempi di attesa troppo spesso condizionati da innovazioni legislative che allungano i tempi tecnici richiesti, portando a ritardi nell'espletamento delle

Allegato C

gare d'appalto e di conseguenza rendendo necessario il ricorso a procedure diverse come le trattative negoziali che a loro volta, richiedono comunque tempi non adeguati ai bisogni della sanità.

Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari

Il Dipartimento funzionale "Acquisti Servizi Sanitari", istituito con deliberazione n.611 del 23 maggio 2007, con funzioni di supporto alla Direzione Generale e alle articolazioni organizzative con funzioni di committenza (Distretti e Dipartimenti), ha operato e opera avvalendosi di un'articolazione in due strutture complesse: U.O. Complessa Assistenza Ospedaliera, U.O. Complessa Assistenza Territoriale e SSD "Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari".

U.O. Complessa Assistenza Territoriale

L'attività specialistica ambulatoriale dell'Azienda viene erogata dalle strutture a gestione diretta: Poliambulatori e Presidi Ospedalieri, da altre strutture pubbliche situate nel territorio aziendale (Azienda Ospedaliera Brotzu, Policlinico Universitario e INRCA), dalle strutture private accreditate e dalle altre Aziende sia regionali che extraregionali.

I dati di seguito esposti sono stati elaborati sulla base dei file C prodotti dalle strutture aziendali :Poliambulatori ed Ospedali e dalle strutture private accreditate presenti nel territorio Aziendale.

Domanda espressa e soddisfatta

La domanda espressa nell'anno 2012 dai residenti ASL 8 è soddisfatta sia dalle strutture a gestione diretta, dalle altre strutture pubbliche (Azienda ospedaliera e Azienda universitaria) situate sul territorio provinciale cagliaritano (mobilità passiva) e dalle strutture private.

La domanda espressa nell'anno 2011 (i dati 2012 non sono ancora in possesso di questa Azienda) dai residenti ASL 8 è soddisfatta sia dalle strutture a gestione diretta che dalle altre strutture pubbliche situate sul territorio provinciale cagliaritano, extraprovincia, dalle strutture pubbliche e private (mobilità passiva) extraregione si attesta, su circa 7.3 milioni di prestazioni per un valore complessivo, al netto del ticket, di 102 milioni di €.

ANALISI DELLA DOMANDA SODDISFATTA (FONTE RAS) (N PRESTAZIONI) ANNO 2011

Macroarea di attività specialistica	Mobilità passiva					totale
	Altre Aziende	Regionali	Extra Regione	Gestione diretta	Privato	
	n prestazioni					
1. Diagnostica per immagini	70.128	12.230	321	110.074	313.134	515.887
<i>di cui RMN e TAC</i>	12.926	652	704	6.832	39.220	61.334
2. Diagnostica di laboratorio	917.244	99.027	124	1.485.221	1.768.220	4.346.836
3. FKT	18.529	12.073	781	78.692	1.034.578	1.145.653
4. Nefrologia e Dialisi	35.181	1.672	87	38.222	43.538	118.800
5. Altro	382.996	33.287	1.422	564.660	190.548	1.192.913
6. Day Service	229	27	9	635	9.287	10.217

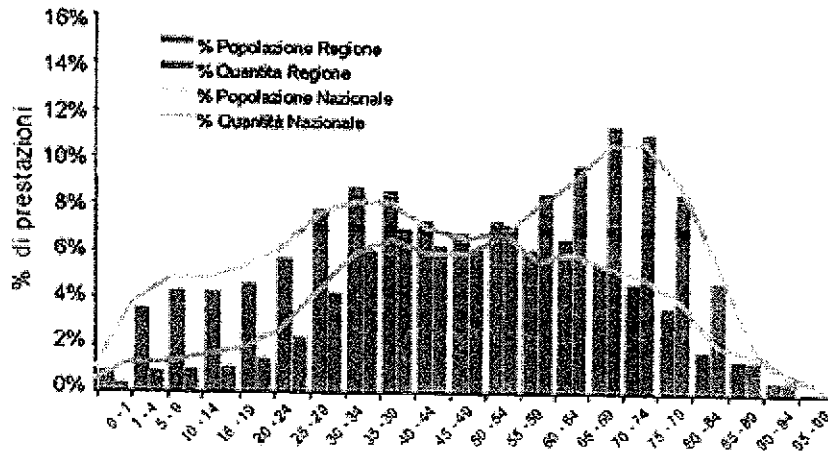
Macroarea di attività specialistica	Mobilità passiva			totale
	one da altre strutture pubbliche	Erogazione diretta ASL	strutture private accreditate	
	costi			
1. Diagnostica per immagini	4.670.902	6.059.109	13.806.826	24.536.837
<i>di cui RMN e TAC</i>	2.564.327	1.499.883	6.632.022	10.696.232
2. Diagnostica di laboratorio	2.127.976	22.055.278	2.082.123	26.265.377
3. FKT	218.983	657.868	7.083.766	7.960.617
4. Nefrologia e Dialisi	3.860.074	5.670.915	8.351.716	17.882.705
5. Altro	3.034.730	10.766.567	3.504.053	17.305.350
6. Day Service	174.890	301.716	8.084.833	8.561.439
Totale	14.087.555	45.511.453	42.913.316	102.512.324
Totale	1.424.307	158.316	110.874	2.277.504
				3.359.305
				7.330.306

Allegato C

ANALISI DELLA DOMANDA SODDISFATTA (FONTE RAS) (COSTI) ANNO 2011

Qui di seguito si riportano alcune considerazioni sul consumo di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a favore di residenti in questa Azienda:

PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER CLASSE D'ETA' - QUANTITA' DATO NAZIONALE

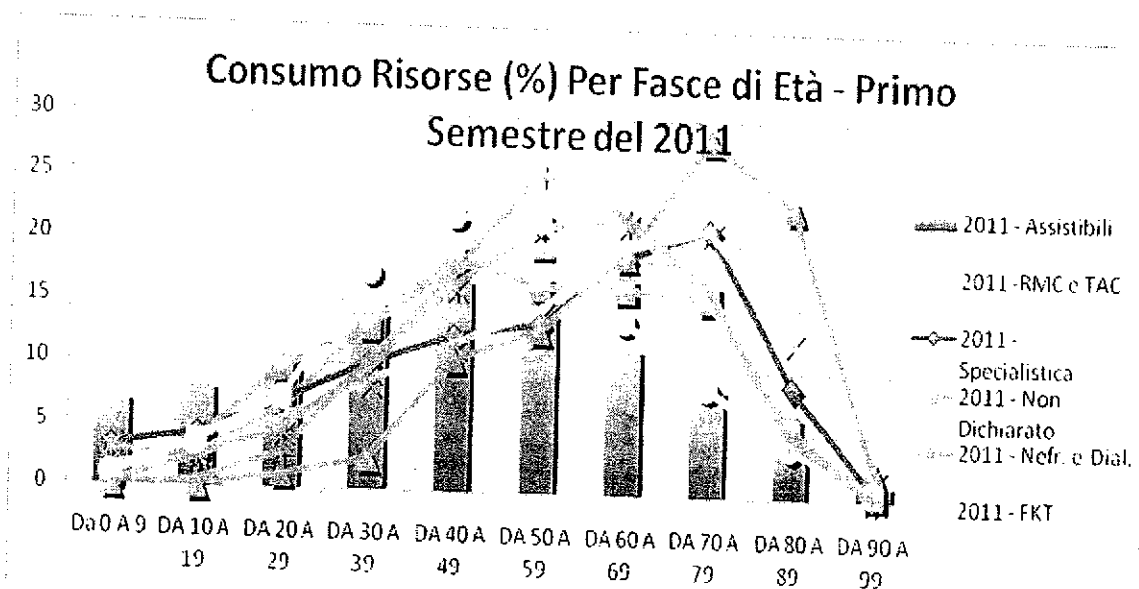


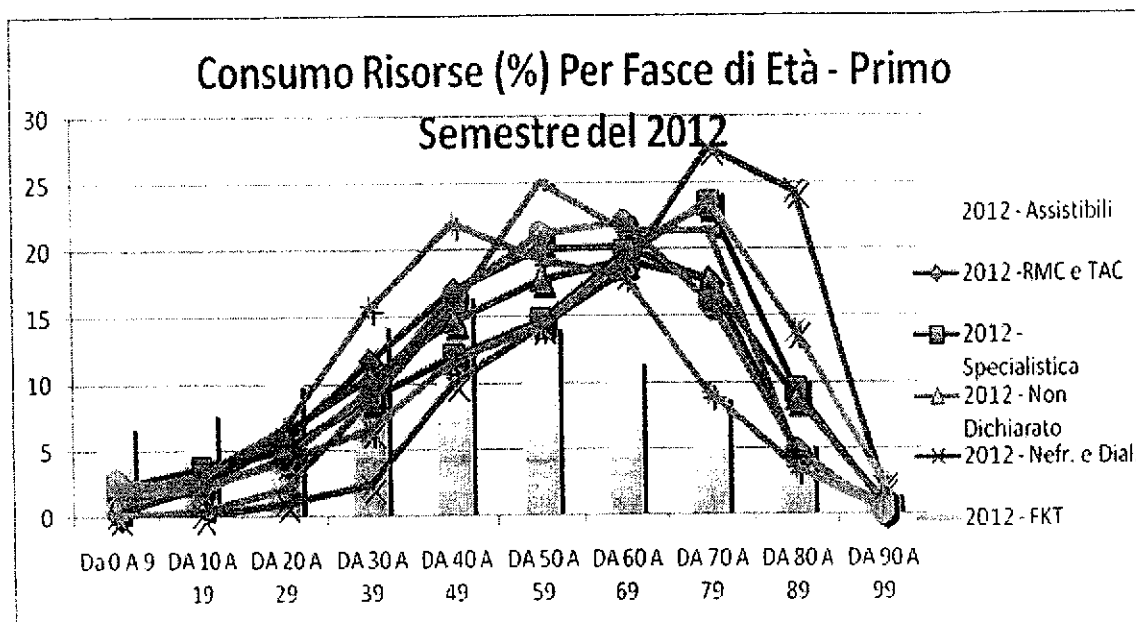
145



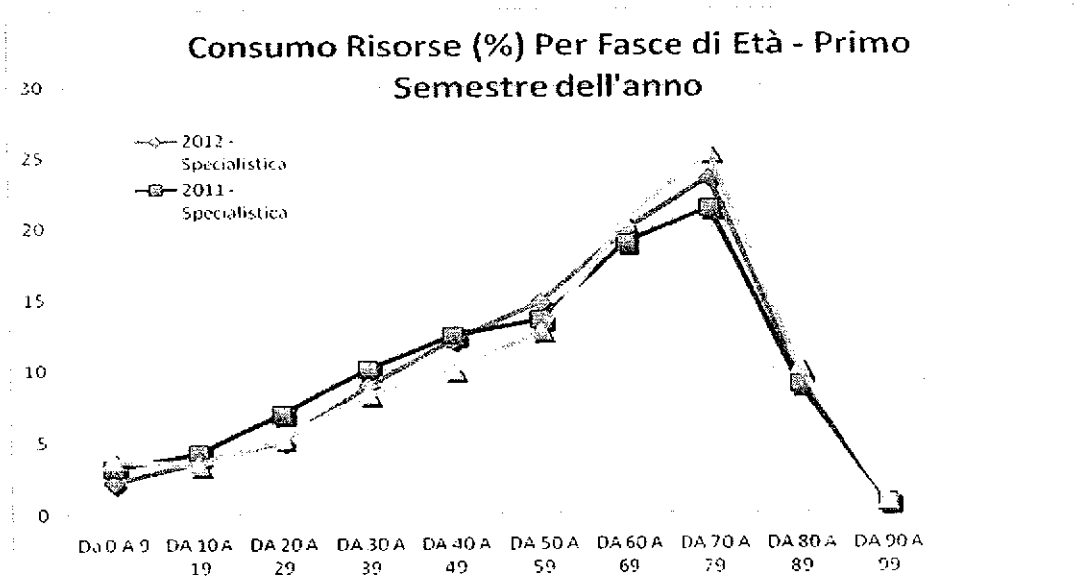
Come si evince dal grafico sopra riportato la distribuzione della popolazione Aziendale è in linea con quella Nazionale, così come la distribuzione delle prestazioni consumate per fascia d'età. Il confronto tra numero di prestazioni e risorse consumate, evidenzia che le prestazioni risultano concentrate in una fascia d'età ristretta (60/80 anni) mentre le risorse consumate abbracciano una fascia d'età quasi doppia (40/70 anni).

Qui di seguito vengono riportati una serie di report che mettono a confronto nel primo semestre 2011 il consumo di risorse per macroarea e fascia d'età.

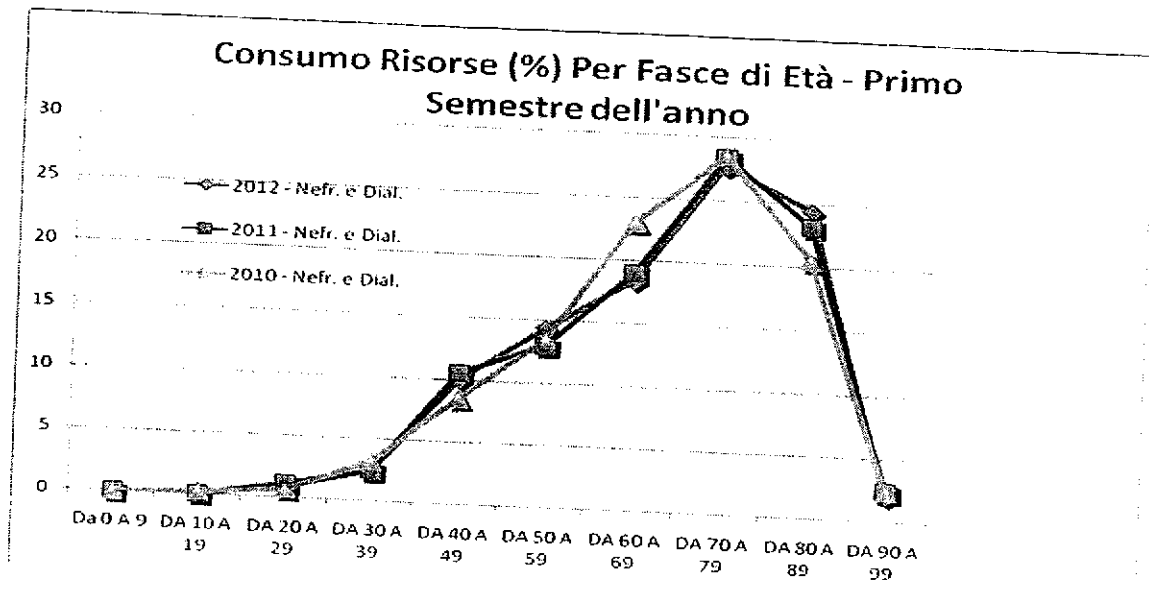




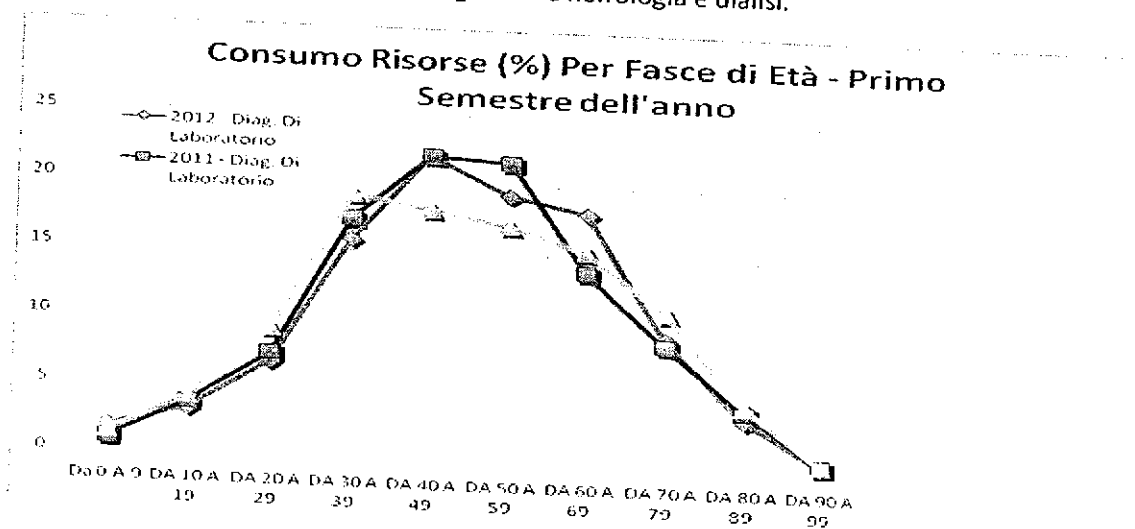
Qui di seguito vengono riportati una serie di report che mettono a confronto il primo semestre 2011/2012 il consumo di risorse per macroarea e fascia d'età.



Nel corso del medesimo periodo 2011/2012 si assiste ad una lieve riduzione del consumo di risorse delle prestazioni afferenti alle branche a visita.

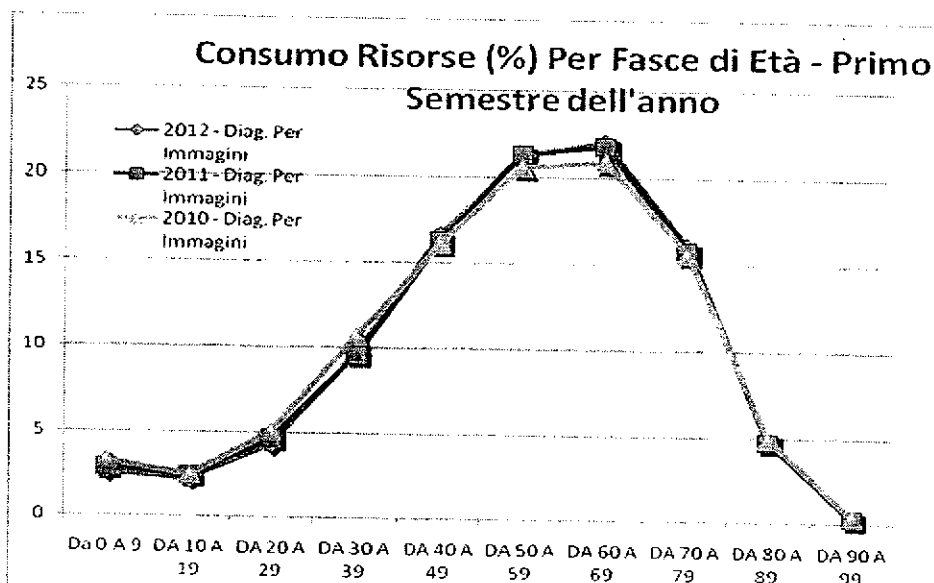


Inalterato nel corso degli anni per quanto riguarda la nefrologia e dialisi.

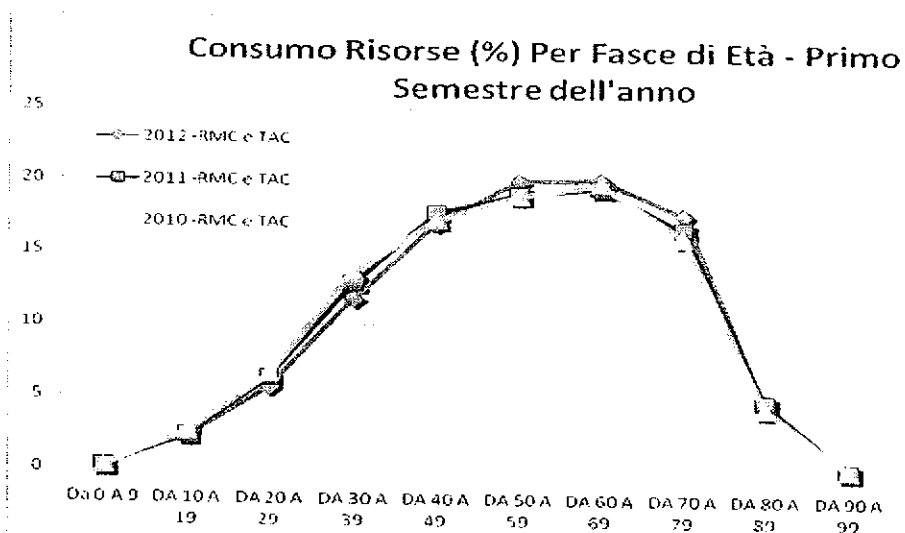


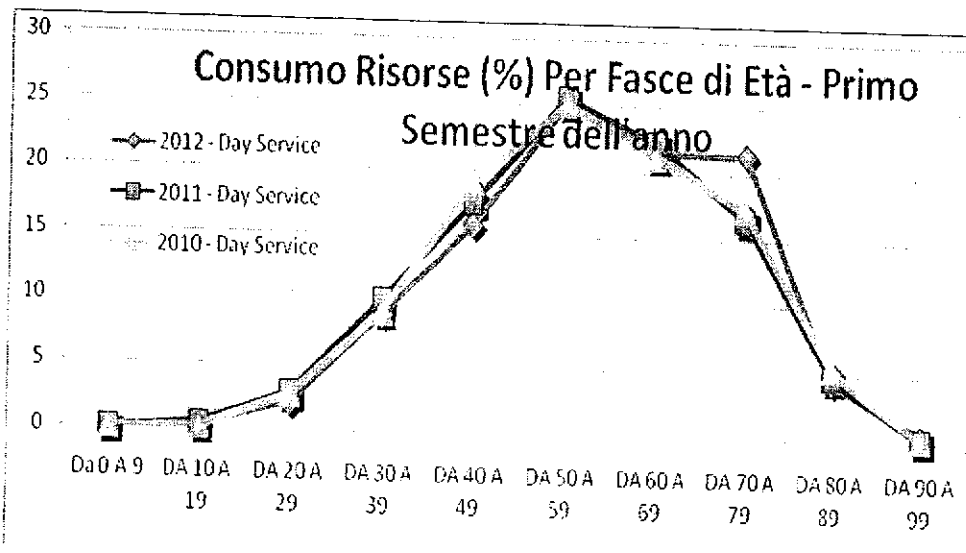
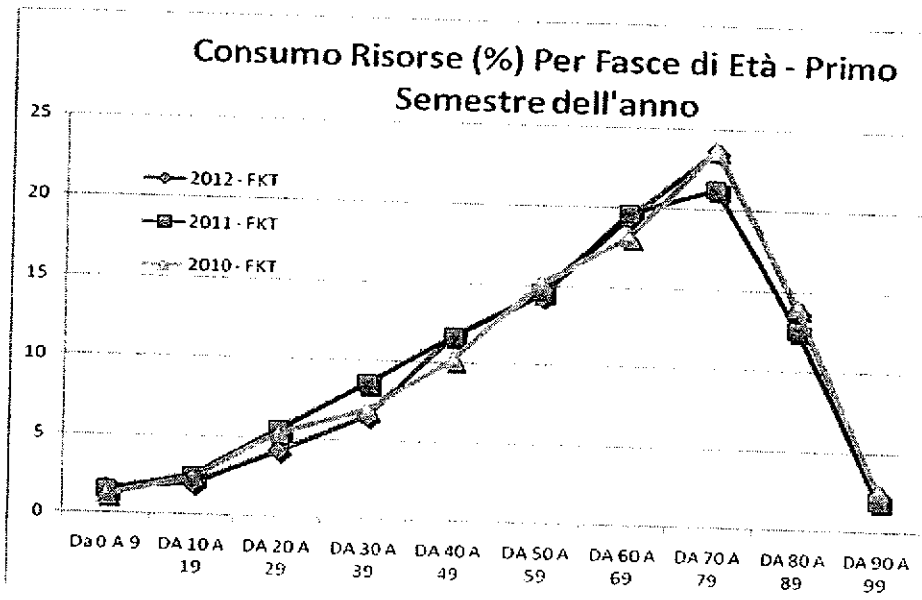
Allegato C

Nella diagnostica di laboratorio si assiste ad un incremento negli anni 2011 e 2012



Inalterato nel corso degli anni per quanto riguarda la diagnostica per immagini, si deve puntualizzare che nel terzo trimestre 2011 e 2012 sono stati stipulati dei contratti aggiuntivi al fine di ridurre le liste d'attesa per la prestazioni di Risonanza magnetica nucleare.





