



ASL Cagliari

**Relazione sulla gestione
Anno 2008**

*A cura del Servizio Programmazione e Controllo
Data: Maggio 2009*



Sommario

1. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE DELL'AZIENDA E SULL'ANDAMENTO DELLA GESTIONE.....	5
a) situazione ambientale	5
Descrizione Territoriale	5
Andamento Demografico	6
b) situazione aziendale.....	11
1) Assistenza Ospedaliera	16
P.O. "Binaghi"	23
P.O. "Businco"	28
P.O. "Marino"	34
P.O. "Microcitemico"	41
P.O. "San Giuseppe"	46
P.O. "San Marcellino"	53
P.O. "SS. Trinità"	60
2) Assistenza Territoriale	69
Le Cure Domiciliari Integrate	72
L'Assistenza Riabilitativa	73
Attività Consultori.....	74
Hospice	77
Distretto 1 Cagliari - Area Vasta.....	78
Distretto 2 Area Ovest.....	86
Distretto 3 Quartu – Parteolla.....	91
Distretto 4 Sarrabus- Gerrei	101
Distretto 5 Sarcidano - Trexenta	110
3) Assistenza Dipartimentale.....	114
Dipartimento Salute Mentale	118
Dipartimento del Farmaco.....	121
c) andamento della gestione:.....	123
1) Andamento dei costi e ricavi;	123
2) Analisi dei costi, rendimenti e risultati per centri di responsabilità;	136
3) Analisi degli investimenti e disinvestimenti effettuati nell'esercizio, con separata indicazione delle plusvalenze e minusvalenze patrimoniali;	138
4) Investimenti programmati.....	142
5) Situazione patrimoniale di sintesi e confronto con l'esercizio precedente:.....	145
6) Analisi della quota del finanziamento regionale;.....	147
7) Situazione finanziaria;	148
8) Andamento del Personale	149
2. ATTIVITÀ DI RICERCA E SVILUPPO:.....	152
3. RAPPORTI CON ALTRE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE E CON AZIENDE SANITARIE OPERANTI IN REGIONI DIVERSE:	154
1) Mobilità attiva e passiva:	154
4. ANALISI DEL PATRIMONIO NETTO.....	158
5. INFORMATIVA SUI FATTI DI RILIEVO AVVENUTI DOPO LA CHIUSURA DELL'ESERCIZIO:	160
6. PREVEDIBILE EVOLUZIONE DELLA GESTIONE:	160
1) andamento previsto dell'attività aziendale.....	160
2) previsione sull'evoluzione delle più significative poste patrimoniali	161

3) previsioni economiche	162
Risultato dell'esercizio:	165
1) proposta in merito alla destinazione dell'utile d'esercizio	165
2) cause dell'eventuale perdita dell'esercizio, relative modalità di copertura e provvedimenti per riequilibrare la situazione aziendale	165
7. ELENCO DEI PRESIDI OSPEDALIERI (SOLO PER LE AZIENDE SANITARIE) E DEI SERVIZI DELL'AZIENDA.....	166

1. Informazioni sulla situazione dell'azienda e sull'andamento della gestione.

a) 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. 18

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 Senorbì, provenienti il primo dell'ASL 3 di Nuoro ed il secondo dell'ASL 6 di Sanluri, ha acquisito inoltre i Comuni di Vallermosa, Nuraminis e Villasor facenti sempre parte dell'ASL 6 di Sanluri, oltre ai Comuni di 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.

Distretto sanitario	Comune	Totale
Distr.1 "Cagliari Area Vasta"	Cagliari	1
	Monastir	1
	Mon serrato	1
	Quartucciu	1
	Selargius	1
	Sestu	1
	Settimo San Pietro	1
	Ussana	1
Distr.1 "Cagliari Area Vasta" Totale		8
Distr.2 "Area Ovest"	Assemini	1
	Capoterra	1
	Decimomannu	1
	Decimoputzu	1
	Domus de Maria	1
	Elmas	1
	Pula	1
	San sperate	1
	Sarroch	1
	Siliqua	1
	Teulada	1
	Uta	1
	Vallermosa	1
	Villa San Pietro	1
	Villasor	1
Villaspeciosa	1	
Distr.2 "Area Ovest" Totale		16
Distr.3 "Quartu - Parteolla"	Burcei	1
	Dolianova	1
	Donori'	1
	Maracalagonis	1
	Quartu Sant'Elena	1
	Serdiana	1
Sinnai	1	