Allegato C

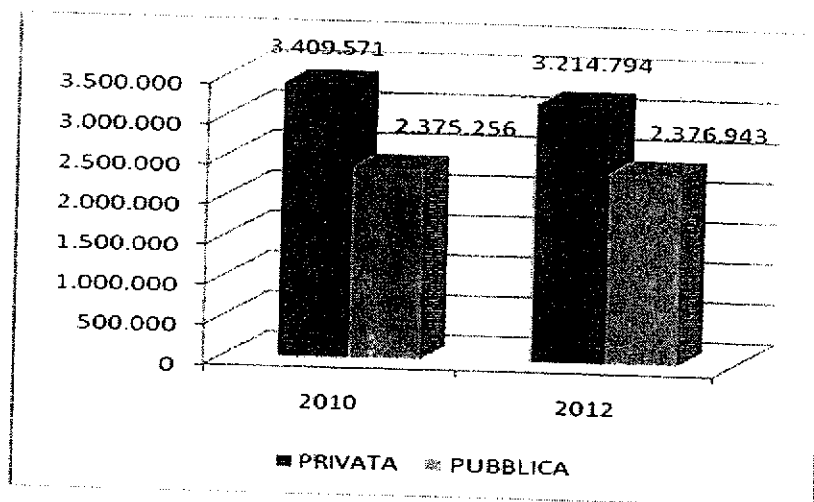
Qui di seguito vengono riportati i dati riferiti (triennio 2010/2012) alla produzione di tutte le strutture a gestione diretta e il privato accreditato dell'Azienda di Cagliari, suddiviso per categoria:

		2010		2012	
	CATEGORIA	q	somma tariffe	q	somma tariffe
PRIVATA	1.Diagnostica per immagini	290.309	9.437.938	282.617	9.498.534
	1A.Diagnostica per immagini - RMN e TAC	48.636	9.151.754	54.888	10.534.663
	2.Diagnostica di laboratorio	1.348.905	7.273.173	1.757.414	7.509.912
	3.FKT	1.118.487	7.750.371	1.008.704	7.435.125
	4.Nefrologia e Dialisi	49.248	8.872.082	45.077	8.825.878
	5.Altro	215.335	10.981.406	254.749	11.549.410
	6.Day Service	2.509	1.650.896	2.686	1.841.610
PRIVATA Totale		3.568.489	55.572.141	3.406.135	57.195.133
PUBBLICA	1.Diagnostica per immagini	162.987	6.462.082	181.504	8.173.115
	1A.Diagnostica per immagini - RMN e TAC	12.344	1.993.008	12.028	1.906.160
	2.Diagnostica di laboratorio	1.706.526	10.200.375	1.807.830	11.299.761
	3.FKT	118.845	961.107	97.981	907.460
	4.Nefrologia e Dialisi	40.316	5.990.906	43.726	6.075.586
	5.Altro	717.530	13.650.956	640.470	12.262.721
	6.Day Service	759	434.822	726	416.700
PUBBLICA Totale		2.759.307	39.693.256	2.784.265	41.041.502
Totale complessivo		6.327.796	95.265.397	6.190.400	98.236.635

Le prestazioni erogate, dalle suddette strutture, negli anni 2010/2012 si assiste ad una lieve riduzione del numero di prestazioni a favore dei pazienti residenti nella ASL di Cagliari.

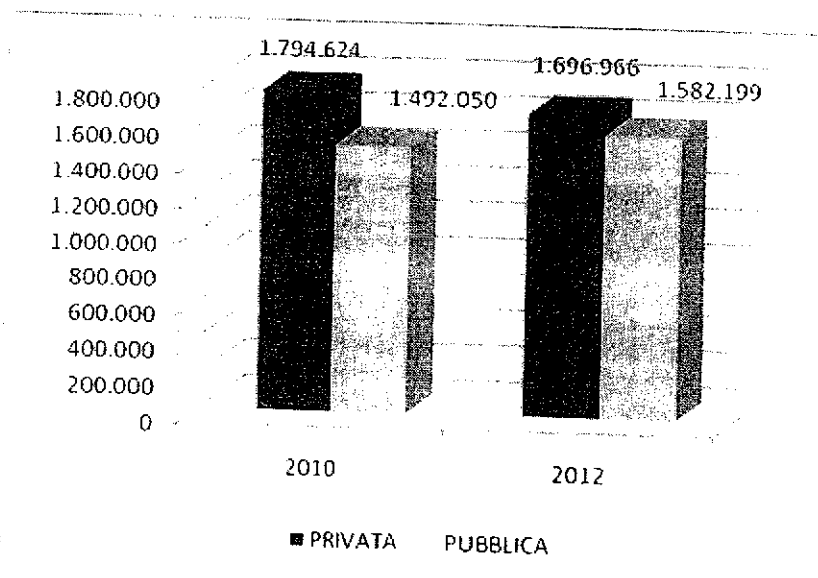


Allegato C



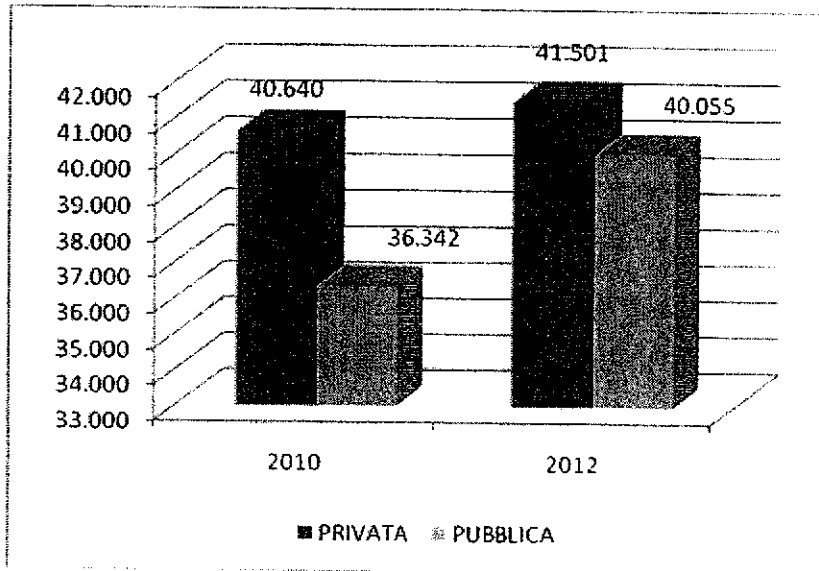
Come si evince dal grafico sopra riportato, il numero delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate ha subito una riduzione di circa il 5%, dovuta alla politica aziendale sulla stipula dei contratti, in particolare, come si evidenzia dai grafici seguenti, per le prestazioni di fisiokinesiterapia e laboratorio. Di seguito verranno valutate le variazioni per categoria:

Diagnostica di laboratorio

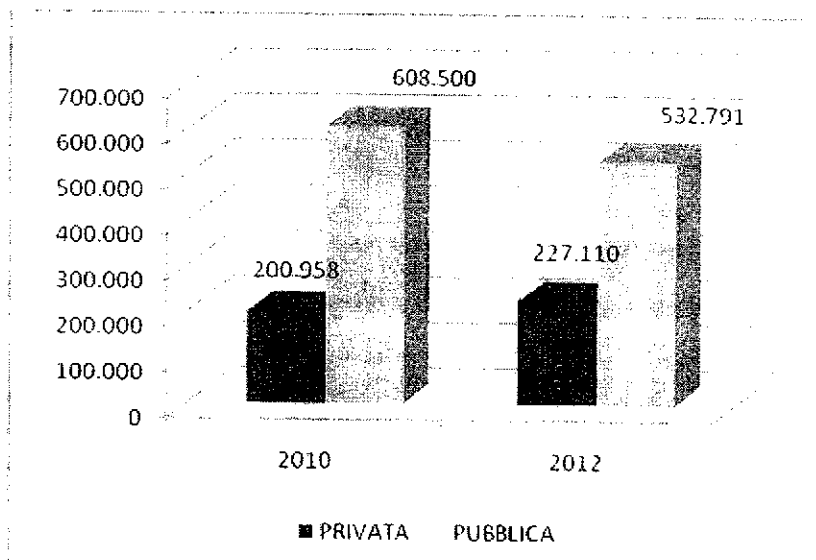


Allegato C

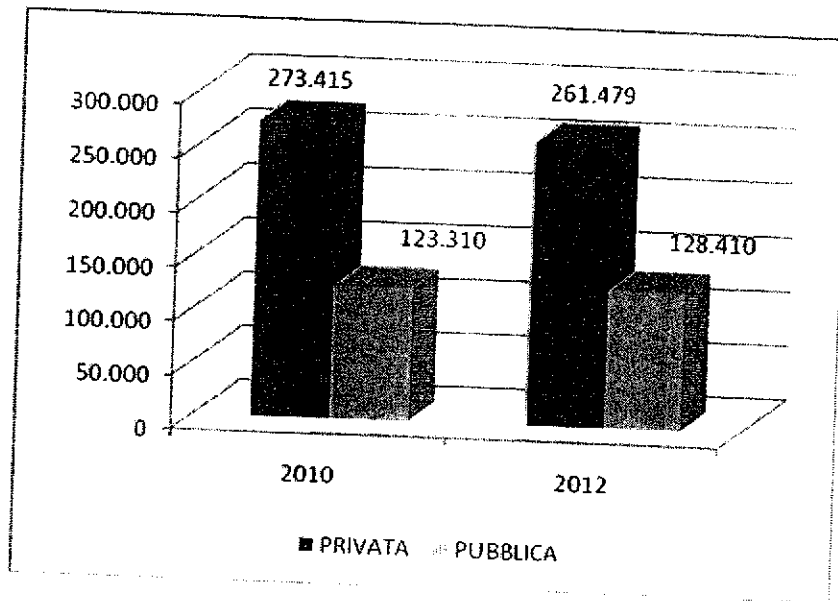
Nefrologia e dialisi



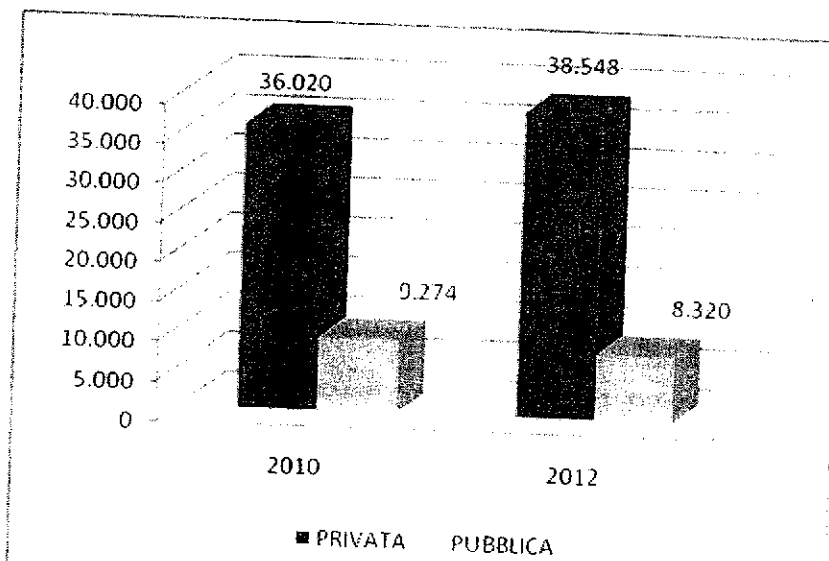
Branca a visita



Radiologia tradizionale



RMN E TAC

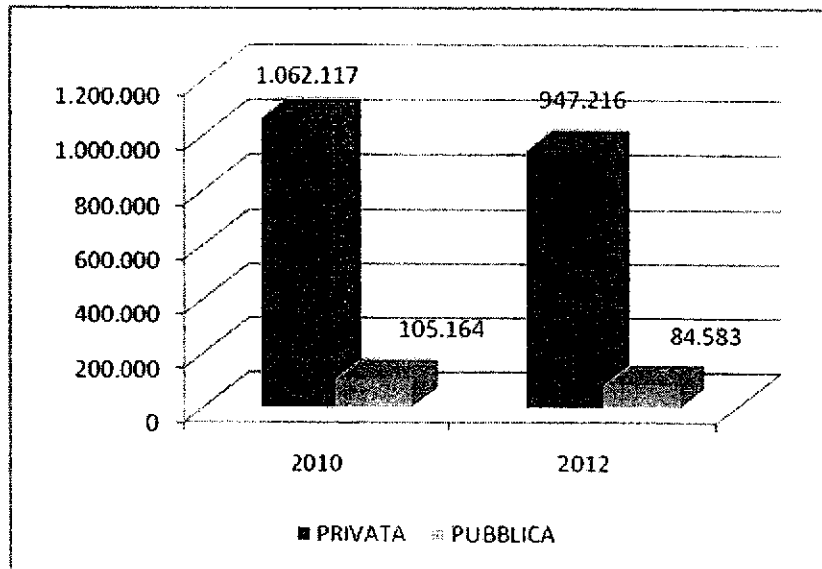


L'incremento delle prestazioni, di cui sopra, sono da attribuire alle RMN (contratto aggiuntivo sul finanziamento Liste d'attesa)

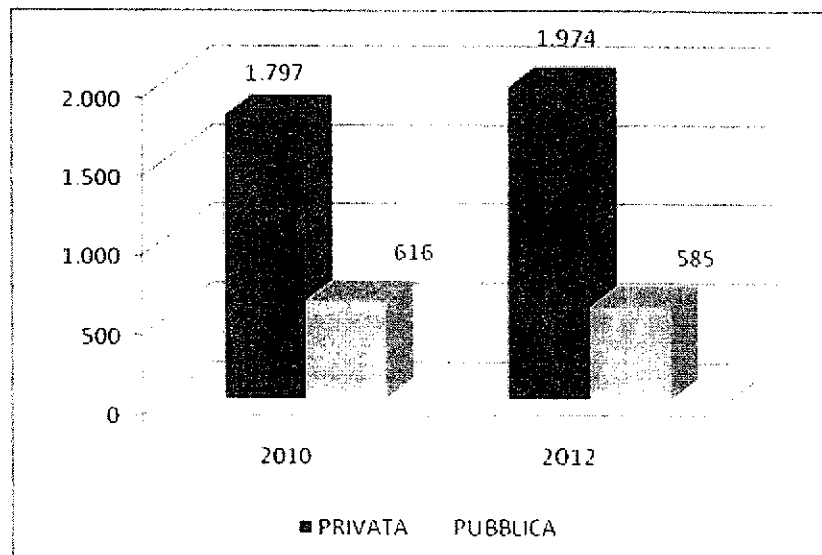


Allegato C

Fisiokinesiterapia



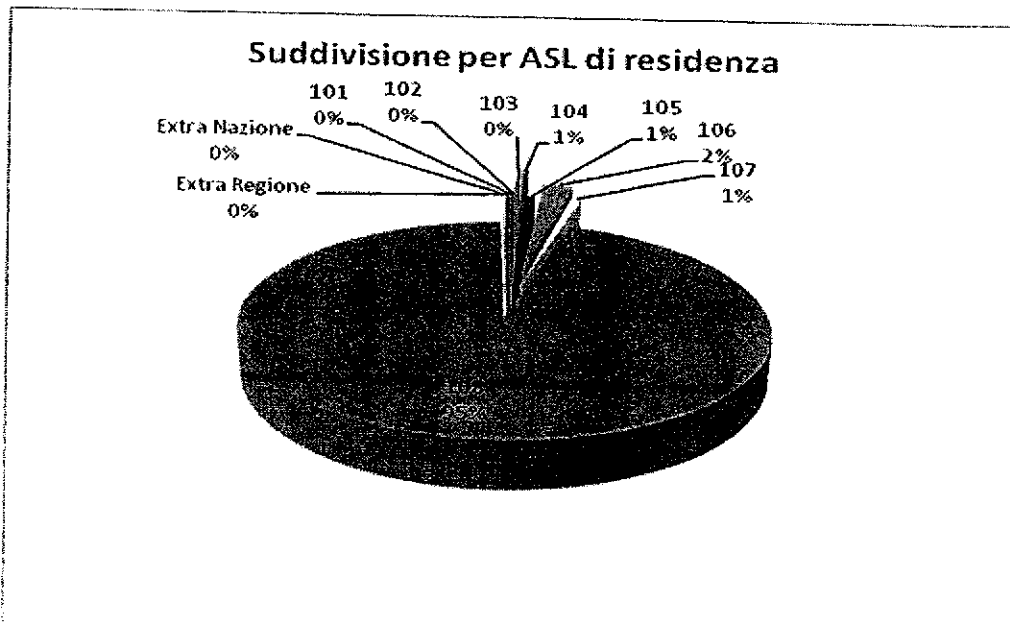
Day Service



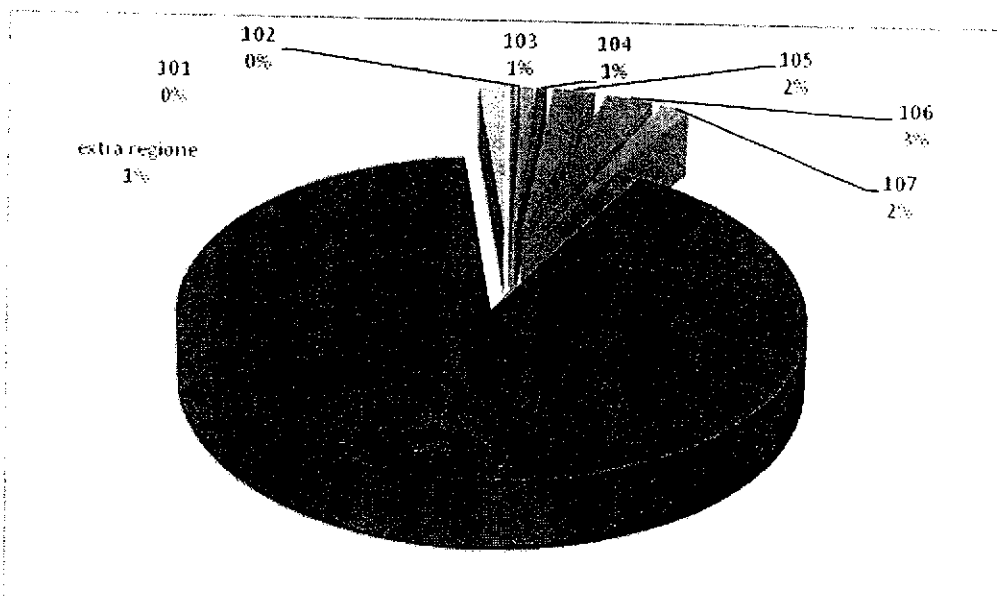
Allegato C

Le strutture aziendali, pubbliche e private accreditate, erogano prestazioni, sia per i cittadini residenti che per i non residenti nel territorio aziendale.

Anno 2010



Anno 2012



Allegato C

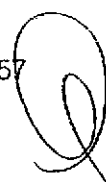
Qui di seguito si riporta il numero di prestazioni erogate e relative tariffe dalle strutture pubbliche e private dell'Azienda nell'anno 2012 per macroaggregato suddivise per ASL richiedente .

ASL	101
-----	-----

CATEGORIA	PRIVATA		PUBBLICA	
	q	somma tariffe	q	somma tariffe
1.Diagnostica per immagini	350	13.102	1.556	138.606
1A.Diagnostica per immagini - RMN e TAC	380	85.250	129	26.327
2.Diagnostica di laboratorio	2.027	9.435	9.343	201.232
3.FKT	718	5.580	87	1.122
4.Nefrologia e Dialisi			10	537
5.Altro	378	19.127	3.067	62.298
6.Day Service	34	27.704	6	4.022
Totale complessivo	3.887	160.199	14.198	434.145

ASL	102
-----	-----

CATEGORIA	PRIVATA		PUBBLICA	
	q	somma tariffe	q	somma tariffe
1.Diagnostica per immagini	175	6.350	1.452	98.169
1A.Diagnostica per immagini - RMN e TAC	138	31.268	58	9.271
2.Diagnostica di laboratorio	858	4.074	5.463	94.804
3.FKT	641	4.795	105	1.042
4.Nefrologia e Dialisi	5	1.265	10	429
5.Altro	261	38.465	2.192	44.297
6.Day Service	11	7.910	5	3.137
Totale complessivo	2.089	94.127	9.285	251.149



Allegato C

ASL	103
-----	-----

CATEGORIA	PRIVATA		PUBBLICA	
	q	somma tariffe	q	somma tariffe
1.Diagnostica per immagini	1.111	40.188	3.286	227.731
1A.Diagnostica per immagini - RMN e TAC	834	175.500	234	39.648
2.Diagnostica di laboratorio	3.957	20.101	14.756	232.106
3.FKT	3.816	30.990	1.279	10.826
4.Nefrologia e Dialisi			134	17.237
5.Altro	1.605	139.956	6.628	146.725
6.Day Service	45	32.574	12	8.045
Totale complessivo	11.368	439.308	26.329	682.318

ASL	104
-----	-----

CATEGORIA	PRIVATA		PUBBLICA	
	q	somma tariffe	q	somma tariffe
1.Diagnostica per immagini	1.069	40.256	3.189	170.964
1A.Diagnostica per immagini - RMN e TAC	620	133.932	234	40.827
2.Diagnostica di laboratorio	3.777	19.324	16.917	192.816
3.FKT	3.729	26.951	447	4.066
4.Nefrologia e Dialisi			412	78.662
5.Altro	1.275	79.297	7.285	167.469
6.Day Service	31	24.963	9	6.034
Totale complessivo	10.501	324.724	28.493	660.839

Allegato C

ASL	105
-----	-----

CATEGORIA	TIPO STRUTTURA Dati			
	PRIVATA		PUBBLICA	
	q	somma tariffe	q	somma tariffe
1.Diagnostica per immagini	3.889	142.423	15.872	753.633
1A.Diagnostica per immagini - RMN e TAC	3.202	677.649	1.083	167.300
2.Diagnostica di laboratorio	8.661	42.547	63.287	525.151
3.FKT	8.709	80.894	5.865	47.108
4.Nefrologia e Dialisi	445	101.931	1.609	257.524
5.Altro	4.054	342.403	24.760	521.378
6.Day Service	89	60.336	35	25.186
Totale complessivo	29.049	1.448.183	112.511	2.297.280

ASL	106
-----	-----

CATEGORIA	PRIVATA		PUBBLICA	
	q	somma tariffe	q	somma tariffe
1.Diagnostica per immagini	6.918	260.878	11.157	567.089
1A.Diagnostica per immagini - RMN e TAC	5.359	1.058.342	888	140.568
2.Diagnostica di laboratorio	12.773	60.655	51.158	438.722
3.FKT	27.640	220.261	3.269	34.062
4.Nefrologia e Dialisi	2.785	556.306	1.208	194.775
5.Altro	9.307	629.720	29.992	594.042
6.Day Service	146	105.218	27	12.936
Totale complessivo	64.928	2.891.379	97.699	1.982.194

ASL	107
-----	-----

Allegato C

CATEGORIA	PRIVATA		PUBBLICA	
	q	somma tariffe	q	somma tariffe
1.Diagnostica per immagini	3.093	123.856	12.067	621.006
1A.Diagnostica per immagini - RMN e TAC	3.003	604.640	722	106.336
2.Diagnostica di laboratorio	8.305	39.768	33.226	360.283
3.FKT	3.894	28.753	1.455	16.650
4.Nefrologia e Dialisi	167	36.938	96	2.598
5.Altro	6.062	737.111	22.296	452.937
6.Day Service	294	191.519	42	29.448
Totale complessivo	24.818	1.762.586	69.904	1.589.258

ASL	Extra regione
------------	----------------------

CATEGORIA	TIPO STRUTTURA Dati			
	PRIVATA		PUBBLICA	
	q	somma tariffe	q	somma tariffe
1.Diagnostica per immagini	4.533	157.510	4.515	211.548
1A.Diagnostica per immagini - RMN e TAC	2.804	531.102	360	68.453
2.Diagnostica di laboratorio	20.090	100.977	31.481	521.325
3.FKT	12.341	95.877	891	8.263
4.Nefrologia e Dialisi	174	27.119	192	22.600
5.Altro	4.697	279.930	11.459	223.190
6.Day Service	62	49.589	5	4.428
Totale complessivo	44.701	1.242.104	48.903	1.059.807



Allegato C

Liste d'attesa

Rappresentano la quantificazione della domanda espressa ma non soddisfatta, ovvero le prestazioni richieste in attesa di essere erogate.

In data 21 Novembre 2011, con Delibera n. 1557, questa ASL ha approvato il proprio Piano Attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa 2010-2012, in applicazione della Deliberazione di Giunta Regionale 23 settembre 2011, n. 39/57 "Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012.

La Regione Autonoma della Sardegna ha finanziato il Piano Attuativo aziendale di cui sopra per un importo di € 6.882.146,00.

Tale finanziamento ha permesso di intervenire con azioni a breve e medio termine coinvolgendo tutti gli erogatori sia Pubblici che Privati Accreditati.

	Attività in regime di ricovero	Specialistica ambulatoriale	totale
Pubblico	1.519.416	1.519.416	3.038.832
Privato	1.012.944	2.830.370	3.843.314
Totale	2.532.360	4.349.786	6.882.146

Obiettivo di primaria importanza per il Servizio Sanitario Nazionale è assicurare ai cittadini prestazioni sanitarie in tempi adeguati ai problemi clinici presentati, nel rispetto del diritto alla tutela della salute e del principio di equità nell'accesso alle prestazioni.

I determinanti del fenomeno delle liste di attesa sono molteplici e attengono a tre grandi aree di intervento:

1. il governo della domanda di prestazioni,
2. il governo dell'offerta di assistenza
3. i sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni.

In particolare, fra i diversi fattori che contribuiscono al mantenimento di forti divari fra la domanda (crescente) e l'offerta (non sempre quantitativamente adeguata) di prestazioni:

1. maggiore attenzione dei cittadini nei confronti del proprio stato di salute,
2. ricorso alla diagnostica spesso sostitutiva di adeguata valutazione clinica;
3. l'affermarsi di modelli culturali di "consumo sanitario" (spesso anche indotti dai media),



Allegato C

4. la maggiore capacità di specificità e sensibilità degli accertamenti diagnostici (anche grazie alla crescente disponibilità di tecnologie e trattamenti) che permettono spesso diagnosi precoce,
5. le carenze organizzative che ostacolano il pieno sfruttamento delle risorse disponibili, possano garantire un uso sempre più razionale delle risorse e consentano l'erogazione tempestiva delle prestazioni in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, trasparenza e qualità delle prestazioni.

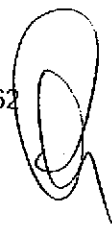
A tal fine appare fondamentale la conoscenza dei tempi d'attesa, prevedendo fra l'altro il monitoraggio del fenomeno, l'ottimizzazione della loro gestione, in un contesto volto a orientare l'assistenza verso il miglioramento continuo della qualità.

Per il governo della materia questa Azienda ha ritenuto necessario prevedere un approccio sistematico per processi, con la gestione dei percorsi clinico-diagnostico- terapeutici in un contesto multidisciplinare e multiprofessionale.

L'appropriatezza, clinica e organizzativa, è sicuramente l'elemento regolatore delle scelte e dei comportamenti di tutti i soggetti che hanno una responsabilità rispetto al bisogno di salute. L'appropriatezza è quindi presupposto indispensabile, sebbene non sufficiente, per garantire il diritto alla salute stessa.

Con riguardo alla normativa nazionale su questo difficile argomento, in armonia con la suddetta esigenza di appropriatezza anche temporale di erogazione delle prestazioni, il D.Lgs. n. 124/1998 art. 3, comma 10, ha previsto l'obbligo di definire il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni e l'erogazione delle stesse, attribuendo alle Regioni il compito di definire i criteri generali e ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie e ospedaliere la definizione dei tempi. Il DPCM del 29 novembre 2001 - che definisce i Livelli essenziali di assistenza - e l'Accordo Stato - Regioni del 14 febbraio 2002, hanno stabilito le linee guida sulle modalità di accesso alle prestazioni sanitarie e hanno definito i tempi massimi d'attesa. L'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002 ha fornito alle Regioni indicazioni sui criteri generali di priorità clinica per l'accesso alle prestazioni ed ha individuato alcune aree di intervento ritenute critiche a livello Nazionale.

La Conferenza Stato - Regioni del 28 marzo 2006, ha approvato il "Piano Nazionale di contenimento dei Tempi d'Attesa per il triennio 2006-2008" che prevedeva l'obbligo, da parte delle Regioni, di adottare un Piano Regionale attuativo di contenimento dei tempi d'attesa. Infine, nella Conferenza Stato Regioni del 28 ottobre 2010, è stato approvato il Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012.



Allegato C

L'Azienda ha provveduto a individuare e sperimentare soluzioni efficaci e perseguibili rispetto alle diverse problematiche che motivano la formazione delle liste d'attesa, allo scopo di razionalizzare l'incontro tra domanda e offerta di prestazioni e di ridurre il disagio dell'utenza nel ricorso ai servizi sanitari.

Le azioni convergenti al raggiungimento di tale obiettivo consistono in:

- 1) Definizione di un modello di sistema informativo per il monitoraggio dei tempi di attesa;
- 2) Interventi atti a verificare e migliorare l'appropriatezza della domanda;
- 3) Attivazione di procedure di analisi organizzativa per la riallocazione delle risorse e la riorganizzazione interna ;
- 4) Attivazione di sistemi rivolti ai MMG ed ai medici specialisti per migliorare l'accesso alle prestazioni sanitarie;
- 5) Identificazione dell'entità e tipologia della domanda di prestazioni sanitarie attraverso le informazioni ricavate dai tempi di attesa;
- 6) identificazione di aree prioritarie di intervento per il potenziamento dell'offerta, nelle quali sperimentare la riorganizzazione delle risorse strutturali, umane e tecnologiche massimizzandone l'utilizzo.

Allo scopo di meglio definire la portata degli interventi da adottare per ridurre i tempi d'attesa le rilevazioni sono state condotte con diverse metodologie. Per le diverse prestazioni si è analizzato il tempo calcolato come differenza tra la data di erogazione proposta dal CUP e la data scelta dal paziente: questa data rappresenta, in sostanza, il tempo d'attesa così come viene percepito dall'utente; allo stesso modo si è rilevato il tempo di attesa calcolato come differenza tra la data della effettiva erogazione della prestazione e quella della richiesta rivolta dal cittadino all'erogatore. E' stata infine implementata una ulteriore rilevazione che, mettendo a confronto alcune date-campione, prende in esame la data di prima disponibilità, cioè la prima data di possibile erogazione che il sistema propone all'utente nell'ambito territoriale di riferimento.

Ciò ha consentito di ottenere una informazione complessiva sull'intera offerta disponibile di prestazioni e di gestire la stessa offerta con più efficienza e trasparenza, strutturandola in modo organizzato, secondo precise indicazioni:

- apertura continua delle liste;
- scaglionamento delle prestazioni (perchè il paziente non sia comunque costretto a lunghe attese nell'ambulatorio specialistico);

163



Allegato C

- comunicazione tempestiva fra erogatori privati, Servizio Assistenza Territoriale e CUP;
- revisione continua delle liste d'attesa (anche attraverso contatti telefonici o per via telematica);
- rigorosi controlli sull'appropriatezza.

Il Servizio Assistenza Territoriale assicura sui controlli delle Strutture private accreditate, soprattutto per le prestazioni a più elevato rischio d'attesa, un monitoraggio assiduo e ad hoc, che consente di rilevare per le strutture / professionisti coinvolti e per ciascuna prestazione, il numero di prestazioni prenotate, il numero di prestazioni effettivamente erogate e i relativi tempi d'attesa, al fine di razionalizzare l'offerta. In primo luogo si è provveduto a discriminare il tempo massimo che intercorre tra la data della richiesta delle prestazioni e l'erogazione delle stesse, differenziando la richiesta specifica del cittadino per uno specifico erogatore dalla prima disponibilità fornita dall'Azienda di Cagliari.

Si riportano di seguito le attività a breve e lungo termine attuate dall'azienda per l'abbattimento delle liste d'attesa :

Pubblico: Le azioni a breve termine consistono in interventi a progetto, remunerati tramite il finanziamento regionale e che giungono a naturale scadenza all'esaurirsi del finanziamento stesso, e consentendo comunque di contenere le liste d'attesa tramite l'erogazione di un numero aggiuntivo di prestazioni, mentre si attuano gli interventi di sistema.

Le azioni a lungo termine, agiscono sull'erogatore attraverso modifiche dell'assetto organizzativo di ogni ambulatorio ed attivando "Agende delle seconde visite" presso numerosi Ambulatori degli erogatori pubblici. Queste agende sono già attivate presso i Poliambulatori di Quartu S.E., Selargius, Sestu, Monastir e Cagliari, con l'informatizzazione di n. 80 agende, che consentono di distinguere le prime visite dalle visite di controllo, che non sono oggetto di rilevazione in quanto la programmazione è funzionale al monitoraggio delle patologie, e inoltre consentono all'Assistito che ha effettuato una prima visita, di prenotare in loco presso l'erogatore, la visita successiva alla prima, sollevandolo dalla necessità di prenotare telefonicamente.

L'uso delle Agende delle seconde visite, ancorché attivate in numero ancora limitato di ambulatori, pare rendere ragione di un miglior accesso al Call Center (nel quale la dotazione organica è rimasta immutata) infatti nel quadrimestre Gennaio/Aprile 2012 si è potuto registrare un incremento nel numero di prenotazioni telefoniche, passate da 129.314 unità del 2011 a 147.188 nel 2012 e un corrispettivo incremento di chiamate in entrata, passate dalle 141.444 del primo quadrimestre 2011 alle 162.313 del corrispondente periodo del 2012. Nei poliambulatori sono stati formati all'utilizzo del sistema informatico di prenotazione oltre 150 unità, tra Specialisti Ambulatoriali Interni e Infermieri, portando le

Allegato C

rispettive postazioni di lavoro a livello di operatività tale da garantire il costante interfacciamento con il Sistema di Gestione Prenotazioni e rendere quindi fruibile in tempo reale la prenotazione delle seconde visite.

Al proposito sembra opportuno proporre di estendere tale sistema di prenotazione a tutte le visite successive alla vera prima visita, quella cioè che è il vero oggetto di monitoraggio in quanto sottende alla presa in carico dell'Assistito che poi verrà seguito con l'appropriato follow-up, che potrebbe prevedere anche visite a distanza di oltre sei mesi. L'adozione di siffatto sistema consente di "ripulire" le agende di prenotazione che devono dare evidenza alle prime visite distinguendole dai controlli: è negli intendimenti della Direzione Generale proseguire nell'azione di implementazione delle Agende delle seconde visite fino a completamento (sono state al momento strutturate anche le agende per i Poliambulatori del Distretto Sarcidano, Barbagia di Seulo e Trexenta, sono in fase di preparazione quelle relative al Distretto Sarrabus Gerrei), adottandola anche negli Ambulatori Ospedalieri.

Un'altra azione volta alla "pulizia" delle agende è quella di marcare come "programmate" tutte quelle prestazioni per le quali l'Assistito non accetta la prima data disponibile proposta dal Sistema. Infatti vigendo il principio di libera scelta, il cittadino può optare per uno Specialista, per una sede specifica o per una data: l'adozione della "marcatura" di tali prenotazioni sembra attualmente risentire di una certa "immaturità" del programma di gestione (è attualmente indaginoso, per l'operatore addetto alle prenotazioni, procedere allo "spostamento" di data della prenotazione "marcata" quando richiesto dall'Assistito).

Privato: Preliminarmente, sono state messe in atto procedure di verifica dei tempi d'attesa per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale presso le 105 strutture private accreditate in regime di contratto con la Asl di Cagliari, alle quali affluiscono non solo i cittadini residenti nel medesimo ambito territoriale, ma anche il 30% circa di utenti residenti in altre province.

Le risultanze dell'attività di verifica delle liste d'attesa attraverso i dati del CUP regionale, hanno consentito di individuare le prestazioni che presentano maggiori criticità relativamente ai tempi di attesa, quali la risonanza magnetica nucleare con contrasto e senza contrasto, la colonscopia, la gastroscopia, l'elettromiografia e le prestazioni cardiologiche.

Per le suddette prestazioni specialistiche, caratterizzate da una forte domanda assistenziale, è stata attentamente valutata l'opportunità di incrementarne l'offerta attraverso la stipulazione di appositi contratti aggiuntivi con i produttori accreditati esterni, facendo ricorso al finanziamento attribuito dalla RAS per il contenimento delle liste d'attesa nel privato accreditato.

Allegato C

Prima di procedere alla stipula di contratti aggiuntivi per la l'acquisizione di prestazioni di RMN e Cardiologia si è provveduto a verificare la sussistenza delle condizioni di partecipazione alla produzione aggiuntiva, accertando la disponibilità di ulteriori prestazioni nell'ambito dei volumi di attività accreditati per ciascuna struttura, al netto delle prestazioni già contrattate.

Relativamente all'acquisto di prestazioni di RMN, sono state contattate le strutture private accreditate per concordare preventivamente uno sconto tariffario sul rimborso delle stesse prestazioni.

Una volta definiti gli accordi contrattuali, si è provveduto a contattare tutti i pazienti inseriti nel CUP regionale per anticipare la data di prenotazione e allo stesso tempo ripulire le prenotazioni per classe di priorità.

Contemporaneamente si è provveduto ad incrementare il numero di prestazioni di RMN, cardiologia, elettromiografia, gastro e colonscopia nel CUP regionale al fine di ampliare l'offerta e dare un miglior servizio ai cittadini.

Qui di seguito vengono riportati i dati riferiti alle prime disponibilità delle strutture pubbliche e private accreditate, le tabelle evidenziano il numero di giorni (G) e di pazienti (PZ) in attesa nei diversi periodi, con riferimento alle seguenti macroaree :

1) VISITE

PRESTAZIONE	01/10/2011				01/03/2012				01/06/2012				01/09/2012			
	privato		pubblico		privato		pubblico		privato		pubblico		privato		pubblico	
	GG	PZ	GG	PZ	GG	PZ	GG	N.PZ	GG	PZ	GG	PZ	GG	N.PZ	GG	PZ
ESAME COMPLESSIVO OCCHIO	2	19	2	20	4	22	1	28	4	4	0	50	11	21	2	56
VISITA - ANGIOLOGICA			48	13			6	5			61	17			32	5
VISITA - CARDIOLOGIA	40	18	2	10	12	8	1	34	27	6	4	71	13	6	2	22
VISITA - ENDOCRINOLOGIA			11	3			25	2			164	13			33	8
VISITA - GASTROENTEROLOGIA	62	3	3	6	67	4	5	4	115	4	73	7	107	4	18	3
VISITA - GINECOLOGICA	3	15	2	6	5	7	1	3	3	3	13	18	3	6	2	5
VISITA - ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	19	5	2	6	18	3	1	7	24	9	5	16	33	11	2	5
VISITA - PNEUMOLOGIA			17	16			6	18			128	10			10	3
VISITA - RECUP RIABILIT FUNZIONALE	2	18	2	18	1	5	1	5	0	8	0	6	2	20	2	21
VISITA - NEUROLOGIA			9	2			1	9			3	14			2	14
VISITA - OTORINOLARINGOIATRIA							4	24			0	4			2	66
VISITA - UROLOGIA							6	20			1	5			2	6
VISITA DERMATOLOGICA	44	4	3	6	25	4	1	5	18	4	61	28	30	4	2	3

Allegato C

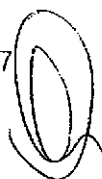
PRESTAZIONE	01/10/2011				01/03/2012				01/06/2012				01/09/2012			
	privato		pubblico		privato		pubblico		privato		pubblico		privato		pubblico	
	GG	PZ	GG	PZ	GG	PZ	GG	N.PZ	GG	PZ	GG	PZ	GG	N.PZ	GG	PZ
VISITA ONCOLOGICA			2	3			1	3			3	10			2	14

2) ALTRE PRESTAZIONI

PRESTAZIONE	01/10/2011				01/03/2012				01/06/2012				01/09/2012			
	privato		pubblico		privato		pubblico		privato		pubblico		privato		pubblico	
	GG	PZ	GG	PZ	GG	PZ	GG	N.PZ	GG	PZ	GG	PZ	GG	N.PZ	GG	PZ
BIOPSIA ENDOSCOPICA INTESTINO CRASSO	81	2	145	2	42	2	113	2	34	2	0	1	73	2	103	2
COLONSCOP. CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	81	2	158	2	42	5	104	2	34	5	96	3	73	5	95	2
ELETTROCARDIOGRAMMA	40	21	2	18	6	4	1	60	17	3	0	128	11	4	2	38
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO HOLTER			0	2	13	4	69	2	17	3	105	3	51	3	13	2
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	32	6	54	5	13	16	36	5	14	4	41	4	20	9	34	3
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	20	6	12	5	15	14	14	6	14	4	0	4	33	6	2	31
ESAME FUNDUS OCULI	2	19	2	26	4	33	1	25	5	23	0	53	11	18	2	78
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD)	30	6	60	4	4	4	34	3	3	4	82	6	5	4	34	3
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON BIOPSIA	30	6	62	3	4	4	40	3	3	4	28	8	5	4	2	9
POLIPECTOMIA END. INTESTINO CRASSO	81	2	179	1	42	2	113	1	34	2	96	1	73	2	103	1
SGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	81	3	158	2	42	2	104	2	34	2	0	6	73	2	2	9
SPIROMETRIA GLOBALE			100	3			5	24			175	28			3	24
SPIROMETRIA SEMPLICE			4	6			1	18			4	21			2	27
TEST CARDIOVAS. DA SFORZO CON CICLOERGOM	40	1	16	1	15	3	32	1	32	4	54	1	10	4	10	2
TEST CARDIOVASC. DA SFORZO CON PEDANA M															10	2

3) RADIOLOGIA

PRESTAZIONE	01/10/2011				01/03/2012				01/06/2012				01/09/2012			
	privato		pubblico		privato		pubblico		privato		pubblico		privato		pubblico	
	GG	PZ	GG	PZ	GG	PZ	GG	PZ	GG	PZ	GG	PZ	GG	PZ	GG	PZ
ECOCOLOR DOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI	3	3	19	8	1	13	33	3	0	13	86	11	12	3	2	2
ECOCOLOR DOPPLERGRAF. ARTI SUP O INF.	3	3	48	7	1	13	41	5	0	13	121	10	12	3	2	2
ECOCOLOR DOPPLERGRAFIA CARDIACA	17	2	3	1	6	2	6	6	13	3	33	5	5	3	5	5
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	2	8	18	3	1	17	12	7	0	9	22	6	4	6	13	9
ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	2	5	18	4	1	20	12	7	0	11	23	7	4	9	13	9
ECOGRAFIA CAPO COLLO	2	5	18	4	1	14	12	7	0	11	23	8	4	9	13	9
ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	2	8	12	5	1	20	12	7	0	11	16	6	4	9	12	4
ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANSADDOMINALE	5	10	3	2	5	6	3	2	3	3	17	4	9	5	3	49
ECOGRAFIA MAMMELLA BILATERALE	2	5	12	3	1	18	7	3	0	15	60	9	4	11	5	3



Allegato C

PRESTAZIONE	01/10/2011				01/03/2012				01/06/2012				01/09/2012			
	privato		pubblico		privato		pubblico		privato		pubblico		privato		pubblico	
	GG	PZ	GG	PZ	GG	PZ	GG	PZ	GG	PZ	GG	PZ	GG	PZ	GG	PZ
ECOGRAFIA MAMMELLA MONOLATERALE	2	3	18	4	1	11	13	3	0	12	85	14	4	6	25	8
ECOGRAFIA OSTETRICA	5	10	3	2	5	6	3	2	5	5	23	4	24	5	3	49
MAMMOGRAFIA BILATERALE	6	8	19	3	1	7	56	4	0	9	442	12	5	3	26	4
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	6	8	19	3	1	7	56	4	0	9	442	14	5	3	26	4
RM DEL CERVELLO E TRONCO ENCEFAL	88	7	108	2	1	20	18	3	13	5	28	2	3	19	31	3
RM MUSCOLOSCHILETRICA SENZA CONTR.	83	2	95	4	1	20	18	3	0	25	25	4	3	19	31	3
RM CERV.E TR.ENCEF.SENZA E CONTRAS	96	2	146	2	35	3	83	2	25	9	40	3	46	5	47	3
RM COLONNA SENZA/CON CONTRASTO	96	2	121	4	35	3	56	4	25	12	40	3	46	5	47	3
RM DELLA COLONNA	87	2	108	2	1	20	18	3	4	3	28	2	3	19	31	3
RM MUSCOLOSCHEL.COMSENZA CONTR	96	2	9	2	35	3	5	2	25	12	7	2	46	3	6	2
TC ADDOME COMPLETO							38	3			74	2			38	3
TC ADDOME INFERIORE			79	2			29	5			119	5			38	3
TC ADDOME SUPERIORE							38	3			74	2			38	3
TC DEL CAPO (TOMOGRFIA)	4	5	6	3	6	7	1	3	5	6	31	6	4	6	5	6
TC DEL TORACE (TOMOGRFIA)	4	5	6	3	6	7	1	3	5	6	31	6	4	6	5	5
TC ADDOME COMPL. CON E SENZA CONTR.	13	10	44	3	7	7	27	1	6	7	78	3	5	4	38	3
TC ADDOME INFERIORE CON E SENZA CONTR.	13	10	44	3	7	7	27	1	6	7	78	3	5	4	38	3
TC ADDOME SUPERIORE CON E SENZA CONTR.	13	10	44	3	7	7	27	1	6	7	78	3	5	4	38	3
TC BACINO	17	3	6	3	12	9	1	3	25	10	74	6	17	3	5	6
TC CAPO SENZA E CON CONTR. (TOMOGRFIA)	13	10	44	5	7	7	18	2	6	7	87	4	5	4	10	2
TC RACH. E SPECO VERT. CON E SENZA CONTR.	13	10	44	5	7	7	18	2	6	7	87	4	5	4	10	2
TC RACHIDE E SPECO VERTEBRALE	4	5	8	3	6	7	13	6	5	6	77	8	4	6	17	9
TC TORACE CON E SENZA CONTRASTO (TOMOGRFIA)	13	10	44	5	7	7	18	2	6	7	87	4	5	4	10	2

Alla luce dei dati sopra riportati, si può francamente affermare che allo stato attuale i provvedimenti messi in atto dall'Assessorato Regionale alla Sanità e relativi specifici stanziamenti di risorse, come recepiti da questa Azienda, hanno prodotto un efficace e positivo impatto nel governo delle liste d'attesa delle Strutture sia Pubbliche che Private accreditate che erogano prestazioni di assistenza specialistica; vedi ad esempio nelle strutture pubbliche l'Elettromiografia, Esofagogastro-duodenoscopia, Spirometria, prestazioni cardiologiche, etc. lo stesso vale per il Privato accreditato.

Sono presenti ancora delle criticità in particolare per le prestazioni di RMN con mezzo di contrasto, in questi casi si sta provvedendo a realizzare contratti aggiuntivi al fine di rispettare gli obiettivi prefissati.

Da quanto sopra emerge che i cittadini della ASL 8 possono mediamente contare su una risposta tempestiva al bisogno di assistenza specialistica.

Allegato C

Sarebbe comunque opportuno che il privato accreditato fosse inserito, per tutte le prestazioni, nel CUP regionale al fine di dare una più ampia possibilità di scelta sui tempi di effettuazione delle prestazioni alla cittadinanza.

Da quanto sopra emerge che i cittadini della ASL 8 possono mediamente contare su una risposta tempestiva al bisogno di assistenza specialistica.

A tal proposito dall'anno 2011 si è predisposto che entreranno nel CUP regionale tutti i privati accreditati ad eccezione delle strutture che erogano prestazioni di laboratorio, al fine di dare alla cittadinanza una più ampia possibilità di scelta sui tempi di effettuazione delle prestazioni.

Tetti di spesa

Con Deliberazione della Giunta Regionale n.35/23 del 28/10/2010 sono stati assegnati a questa Azienda € 40.166.930,92 annuali, comprensivi della regressione tariffaria, per la contrattazione dell'Assistenza specialistica ambulatoriale con le strutture private accreditate per il triennio 2010-2011-2012; (con esclusione del budget previsto per le attività di day service, il cui importo è ricompreso nel tetto previsto per l'assistenza ospedaliera).

Qui di seguito si riportano i valori del contrattato per il triennio 2010-2012

aggregato	BRANCA	2010		2011		2012	
		n	importo	n	importo	n	importo
1. Diagnostica per immagini di cui RMN e TAC	RADIOLOGIA	42.358	6.681.213	42.194	6.932.642	41.344	7.079.137
	RADIOLOGIA	246.899	5.771.011	247.044	5.776.393	246.858	5.770.259
	RADIOTERAPIA	504	3.140	504	3.140	504	3.140
2. Diagnostica di laboratorio	LABORATORIO	1.659.557	5.983.342	1.641.831	5.936.888	1.641.786	5.936.888
3. FKT	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	1.149.262	6.858.257	1.119.229	6.577.177	1.119.229	6.577.177
4. Nefrologia e Dialisi	NEFROLOGIA	41.910	8.659.722	41.910	8.659.722	41.910	8.659.722
5. Altro	CARDIOLOGIA	94.034	2.094.330	91.867	2.143.819	91.867	2.143.819
	CHIRURGIA GENERALE	2.496	47.543	2.496	47.543	2.496	47.543
	DERMATOLOGIA	5.709	77.150	5.709	77.150	5.709	77.150
	GASTROENTEROLOGIA	3.879	182.250	5.879	312.250	5.879	312.250
	NEUROLOGIA	10.380	92.977	16.580	142.835	16.580	142.835
	OCULISTICA	26.976	376.335	33.773	513.967	33.773	513.967
	ODONTOSTOMATOLOGIA	54.098	1.034.884	54.098	1.034.884	54.098	1.034.884
	ONCOLOGIA	641	2.686	641	2.686	641	2.686
	ORTOPEDIA	8.911	189.447	8.078	139.958	8.078	139.958
	OSTETRICIA	7.519	154.875	7.519	154.875	7.519	154.875
	OTORINOLARINGOIATRIA	7.137	68.806	8.415	76.806	8.415	76.806
Totale complessivo		3.362.273	38.257.970	3.327.770	38.532.738	3.326.688	38.673.098

Il Servizio effettua regolarmente i controlli amministrativi e sanitari sulle ricette presentate dalle strutture private accreditate.

Allegato C

In data 17/12/2012 con DGR n.49/4 è stata deliberata la rimodulazione degli importi e dei volumi contrattati per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con le strutture private accreditate per l'anno 2012 applicando una riduzione del 1.17% sull'ammontare contrattato dalle singole strutture in applicazione della Spending review

Le motivazioni delle revisioni sono schematizzabili come segue:

tipologia di contestazioni	%
ALTRO	53,5%
CODICE RICETTA SBAGLIATO	0,6%
ERRATA CODIFICA DELLA ASL DI RESIDENZA NEL FILE C	12,7%
ERRORE ATRIBUZIONE PRESTAZIONI CON ESENZIONE	6,1%
ERRORE CODICE FISCALE FILE C	3,1%
ERRORE INCONGRUENZA DATI FILE C E RICETTA	2,0%
ERRORE NELLA COMPILAZIONE DELLA RICETTA SSN	2,8%
LEA	6,6%
MANCA RICETTA	0,2%
NAVIGANTI	0,1%
NON DOCUMENTATA INDICAZIONE CLINICA	1,1%
PRESTAZIONE DUPLICATA	1,9%
PRESTAZIONE NON CONTRATTATA	0,1%
PRESTAZIONE NON EROGATA	4,7%
PRESTAZIONE NON RICHIESTA	4,3%
Totale complessivo	100,0%

Qui di seguito si riporta a consuntivo i tetti e i fatturati dalle strutture contrattate:

	FATTURATO NETTO	TETTO
ACCONTO BRANCA A VISITA	4.523.160,87	4.634.897,07
ACCONTO BRANCA A VISITA TETTO OSPEDALIERA	586.832,83	586.832,83
ACCONTO DAY SERVICE	8.989.099,25	8.989.099,25
ACCONTO DIALISI	8.845.844,42	8.643.405,29
ACCONTO STRUMENTALE	27.300.417,20	24.999.067,89
LISTE D'ATTESA	76.591,23	76.591,23

Allegato C

LISTE D'ATTESA RMN	934.521,55	934.521,55
Totale complessivo	51.256.467,35	48.864.415,11

Assistenza ospedaliera

I contratti per il triennio 2010- 2011-2012 sono stati stipulati nel dicembre 2010, attribuendo a ciascuna casa di cura i tetti di spesa assegnati con la DGR 35/23 del 28.10.2010.