	Soleminis	1
Distr.3 "Quartu-Parteolla" Totale		8
Distr.4 "Sarrabus - Gerrei"	Armungia	1
	Ballao	1
	Castiadas	1
	Muravera	1
	San Nicolo' Gerrei	1
	San Vito	1
	Silius	1
	Villaputzu	1
	Villasalto	1
	Villasimius	1
Distr.4 "Sarrabus-Gerrei" Totale		10
Distr.5 "Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta"		1
Sede di Isili	Escalaplano	1
	Escolca	1
	Esterzili	1
	Gergei	1
	Isili	1
	Nuragus	1
	Nurallao	1
	Serri	1
	Seulo	1
	Nurri	1
	Orroli	1
	Sadali	1
	Villanova Tulo	1
Sede di Senorbi	Barrali	1
	Gesico	1
	Goni	1
	Guamaggiore	1
	Guasila	1
	Mandas	1
	Nuraminis	1
	Ortacesus	1
	Pimentel	1
	Samatzai	1
	San Basilio	1
	Sant'Andrea Frius	1
	Selegas	1
	Senorbi'	1
	Siurgus Donigala	1
	Suelli	1
		1
Distr.5 "Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta" Totale		29
Totale complessivo		71

Andamento Demografico

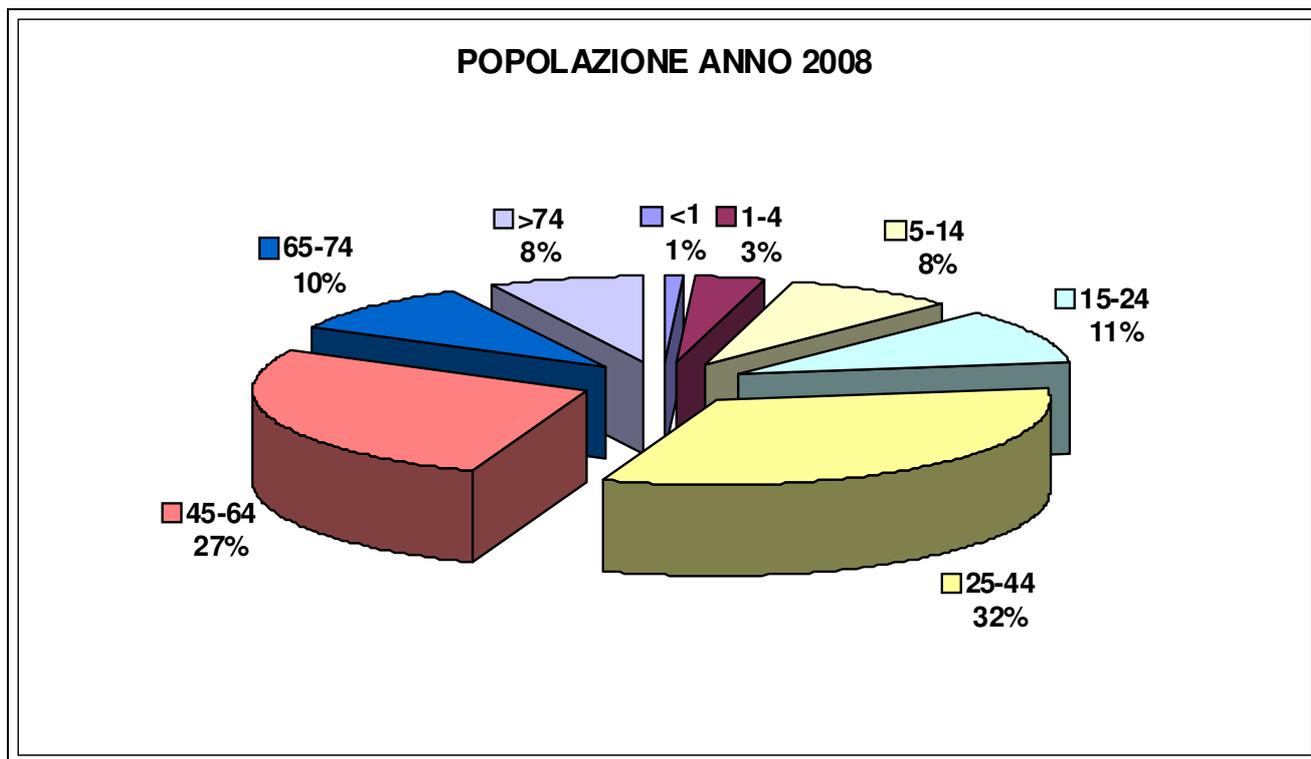
L'ultimo anno ha manifestato un leggero incremento della popolazione totale residente nella provincia di Cagliari. L'incremento complessivo pari allo 0,4% si concentra nelle fasce di popolazione più anziana con età superiore ai 65 anni.

Tabella 1: Numero di residenti per anno e per fascia d'età AL 1° Gennaio 2008 (Fonte dati ISTAT)

ANNO	<1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	>74	Totale
1999	8.041	17.723	50.384	74.695	161.971	118.315	34.555	20.349	486.033
2000	4.012	14.978	47.123	64.349	165.968	122.657	38.879	28.060	486.026
2001	3.881	15.925	46.130	62.059	165.948	124.282	39.392	28.581	486.198
2002	3.876	16.279	44.857	59.362	163.790	125.196	40.265	29.482	483.107
2003	4.149	15.683	43.581	57.446	164.360	128.502	43.088	29.368	486.177
2004	3.910	16.303	42.687	55.681	162.927	129.328	42.776	33.050	486.662
2005	4.208	16.343	42.195	54.684	163.304	131.047	44.121	33.630	489.532
2006	4.496	18.251	47.874	62.398	182.979	147.102	47.874	39.343	553.112
2007	4.597	18.177	47.291	60.867	181.854	149.854	51.900	40.869	555.409
2008	4.495	18.364	46.684	59.079	180.726	152.770	53.446	42.115	557.679

Un dato significativo che riveste grande importanza, anche per l'assistenza sanitaria, è il notevole incremento della fascia d'età della popolazione superiore a 74 anni; che nel periodo considerato è passata da 40.869 unità dell'anno 2007 ai 42.115 dell'anno 2008 (+3,04%)

Tabella 2 : Distribuzione % per fascia d'età al 1° Gennaio 2008



Dall'analisi della composizione della popolazione residente, per fasce d'età, emerge un indice di invecchiamento pari al 18%, considerato come rapporto tra gli ultra 65enni e la popolazione totale.

Relativamente alla struttura demografica la realtà regionale risulta in posizione intermedia tra le altre regioni del centro-sud. La Sardegna presenta un quadro di longevità migliore, soprattutto

nelle età avanzate, se confrontata col resto d'Italia.

Tabella 3: Distribuzione % per fascia d'età e sesso al 1° Gennaio 2008 (Fonte dati Istat)

Età	N° maschi	%	Età	N° Femmine	%	Totale Maschi+Femmine	% Totale
<1	2.273	0,4	<1	2.222	0,4	4.495	0,8%
1-4	9.573	1,7	1-4	8.791	1,6	18.364	3,3%
5-14	24.196	4,3	5-14	22.488	4,0	46.684	8,3%
15-24	30.486	5,5	15-24	28.593	5,1	59.079	10,6%
25-44	90.761	16,3	25-44	89.965	16,1	180.726	32,4%
45-64	74.037	13,3	45-64	78.733	14,1	152.770	27,4%
eta65-74	24.949	4,5	65-74	28.497	5,1	53.446	9,6%
>74	16.168	2,9	>74	25.947	4,7	42.115	7,6%
TOTALE	272.443	48,9		285.236	51,1	557.679	100

La popolazione dei Distretti Sanitari, così come definiti nell'Atto Aziendale, evidenzia come il Distretto più popoloso sia 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.

Tabella 4: Popolazione dei Distretti Sanitari – al 1° Gennaio 2008 (Fonte dati Istat)

Distr.1 "Cagliari Area Vasta"	253.870	46%
Distr.2 "Area Ovest"	120.166	22%
Distr.3 "Quartu-Parteolla"	112.766	20%
Distr.4 "Sarrabus-Gerrei"	23.851	4%
Distr.5 "Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta"	47.027	8%
Totale Complessivo	557.679	100

La lettura della popolazione suddivisa per fasce d'età evidenzia la conformazione demografica a botte che prevede una concentrazione (59% sul totale) della popolazione nella fascia compresa tra i 25 e i 64 anni.

Tabella 5: Suddivisione % della popolazione dei Distretti per fasce d'età al 1° Gennaio 2008 (Fonte dati Istat)

Distretti	<1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	>74
Distr.1 "Cagliari Area Vasta"	1%	3%	10%	8%	32%	28%	10%	9%
Distr.2 "Area Ovest"	1%	4%	9%	11%	34%	27%	8%	6%
Distr.3 "Quartu-Parteolla"	1%	4%	9%	11%	34%	27%	8%	5%
Distr.4 "Sarrabus-Gerrei"	1%	3%	9%	10%	30%	27%	11%	9%
Distr.5 "Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta"	1%	3%	9%	11%	29%	26%	11%	11%
Azienda Asl 8	1%	3%	9%	10%	32%	27%	10%	8%

Il confronto della media aziendale con i profili demografici della popolazione nei Distretti Socio-Sanitari evidenzia che la popolazione dal profilo più anziano è quella residente nel Distretto 5 del Sarcidano Barbagia di Seulo e Trexenta che presenta il 22% della popolazione con età >65.

Tabella 6: Bilanci Demografici per provincia anni 2005-2008 (per 1000 abitanti) - (Fonte dati Istat)

PROVINCE E REGIONI	Crescita Naturale				Saldo Migratorio Totale				Crescita Totale			
	2005	2006	2007	2008*	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008*
Olbia	n.d.	1,2	1,9	2,7	n.d.	11,8	24,6	19,5	n.d.	13,0	26,5	22,2
Sassari	-0,4	-0,8	-0,7	-0,7	9,4	3,7	3,9	7,0	9,0	2,9	3,2	6,3
Nuoro	-1,0	-0,5	-1,2	-0,6	-1,3	-2,4	-0,3	-0,9	-2,3	-2,9	-1,5	-1,5
Oristano	-2,5	-2,9	-3,0	-3,1	2,6	1,8	0,4	-0,4	0,1	-1,1	-2,6	-3,5
Ogliastra	n.d.	-0,5	-0,4	0	n.d.	-1	1,5	2,3	n.d.	-1,5	1,0	2,3
Medio-Campidano	n.d.	-1,9	-2,1	-1,8	n.d.	1,2	-0,7	-0,8	n.d.	-3,1	-2,8	-2,6
Cagliari	-0,1	1,0	0,6	0,5	2,8	3,1	3,5	4,1	2,7	4,1	4,1	4,6
Carbonia	n.d.	-2,3	-2,6	-2,5	n.d.	-0,2	0,9	0,4	n.d.	-2,5	-1,7	-2,1
Sardegna	-0,5	-0,4	-0,6	-0,4	3,9	2,6	4,2	4,5	3,4	2,2	3,6	4,1