Con D.G.R n° 2/21 del 18 gennaio 2012, la Regione ha rimodulato i tetti di spesa assegnati dalla DGR 35/23, di conseguenza nel febbraio 2012 si è provveduto alla revisione dei contratti 2011 – 2012 di tutte le case di cura ed alla stipula di un nuovo contratto 2012 con la società Società Kinetika Sardegna s.r.l., nella quale il 30 dicembre 2011 sono confluite le case di cura della Società Arco dell'Angelo SRL, Casa di Cura Lay e Casa di Cura Maria Ausiliatrice, con la voltura della titolarità dell'accreditamento provvisorio (determinazioni rispettivamente n. 1485 e 1486): da tale data la Casa di Cura Lay ha acquisito l'attività di oculistica (con due posti letto), con la contestuale cessazione dell'attività della Casa di Cura Maria Ausiliatrice.

La DGR n. 49/4 del 17/12/2012 "Revisione contratti per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, ai sensi del D.L. n. 95 del 6 luglio 2012 convertito in L. 7 agosto 2012, n. 135", ha disposto la riduzione del tetto di spesa per l'anno 2012 dell'1,17, di conseguenza i contratti 2012 sono stati revisionati. L'AIOP comunica di aver opposto ricorso alla rimodulazione retroattiva dei tetti.

Per cui il tetto di spesa definitivo per l'anno 2012 ammonta complessivamente a € 76.435.122, a fronte del quale si registra un fatturato lordo di € 78.645.636,85 (0.6 % in più rispetto al fatturato 2011).

Anno 2012 Importi Fatturati- Budget

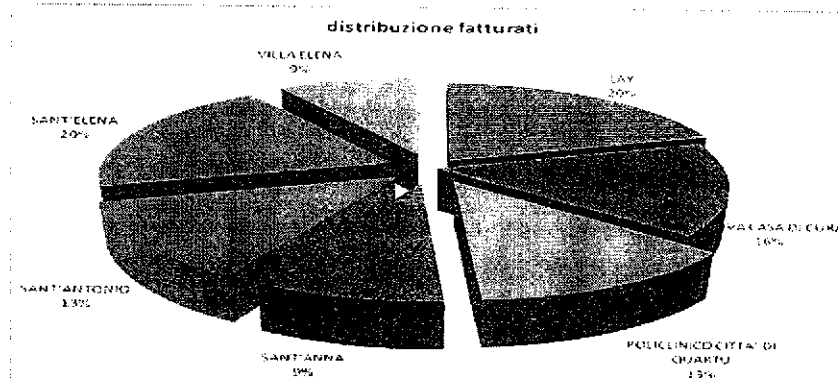


Allegato C

Casa di Cura	Importo Definitivo D.G. 497/A	Fatturato Netto Ospedaliero (ricoveri e specialistici)
Casa di Cura Lay	17.196.420	17.001.596,68
Sant'Anna	5.998.981	6.229.872,04
Policlinico Città di Quartu	10.080.660	10.383.704,40
Sant'Antonio	9.883.000	10.669.712,98
Villa Elena	6.819.270	7.129.245,64
Nuova Casa di Cura	10.970.130	11.772.406,95
Sant'Elena	15.486.661	15.459.098,16
Totale	76.435.122	78.645.636,85

La differenza aritmetica tra il fatturato lordo ed il tetto di spesa è complessivamente di € 2.210.514.85 (quindi in incremento rispetto al superamento budget del 2011 che ammontava a €1.455.388), che deriva dalle prestazioni erogate oltre il budget contrattato per un importo di €2.432.901 e dal mancato utilizzo del tetto assegnato a due case di cura per € 222.386.

% Fatturato totale per casa di cura



Si rileva che alla casa di cura Lay è stato assegnato il tetto di spesa dalla Maria Ausiliatrice, riassorbendone l'attività dal gennaio 2012, riferita per la quasi totalità ad interventi ambulatoriali in Day Service (cataratta).

Allegato C

In base all'accordo tra l'AIOP e la Regione per il triennio 2010- 2012 la case di cura sono autorizzate ad effettuare attività ambulatoriale (specialistica e Day Service) a valere sul tetto indistinto assegnato per l'assistenza ospedaliera; la valutazione ed analisi di tale casistica è effettuata nella parte relativa a suddetto livello assistenziale.

Fatturato suddiviso per tipologia di attività

descrizione istituto	ricovero Acuti	Ricovero Post Acuti	Day service	Specialistica ambulatoriale	Totale
Casa di Cura Lay	9.174.559,61	4.852.861,92	2.782.672,56	191.497,16	17.001.591
Sant'Anna	5.774.542,53	455.329,50			6.229.872
Policlinico Città di Quartu	9.152.150,93		1.231.551,66		10.383.703
Sant'Antonio	7.382.348,01	1.523.494,50	1.718.749,77	45.098,98	10.669.691
Villa Elena	6.662.145,84		398.350,45	68.749,35	7.129.246
Nuova Casa di Cura	10.403.287,24	550.626,91	536.925,63	281.525,55	11.772.365
Sant'Elena	11.878.980,05	2.010.225,42	1.569.963,66		15.459.169
Totale	60.428.014,21	9.392.538,25	8.238.213,73	586.871,04	78.645.637

Liquidabile al netto dei controlli ed importi extra Budget non liquidabili

descrizione istituto	fatturato	note credito ricovero	Note credito DS/Special	Liquidabile Netto	Budget 2012	extra Budget	BDO non utilizzato
Lay Totale	17.001.597	211.907	14.537	16.775.153	17.196.420		421.267
Sant'Anna	6.229.872	141.540	-	6.088.332	5.998.981	89.351	
Città di Quartu	10.383.704	406.528	3.318	9.973.859	10.080.660		106.801
Sant'Antonio	10.669.713	347.802	9.796	10.312.115	9.883.000	429.115	
Villa Elena	7.129.246	158.277	3.065	6.967.904	6.819.270	148.634	
Nuova Casa di Cura	11.772.407	455.722	5.138	11.311.548	10.970.130	341.418	
Sant'Elena	15.459.098	327.940	2.742	15.128.417	15.486.661		358.245
Totale complessivo	78.645.637	2.049.715	38.595	76.557.327	76.435.122	1.008.518	886.313

L'extra Budget non liquidabile, al netto delle note di credito emesse a seguito dei controlli sanitari ed amministrativi, ammonta complessivamente a € 1.008.518 (di cui € 69 dei bolli fattura), mentre rispetto al tetto assegnato risultano non utilizzati € 886.313 da riferirsi alle case di cura della società kinetika Sardegna srl.

Allegato C

L'accordo tra l'AIOP e Regione prevede il pagamento delle fatture fino al raggiungimento del tetto di spesa assegnato a ciascuna struttura, quindi rimangono escluse dal rimborso le fatture emesse per ultime, ordinate secondo la data di ricezione ed il numero fattura: in base a tale criterio non sono rimborsabili € 932.601,34 relativi a fatturazioni per prestazioni di ricovero ed € 75.847,57 inerenti a fatture per l'attività ambulatoriale.

RICOVERI OSPEDALIERI DELLE CASE DI CURA

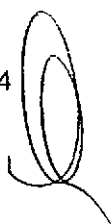
Viene esaminata di seguito l'attività di ricovero ospedaliero per livello assistenziale (Acuti e Post Acuti) e per regime di ricovero (ordinario e diurno), limitatamente all'attività erogata con oneri a carico del SSN.

Attività e fatturato per regime di ricovero

Livello Assistenziale	N ric ordinari	n. ric diurni	Totale ricoveri	Fatturato ricovero ordinario	Fatturato ricovero diurno	Fatturato Totale
Acuti	16.070	10.771	26.841	46.372.950,94	14.055.063,27	60.428.014,21
Post Acuti	2.343		2.343	9.392.538,25		9.392.538,25
Totale	18.413	10.771	29.184	55.765.489,19	14.055.063,27	69.820.552,46

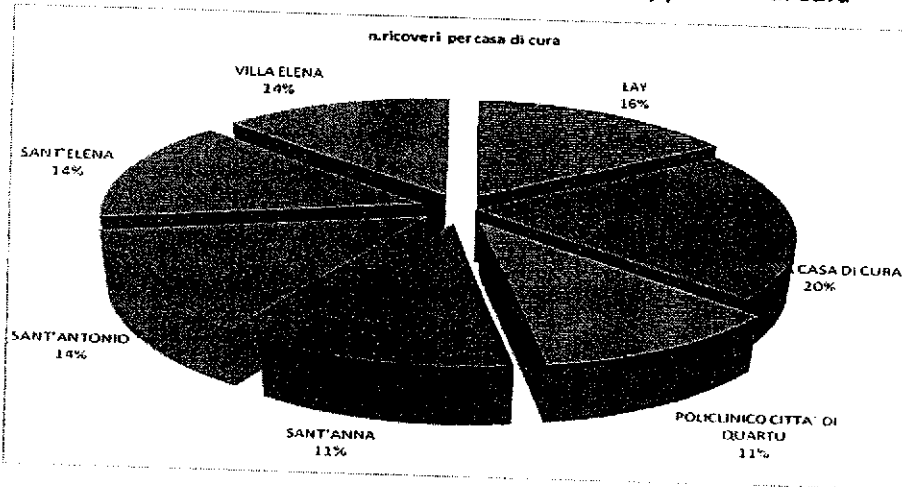
L'attività di ricovero assorbe l'89% del fatturato totale delle case di cura, di cui il 20% è relativo ai ricoveri diurni (per questi ultimi nel 7 % dei casi si tratta di DRG di tipo medico e nel 93% di DRG di tipo chirurgico).

L'attività di ricovero in postacuti è erogata esclusivamente in regime di ricovero ordinario.

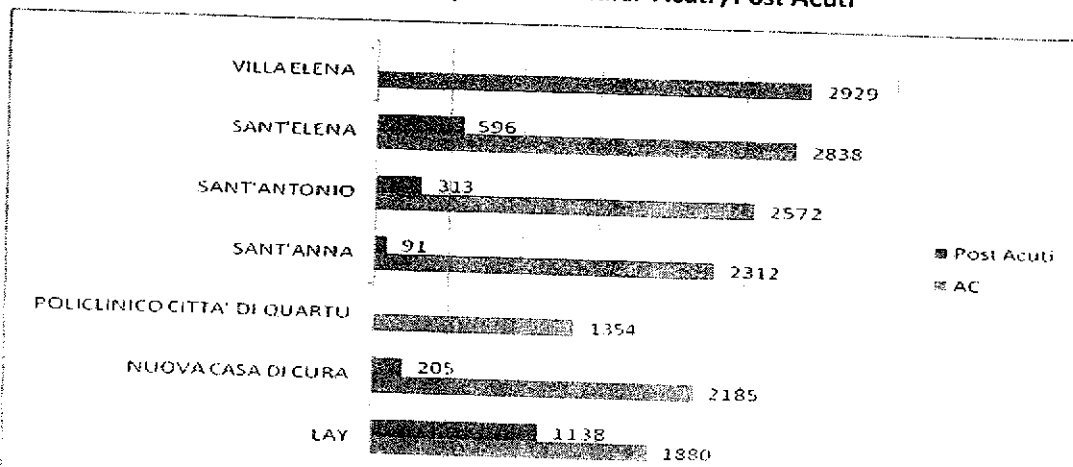


Allegato C

% dei ricoveri totali (ordinari e diurni/ acuti post acuti) per casa di cura

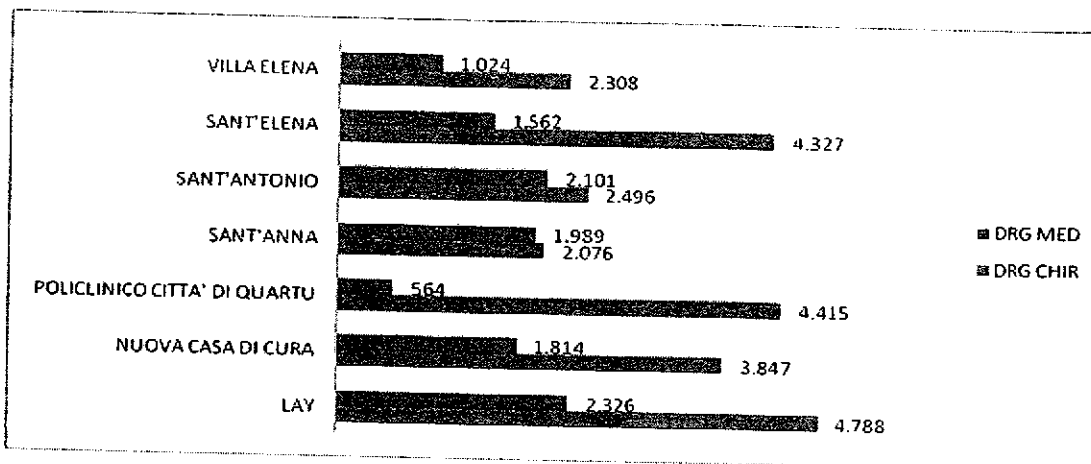


Numero Ricoveri in regime ordinario per casa di cura: Acuti /Post Acuti



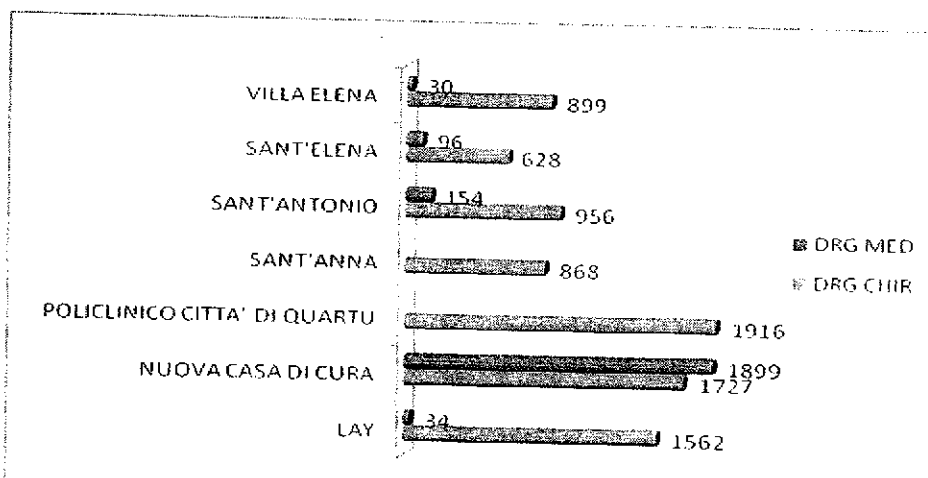
Si rileva che i ricoveri ordinari delle case di cura villa Elena e Sant'Anna sono riferiti rispettivamente per il 52% e 62% al parto e neonato sano con una degenza media di tre giorni. mentre per la casa di cura Sant'Elena il 66% dei ricoveri (ortopedia e chirurgia) presentano una degenza media inferiore a tre giorni.

costo medio ricoveri ordinari per acuti e per tipo di DRG



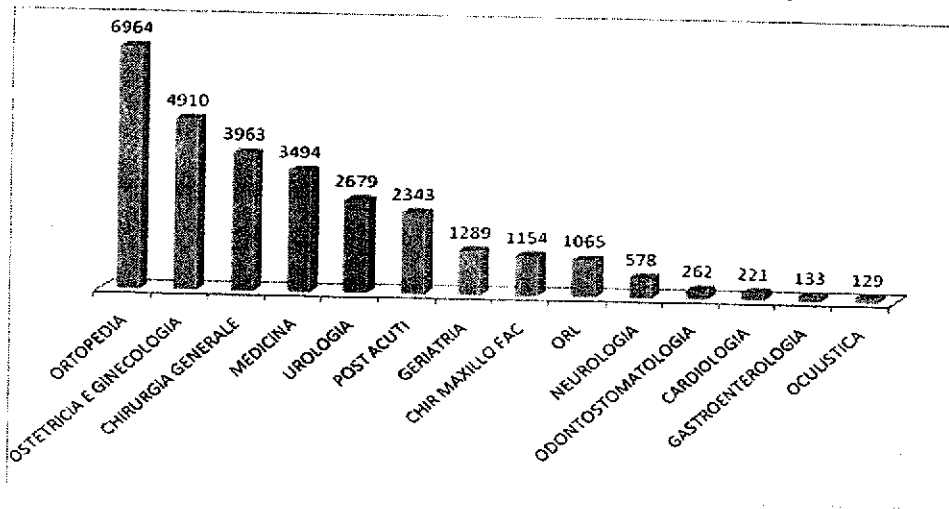
L'elevato costo medio dei DRG chirurgici è influenzato soprattutto dall'attività di ortopedia e tra questi assumono rilevanza numerica particolare gli interventi di artrodesi vertebrale e protesi degli arti inferiori; mentre tra i DRG medici il peso maggiore è attribuibile all'attività di riabilitazione neurologica (effettuata per la gran parte dalle case di cura Sant'Antonio e Lay).

Numero dei Ricoveri Diurni per casa di cura

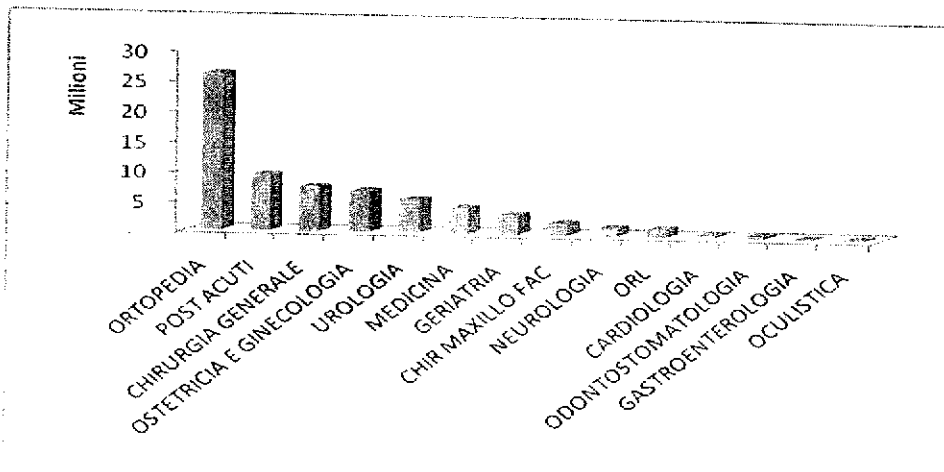


L'elevato numero di ricoveri della Nuova Casa di Cura, è dovuto per il 32% ai DH medici, infatti questa struttura effettua l'86% del totale dei DH medici di tutte le strutture, (si tratta in massima parte di trattamenti chemioterapici il cui DRG è pari a €344,99/die).

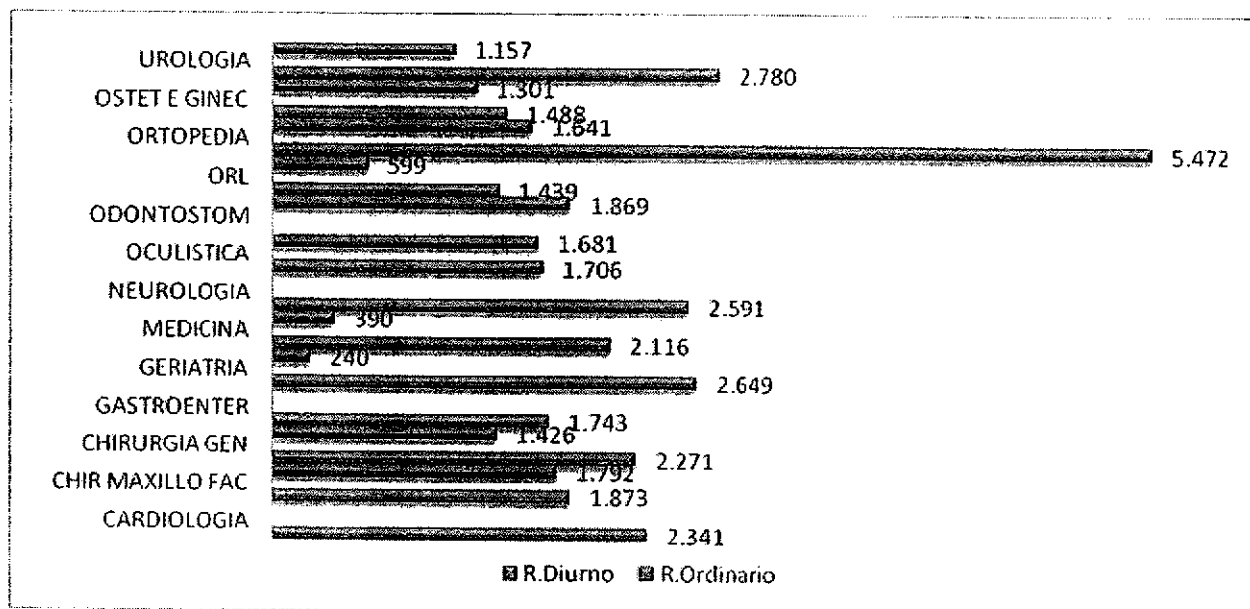
N° ricoveri per disciplina su tutte le case di cura (Ordinari e Diurni)



fatturato per disciplina su tutte le case di cura



costo medio dei ricoveri per disciplina e regime



L'attività di ortopedia risulta essere quella maggiormente rappresentata sia come numero totale di ricoveri (ordinari/DH) che come importi. Al proposito si evidenzia che la disciplina è presente in tutte le case di cura tranne una e che il costo medio dei ricoveri è il più elevato, grazie ai ricoveri di alta complessità (protesi e artrodesi vertebrale).

Per quanto riguarda l'ortopedia risulta anche degno di nota l'incremento del DRG 500, per intervento di distruzione disco intervertebrale con laser, radiofrequenza, ozono, ecc (cod. "8059"). Relativamente a tale casistica nel corso del 2012 sono stati effettuati 259 ricoveri presso le Case di Cura (84 nel 2011), per un importo complessivo pari a € 527.065,00.

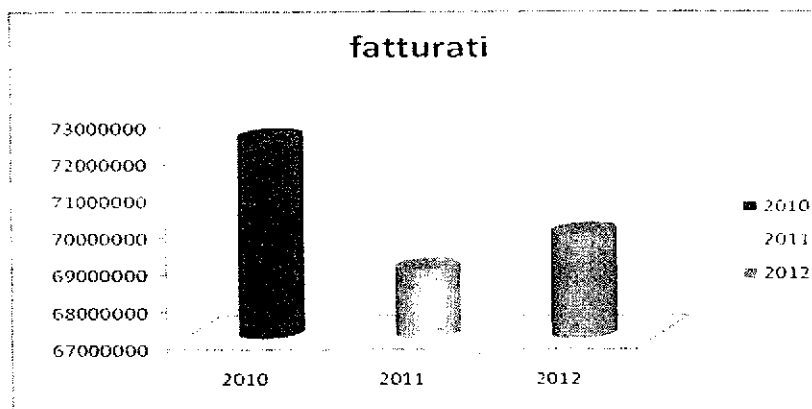
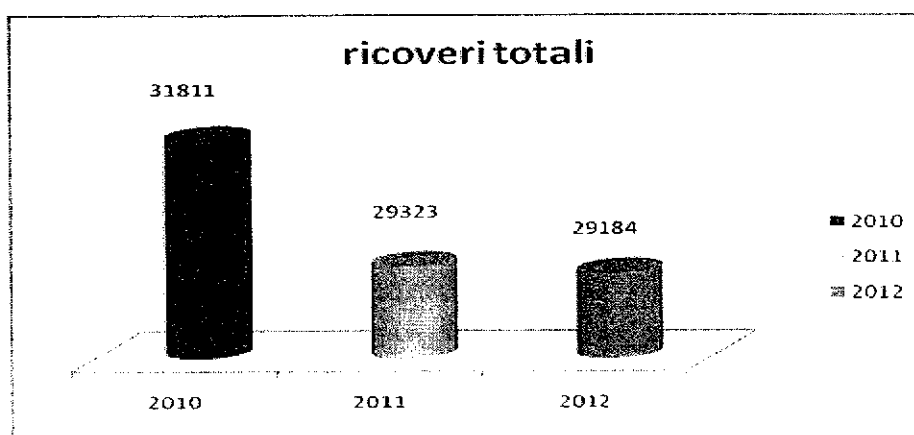
L'intervento viene eseguito generalmente in day surgery e remunerato, in base alle tariffe RAS attualmente in vigore, con l'importo € 2.035. Si tratta di una procedura mini invasiva, al quale il Testo unico sulla mobilità sanitaria per l'anno 2010, approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella riunione del 5 maggio 2011, attribuisce una tariffa di € 500 per caso trattato. La tematica è stata segnalata alla RAS affinché venga valutata nell'ambito della ridefinizione del tariffario di prossima adozione.

Comparazione attività nel triennio

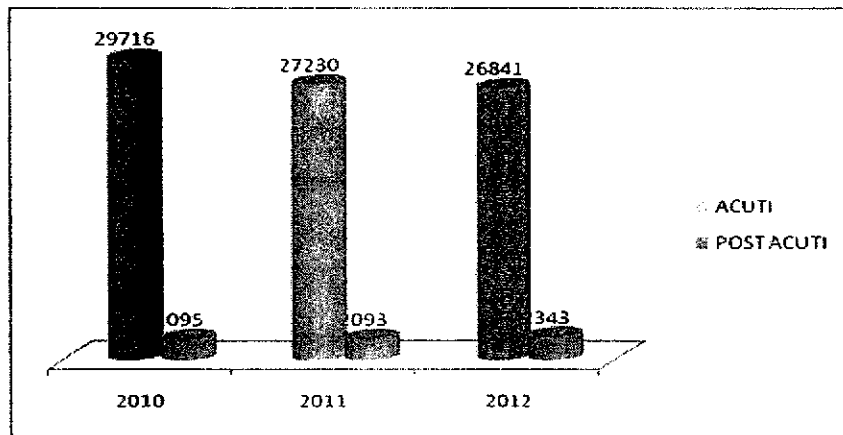
Nel triennio si assiste ad una riduzione progressiva del numero totale dei ricoveri, riconducibile all'attività per acuti, mentre si registra un progressivo incremento di quella per Post Acuti.

Al proposito si ricorda che quest'ultimo livello assistenziale è, al momento, attivato solo nelle strutture private, che fanno fronte anche ai ricoveri inviati dai reparti degli ospedali pubblici.

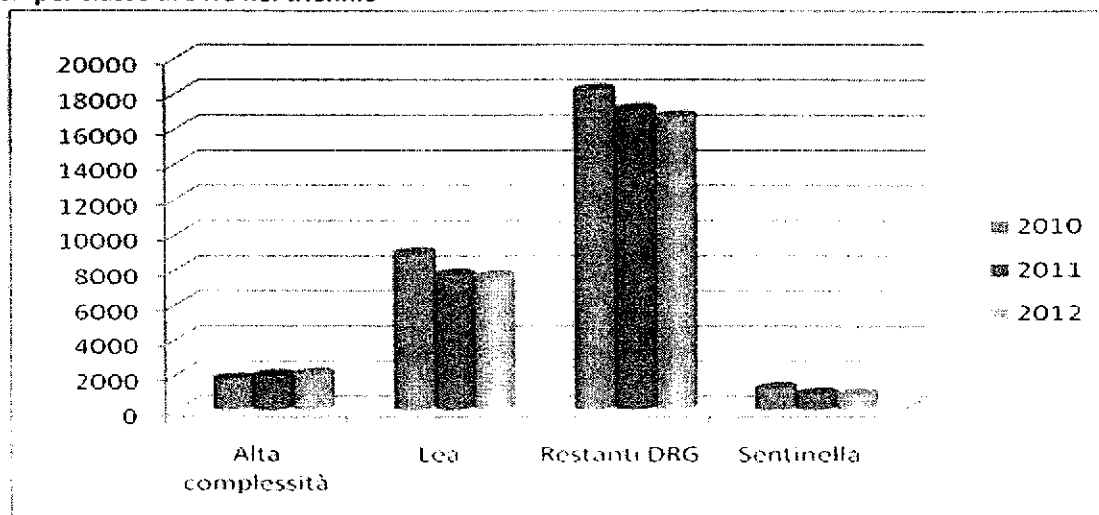
Andamento ricoveri triennio 2010-2012



Ricoveri per livello assistenziale nel triennio

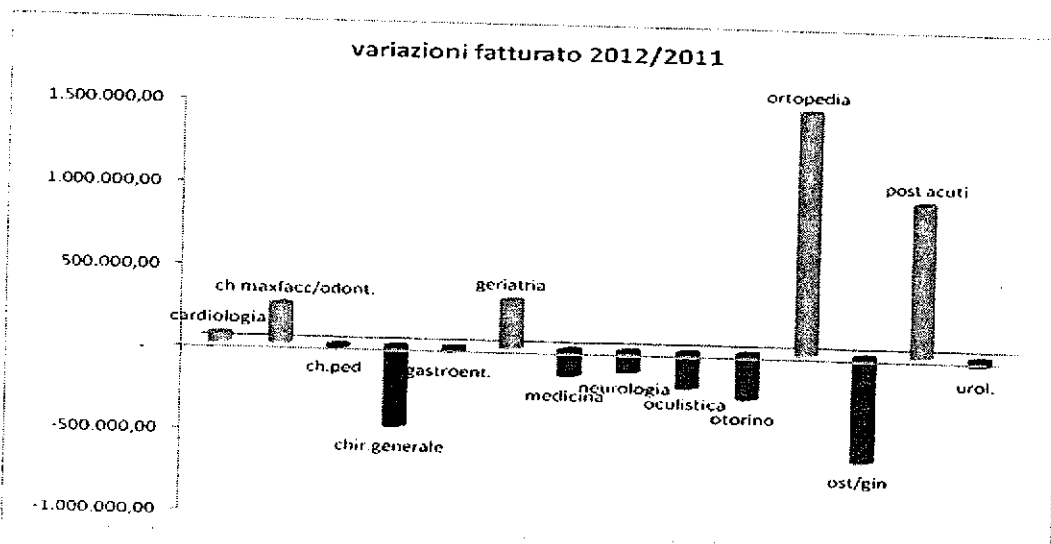


Ricoveri per classe di DRG nel triennio



I grafici su riportati, evidenziano come la diminuzione del numero dei ricoveri sia particolarmente marcata tra il 2010 e il 2011, con riferimento a tutte classi di DRG tranne quelli ad alta complessità, per i quali si registra un incremento del valore assoluto e relativo, accompagnata da una riduzione del fatturato totale, con incremento del peso e del costo medio dei ricoveri nel 2012.

Allegato C



Le variazioni degli importi e del costo medio sono riconducibili soprattutto all'attività di ortopedia ed in particolare agli interventi di alta complessità: protesi degli arti inferiori, effettuate nel 66% dei casi dalle case di cura della società Kinetika, e di artrodesi vertebrale effettuati al 100% dalla medesima.

Anno 2012 : primi 20 DRG in ordine di frequenza e variazioni rispetto al 2011.

Descrizione DRG	n. casi	trend
Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	2053	+
Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1700	+++
Interventi sulla bocca senza CC	1308	+++
Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1231	-
Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	1196	++
Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	948	--
Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1015	+
Interventi sul piede	890	+
Neonato normale	876	+
Psicosi	683	-
Altri fattori che influenzano lo stato di salute	711	+
Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	564	--
Interventi su ano e stoma senza CC	602	
Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	509	--
Interventi per via transuretrale senza CC	525	-
Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	491	+
Parto cesareo senza CC	467	+
Parto vaginale senza diagnosi complicanti	438	+
Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	364	-

Allegato C

Descrizione DRG	n. casi	trend
Interventi sui tessuti molli senza CC	355	+

Tra i DRG medici si rileva un incremento notevole dei DH medici per chemioterapia, erogati per la quasi totalità dalla Nuova Casa di Cura di Decimo, mentre fra gli interventi chirurgici è particolarmente rilevante l'attività di ortopedia e gli interventi sulla bocca, a proposito di questi ultimi si richiamano le criticità segnalate lo scorso anno, in gran parte superate a seguito dell'emanazione delle linee guida regionali di codifica, cui è conseguita una progressiva riduzione dell'attività già nell'ultimo bimestre 2012.

Attività di controllo

L'attività di controllo sulle prestazioni di ricovero erogate dalle Case di Cura private, prevede:

- la verifica preventiva, effettuata con modalità informatiche, sulla corretta attribuzione del DRG e del relativo importo;
- controlli di tipo sanitario, effettuati sulla documentazione clinica da personale medico, volti essenzialmente a verificare la congruenza della codifica utilizzata nella definizione di ciascun episodio di ricovero rispetto alla documentazione clinica e l'appropriatezza del livello assistenziale nel quale sono state erogate le prestazioni.

L'attività di controllo ha origine dall'esame di tutte le Schede di Dimissione Ospedaliera, successivamente si procede all'esame della documentazione clinica dei casi selezionati sulla base delle disposizioni normative nazionali/regionali e secondo i criteri stabiliti nelle linee guida definite dal Servizio Assistenza Ospedaliera, che tengono conto anche di particolari evidenze locali.

Nei prospetti che seguono vengono schematizzate le risultanze emerse dall'esame della casistica trattata nel corso del 2012.

Sono state sottoposte a controllo presso le Case di Cura n. 12.244 cartelle, pari al 42% della casistica, valore leggermente inferiore quindi al 43,7% dell'anno 2011, di cui 2.282 revisionate.

Allegato C

Controlli sanitari ed effetti economici

descrizione	valori	%
numero ricoveri totali	29.184	100
numero cartelle verificate	12.244	42,0
n. casi revisionati	2.282	7,8
fatturato iniziale	69.820.552,46	
Note credito anomalie	2.049.715,11	2,90

Selezione della casistica per parametro di controllo

Motivo di selezione	n° casi	cartelle controllate	% controlli
non selezionati	16.942		
liste prioritarie	2.536	2.536	8,70%
ripetuti	2.237	2.237	7,70%
campionamento casuale	2.049	2.049	7,00%
ulteriori DRG con incongruenze	1.708	1.708	5,90%
complicati	1.173	1.173	4,00%
DH medico	597	597	2,00%
effettuabili in regime ambulatoriale /Day Service	543	543	1,90%
Degenze brevi	519	519	1,80%
riabilitazione intensiva	403	403	1,40%
LEA	262	262	0,90%
trasferiti	75	75	0,30%
lungodegenza	69	69	0,20%
oltre soglia	61	61	0,20%
DRG mal definiti	9	9	0,00%
DRG alta complessita' in Day Surgery	1	1	0,00%
Totale complessivo	29184	12242	42%

Allegato C

Selezione della casistica per disciplina

Disciplina	% casi selezionati / tot. ric.	% revisioni / su casi selezionati
Cardiologia	53	23,7
Chir Maxillo Fac	78	25,1
Chirurgia Generale	30	18,0
Gastroenterologia	57	22,4
Geriatría	72	27,2
Medicina	72	15,8
Neurologia	28	10,6
Oculistica	81	12,4
Odontostomatologia	74	24,1
ORL	37	53,1
Ortopedia	27	19,0
Ostetricia E Ginecologia	32	11,6
Post Acuti	37	12,4
Urologia	50	16,0

Come si evince dallo schema su riportato il motivo di selezione maggiormente rappresentato è costituito dai DRG ricompresi in apposita lista di cui alle linee guida su citate, per i quali sulla base dell'esperienza maturata nell'attività di controllo è stato rilevato frequentemente un utilizzo non corretto della codifica, seguito dai ricoveri ripetuti ed ancora dal campionamento casuale.

E' necessario precisare che le revisioni apportate alla casistica possono essere riferite a motivazioni diverse da quelle per cui è stata selezionata. Nella tabella seguente sono schematizzati i motivi di revisione.

Revisione della casistica per tipo di anomalia

Motivo di revisione	Totale	% casi
errata codifica	1.268	10,4%
erogabile in DH/DS o 1 g di ricovero ordinario	305	2,5%
nessuna remunerazione	189	1,5%
no complicato	189	1,5%
effettuabili in regime ambulatoriale /Day Service	139	1,1%
giornate da remunerare in cod 60	88	0,7%
giornate da decurtare	34	0,3%
errori nel tracciato	31	0,3%

Allegato C

no out	21	0,2%
ripetuto da remunerare al 30%	18	0,1%
Totale complessivo	2282	19%

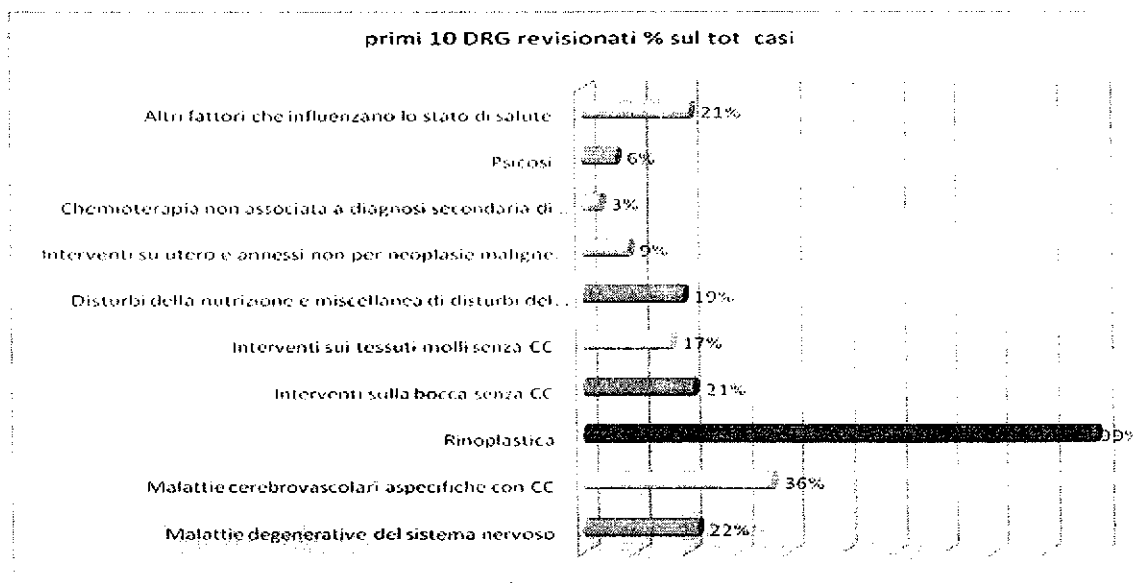
Il numero di casi revisionati è pari al 19 % dei casi selezionati, dato sovrapponibile a quello dello scorso anno.

Il primo motivo di revisione è rappresentato dall'errata codifica; l'attività di controllo ha quindi portato all'identificazione di codici di diagnosi/procedure maggiormente rispondenti a quanto riportato nella documentazione clinica, con conseguente attribuzione di un DRG diverso da quello inizialmente assegnato.

Il secondo motivo di revisione è riferito a prestazioni erogabili in un livello assistenziale inferiore; al terzo posto si registrano 189 casi per i quali l'attività di controllo ha evidenziato la non sussistenza di necessità del ricovero o la frammentazione in più ricoveri di uno stesso episodio di cura, per cui tali ricoveri non sono ammessi al rimborso.

Il 48 % delle revisioni ha riguardato DRG di tipo chirurgico e il 52 % di tipo medico.

% dei casi revisionati per DRG



Il DRG maggiormente revisionato è il n. 56 "rinoplastica" che con la modifica del codice dell'intervento viene di norma ricondotto al DRG 55.



Allegato C

Segue il DRG 169 "interventi sulla bocca" erogato da due case di cura, per il quale nella prima parte dell'anno si è registrato un costante incremento; il motivo di revisione è riconducibile principalmente ad una "sovracodifica" delle procedure relative all'estrazione chirurgica dei denti inclusi (si precisa peraltro che l'intervento è di norma ambulatoriale, ma in particolari e documentate situazioni cliniche può essere necessario un ambiente protetto, per cui è stata proposta alla RAS l'attivazione di un pacchetto di Day Service).

La delibera RAS 32/75 del 24 luglio 2012 sulle linee guida per la compilazione e codifica della SDO, ha dato indicazioni specifiche per il suddetto intervento, la cui applicazione ha portato alla revisione delle codifiche utilizzate con attribuzione del DRG 187, per il quale è prevista una tariffa notevolmente inferiore.

Le linee guida regionali hanno consentito la risoluzione di altre problematiche, ancora rilevabili nel 2012, per esempio anche con riferimento alla codifica dell'intervento di rinoplastica su citato o dei trattamenti delle varici con endolaser.

Oltre all'attività di ricovero viene controllata anche l'attività di Day Service erogata dalle Case di Cura accreditate: viene esaminato il 10% circa della documentazione clinica relativa ai pacchetti ambulatoriali erogati in Day Service, al fine di verificarne la completezza.



6) andamento della gestione

Dinamica complessiva dei principali aggregati economici

I dati di chiusura del Bilancio 2012 evidenziano una perdita lorda pari ad € 791.349, che genera - al netto degli ammortamenti, della sterilizzazione e dell'interesse di computo sul patrimonio netto - un perdita netta di € 42.065.

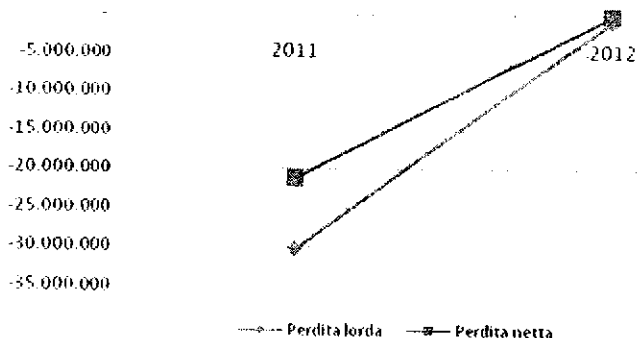
Di seguito si riporta il prospetto relativo ai macroaggregati di bilancio ed il confronto con il Bilancio 2011.

Voci	Bilancio 2012	Bilancio 2011	Diff.	Diff%
Totale valore della produzione (A)	960.358.914	901.757.514	58.601.400	6,5%
Totale costi della produzione (B)	918.432.055	897.116.409	13.285.646	1,5%
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-958.320	-881.955	-76.365	-8,6%
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0	0,0%
Proventi e Oneri straordinari	3.550.792	6.923.489	-3.372.697	-48,7%
Totale imposte e tasse	20.100.402	19.961.986	138.416	0,7%
Risultato di esercizio	-791.349	-30.228.192	29.436.843	-97,4%

Di seguito si riporta il confronto tra perdita lorda e perdita netta negli anni considerati.

	2011	2012
Perdita lorda	-30.228.192	-791.349
Perdita netta	-21.135.745	-42.065

Andamento perdita-utile



Analisi della quota del finanziamento regionale

La Giunta Regionale - con deliberazione n. 45/17 del 12.11.2012 - ha modificato i criteri per il riparto delle risorse destinate al finanziamento indistinto del Servizio Sanitario Regionale per gli anni 2012, 2013 e 2014, al fine di semplificare i criteri di riparto riportandoli alla corretta applicazione della norma di

Allegato C

riferimento (L.R. n. 10/2006, art. 26, commi 2 e 3) che tiene conto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e della domanda potenziale dei servizi sanitari determinata sulla base dei seguenti parametri:

- popolazione residente, tenuto conto delle caratteristiche demografiche rilevanti ai fini dei bisogni di assistenza;
- variabili di contesto, con particolare riferimento alle caratteristiche infrastrutturali del territorio, alla variabilità demografica stagionale e ai fenomeni di spopolamento;
- fabbisogno di assistenza, tenuto conto della domanda di prestazioni e della rete dei servizi e presidi;
- obiettivi assistenziali e funzioni di coordinamento assegnati alle ASL dalla programmazione regionale.

Va precisato che nel corso dell'anno 2012, nelle more dell'approvazione dei nuovi criteri di riparto e dell'attribuzione alle aziende sanitarie regionali delle risorse destinate al finanziamento indistinto della spesa sanitaria di parte corrente per l'esercizio 2012 ed al fine di garantire la continuità della gestione, sono state impegnate ed erogate le risorse disponibili sul Bilancio regionale 2012.

Alla Asl 8 - oltre all'anticipazione mensile destinata al finanziamento indistinto della spesa sanitaria di parte corrente 2012 - sono stati erogati il finanziamento del costo sostenuto da ciascuna ASL nel 2012 (da gennaio ad ottobre) per le prestazioni farmaceutiche ed integrative effettuate tramite le farmacie convenzionate - in qualità di azienda capofila - ed il rimborso delle somme dalla stessa anticipate nel 1°, 2° e 3° trimestre 2012, sempre in qualità di Asl capofila per la gestione in forma unitaria dei rapporti economici relativi all'erogazione dei farmaci ordinati dalle farmacie convenzionate, in nome e per conto delle ASL della Regione.

Rispetto al finanziamento 2011 l'azienda ha ottenuto un incremento pari ad € 56.235.452, con una crescita percentuale del 6,5%.

Nella Tabella che segue viene riepilogata l'assegnazione 2012 in base a quanto stabilito dalla Giunta Regionale con la delibera n. 15/30 del 29.03.2013:



Allegato C

ASLB	Assegnazione Lorda 2012	Mobilità interregionale 2011	Mobilità infraregionale 2011	Assegnazione 2012
ASSISTENZA COLLETTIVA	49.937.326,70			49.937.326,70
ASSISTENZA DISTRETTUALE	460.656.816,60	-3.128.708,30	16.523.092,61	474.051.200,91
ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE	125.090.429,25	-1.002.358,97	5.603.960,15	129.692.030,43
SPECIAUSTICA AMBULATORIALE	113.677.829,61	-1.890.167,40	11.404.998,28	123.192.660,49
ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	221.888.557,74	-236.181,93	-485.865,82	221.166.509,99
Medicina generale	115.432.670,66	-410.060,54	-485.865,82	114.536.744,30
Pediatria di libera scelta	28.824.585,57			28.824.585,57
Continuità assistenziale e vigilanza guardie mediche	31.478.359,22			31.478.359,22
Emergenza Sanitaria Territoriale e finanziamento oneri di coordinamento della centrale operativa 118	46.152.942,29	173.878,61		46.326.820,90
ASSISTENZA OSPEDALIERA	361.747.154,13	-14.380.036,91	49.237.697,93	396.604.815,15
Attività ospedaliere	363.377.297,82	-14.380.036,91	49.237.697,93	398.234.958,84
10% del valore dei DRG potenzialmente inappropriati	-1.630.143,69			-1.630.143,69
FINANZIAMENTO A FUNZIONE	1.386.332,00			1.386.332,00
Centro regionale Trapianti	1.386.332,00			1.386.332,00
Rimborso del costo del personale dipendente delle aziende sanitarie in collaborazione progettuale presso l'assessorato dell'igiene, sanità e dell'assistenza sociale	83.476,01			83.476,01
TOTALE ASSEGNATO	873.811.105,44	-17.508.745,21	65.760.790,54	922.063.150,77

Andamento dei costi

Dal lato dei costi, come risulta dalla tabella di seguito riportata, rispetto all'anno 2011, si registra un incremento di € 13.285.286.

Macrovoce	Bilancio 2012	Bilancio 2011	Differenza	Diff %
Costi della Produzione	918.432.055	905.146.409	13.285.646	1,45%

Il dettaglio dei costi viene di seguito riportato:

Macrovoce	Bilancio 2012	Bilancio 2011	Differenza	Diff %
4) Acquisti di beni	138.207.206	139.943.742	-1.736.536	-1,26%
5) Acquisti di prestazioni e servizi	483.188.755	474.503.177	8.685.578	1,80%
6) Godimento beni di terzi	9.685.241	9.033.697	651.544	6,73%
7) Costo del Personale	270.291.330	268.209.046	2.082.284	0,77%
8) Ammortamenti e svalutazioni	9.625.998	9.223.085	402.913	4,19%
9) Variazione delle rimanenze	-3.519.437	-1.736.267	-1.783.170	50,67%
10) Accantonamenti tipici dell'esercizio	8.073.559	2.772.746	5.300.813	65,66%
11) Altri accantonamenti	0	0	0	
12) Oneri diversi di gestione	2.879.404	3.197.183	-317.779	-11,04%
Totale complessivo	918.432.055	905.146.409	13.285.646	1,45%

Acquisti di beni

La voce "Acquisto di beni" ha subito una diminuzione rispetto al 2011 di € 1.736.536, con un decremento complessivo pari all'1,2%.



Allegato C

Voci	Bilancio 2012	Bilancio 2011	Diff	Diff%
a) Acquisti di beni sanitari	134.279.086	135.926.292	-1.647.206	-1,2%
b) Acquisti di beni non sanitari	3.923.120	4.017.450	-89.330	-2,2%
Totale	138.202.206	139.943.742	-1.736.536	-1,2%

Acquisti di beni sanitari

Di seguito nella tabella si riporta il dettaglio delle voci:

Voci	Bilancio 2012	Bilancio 2011	Diff	Diff%
Acquisti di prodotti farmaceutici	82.530.243	77.362.427	4.667.786	6,0%
Acquisti di prodotti farmaceutici in DPC	6.049.311	12.105.035	-6.039.424	-49,9%
Acquisti di prodotti farmaceutici HIV	0	0	0	0,0%
Acquisti di emoderivati	2.352.292	2.173.481	120.689	4,3%
Acquisti di ossigeno	1.655.469	1.581.693	74.476	4,7%
Acquisti di prodotti dietetici	4.000.121	624.248	3.757.773	60,2%
Acquisti di materiali per la profilassi igienico-sanitaria	12.552	221.477	-208.924	-94,3%
Acquisti di materiali diagnostici e prodotti chimici	10.115.038	11.289.192	-1.174.153	-10,4%
Acquisti di materiale radiografico e per radiologia	172.785	518.792	-346.007	-66,7%
Acquisti di presidi chirurgici e materiale sanitario	19.321.789	18.354.532	967.257	5,3%
Acquisti di materiali protesici	5.407.271	4.813.659	593.612	12,3%
Acquisti di materiali per emodialisi	2.169.472	2.510.021	-340.844	-13,6%
Acquisti di prodotti farmaceutici ad uso veterinario	0	3.482	-3.482	-100,0%
Acquisti di mat. chir., san. e diagnostici veterinario	5.163	16.928	-11.765	-69,5%
Acquisto sangue ed emocomponenti	191	215	-25	-11,5%
Acquisti di altri beni e prodotti sanitari	822.065	811.801	10.263	1,3%
Acquisti di plasma	0	0	0	0,0%
Acquisti di organi	48.150	39.509	8.641	21,9%
Totale	134.279.086	135.926.292	-1.647.206	-1,2%

Rispetto al Bilancio 2011 la spesa per gli acquisti di beni sanitari è diminuita dell'1,2%.