*Stima

Anche l'andamento demografico presenta, rispetto alle altre province sarde un incremento negli ultimi anni, in confronto con le altre realtà provinciali e anche rispetto al dato complessivo regionale.

Tabella 7: Tassi generici di natalità e mortalità per provincia 2005-2008 (per 1.000 abitanti) - (Fonte dati Istat)

PROVINCE/REGIONI	Natalità	Mortalità
------------------	----------	-----------

	2005	2006	2007	2008*	2005	2006	2007	2008*
Olbia	n.d.	9,1	9,8	10,4	n.d.	7,9	7,9	7,7
Sassari	8,5	8,0	8,2	8,1	8,9	8,8	8,9	8,8
Oristano	7,1	8,6	8,2	8,5	9,6	8,9	9,4	9,1
Nuoro	8,5	7,0	7,0	7,1	9,5	9,2	10,0	10,2
Ogliastra	n.d.	8,0	8,6	9,0	n.d.	8,6	9,0	9,0
Medio-Campidano	n.d.	7,2	7,1	7,7	n.d.	9,3	9,2	9,5
Cagliari	7,7	8,3	8,2	8,2	7,8	7,2	7,6	7,7
Carbonia	n.d.	6,5	6,6	6,6	n.d.	8,4	9,1	9,1
Sardegna	8,0	8,0	8,0	8,2	8,5	8,3	8,6	8,6

*Stima

Altra analisi che conferma il dato è la speranza di vita, così come si vede nella tabella seguente:

Tabella 6: Speranza di vita alla nascita - (Fonte dati Istat)

REGIONI	Speranza di vita alla nascita							
	2005		2006		2007***		2008***	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Sardegna	77,6	83,9	77,9	84,5	78,2	84,4	78,7	84,5
ITALIA	77,6	83,9	77,9	84,5	78,2	84,4	78,7	84,5

***Stima.

b) situazione aziendale

- 1) Valutazione dei risultati conseguiti in base agli obiettivi fissati nel bilancio di previsione e al sistema di indicatori previsti nelle direttive di programmazione

GLI OSPEDALI, I NUOVI REPARTI, I PROGETTI

Presidio Ospedaliero SS. Trinità: Il SS. Trinità è un ospedale plurispecialistico che presentava, prima diversi problemi strutturali. Per superare questi limiti, il progetto di riqualificazione è stato finalizzato all'ammodernamento e alla ristrutturazione di diversi reparti. Nel 2008, i lavori di ristrutturazione, dei reparti di Otorinolaringoiatria, e Anatomia patologica sono stati realizzati con un progetto innovativo, un'architettura ospedaliera a misura d'uomo, particolarmente attenta agli aspetti legati alla degenza in regime ordinario o in Day Hospital, garantendo ai cittadini e agli operatori il massimo comfort nel rispetto degli standard di sicurezza ed elevata qualità in tutte le fasi di assistenza. Nella Medicina nucleare una nuova SPECT (gamma camera di ultima generazione) ha potenziato significativamente la capacità diagnostica del centro.

Nel corso del 2008 si è proceduto alla realizzazione degli interventi necessari a garantire lo sdoppiamento dell' SPDC. Il progetto che ha previsto l'attivazione dell'SPDC II° con l'apertura di 12 posti letto in un'area di circa 900 mq con due piccole aree scoperte di 70 mq. Il reparto, a regime, verrà dotato di un organico composto da 7 medici 15/18 Infermieri Professionali e da 6 Operatori Socio Sanitari.

Presidio Ospedaliero Binaghi: Il P.O. Binaghi è una struttura che ospita diversi reparti di degenza, tra cui il Centro Trapianti adulti e pediatrico di midollo osseo, il polo pneumologico, il centro per la cura della sclerosi multipla e il centro di oftalmologia. Considerate le peculiarità della struttura si è cercato di ridefinire la vocazione dell'ospedale, orientando l'offerta verso un'assistenza diurna in un'ottica di integrazione ospedale – territorio con specifici percorsi diagnostico terapeutici di presa in carico globale del paziente. La nuova visione inserisce il Binaghi in un contesto che pone l'accento su centri specialistici dedicati: oltre alle prestazioni legate all'attività pneumologica e alle specialità già presenti, è previsto lo sviluppo di un centro dedicato alla donna e alle patologie femminili, ai pazienti diabetici, ai pazienti affetti da obesità e ad alcune patologie complesse inerenti la sfera endocrinologica.