Acquisti di beni non sanitari

Come mostra la tabella sottostante, la spesa per l'acquisto di beni non sanitari è diminuita del 2,2% rispetto a quanto riportato in Bilancio 2011.

Allegato C

Voci	Bilancio 2012	Bilancio 2011	Diff	Diff %
Acquisti di prodotti alimentari	10.705	55.927	-40.792	-80,7%
Acquisti di materiali di consumo (materie plastiche, di convenienza)	205.336	346.102	-140.766	-40,7%
Acquisti di combustibili, carburanti e lubrificanti	2.446.913	2.075.925	370.988	17,9%
Acquisti di supporti informatici (cartoline e stampati)	332.591	365.705	-33.113	-8,1%
Acquisti di materiale tecnico strumentale per manut. e riparazioni	295.494	537.196	-241.703	-45,0%
Acquisti di altri materiali non sanitari	137.070	97.021	40.056	41,3%
Totale	3.928.120	4.017.450	-89.330	-2,2%

Acquisti di servizi

L'ammontare totale dell'acquisto di servizi nel 2012 è pari ad € 483.188.755, con un incremento di quasi 9 milioni di euro rispetto all'esercizio precedente (1,8%).

Acquisti di servizi sanitari

Attraverso la prossima tabella si effettua un *focus* relativamente alle principali prestazioni di carattere sanitario, con le variazioni espresse in termini assoluti e percentuali.

	Bilancio 2012	Bilancio 2011	Diff	Diff %
Acquisti di Prestaz. erogate in regime di ricovero ordinario	57.757.234	58.802.411	-1.045.177	-2%
Acquisti di Prestaz. lungodegenza	9.080.727	8.721.279	359.449	10%
Compensi per assistenza medico generica in convenzione	36.508.091	40.601.603	-4.093.511	-10%
Compensi per assistenza pediatrica in convenzione	8.063.440	9.002.681	-939.240	-10%
Compensi per servizio di continuità assistenziale	8.237.992	8.635.775	-397.783	-5%
Acquisti di Prestaz. assistenza farmaceutica in convenzione	110.903.268	112.948.368	-2.045.099	-2%
Acquisti di Prestaz. assistenza integrativa	15.309.497	10.693.043	4.616.454	43%
Acquisti di Prestaz. assistenza protesica	7.806.251	12.421.025	-4.614.774	-37%
Acquisto di Prestaz. assistenza specialistica - Laboratori	27.310.057	26.613.900	696.157	3%
Acquisto di Prestaz. assistenza specialistica - Emodialitica	8.790.936	8.733.466	57.470	1%
Compensi per assistenza medico specialistica interna	12.060.235	13.030.622	-970.387	-7%
Acquisto di Prestaz. amb. di riab. fisica e sensoriale	13.964.922	14.472.711	-507.789	-4%
Acquisto di Prestaz. erogate in regime di day services	8.161.524	8.646.092	-484.568	-6%
Acquisti di Prestaz. Assistenza Domiciliare	9.785.850	8.050.425	1.735.425	22%
Acquisto di prestaz. res. e semires. di riabilitazione	7.758.897	5.837.688	1.921.209	33%
Acquisto di prestaz. res. e semires. anziani e terminali	16.254.390	14.186.087	2.068.302	15%

Manutenzioni e riparazioni

Il costo delle manutenzioni e riparazioni rispetto al 2011 è rimasto sostanzialmente invariato, come si evince dalla tabella seguente:

Allegato C

Voci	Bilancio 2012	Bilancio 2011	Diff	Diff %
manut. e rip. immobili impianti e pertinenze programmate	11.352.540	11.753.295	-400.757	-3,4%
manut. e rip. immobili impianti e pertinenze a richiesta	2.037.224	2.013.888	23.336	1,2%
manut. e rip. attrezzature sanitarie programmate	1.991.049	2.369.945	-1.454.104	-61,4%
manut. e rip. attrezzature sanitarie a richiesta	15.857	30.910	-1.195.062	-7,5%
manut. e rip. attrezzature tecnico-economiche programmate	221	816	-595	-73,0%
manut. e rip. attrezzature tecnico-economiche a richiesta	1.605	1.750	-875	-50,0%
manut. e rip. attrezzature informatiche programmate	56.039	111.471	-57.432	-51,5%
manut. e rip. attrezzature informatiche a richiesta	53.269	57.151	-13.691	-23,9%
manut. software programmate	189.198	53.817	135.381	251,6%
manut. software a richiesta	20.570	7.995	17.575	586,9%
manut. e rip. automezzi	202.360	189.994	12.366	6,5%
manut. e rip. altro	15.613	14.694	718	4,9%
TOTALE	20.671.443	20.586.901	84.543	0,4%

Acquisti di servizi non sanitari

Nella tabella seguente si riportano le principali voci di spesa relative ai servizi non sanitari:

Voci	Bilancio 2012	Bilancio 2011	Diff	Diff %
Pulizia	9.966.450	8.851.956	1.114.503	12,6%
Servizio di ristorazione mensa dipendenti	3.253.018	3.223.366	30.552	0,9%
Servizi di trasporto non sanitario	1.105.866	614.863	490.503	79,8%
Smaltimento rifiuti speciali	1.733.560	1.322.680	410.879	31,1%
Servizi di vigilanza	5.694.883	5.775.236	-80.352	-1,4%
Servizio di distribuzione farmaci e altri prodotti sanitari	1.465.320	2.037.343	-572.023	-28,1%
Energia elettrica	6.927.105	5.707.250	1.219.855	21,4%
Acqua	602.766	755.564	-152.798	-20,2%
Telefonia	2.575.141	2.170.335	404.806	18,7%
Compensi ai docenti esterni	320.115	359.430	-39.315	-10,9%
Spese per corsi di formazione e aggiornamenti professionali	300.441	271.278	29.162	10,7%
Costi per altri servizi non sanitari	5.711.072	4.915.423	795.649	16,2%

Si evidenzia un incremento dei costi per le pulizie e per l'energia elettrica.

Godimento beni di terzi

I costi totali per il godimento di beni di terzi hanno subito una variazione del 7 % rispetto al Bilancio 2011.

Allegato C

Voci	Bilancio 2012	Bilancio 2011	Diff	Diff %
Lavandere e lavolo	38.91697	3.960.447	-140.749	-3%
Locazioni passive	670.317	1.595.721	-75.206	-5%
Quote per spese condominiali	152.073	134.023	18.350	14%
Canoni hardware e software	157.794	425.868	-31.924	-7%
Canoni di locazione	594.921	579.913	14.508	3%
Canoni di noleggio per altre attrezzature sanitarie	2.373.902	1.688.319	685.583	41%
Canoni noleggio automezzi	324	0	324	0%
Canoni noleggio altro	6.023.000	1.644.261	34.031	5%
Canoni di leasing operativo per attrezzature sanitarie	0	0	0	0%
Altri canoni di leasing operativo	0	0	0	0%
Altri oneri per adempimenti	5.319	15.620	-429	-3%
TOTALE	9.685.241	9.033.697	651.544	7%

Costi per il personale

La spesa per il personale alla fine dell'anno 2012 è pari ad € 270.291.331, con un incremento di oltre 2 milioni di euro rispetto all'esercizio 2011; dovuto in particolare ad un sensibile incremento del costo del personale del ruolo sanitario.

Voci	Bilancio 2012	Bilancio 2011	Diff	Diff %
a) personale del ruolo sanitario	227.966.237	224.892.090	3.074.147	1,4%
b) personale del ruolo professionale	905.551	843.929	61.622	7,3%
c) personale del ruolo tecnico	24.770.858	25.407.923	-637.065	-2,5%
d) personale del ruolo amministrativo	16.648.684	17.065.103	-416.419	-2,4%
TOTALE	270.291.330	268.209.046	2.082.285	0,8%

Allegato C

Oneri diversi di Gestione

Voci	Bilancio 2012	Bilancio 2011	Diff	Diff %
Competenze ai membri del comitato di controllo	25.477	18.889	6.588	34,9%
Spese per le commissioni invalidi civili	623.188	910.493	-287.305	-31,5%
Spese per le commissioni invalidi militari	229.679	1.052.352	-822.673	-77,2%
Spese per altre commissioni e comitati	12.448	9.131	3.317	36,2%
Indennità organo direttivo	322.203	322.193	10	0%
Oneri sociali gestione personale	28.383	10.771	17.612	163,6%
Indennità collegio distrettuale	79.370	69.323	10.047	14,5%
Abbonamenti riviste e film	115.296	216.932	-101.636	-88,4%
Spese per inf. dir. viaggi e ricarichi	235.721	260.344	-24.623	-9,5%
Spese per corsi	388	0	388	0%
Altre spese generali e amministrative	44.959	73.065	-28.106	-38,5%
Canoni radio e tv	5.770	4.775	995	20,8%
Imposte di registro	38.781	9.735	29.046	296,7%
Imposte di bollo	45.989	32.863	13.126	40,0%
Imposte comunali	11.302	583.203	-571.901	-50,5%
Iva indebitata	131.560	42.582	88.978	209,1%
Imposte e tasse diverse	36.776	44.741	-7.965	-17,8%
altro	24.031	40.533	-16.502	-40,7%
Totale	2.879.404	3.197.183	-317.779	-10%

Ammortamenti

Rispetto all'anno 2011 le voci di costo relative agli ammortamenti hanno subito variazioni pari al 5%, con un incremento di oltre 400.000 euro.

Voci	Bilancio 2012	Bilancio 2011	Diff	Diff %
Amm.to concessioni, licenze, marchi e diritti simili	28.397	22.947	5.450	24%
Amm.to altre immobilizzazioni immateriali	573.473	573.473	0	0%
Amm.to fabbricati disponibili	555.442	554.605	838	0%
Amm.to fabbricati indisponibili	2.831.323	2.829.385	1.938	0%
Amm.to impianti	481.839	506.690	-24.851	-5%
Amm.to macchinari	665.166	981.828	-316.661	-32%
Amm.to attrezzature sanitarie	2.811.449	2.293.300	518.149	23%
Amm.to mobili e arredi	784.728	568.037	216.691	38%
Amm.to automezzi e ambulanze	148.087	47.136	100.951	214%
Amm.to macchine d'ufficio elettromeccaniche ed elettrocontabili	474.026	409.204	64.822	16%
Amm.to altri beni	209.182	362.391	-153.209	-42%
Totale	9.563.102	9.148.996	414.106	5%

Variazione delle rimanenze

Nella tabella che segue si analizza l'andamento delle rimanenze sanitarie e non sanitarie, a confronto con l'esercizio 2011.

Voci	Bilancio 2012	Bilancio 2011	Diff	Diff %
Variazione rimanenze sanitarie	3.554.657	1.694.549	1.860.108	109,8%
Variazione rimanenze non sanitarie	25.290	201.791	-176.501	-87,4%
TOTALE	3.579.947	1.896.340	1.683.607	88,8%

Accantonamenti dell'esercizio

Complessivamente gli accantonamenti per rischi e oneri sono cresciuti di oltre 5 milioni di euro: andando ad analizzare le singole voci, si evidenzia come si siano incrementati i fondi riguardanti le cause civili e processuali, i contenziosi per il personale dipendente e gli altri fondi rischi.

Voci	Bilancio 2012	Bilancio 2011	Diff	Diff %
Acc. al F.do ed. indennizzo	0	0	0	0%
Acc. al F.do oneri dipendenti a tempo determinato	18.722	157.528	-138.806	-88%
Acc. al F.do per imposte	0	0	0	0%
Acc. al F.do rischi per cause civili ed oneri processuali	1.385.000	530.000	1.355.000	256%
Acc. al F.do rischi per contenzioso personale dipendente	1.074.000	300.000	774.000	258%
Acc. al F.do rischi per interessi moratori	1.000.000	1.000.000	0	0%
Acc. al F.do altri fondi per rischi	3.179.528	0	3.179.528	0%
Acc. al F.do oneri personale in quiescenza	50.000	100.000	-50.000	-50%
Acc. al F.do premio operosità (SUMAI)	745.745	708.218	37.527	5%
Totale	8.073.959	2.772.746	5.301.213	191%



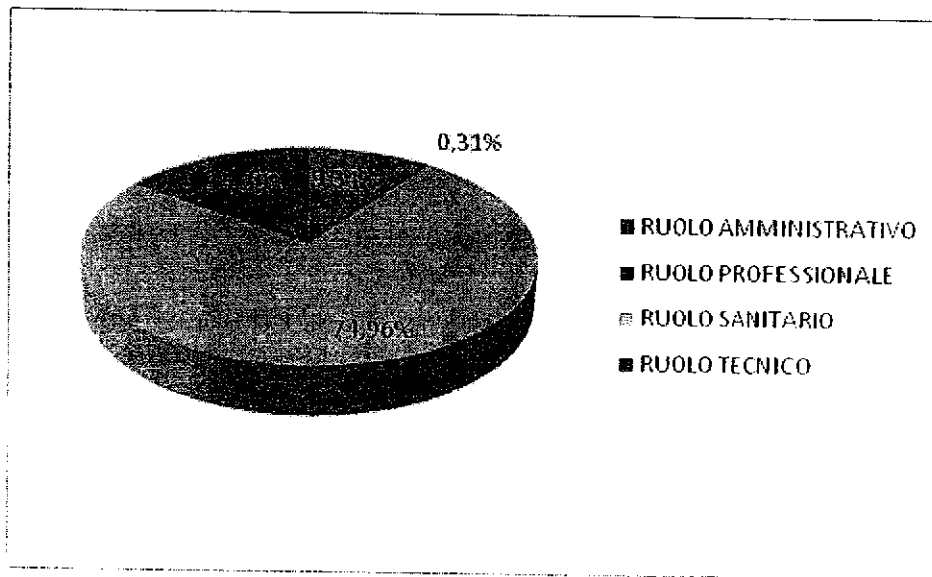
Andamento del Personale

Il personale in forza all'Azienda sanitaria Locale n. 8 durante l'anno 2012 è pari a 5.500 unità tra dipendenti assunti a tempo determinato e indeterminato.

Nelle analisi che seguiranno si prenderà in considerazione il personale risultante effettivamente servizio al 31/12/2012, pari a 5119 unità.

Attraverso il primo grafico si va ad analizzare la suddivisione per ruolo del personale in servizio.

Utilizzando la classica ripartizione per ruolo si evidenzia che il personale è impiegato per il 75% nel ruolo sanitario, il 15% nel ruolo tecnico, il 9,3% nel ruolo amministrativo e lo 0,3% nel ruolo professionale.



Il personale della ASL di Cagliari

Entrando nel dettaglio il personale diviso per posizione e per tipologia di contratto risulta distribuito come segue:

Ruolo	Tipo di contratto	Posizione	Totale
Ruolo amministrativo	Comparto	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	136
		COADIUTORE AMMINISTRATIVO	157

Allegato C

		COADIUTORE AMMINISTRATIVO ESPERTO	11
		COLLABORATORE AMM.VO PROF. ESPERTO	21
		COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE	107
		COMMESSO	32
	Dirigenza	DIR.AMM.VO EX IX < 5	2
		DIR.AMM.VO EX IX < 5 SC	2
		DIR.AMM.VO EX IX > 5	3
		DIR.AMM.VO EX IX > 5 SC	7
Ruolo amministrativo totale			478
Ruolo Professionale	Comparto	ASSISTENTE RELIGIOSO	8
	Dirigenza	DIR.PROF.EX 9? ING EQUIP STR. COMPL	2
		DIR.PROF.EX IX < 5 PROC.LEG.	1
		DIR.PROF.EX IX > 5 PROC.LEG. (INC.8)	1
		DIR.PROF.EX IX ING.	2
		DIR.PROF.EX IX ING.EQUIP.art.3 c1	2
Ruolo Professionale totale			16
Ruolo Sanitario	Comparto	COLL.PROF.LE SANITARIO TS AUDIOMETRISTA	3
		COLL.PROF.SAN.- ORTOTTISTA	2
		COLL.PROF.SAN.-IGIENISTA DENTALE	2
		COLL.PROF.TEC.SAN.-ANAT.PATOLOG.	6
		COLL.PROF.TEC.SAN.-IPERBARICO	10
		COLL.PROF.TEC.SAN.-ISTOPATOLOGIA	1
		COLLAB.PROF.SAN. ASSISTENTE SANITARIO	37
		COLLAB.PROF.SAN. EDUCATORE PROFESSIONALE	17
		COLLAB.PROF.SAN. FISIOTERAPISTA	86
		COLLAB.PROF.SAN. INFERMIERE PEDIATRICO	47
		COLLAB.PROF.SAN. ORTOTTISTA	2
		COLLAB.PROF.SAN. TEC.PREV.AMB.LUOG.LAV.	116
		COLLAB.PROF.SAN. TS LABORATORIO BIOMED.	147
		COLLAB.PROF.SAN. TS RADIOLOGIA MEDICA	142

Allegato C

		COLLAB.PROF.SAN.ESP. TEC.PREV.AMB.L.LAV.	2
		COLLAB.PROF.SAN.ESPERTO INF.RIC. <DS1	44
		COLLAB.PROF.SAN.ESPERTO TS RADIOL.MEDICA	1
		COLLAB.PROF.SAN.LOGOPEDISTA	15
		COLLAB.PROF.SAN.TECNICO DI NEUROFISIO	3
		COLLAB.PROF.SANITARIO DIETISTA	10
		COLLAB.PROF.SANITARIO INFERMIERE	1704
		COLLAB.PROF.SANITARIO OSTETRICA	75
		INFERMIERE GENERICO ESPERTO	1
		OP.PR.2^CAT.INF.GENERICO ESPERTO	31
		OP.PR.2^CAT.MASSAGGIAT-ESPERTO	1
		OP.PR.2^CAT.MASSOFISIO-ESPERTO	1
		OP.PROF. II CAT. INFERMIERE GENERICO	16
		PUERICULTRICE ESPERTA	8
	Dirigenza	DIR. FARMACISTA EX X INCAR. SC	1
		DIR. FISICO EX X LIV. SC	1
		DIR.MED. EX IX >5 EXTRAMOENIA	10
		DIR.MED. EX IX 5/15 OPZ.> 14/03/00	5
		DIR.MED. EX IX<5 EQUIPARATO	21
		DIR.MED. EX X INTR.N.Q.>15	115
		DIR.MED. EX X INTR.N.Q.5/15	3
		DIR.MED. EX X INTR.Q.>15	4
		DIR.MED. EX X NO ESCLUSIV	9
		DIR.MED. EX XI MED.	1
		DIR.MED. EX XI TERRITORIO	1
		DIR.MED.EX IX >5 ESCL>15	258
		DIR.MED.EX IX INTR.<5	188
		DIR.MED.EX IX INTR.5/15 EQUIP.	150
		DIR.PROF.SAN. EX IX < 5	1
		DIR.SAN.BIOLOGO EX IX < 5 ESCL < 5 AA	22

Allegato C

		DIR.SAN.BIOLOGO EX IX > 15 INTRAMOENIA	33
		DIR.SAN.BIOLOGO EX IX 5/15 INTRAMOENIA	2
		DIR.SAN.BIOLOGO EX X N.Q.> 15 INTRAMOEN.	15
		DIR.SAN.FARM.EX IX <5	6
		DIR.SAN.FARM.EX IX > 15 INTRAMOENIA	6
		DIR.SAN.FARM.EX IX 5/15 INTRAM.	1
		DIR.SAN.FARM.EX X N.Q.>15 INTRAM.	4
		DIR.SAN.PSIC.EX IX > 15 INTRAMOENIA	49
		DIR.SAN.PSIC.EX IX 5/15 INTRAMOENIA	2
		DIR.SAN.PSIC.EX X N.Q.> 15 INTRAM.	10
		DIRIG. BIOLOGO EX IX >5 ESCL >15 AA	2
		DIRIG. CHIMICO EX X ESCL >15 AA	3
		DIRIG. FARMACISTA EX IX >5 ESCL >15 AA	19
		DIRIG. FARMACISTA EX IX >5 ESCL 5-15 AA	1
		DIRIG. FARMACISTA EX X ESCL >15 AA	4
		DIRIG. FISICO EX IX < 5 ESCL < 5 AA	8
		DIRIG. FISICO EX IX >5 ESCL >15 AA	2
		DIRIG. FISICO EX IX >5 ESCL 5-15 AA	2
		DIRIG. I LIV.(MED.CONDOT.art.110 DPR 270	2
		DIRIG. MED EX IX TP >5 ESCL >15 AA	73
		DIRIG. MED. EX IX TP CHIR. ESCL >15 AA	3
		DIRIG. MED. EX IX TP ESCL 5-15 AA	3
		DIRIG. MED. EX IX TP MED. ESCL >15 AA	9
		DIRIG. MED. EX IX TP MED. ESCL 5-15 AA	1
		DIRIG. MED. EX IX TP TERR. ESCL >15 AA	4
		DIRIG. MED. EX X 10 TP MOD. ESCL >15 AA	5
		DIRIG. MED. EX X MOD. CHIR. ESCL >15 AA	3
		DIRIG. MED. EX X TP CHIR. ESCL >15 AA	9
		DIRIG. MED. EX X TP ESCL >15 AA	101
		DIRIG. MED. EX X TP MED. ESCL >15 AA	13



Allegato C

		DIRIG. MED. EX X TP MED. ESCL 5-15 AA	1
		DIRIG. MED. EX X TP TERR. ESCL 5-15 AA	3
		DIRIG. MED. EX XI MED. ESCL >15 AA	7
		DIRIG. MED. EX XI MED. ESCL 5-15 AA	3
		DIRIG. MED. EX XI TP CHIR. ESCL >15 AA	3
		DIRIG. MED. EX XI TP TERR. ESCL >15 AA	1
		DIRIG. MEDICO (EX AIUTO CON MODULO)	1
		DIRIG. PSICH. EX X TP ESCL >15 AA	4
		DIRIG. PSICOLOGO EX IX < 5 ESCL < 5 AA	8
		DIRIG. PSICOLOGO EX IX < 5 NO ESCL	3
		DIRIG. PSICOLOGO EX IX <5 ESCL 5-15	1
		DIRIG. PSICOLOGO EX IX >5 NO ESCL	2
		DIRIG. PSICOLOGO EX XI ESCL >15 AA	2
		DIRIG. VETER. EX IX < 5 ESCL < 5 AA	2
		DIRIG. VETER. EX IX < 5 NO ESCL	10
		DIRIG. VETER. EX IX >5 NO ESCL	1
		DIRIG. VETER. EX X ESCL >15 AA	10
		DIRIG. VETER. EX X NO ESCL	1
		DIRIG. VETER. EX XI ESCL 5-15 AA	1
		DIRIG.MED. EX PT TERR. ESCL. >15 AA	5
		DIRIGENTE MEDICO EX X NQ CON IDSC	8
		VETERINARIO EX IX >15 ANNI	34
		VETERINARIO EX IX 5/15	4
		VETERINARIO EX X N.Q.> 15	6
		VETERINARIO EX X N.Q.> 15 SC	1
Ruolo Sanitario totale			3837
Ruolo tecnico	Comparto	ASSISTENTE TECNICO	12
		AUS.SPEC.-SERV.SOCIO ASS.(art.40 384/90)	108
		AUSILIARIO SPECIALIZZATO S.ASSIST	2
		AUSILIARIO SPECIALIZZATO S.ECONOM	61



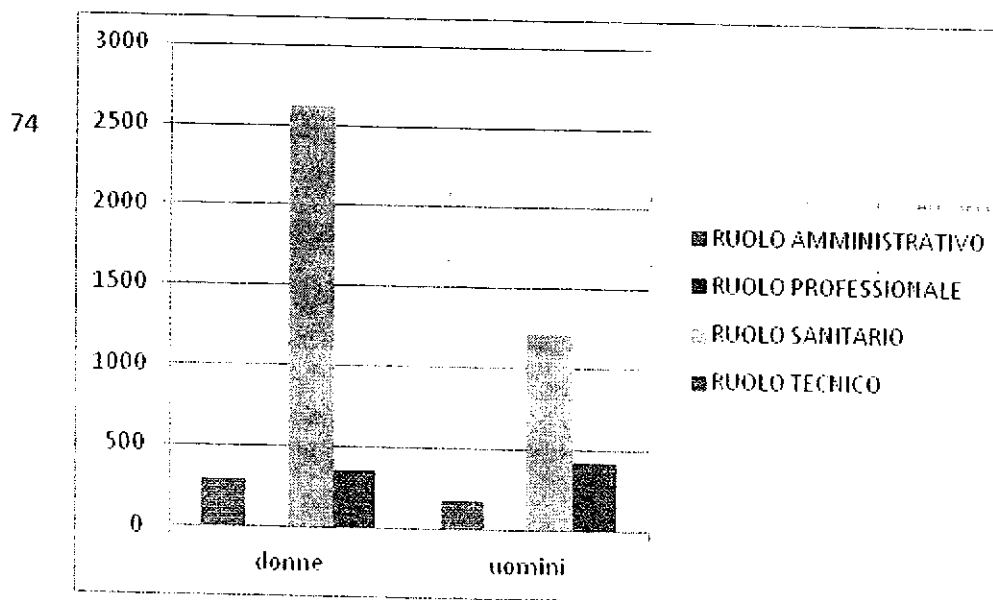
Allegato C

		COLLAB.PROF. ASSISTENTE SOCIALE	44
		COLLABORATORE TECNICO PROF.LE	5
		OP. TEC. - ADDETTO ALL'ASSISTENZA	15
		OP. TECNICO SPECIALIZZATO	62
		OP. TECNICO SPECIALIZZATO RIQUALI	2
		OPER.TECN. AUTISTA	5
		OPERATORE SOCIO SANITARIO	334
		OPERATORE TECNICO	132
		PROGRAMMATORE	1
	Dirigenza	DIRIG. TECNICO EX IX >5	5
Ruolo tecnico totale			788
Totale complessivo			5119

Nella Tabella che segue il personale in servizio viene suddiviso per ruolo giuridico e con la specificazione dell'età media:

Ruolo	N.	Età media
Comparto	3789	50
Dir. delle Profess. Sanitarie	1	49
Dirig.Medico/Veterinaria	1097	53
Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	23	51
Dirig.Sanitaria non medica	209	53
Totale complessivo	5119	51

Su 5.119 dipendenti 3.283 sono donne (64%) e 1.836 uomini (36%), con un'età media di 51 anni



compresi in un range tra i 24 e anni.

Analizzando la distribuzione dei ruoli per sesso, si può notare che la maggior parte delle donne (80%) ricopre ruoli di tipo sanitario, mentre sono in minoranza nei ruoli di tipo professionale (0,01%) e tecnico (10%).

Le risorse umane suddivise per ruoli per sesso

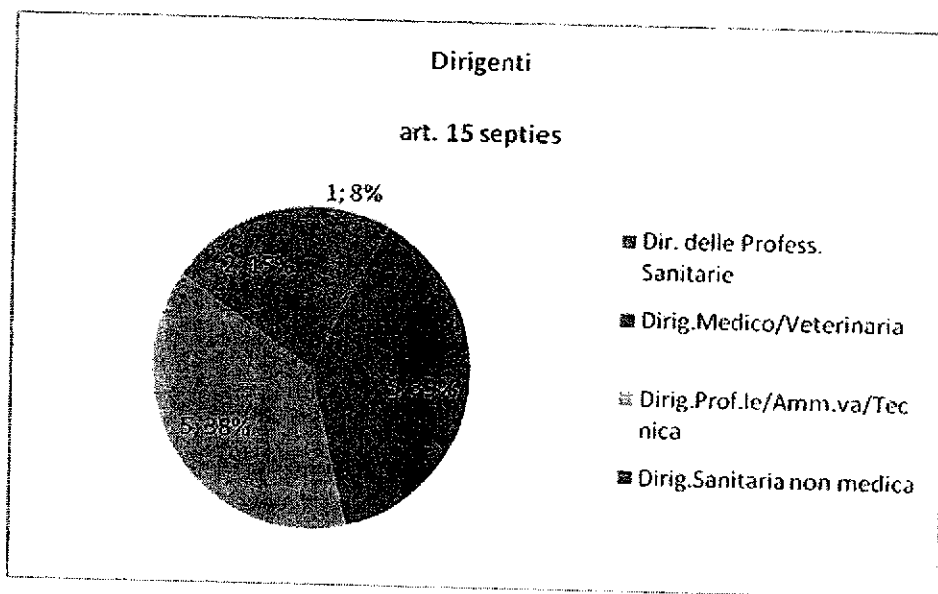
All'interno del personale in servizio il 26% (1.330 unità) ricopre un ruolo dirigenziale; di questi il 57% sono donne e il 43% sono uomini. Tra i dirigenti, 338 hanno incarichi di struttura complessa o semplice, con una età media di 58 anni ed una prevalenza di uomini (194 contro 144 donne).

Genere	Numero	Età media
Donne	144	57
INC. A SC	34	57
INC. B SS	110	57
Uomini	194	59
INC. A SC	59	60
INC. B SS	135	58
Totale complessivo	338	58

Oltre ai dirigenti in ruolo nell'anno 2012 risultano attivi 13 contratti dirigenziali ex art. 15 Septies Dlgs 502/92. Si tratta per il 62% di incarichi appartenenti al ruolo sanitario.



Allegato C

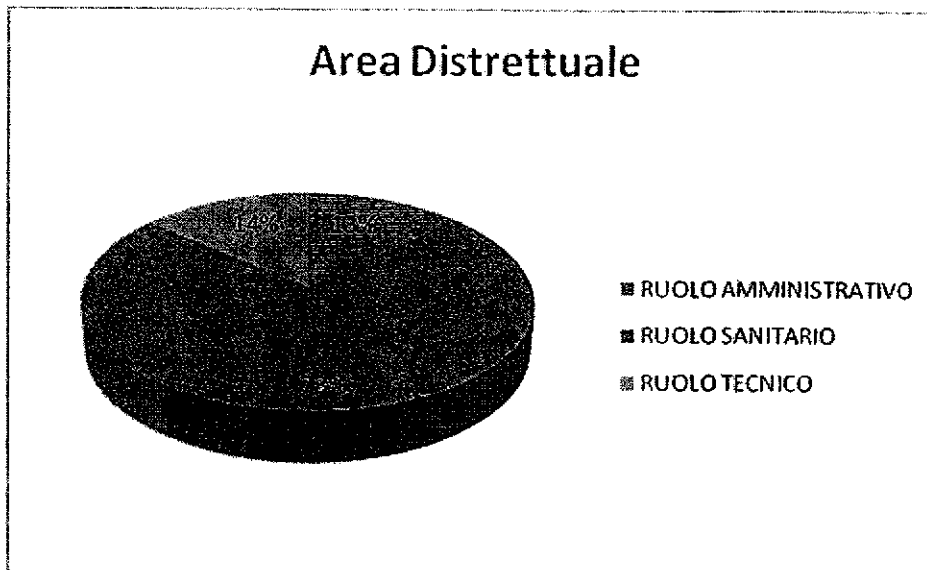


Analizzeremo ora nel dettaglio la suddivisione delle risorse umane in funzione dell'assegnazione alle Macro Strutture Aziendali (Distretti, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti, Servizi amministrativi e di staff).

Area Assistenza Distrettuale

Il personale dell'Area Distrettuale è pari a 1.273 unità - di cui il 73% appartiene al ruolo sanitario:

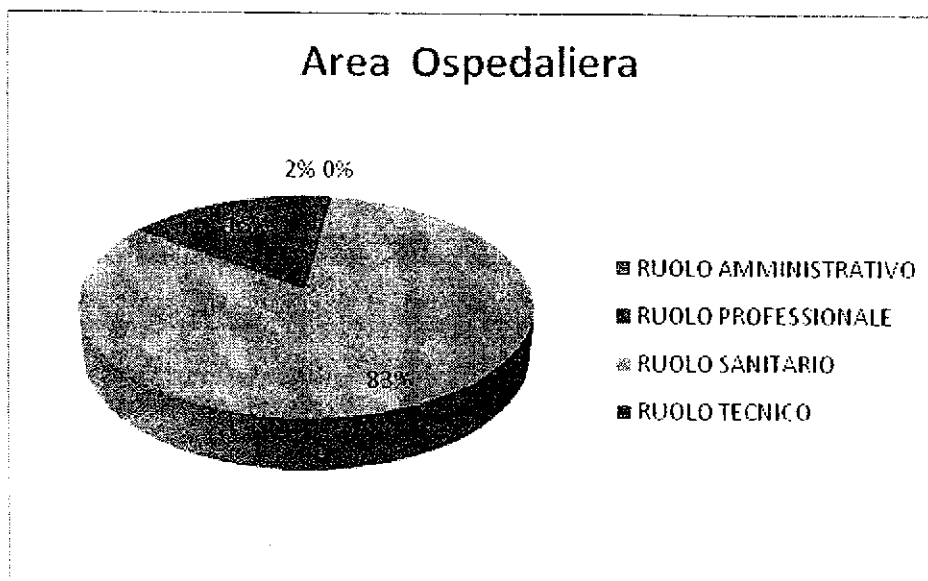
RUOLO	N. ADDETTI
RUOLO AMMINISTRATIVO	162
RUOLO SANITARIO	933
RUOLO TECNICO	178
Totale complessivo	1273



Area Assistenza Ospedaliera

Nella tabella che segue viene illustrata la consistenza del personale appartenente all'area assistenza ospedaliera suddivisa per ruolo; il personale ospedaliero costituisce il 60% del personale in servizio presso l'Asl di Cagliari.

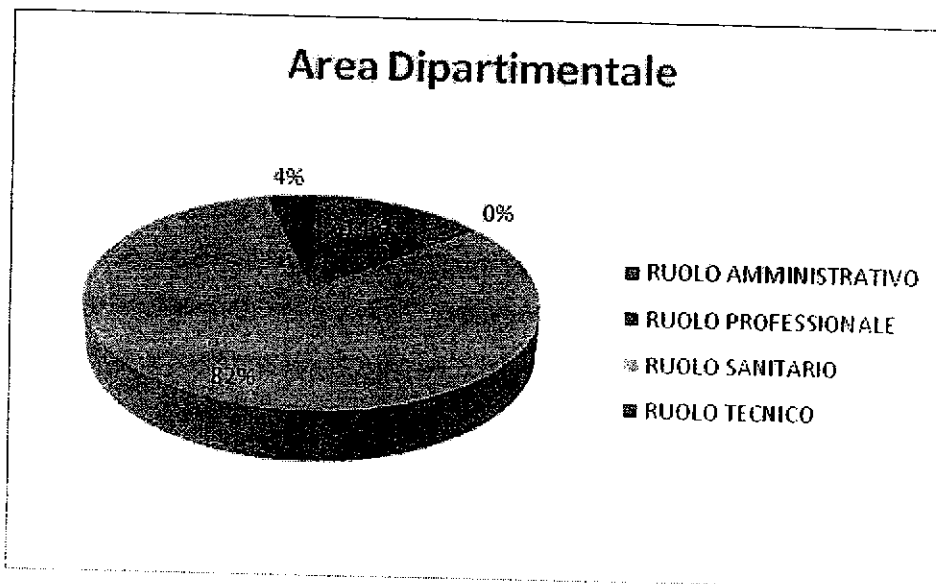
RUOLO	N. ADDETTI
RUOLO AMMINISTRATIVO	61
RUOLO PROFESSIONALE	8
RUOLO SANITARIO	2543
RUOLO TECNICO	462
Totale complessivo	3074



Allegato C

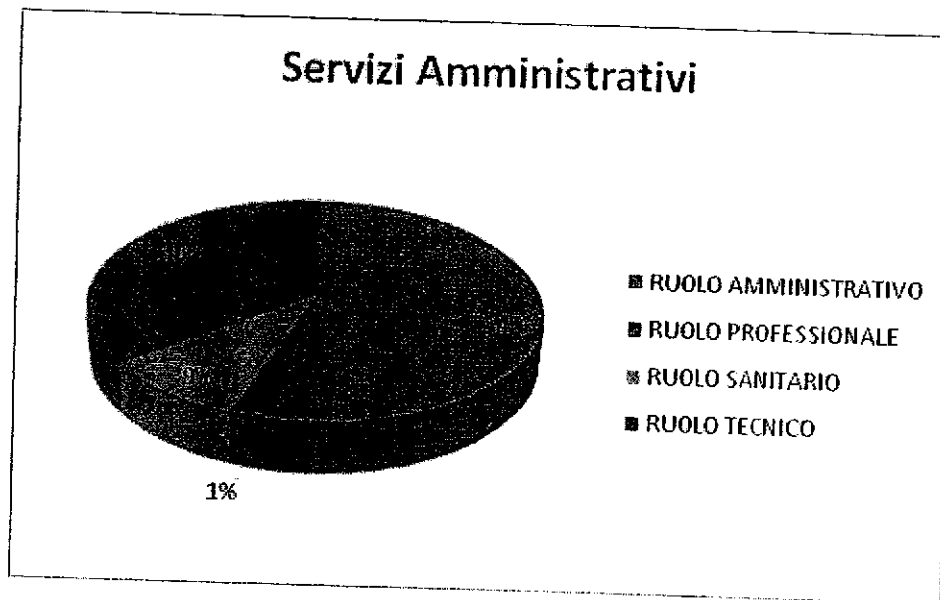
Area Dipartimentale

RUOLO	N. ADDETTI
RUOLO AMMINISTRATIVO	55
RUOLO PROFESSIONALE	2
RUOLO SANITARIO	327
RUOLO TECNICO	15
Totale complessivo	399



Area Servizi Amministrativi

RUOLO	N. ADDETTI
RUOLO AMMINISTRATIVO	200
RUOLO PROFESSIONALE	6
RUOLO SANITARIO	34
RUOLO TECNICO	133
Totale complessivo	373



Personale esterno

L'Azienda ha ritenuto necessario incrementare la consistenza delle risorse umane ricorrendo a varie tipologie di collaborazione (interinali, personale proveniente da altri enti in regime di mobilità o cassa integrazione e liberi professionisti). Questo reclutamento è avvenuto per sopperire alla mancanza di personale in organico a seguito di pensionamento, aspettativa o altre cause di interruzione del servizio.

Nella tabella che segue viene indicato il personale con contratto di lavoro interinale suddiviso per qualifica e mese di utilizzo:

QUALIFICA	01/01/12	01/02/12	01/03/12	01/04/12	01/05/12	01/06/12	01/07/12	01/08/12	01/09/12	01/10/12	01/11/12	01/12/12
Assistenti Amministrativi	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Ausiliari	14	14	14	14	14	14	14	14	14	23	24	24
Autisti Ambulanza	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	12
Coadiutori amministrativi	84	84	84	84	84	85	85	85	85	86	86	90
Collaboratori amministrativi (Interprete - Bibliotecario)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Infermieri	13	7	7	5	5	2	2	2	2	2	2	2
Interprete Cult.le Madrelingua	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tecnici Elettronici	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	137	131	131	129	129	125	125	125	125	135	142	148

Allegato C

Per quanto riguarda il personale assunto con forme atipiche (co.co.co e co.co.pro) nel 2012 risultano attivi 109 contratti di cui 99 finanziati con fondi di provenienza regionale e 10 a carico del Bilancio Asl, così specificati per tipologia e durata:

Tipologia	Numero contratti
Tecnico	25
Giuridico-Amministrativo	12
Sanitario	72
Durata	Numero Contratti
1-3 mesi	13
4-6 mesi	19
7-12 mesi	43
oltre 12 mesi	34

Inoltre sono stati stipulati 84 contratti per incarichi di attività libero professionale, di cui 63 finanziati con fondi regionali e 21 non finanziati.

Personale proveniente da altri enti

Anche nel corso del 2012 l'Azienda è ricorsa all'utilizzo di personale proveniente da altri enti in regime di cassa Integrazione o Mobilità. La tabella che segue riepiloga il personale suddiviso per ente di provenienza e profilo.



Allegato C

AZIENDA I.S.O.GE.A.	UNITA' OPERATIVA DI ASSEGNAZIONE ASL CAGLIARI	PROFILO DI UTILIZZO ASL CAGLIARI	Note
1	DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE - SERD - VIA DEL VALENZANI	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	
COOPERATIVA AG 1982			
1	DIPARTIMENTO DEL FARMACO - SERVIZIO FARMACIA P.O. BINAGHI	COMMESSA	
2	SC OFTALMOLOGIA BINAGHI	O.S.S.	
3	DIPARTIMENTO DEL FARMACO - SERVIZIO FARMACIA P.O. MARINO	COMMESSA	
4	ADI	COMMESSA	
5	SS. TRINITA' - OSTETRICA E GINECOLOGIA	COLLAB. PROF.LE SANITARIO - INFERMIERE	
6	P.O. BINAGHI - S.C. RIANIMAZIONE	O.S.S.	
7	SS. TRINITA' - CHIRURGIA PEDIATRICA	O.S.S.	
8	P.O. BINAGHI C.T.M.O.	O.S.S.	
LISTA RAS			
1	AREA AMMINISTRATIVA TERRITORIALE	IMP 2 LIVELLO	
2	DIPARTIMENTO PREVENZIONE PROM. D. SALUTE	IMP 2 LIVELLO	
3	IMP. PREV. SERV. VETERINARIO- SEDE D. ISLI	IMP 5 LIVELLO	
4	POLIAMB. SESTU- DISTR. SOCIO SAN. CA AREA VASTA	IMP. 4 LIVELLO	Revoca Conv. 30/01/2012
5	FARMACIA SS. TRINITA'	IMP 2 LIVELLO	
6	DIPARTIMENTO ACQUISTI SERVIZI SANITARI	IMP. 5 LIVELLO	
7	MEDICINA BASE DISTRETTO SENORBI	IMP. 5 LIVELLO	
8	DISTRETTO ISLI	IMP 2 LIVELLO	
9	AREA AMMINISTRATIVA TERRITORIALE	IMP 3 LIVELLO	
10	SERVIZIO PERSONALE	IMP 4 LIVELLO	
11	DIPARTIM. PREVENZ. - SERVIZIO IGIENE ALIM.	IMP 2 LIVELLO	
12	FARMACIA BUSINCO	IMP 5 LIVELLO	
13	SERVIZIO BILANCIO	IMP 5 LIVELLO	Revoca Conv 01/05/2012
14	DISTRETTO ISILI DIREZIONE SANITARIA	IMP 5 LIVELLO	
15	AREA AMMINISTRATIVA TERRITORIALE	IMP 5 LIVELLO	
16	DISTRETTO ISILI CURE PRIMARIE	IMP 5 LIVELLO	
17	FARMACIA P.O. ISLI	IMP 3 LIVELLO	
18	SERVIZIO INFORMATICO	IMP 5 LIVELLO	
19	DIPART. PREV. PROMOZIONE DELLA SALUTE	IMP 5 LIVELLO	
E.S.I.E.A.			
1	U.O.C. SERVIZI GENERALI ALBERGHIERI E LOGISTICA	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	
2	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	
3	U.O.C. SERVIZIO ACQUISTI	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	
4	AREA AMMINISTRATIVA TERRITORIALE	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	
5	U.O.C. AREA AMMINISTRATIVA TERRITORIALE - GRUPPO ESENZIONI -	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	
6	DIPARTIMENTO ACQUISTI SERVIZI SANITARI	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	
7	DIPARTIMENTO DEL FARMACO	COMMESSA	
CASA DI CURA LAY			
1	PRONTO SOCCORSO - OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA P.O. MARINO	O.S.S.	
2	PRONTO SOCCORSO P.O. SS. TRINITA'	O.S.S.	
3	CLINICA ORTOPEDICA P.O. MARINO	AUSILIARIA	
4	DIPARTIMENTO CHIR. ONCOLOGICA P.O. BUSINCO	O.S.S.	
5	DIPARTIMENTO CHIR. ONCOLOGICA P.O. BUSINCO	INFERM. GENERICA	
6	OSTETRICA E GINECOLOGIA P.O. SS. TRINITA'	O.S.S.	
7	U.O.C. AREA AMMINISTRATIVA TERRITORIALE	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	
8	PRONTO SOCCORSO P.O. SS. TRINITA'	O.S.S.	
9	SERVIZIO NEURORIABILITAZIONE P.O. SS. TRINITA'	O.S.S.	
10	DIPARTIMENTO CHIR. ONCOLOGICA P.O. BUSINCO	O.S.S.	
11	SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	
CASA DI CURA M. AUSILIATRICE			
1	OSTETRICA P.O. SS. TRINITA'	O.S.S.	
2	DIPARTIMENTO CHIR. ONCOLOGICA P.O. BUSINCO	AUSILIARIA	
3	S.C. RIABILITAZIONE E TERAPIA FISICA SS. TRINITA' 01/02/2011	O.S.S.	
4	OSTETRICA E GINECOLOGIA P.O. SS. TRINITA'	O.S.S.	
EDITAR			
1	AREA AMMINIS. PRESIDI	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	
2	AFFARI GENERALI	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	
3	AREA AMMINIS. PRESIDI	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	
IRIAPA SARDEGNA			
1	U.O.C. CURE PRIMARIE	COMMESSO	
2	U.O.C. CURE PRIMARIE	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	
ENAI P SARDEGNA			
1	DIPARTIMENTO ACQUISTI SERVIZI SANITARI	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	
2	U.O.C. CENTRALE OPERATIVA 118	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	
CRFPA			
1	U.O.C. IGIENE SANITA' PUBBLICA	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	
GUSPINI PER LA VITA			
1	U.O.C. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	
2	U.O.C. CONSULTORI	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	
3	DIREZIONE DISTRETTI	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	
4	U.O.C. CURE PRIMARIE	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	

Allegato C

Personale assunto nel 2012

Nel corso dell'anno 2012 sono stati assunti 292 dipendenti - di cui 223 a tempo determinato e 69 a tempo indeterminato - così suddivisi per ruolo:

RUOLO AMMINISTRATIVO	3
RUOLO SANITARIO	192
RUOLO TECNICO	97
Totale complessivo	292

Nelle tabelle che seguono si evidenziano le nuove assunzioni a tempo determinato ed indeterminato, con specificazione del relativo ruolo e qualifica:

TEMPO DETERMINATO	
RUOLO SANITARIO	137
COLLAB.PROF.SAN. ASSISTENTE SANITARIO	3
COLLAB.PROF.SAN. FISIOTERAPISTA	5
COLLAB.PROF.SAN. TS LABORATORIO BIOMED.	9
COLLAB.PROF.SAN. TS RADIOLOGIA MEDICA	17
COLLAB.PROF.SANITARIO INFERMIERE	56
COLLAB.PROF.SANITARIO OSTETRICA	4
DIR.MED. EX IX<5 EQUIPARATO	4
DIR.MED.EX IX >5 ESCL>15	1
DIR.MED.EX IX INTR.<5	21
DIR.MED.EX IX INTR.5/15 EQUIP.	1
DIR.SAN.BIOLOGO EX IX < 5 ESCL < 5 AA	1
DIR.SAN.FARM.EX IX <5	3
DIRIG. PSICOLOGO EX IX < 5 ESCL < 5 AA	3
DIRIG. PSICOLOGO EX IX < 5 NO ESCL	1
DIRIG. VETER. EX IX < 5 ESCL < 5 AA	1
DIRIG. VETER. EX IX < 5 NO ESCL	7
RUOLO TECNICO	86
ASSISTENTE TECNICO	2



OP. TECNICO SPECIALIZZATO	1
OPERATORE SOCIO SANITARIO	83
Totale complessivo	223

TEMPO INDETERMINATO	
RUOLO AMMINISTRATIVO	3
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE	3
RUOLO SANITARIO	55
COLLAB.PROF.SAN. FISIOTERAPISTA	1
COLLAB.PROF.SAN.LOGOPEDISTA	5
COLLAB.PROF.SANITARIO INFERMIERE	9
COLLAB.PROF.SANITARIO OSTETRICA	1
DIR.MED. EX IX >5 EXTRAMOENIA	1
DIR.MED. EX IX <5 EQUIPARATO	1
DIR.MED.EX IX >5 ESCL >15	2
DIR.MED.EX IX INTR.<5	18
DIR.MED.EX IX INTR.5/15 EQUIP.	5
DIR.SAN.BIOLOGO EX IX < 5 ESCL < 5 AA	6
DIRIG. MED. EX IX TP MED. ESCL >15 AA	2
DIRIG. MED. EX X TP MED. ESCL >15 AA	1
DIRIG. PSICH. EX X TP ESCL >15 AA	1
INFERMIERE GENERICO ESPERTO	1
VETERINARIO EX IX 5/15	1
RUOLO TECNICO	11
OPERATORE SOCIO SANITARIO	11
Totale complessivo	69



Allegato C

Personale Cessato

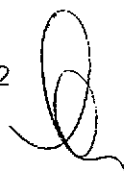
Al 31/12/2012 risultano cessati 282 dipendenti di cui 144 (51%) a tempo indeterminato. Si tratta per il 55% di personale appartenente al ruolo sanitario, 34% al ruolo tecnico e 10% tra ruolo amministrativo e professionale.