Nel corso del 2008 sono stati predisposti gli interventi necessari all'attivazione del Centro Raccolta delle Cellule Staminali da Cordone Ombelicale (Crcs). Il Centro, unico nell'isola, verrà in una prima fase rifornito dalle donazioni del cordone ombelicale stoccate nei tre ospedali di Cagliari (Brotzu, S.Giovanni di Dio e SS. Trinità) per poi, a regime, estendere le possibili donazioni in tutti i punti nascita della Sardegna.

Presidio Ospedaliero Oncologico Businco: Il P.O. Businco è l'unico centro di riferimento nella Regione per le patologie neoplastiche. Il presidio svolge l'attività sia nelle forme diurne

(chemioterapia, accertamenti clinici), sia attraverso i ricoveri ordinari. Sono in corso diversi programmi di riorganizzazione logistica, atta a migliorare il percorso diagnostico/terapeutico dei pazienti, che prevede, l'accorpamento in differenti piani dello stabile, rispettivamente, tutte le degenze internistiche, quelle chirurgiche, e tutte le attività diurne e di Day Hospital.

La riorganizzazione ha previsto l'attivazione di tre Dipartimenti strutturali:

- Dipartimento di oncologia medica;
- Dipartimento di chirurgia oncologica;
- Dipartimento di radiooncologia

Il presidio è stato potenziato con nuove apparecchiature: una nuova risonanza magnetica nucleare da 1,5 tesla e una TAC multistrato da 40 slice che hanno aumentato significativamente la capacità diagnostica del Servizio di Radiologia. Con una delibera della Giunta Regionale è stata creata una piattaforma formata dal Businco, dal Microcitemico e dalla Radioetarpia per la ristrutturazione complessiva dell'ospedale e l'acquisizione di nuove tecnologie.

Presidio Ospedaliero Microcitemico: Il Presidio per le Microcitemie è stato storicamente il punto di riferimento regionale per lo studio e la cura delle patologie correlate alla Talassemia. È anche uno dei principali centri europei per la diagnosi e la cura delle malattie genetiche e delle malattie rare. Partendo da tali importantissime peculiarità, alla luce dell'ambizioso progetto di ampliamento dello stabile, si è ritenuto doveroso rafforzare il ruolo del presidio, potenziando non solo l'attività di prevenzione per quanto riguarda la Diagnosi Prenatale, ma anche l'offerta assistenziale con l'inserimento della Chirurgia Pediatrica in modo da garantire una maggior valenza e completezza. L'evoluzione del presidio è quella di sommare, alle competenze specialistiche, una specifica vocazione verso tutte le patologie pediatriche.

Nel Presidio sono operativi due reparti di degenza con 18 posti letto (la Clinica Pediatrica II e l'Oncologia Pediatrica) ed un CTMO pediatrico con 4 posti letto. A questi si aggiungono 27 posti letto di ricovero diurno.

La Ginecologia e Diagnosi Prenatale svolge un'attività finalizzata ad offrire ai genitori e al medico le migliori informazioni possibili sui rischi di dare alla luce un bambino affetto da un'anomalia congenita o da una malattia genetica. Le Strutture Ematologia Adulti e Talassemici Età Evolutiva, che nel complesso svolgono una qualificata ed intensa attività ambulatoriale e di DH potranno, unificando le risorse, operare in maniera più efficiente.

Sono attivi numerosi laboratori quali: Genetica Umana, Genetica Molecolare e Citogenetica, che svolgono un'importante attività di ricerca. Il servizio di cardiologia garantisce le prestazioni specialistiche ai bambini.

Presidio Ospedaliero Ortopedico Marino: L'Ospedale Marino è un presidio dedicato principalmente alla cura delle patologie ortopedico Marino traumatologiche riabilitative, inserito in un contesto di rete dell'emergenza - 118, grazie al pronto soccorso 24h e alla piazzola di sosta per l'atterraggio dell'elicottero, l'unica a Cagliari a norma con le prescrizioni ENAC. È stata rafforzata in questi anni l'attività della chirurgia ortopedica e della Chirurgia della Mano. La presenza inoltre della Chirurgia d'Urgenza, della Camera Iperbarica (unica nel sud della regione, attiva 24 ore su

24) e della Rianimazione garantiscono assistenza e interventi ai pazienti più gravi, mentre l'Unità Spinale Unipolare continua a svolgere un'importante attività di recupero volta al massimo recupero fisico, al raggiungimento di un equilibrio psicologico e alla riacquisizione di una propria identità individuale e sociale. Sono oramai giunti a termine i lavori di costruzione del nuovo Pronto Soccorso della Radiologia e della Rianimazione, frutto di una riprogettazione complessiva dei percorsi assistenziali. La nuova ala si articola su due piani:

- 1) Piano terra il Pronto Soccorso dotato di una nuova TAC e di un polo radiologico attrezzato con un'apparecchiatura digitale moderna e collegata al servizio di radiologia.
- 2) Al primo piano la Rianimazione dispone di cinque camere di degenza.

Presidi ospedalieri di Isili e di Muravera: Il P.O. San Marcellino di Muravera e il San Giuseppe di Isili si configurano come ospedali territoriali: la nuova organizzazione si sta orientando verso la gestione delle emergenze del territorio distrettuale di riferimento, grazie al potenziamento del Pronto Soccorso sulle 24 ore. In entrambi i presidi in questi anni sono stati ristrutturati il Pronto Soccorso e la camera calda, inoltre sono in corso di progettazione i lavori di ristrutturazione complessiva (a Muravera sono già stati ristrutturati l'intero piano terra e le sale operatorie). Oltre al potenziamento degli organici avviato in entrambi i presidi è importante segnalare l'installazione. Il S. Marcellino nel corso del 2008 è stato oggetto di un finanziamento, pari a 4.500.000 di euro destinato alla ristrutturazione radicale dell'ingresso, del primo piano e del secondo piano, del piano copertura e delle facciate esterne.

Gli interventi riguardano una nuova distribuzione delle aree di degenza con realizzazione di camere singole o doppie con bagno interno, i nuovi impianti idrici, fognari, elettrici, di ascensore e di climatizzazione, della hall e delle sale attesa per gli utenti e dell'ufficio ticket. Inoltre è previsto l'accorpamento delle diverse unità operative in un unico reparto di emergenza polispecialistico (chirurgia, ortopedia e medicina), oltre a un reparto di lungodegenza di 20 posti letto che dia risposta alle persone con patologie croniche.

Polo Oncologico-Microcitemico: il Centro di Radioterapia e Medicina Nucleare

Dopo tre anni di lavoro, ad Aprile 2008, è stato inaugurato, presso l'Ospedale Oncologico, il nuovo Centro di Radioterapia e Medicina Nucleare. E' stato così raggiunto l'obiettivo principale del Project Financing della ASL di Cagliari: quello di rimodulare i due ospedali specialistici – l'Ospedale Microcitemico e l'Oncologico e renderli adeguati sia dal punto di vista strutturale che dal punto di vista organizzativo e tecnologico, quindi in grado di fornire prestazioni radioterapiche di eccellenza in linea con le più recenti innovazioni tecnologiche, garantendo ai pazienti interventi assistenziali tempestivi nei servizi di diagnosi e cura contro i tumori.

La nuova Radioterapia, dotata di CT e CT-SPECT, è per dimensione e complessità tecnologica e numero di acceleratori al secondo posto in Italia, subito dopo il San Raffaele di Milano.

Parallelamente alla realizzazione del Centro di Radioterapia e Medicina Nucleare sono state assunte e formate un numero adeguato di persone altamente specializzate che sono state affiancate ai professionisti già operanti nella ASL

Da qualche mese il Centro di Radioterapia ha iniziato ad effettuare i primi trattamenti radioterapici 3D per le neoplasie mammarie, i tumori alla prostata ed al colon-retto con un abbattimento significativo delle liste d'attesa riducendo così, notevolmente, l'emigrazione dei pazienti sardi verso gli altri centri della penisola.

Obiettivi raggiunti sulla qualità dell'assistenza ospedaliera

La misura della qualità, dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi erogati dalle strutture sanitarie può essere rappresentata attraverso variabili, quali il numero di ricoveri effettuati, e indicatori come la degenza media, peso medio dei ricoveri e il tasso di occupazione. Questi ultimi rappresentano "informazioni cruciali e selezionate che aiutano a misurare cambiamenti in relazione a bisogni prioritari" (OMS, 1991) e permettono di registrare specifici fenomeni ritenuti appunto indicativi di un fattore di qualità.

L'Azienda ha svolto in questi anni dei controlli sistematici di appropriatezza specifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera misurando la loro conformità in relazione a specifici protocolli di valutazione. Sono inoltre stati effettuati dei controlli di "appropriatezza organizzativa" ovvero delle valutazioni sull'appropriatezza dell'uso dell'ospedale indipendentemente dalla procedura/intervento e dal tipo di problema sanitario oggetto di valutazione.

In tal senso la riorganizzazione e la creazioni di un sistema a rete dei 7 presidi ospedalieri della ASL di Cagliari, con i servizi territoriali, l'Azienda Ospedaliera Universitaria e le 11 Case di Cura private, ha generato sinergie positive evitando, in primo luogo, il ricorso al ricovero ospedaliero improprio quando il servizio può essere erogato in maniera più efficace attraverso un livello di assistenza diverso.