RUOLO	NUMERO
RUOLO AMMINISTRATIVO	28
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	7
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	12
COADIUTORE AMMINISTRATIVO ESPERTO	1
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE	6
COMMESSE	2
RUOLO PROFESSIONALE	2
ASSISTENTE RELIGIOSO	2
RUOLO SANITARIO	156
COLLAB.PROF.SAN. ASSISTENTE SANITARIO	1
COLLAB.PROF.SAN. FISIOTERAPISTA	6
COLLAB.PROF.SAN. INFERMIERE PEDIATRICO	1
COLLAB.PROF.SAN. TEC.PREV.AMB.LUOG.LAV.	2
COLLAB.PROF.SAN. TS LABORATORIO BIOMED.	9
COLLAB.PROF.SAN. TS RADIOLOGIA MEDICA	13
COLLAB.PROF.SAN.ESP. TEC.PREV.AMB.L.LAV.	1
COLLAB.PROF.SAN.ESPERTO INF.RIC. <DS1	2
COLLAB.PROF.SAN.LOGOPEDISTA	4
COLLAB.PROF.SANITARIO INFERMIERE	40
COLLAB.PROF.SANITARIO OSTETRICA	7
DIR.MED. EX IX 5/15 OPZ.> 14/03/00	1
DIR.MED. EX IX<5 EQUIPARATO	4
DIR.MED. EX X INTR.N.Q.>15	5
DIR.MED. EX X INTR.Q.>15	1
DIR.MED.EX IX >5 ESCL>15	4
DIR.MED.EX IX INTR.<5	23

Allegato C

DIR.MED.EX IX INTR.5/15 EQUIP.	5
DIR.SAN.BIOLOGO EX IX < 5 ESCL < 5 AA	1
DIR.SAN.FARM.EX IX <5	2
DIR.SAN.PSIC.EX X N.Q.> 15 INTRAM.	1
DIRIG. FARMACISTA EX IX >5 ESCL >15 AA	2
DIRIG. FARMACISTA EX X ESCL >15 AA	1
DIRIG. FISICO EX IX < 5 ESCL < 5 AA	1
DIRIG. MED. EX IX TP CHIR. ESCL >15 AA	1
DIRIG. MED. EX IX TP ESCL 5-15 AA	1
DIRIG. MED. EX X MOD. CHIR. ESCL >15 AA	1
DIRIG. MED. EX X TP ESCL >15 AA	4
DIRIG. MED. EX X TP MED. ESCL >15 AA	1
DIRIG. MED. EX XI MED. ESCL >15 AA	2
DIRIG. MED. EX XI MED. ESCL 5-15 AA	1
DIRIG. PSICOLOGO EX IX < 5 ESCL < 5 AA	1
DIRIG. VETER. EX IX < 5 ESCL < 5 AA	1
DIRIG. VETER. EX IX < 5 NO ESCL	2
DIRIG. VETER. EX X TP ESCL >15 AA	1
OP.PROF. II CAT. INFERMIERE GENERICO	3
RUOLO TECNICO	96
AUS.SPEC.-SERV.SOCIO ASS.(art.40 384/90)	7
AUSILIARIO SPECIALIZZATO S.ECONOM	9
COLLAB.PROF. ASSISTENTE SOCIALE	3
DIRIG. TECNICO EX IX >5	1
OP. TEC. - ADDETTO ALL'ASSISTENZA	1
OP. TECNICO SPECIALIZZATO	1
OPERATORE SOCIO SANITARIO	58
OPERATORE TECNICO	16
Totale complessivo	282

Attraverso la tabella che segue viene riepilogato il turnover del personale considerando sia quello effettivamente in servizio, che quello complessivo.



Allegato C

Il turnover complessivo è calcolato rapportando la sommatoria degli entrati e degli usciti all'organico medio del I periodo; il turnover negativo prende in considerazione il rapporto tra usciti nel periodo e organico di inizio periodo; il turnover positivo invece analizza il rapporto tra entrati nel periodo e organico di inizio periodo.

CRITERI DI CALCOLO	TURNOVER COMPLESSIVO	TURNOVER NEGATIVO	TURNOVER POSITIVO
Calcolato su personale in servizio	11,21%	5,44%	5,63%
Calcolato sul totale del personale in organico	10,44%	5,83%	6,04%



Allegato C

Situazione patrimoniale di sintesi e confronto con l'esercizio precedente:

I principali movimenti dell'attivo e del passivo sono riportati nelle tabelle sottostanti, dalle quali si evincono gli scostamenti rispetto all'esercizio 2011.

Dal lato dell'attivo risulta quanto segue:

Voci	Bilancio 2012	Bilancio 2011	Diff	Diff %
Immateriali	41.635.824	38.477.712	3.158.112	0,0%
Materiali	277.370.490	238.392.778	38.977.712	2,3%
Totale Immobilizzazioni	296.085.350	277.370.490	18.714.860	3,1%
Variazioni delle rimanenze	10.213.577	15.001.733	-4.788.156	-22,1%
Crediti	190.751.640	203.942.370	-13.190.730	-6,5%
Disponibilità liquide	262.167.678,00	274.785.113	-12.617.435	-4,6%
Totale attivo circolante	262.167.678,00	274.164.713	-11.997.035	-4,4%
Ratei e Riscotti Attivo	116.045,00	1.470.335	-1.354.290	-92%
Totale attivo	553.369.073,00	557.005.586	-3.636.513	-0,7%

Emerge infatti che il valore delle immobilizzazioni (materiali ed immateriali) è aumentato di oltre € 8.000.000, con una variazione in termini percentuali del 3,1%; l'attivo circolante ha subito una rilevante diminuzione dovuta in particolare alla contrazione dei crediti.

Il dato finale è rappresentato da una diminuzione dell'attivo di oltre € 3.000.000, con una variazione in termini percentuali pari allo 0,7%.

Dal lato del passivo risulta quanto segue:

Voci	Bilancio 2012	Bilancio 2011	Diff	Diff %
Patrimonio netto	84.989.694	54.254.220	30.735.474	56,7%
Fondi per rischi e oneri	52.025.752	37.599.408	14.426.344	38,4%
Trattamento di fine rapporto	5.578.140	5.026.892	551.248	11,0%
Debiti	332.745.957	384.802.618	-52.056.661	-13,5%
Ratei e Riscotti Passivi	78.029.529	75.322.448	2.707.081	3,6%
Totale passivo	553.369.072	557.005.586	-3.636.514	-0,7%

Il patrimonio netto ha subito complessivamente un incremento di oltre 30 milioni di euro, i fondi per rischi ed oneri hanno avuto un notevole incremento; il trattamento di fine rapporto è aumentato di € 551.248 (+11%), si segnala anche un'importante riduzione della posizione debitoria (- 13,5%).

Dai dati sopra riportati si seguito vengono calcolati alcuni tipici indicatori:

Allegato C

Voci	Bilancio 2012	Bilancio 2011
Indici solidità patrimoniale		
<i>Immobilizzazioni/total attivo</i>	51,70%	49,80%
Indice di copertura delle immobilizzazioni		
<i>Patrimonio netto/Debiti/immobilizzazioni</i>	146,02%	158,29%
Grado di copertura dell'indebitamento/terzi con mezzi propri		
<i>Patrimonio netto/debiti</i>	25,54%	14,10%
Liquidità primaria		
<i>Crediti/Debiti</i>	57,33%	53,00%
Liquidità secondaria		
<i>Crediti - rimanenze/Debiti</i>	63,16%	57,14%



Informativa sui fatti di rilievo avvenuti dopo la chiusura dell'esercizio:

Passaggio dei dipendenti dell' I.N.R.C.A. (Istituto Nazionale Riposo Anziani) sede di Cagliari, all' Asl di Cagliari.

A partire dal 01 Febbraio 2013, 34 ex dipendenti della sede di Cagliari dell'INRCA sono stati assorbiti nell'organico dell'ASL 8 di Cagliari; tale inserimento segue un iter iniziato nel mese di Ottobre 2012, con la determinazione del Direttore Generale dell'INRCA con la quale è stata disposta la dismissione della sede di Cagliari alla data del 31 Dicembre 2012 e la messa in mobilità dei dipendenti a tempo indeterminato in servizio presso la stessa.

La Giunta Regionale con la deliberazione n. 49/5 del 17/12/2012 stabiliva gli indirizzi per la stipula dell'accordo per la mobilità del personale tra l'INRCA e l'Asl 8, in particolare in tale delibera veniva precisato che l'Asl 8 " aveva già manifestato l'esigenza di procedere con una ristrutturazione in materia di assistenza pneumologia e di avvio di percorsi finalizzati ad attivare l' assistenza riabilitativa per le patologie dell'apparato respiratorio". La stessa azienda aveva evidenziato le potenzialità di assorbimento del personale dell'INRCA sia rispetto a queste iniziative che nel complesso dell'attività assistenziale erogata dalla ASL di Cagliari.

Questa manifestazione di interesse era stata formalizzata anche attraverso gli accordi intercorsi con i rappresentanti dell'INRCA, delle organizzazioni sindacali e dell'Assessorato Regionale Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.

Il personale ex INRCA ha iniziato ad operare in Azienda dal 01 Gennaio 2013, ma per i primi due mesi, non essendosi concluse le procedure di mobilità, si è utilizzata un'apposita convenzione.

La tabella che segue riepiloga il profilo professionale e il numero del personale inserito in azienda

Profilo	N.
Assistente Amministrativo	1
Assisternte Tecnico	1
Biologo	1
Coll.Prof.le Sanitario Tec. San di Radiologia Medica	2
Coll.Prof.le Sanitario Assistente Sociale	1
Coll. Prof. le Sanitario Fisioterapista	2

Allegato C

Coll. Prof. le Sanitario Infermiere	12
Coll. Prof. le Sanitario Infermiere Esperto	1
Dirig. Medico altri inc. RE	5
Dirig. Medico SS Esclusivo	1
Operatore Prof.le Sanitario Ctg. Infermiere Generico Esperto	1
Operatore Socio Sanitario	5
Operatore Tecnico addetto all'assistenza	1

Transazione tra ASL n. 8 e Farmafactoring

La Farmafactoring è una società che nell'ambito della propria attività di impresa ha ottenuto nell'arco di circa 15 anni (dal 1997 ad oggi) la cessione di ingenti crediti in linea capitale vantati nei confronti della ASL n. 8 di Cagliari da parte dei fornitori di quest'ultima quale corrispettivo maturato per la fornitura di prodotti sanitari, farmaceutici e prestazioni di varia natura, funzionali all'erogazione dei servizi sanitari istituzionali.

I crediti in linea capitale ceduti, derivanti dai suddetti rapporti di fornitura, in alcuni casi non sono stati liquidati dalla ASL 8, perché in esito alle verifiche effettuate riconosciuti come non dovuti, in altri casi sono stati liquidati solo parzialmente mentre, nella maggior parte dei casi, detti crediti sono stati liquidati integralmente; inoltre a causa della mancata erogazione tempestiva dei finanziamenti Regionali, la liquidazione dei suddetti crediti da parte della ASL è tuttavia avvenuta con considerevole ritardo con conseguente maturazione degli interessi moratori a carico della ASL per importi divenuti nel corso degli anni molto consistenti stante il mancato pagamento degli stessi dal 1977 ad oggi.

Tale situazione ha determinato l'insorgere di numerosi contenziosi intrapresi dalla Farmafactoring, sia per il pagamento del capitale scaduto che degli interessi moratori, contenziosi alcuni dei quali a tutt'oggi pendenti ed altri in procinto di essere promossi.

In particolare la Farmafactoring ha ottenuto dal Tribunale di Milano nei confronti della ASL n. 8 un decreto ingiuntivo di € 3.564.117,99 portati esclusivamente da note di debito per interessi di mora relativi alle fatture cedute per forniture eseguite nel corso degli anni 1997/2012; ad aggravare tale situazione la stessa società di Factoring ha provveduto ad emettere ulteriori note di debito per un complessivo importo di € 2.462980,05, relative a fatture di fornitura pagate tardivamente nel corso degli anni.



Allegato C

Nell'ambito di questo contesto, la ASL n. 8 e la Farmafactoring hanno congiuntamente deciso di dare avvio a trattative volte ad addivenire ad una generale transazione avente ad oggetto tutte le somme ancora dovute dalla Asl 8 in relazione alle cessioni di credito derivanti da forniture effettuate fino a tutto il 31.12.2011, sia per quanto concerne il credito in linea capitale, scaduto ed ancora dovuto che per gli interessi moratori.

La transazione in oggetto partiva sia da valutazioni di ordine giuridico, in relazione alle caratteristiche dell'atto negoziale così come previsto dall'art. 1965 del codice civile evidenziando in particolare l'assenza di ammissione di responsabilità, che di ordine economico, con la possibilità di ottenere una importante riduzione di quanto richiesto sia a titolo di interessi di mora non ancora fatturati e maturati sul capitale scaduto non pagato oltre agli interessi maturati su tutte le fatture emesse al 31.12.2011.

In sostanza questa operazione transattiva, su cui si è ottenuto il parere favorevole del Collegio Sindacale, preventivamente investito dell'intenzione della ASL di addivenire alla transazione, ha consentito la corresponsione di una somma vantaggiosa rispetto al totale del credito richiesto.

Altro aspetto da considerare è che la transazione ha impedito la prosecuzione di vertenze legali che avrebbero generato esclusivamente ulteriori spese oltre a una verosimile soccombenza alla luce della casistica esaminata in contenziosi di simil natura

La soluzione transattiva proposta è stata accettata dalla Farmafactoring e ha comportato:

Il pagamento di un importo pari ad € 3.300.000 a saldo e stralcio di tutto quanto dovuto sia per note debite interessi, azionate e non azionate, che per tutti gli interessi di mora, maturati e maturandi, avuto riguardo al tardivo pagamento di tutto il capitale portato dalle fatture emesse a tutto il 31.12.2011 cedute pro soluto (che ammontavano ad € 7.467.982,07);

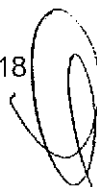
La corresponsione nel tempo di tutti gli ulteriori importi in linea capitale scaduti e risultanti ancora dovuti in esito alle congiunte procedure di verifica delle fatture di fornitura emessa a tutto il 31.12.2011

Pagamento delle spese legali richieste e opportunamente documentate

Va precisato che, essendo il debito maturato frutto dei tardivi pagamenti effettuati in linea capitale nel corso degli anni 1997-2012, la relativa spesa è stata imputata al fondo rischi per interessi moratori.

Fondo che peraltro a tale fine si è rivelato incapiente rendendo necessario un incremento del fondo stesso mediante rilevazione di una sopravvenienza passiva nell'esercizio 2012 per l'importo di € 2.500.000.

Transazione con Abbanoa



Allegato C

La società Abbanoa richiedeva il pagamento di un insoluto pari ad € 2.652.812,70, di questo € 1.564.479,98 riguarda delle utenze di Viale Romagna e € 1.088.332,72 alcune utenze di Via Jenner.

La transazione ha riguardato le utenze di Viale Romagna dove si è accertata una perdita idrica occulta e per la quale si è applicata la prassi (in assenza di apposita previsione normativa) applicata dall' ex Gestore Sim per casi simili, vale a dire la riduzione totale degli importi di fognatura e depurazione per un anno di competenza pari ad € 446.807,50



Allegato C

Prevedibile evoluzione della gestione:

Dai documenti già predisposti ed inviati ai fini dell'assolvimento degli obblighi informativi ministeriali, risulta che, per il 2013, si prevede di chiudere sostanzialmente in pareggio il bilancio, come risulta dalle tabelle che seguono con i valori espressi in migliaia di euro:

Voci	Budget 2013
Totale valore della produzione (A)	955.185
Totale costi della produzione (B)	952.529
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-295
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0
Proventi e Oneri straordinari	0
Totale imposte e tasse	22.361
Risultato di esercizio	0

Si va ad analizzare ora le principali voci di spesa:

Acquisti di beni

Voci	Budget 2013
Acquisti di beni sanitari	141.137
Acquisti di beni non sanitari	7
Totale	141.144

Acquisti di beni sanitari

Voci	Budget 2013
Prodotti farmaceutici ed emoderivati	99.900
Sangue ed emocomponenti	0
Dispositivi medici	26.700
Prodotti dietetici	804
Materiali per la profilassi (vaccini)	20
Prodotti chimici	11.516
Materiali e prodotti per uso veterinario	2
Altri beni e prodotti sanitari	945
Beni e prodotti sanitarie da Aziende sanitarie pubbliche della	1.250



Acquisto di servizi non sanitari

Voci	Budget 2013
Bolivia	9.021
Mensa	3.830
Riscaldamento	0
Servizi di assistenza informatica	433
Servizi trasportati (non sanitari)	825
Smaltimento rifiuti	0
Smaltimento rifiuti normali	2.299
Utenze telefoniche	2.956
Utenze elettricità	6.016
Altre utenze	758
Premi di assicurazione	5.516
Altri servizi non sanitari	13.000
Consuenze, collab. interinale, altre prest. Non sanitarie	3.906
Formazione	675

Manutenzioni

Voci	Budget 2013
Manutenzioni e riparazione ai fabbricati e alle loro pertinenze	16.900
Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari	0
Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche	6.850
Manutenzione e riparazione ai mobili e arredi	270
Manutenzione e riparazione agli automezzi	260
Altre manutenzioni e riparazioni	200
TOTALE	24.480

Godimento beni di terzi

Voci	Budget 2013
Affitti passivi	2.126
Canoni di noleggio	7.579
Totale godimento beni di terzi	9.705



Allegato C

Costo del personale

Voci	Budget 2013
a) personale del ruolo sanitario	22.1656
b) personale del ruolo professionale	846
c) personale del ruolo tecnico	25.760
d) personale del ruolo amministrativo	17.070
TOTALE	267.732

Oneri diversi di gestione

Voci	Budget 2013
Imposte e tasse (escluso Irap e Ires)	750
Perdite su crediti	0
Altri oneri diversi di gestione	2.454
TOTALE	3.204

Accantonamenti tipici dell'esercizio

Voci	Budget 2013
B.16.A) Accantonamenti per rischi	929
B.16.B) Accantonamenti per premio di operosità	716
B.15.C) Altri accantonamenti	1.550
TOTALE	3.195



7) Elenco dei presidi ospedalieri e dei servizi dell'azienda.

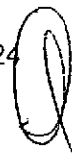
Di seguito vengono presentati i Servizi e i Presidi Ospedalieri presenti all'interno della Asl 8 nell'anno 2012:

ASSISTENZA COLLETTIVA
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SERVIZIO IGIENE DELLA PROD. TRASF.COMM.ALIM. DI ORIGINE ANIMALE
SERVIZIO IGIENE ALLEVAMENTI
SERVIZIO SANITA' ANIMALE
SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO
SERVIZIO IGIENE SANITA' PUBBLICA
SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
SERVIZIO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE
MEDICINA LEGALE
SALUTE E AMBIENTE
ASSISTENZA TERRITORIALE
DIPARTIMENTO COORDINAMENTO DISTRETTI
DISTRETTO 1
1-ANZIANI DISABILI E SOGGETTI FRAGILI
1-CONSULTORI
1-CURE PRIMARIE
1-HOSPICE
1-NEFROLOGIA E DIALISI DEL TERRITORIO
1-NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
1-RIABILITAZIONE E TERAPIA FISICA AREA SPECIALISTICA
1-RIABILITAZIONE SOCIO SANITARIA AREA TERRITORIALE
1-SISTEMA TERRITORIALE DELL'EMERGENZA
1-CENTRALE OPERATIVA
DISTRETTO 2
DISTRETTO 3
DISTRETTO 4
DISTRETTO 5
DIPARTIMENTO DEL FARMACO
UNITA' CENTRALE
FARMACEUTICA OSPEDALIERA
FARMACIA SS. TRINITA'
FARMACIA BINAGHI
FARMACIA SAN MARCELLINO
FARMACIA MARINO
FARMACIA SAN GIUSEPPE
FARMACIA BUSINCO



Allegato C

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE
*
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
SERVIZIO RIABIL. E RESIDENZIALITA'
SERVIZIO DI PSICHIATRIA FORENSE
SPDC1
SPDC2
CSM ORE CAGLIARI A
CSM ORE CAGLIARI B
CSM ORE SELARGIUS
CSM ORE ASSEMINI
CSM ORE QUARTU S.ELENA
CSM ORE ISILI
CENTRO TRATTAMENTO DISTURBI PSICHIATRICI ALCOOL CORRELATI
*
DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE
SERD CAGLIARI – VIA LIGURIA
SERD CAGLIARI-VIA DEI VALENZANI
SERD QUARTU S.ELENA
Dipendenze da alcool, tabacco, gioco d'azzardo patologico
*
ASSISTENZA OSPEDALIERA
MICROCITEMICO
DIREZIONE SANITARIA
CARDIOLOGIA
CLINICA PEDIATRICA
GINECOLOGIA E DIAGNOSI PRENATALE
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA
EMATOLOGIA ADULTI
C.T.M.O.
*
BUSINCO
DIREZIONE SANITARIA
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA ONCOLOGICA
ANESTESIA E RIANIMAZIONE
DERMATOLOGIA
TERAPIA DEL DOLORE
CHIRURGIA SPERIMENTALE
CHIRURGIA GENERALE (ONCOLOGIA CHIRURGICA)
DERMATOLOGIA
ONCOLOGIA GINECOLOGICA
CHIRURGIA TORACICA
DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA MEDICA
CARDIOLOGIA
EMATOLOGIA E CTMO
ONCOLOGIA MEDICA



Allegato C

MELANOMA E PATOLOGIE RARE
PATOLOGIE DELL'APPARATO GASTROENTERICO
PATOLOGIE DELL'APPARATO TORACO-POLMONARE
DIPARTIMENTO DI RADIO ONCOLOGIA
RADIOTERAPIA
RADIOLOGIA
MEDICINA NUCLEARE
FISICA SANITARIA
RADIOTERAPIA SPERIMENTALE
*
SAN MARCELLINO
DIREZIONE SANITARIA
ANESTESIA
CHIRURGIA GENERALE
MEDICINA GENERALE
PRONTO SOCCORSO
OSTETRICIA E GINECOLOGIA (CENTRO DONNA)
*
SS. TRINITA'
DIREZIONE SANITARIA
CHIRURGIA GENERALE
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
DERMATOLOGIA
OTORINOLARINGOIATRIA
OSTETRICIA E GINECOLOGIA
NEURORIABILITAZIONE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE
UROLOGIA
CHIRURGIA PEDIATRICA
GASTROENTEROLOGIA E CHIRURGIA ENDOSCOPICA
GERIATRIA
MALATTIE INFETTIVE
MEDICINA INTERNA
EMODIALISI (NEFROLOGIA E DIALISI)
ANESTESIA E RIANIMAZIONE
PRONTO SOCCORSO
U.T.I.C.
*
MARINO
DIREZIONE SANITARIA
ANESTESIA E BLOCCO OPERATORIO
CARDIOLOGIA
ORTOPEDIA E MICROCHIRURGIA RICOSTRUTTIVA
CLINICA ORTOPEDICA
UNITA' SPINALE
NEUROCHIRURGIA



Allegato C

CHIRURGIA D'URGENZA
PRONTO SOCCORSO
RIANIMAZIONE E MEDICINA IPERBARICA
*
BINAGHI
DIREZIONE SANITARIA
ANESTESIA E RIANIMAZIONE
CARDIOLOGIA
CENTRO SCLEROSI MULTIPLA
CTMO
CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE TRAPIANTI
GENETICA MEDICA
OFTALMOLOGIA
SERVIZIO ENDOCRINOLOGIA TERRITORIALE
CENTRO DONNA
PNEUMOLOGIA 4
PNEUMOLOGIA 3 (TERAPIA SEMINTENSIVA RESPIRATORIA)
PNEUMOLOGIA 2
PNEUMOLOGIA TERRITORIALE
*
SAN GIUSEPPE
DIREZIONE SANITARIA
ANESTESIA E RIANIMAZIONE
CHIRURGIA GENERALE
PRONTO SOCCORSO
MEDICINA GENERALE
OSTETRICIA E GINECOLOGIA (CENTRO DONNA)
*
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI DIAGNOSTICI
ANATOMIA PATOLOGICA BUSINCO
ANATOMIA PATOLOGICA SS. TRINITA'
LABORATORIO ANALISI BINAGHI
LABORATORIO ANALISI BUSINCO
LABORATORIO ANALISI MARINO
LABORATORIO ANALISI SS. TRINITA'
LABORATORIO ANALISI SAN GIUSEPPE
LABORATORIO ANALISI SAN MARCELLINO
*
DIPARTIMENTO IMMAGINI
MEDICINA NUCLEARE SS. TRINITA'
SERVIZIO RADIOLOGIA BINAGHI
SERVIZIO RADIOLOGIA MARINO
SERVIZIO RADIOLOGIA SS. TRINITA'
SERVIZIO RADIOLOGIA SAN GIUSEPPE
SERVIZIO RADIOLOGIA SAN MARCELLINO
*
DIREZIONE GENERALE

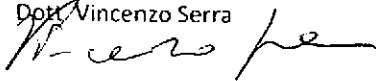


*
DIPARTIMENTO DELLO STAFF
AFFARI GENERALI
AFFARI LEGALI
AREA COMUNICAZIONE
UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO
AREA NURSING
DIRETTORE SOCIO SANITARIO
PROGETTAZIONE STRATEGICA, QUALITA' E RISK MANAGEMENT
PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO
SISTEMI INFORMATIVI E TECNOLOGIE INFORMATICHE
SVILUPPO ORGANIZZATIVO E VALUTAZIONE DEL PERSONALE
*
AREA TECNICO AMMINISTRATIVA
ACQUISTI
CONTABILITA' E BILANCIO
PERSONALE
AREA AMMINISTRATIVA PRESID
AREA AMMINISTRATIVA TERRITORIALE
*
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI TECNICO LOGISTICI
PATRIMONIO E SERVIZI TECNICI (SERVIZIO TECNICO)
SERVIZI GENERALI ALBERGHIERI E LOGISTICA
SICUREZZA LEGGE 626/94
*
DIPARTIMENTO ACQUISTO SERVIZI SANITARI
ASSISTENZA TERRITORIALE
ASSISTENZA OSPEDALIERA
AUTORIZZAZIONI ACCREDITAMENTO EROGATORI SANITARI

Il Responsabile del Servizio

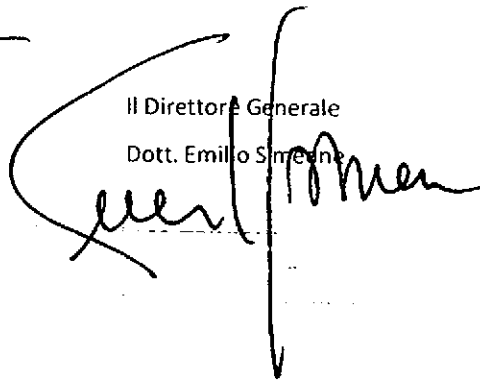
Programmazione e Controllo di Gestione

Dott. Vincenzo Serra



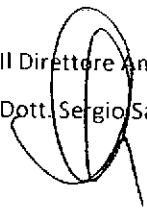
Il Direttore Generale

Dott. Emilio Simeone



Il Direttore Amministrativo

Dott. Sergio Salis



Il Direttore Sanitario

Dott. Ugo Storalli