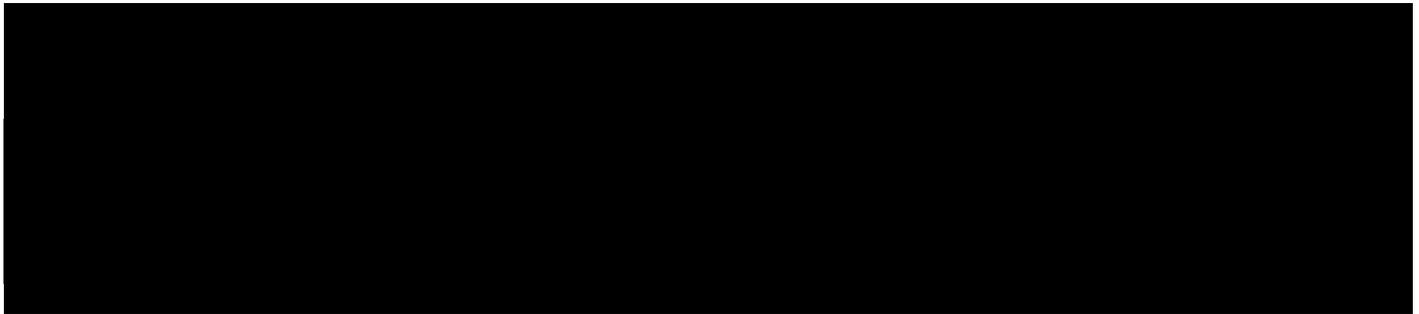
Tra i principali risultati conseguiti dall'Azienda in termini di servizi sanitari offerti al cittadino si possono segnalare:

- il tendenziale **contenimento dei DRG LEA** ovvero dei 43 DRG "ad alto rischio di inappropriatazza". 16,3% nel 2005, 14,5% (16,2% con il San Giovanni di Dio) nel 2006, 13,0% nel 2007 e 13,9% nel 2008;
- una significativa **riduzione della degenza media nei reparti chirurgici** (anche se la stessa permane alta nei reparti medici) con una media aziendale pari a 6,6 giorni;
- una **riduzione dei ricoveri ospedalieri** (-3% rispetto al 2007) presso le strutture interne in coerenza con gli obiettivi nazionali e regionali sul contenimento del tasso di ospedalizzazione;
- una generale **diminuzione del ricorso improprio dell'attività di Day Hospital** per fini puramente diagnostici. Il dato conferma la volontà da parte dell'Azienda di razionalizzare le modalità di erogazione delle prestazioni, migliorando il livello di appropriatezza organizzativa, nonché di allinearsi alla normativa nazionale sui ricoveri svolti in tale regime (-11% rispetto al 2007);
- una sensibile **diminuzione delle giornate complessive di degenza ordinaria** (-4% rispetto al 2007).

1) Assistenza Ospedaliera

Totale azienda

Dati strutturali

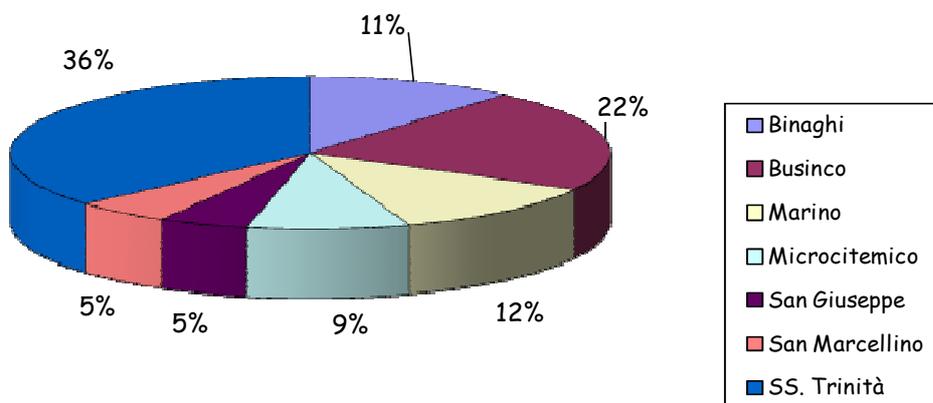


Nell'anno 2008 si è verificata un lieve decremento dei ricoveri totali (-3%) generato da una crescita del 3% dei ricoveri ordinari e da una maggior diminuzione di quelli diurni (- 11%).

* Le giornate di degenza riportate nella tabella sopra rappresentano le giornate realmente effettuate all'interno dei reparti. Ciò significa che per il loro calcolo si è tenuto conto dei trasferimenti interni tra reparti.

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

Ricoveri totali Anno 2008

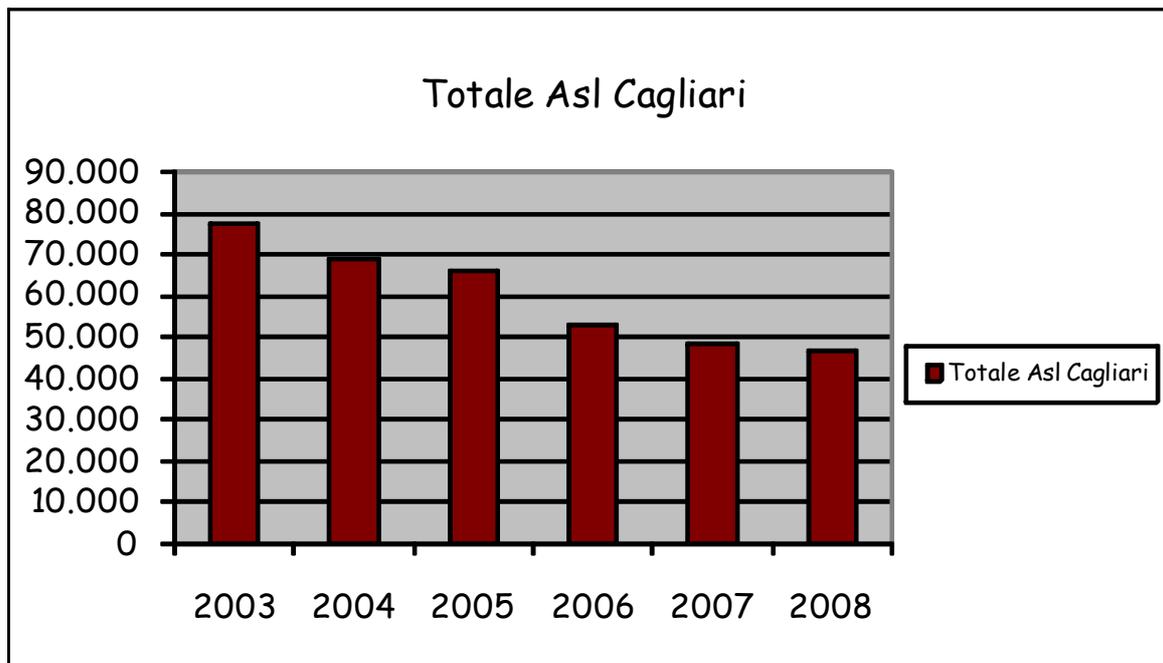


Andamento ricoveri ordinari

Descrizione Presidio	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
Binaghi	3.929	3.209	-18,3%	3.174	-1,1%	2.888	-9,0%	2.979	3,2%	2.923	-1,9%
Businco	4.844	5.019	3,6%	4.918	-2,0%	4.508	-8,3%	4.211	-6,6%	4.213	0,0%
Marino	5.039	5.204	3,3%	5.182	-0,4%	5.012	-3,3%	4.980	-0,6%	4.989	0,2%
Microcitemico	809	777	-4,0%	781	0,5%	765	-2,0%	775	1,3%	749	-3,4%
San Giuseppe						1.929		1.944	0,8%	1.832	-5,8%
San Marcellino	2.683	2.740	2,1%	2.821	3,0%	2.470	-12,4%	2.103	-14,9%	2.084	-0,9%
SS. Trinità	12.608	12.372	-1,9%	11.966	-3,3%	11.569	-3,3%	11.830	2,3%	12.813	8,3%
Totale Asl Cagliari	29.912	29.321	-2,0%	28.842	-1,6%	29.141	1,0%	28.822	-1,1%	29.603	2,7%

Andamento ricoveri DH/DS

Descrizione Presidio	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
Binaghi	6.019	5.260	-12,6%	6.474	23,1%	2.718	-58,0%	1.981	-27,1%	2.312	16,7%
Businco	25.888	19.112	-26,2%	16.963	-11,2%	11.134	-34,4%	7.690	-30,9%	5.969	-22,4%
Marino	855	946	10,6%	993	5,0%	459	-53,8%	532	15,9%	508	-4,5%
Microcitemico	7.645	7.164	-6,3%	6.335	-11,6%	3.744	-40,9%	3.818	2,0%	3.340	-12,5%
San Giuseppe						638		675	5,8%	422	-37,5%
San Marcellino	390	414	6,2%	317	-23,4%	257	-18,9%	280	8,9%	351	25,4%
SS. Trinità	6.698	6.616	-1,2%	6.062	-8,4%	5.042	-16,8%	4.396	-12,8%	4.301	-2,2%
Totale Asl Cagliari	47.495	39.512	-16,8%	37.144	-6,0%	23.992	-35,4%	19.372	-19,3%	17.203	-11,2%



Indicatori di efficienza

Descrizione Presidio	2007		2008	
	DM	TOC	DM	TOC
Binaghi	12,6	70,6%	11,3	67,6%
Businco	11,1	74,4%	10,7	72,5%
Marino	7,9	71,5%	8,1	83,0%
Microcitemico	7,0	67,1%	6,6	61,6%
San Giuseppe	6,6	56,8%	6,5	59,3%
San Marcellino	7,0	58,7%	7,2	59,3%
SS. Trinità	7,3	74,5%	6,5	77,8%
Totale Asl 8	8,4	70,9%	7,9	73,0%

La degenza media totale aziendale presenta valori in diminuzione rispetto all'anno precedente. Anche il tasso di occupazione migliora rispetto all'anno precedente e cresce di due punti percentuali.

Descrizione Presidio	2007		2008	
	IR	Turn Over	IR	Turn Over
Binaghi	20,5	5,2	21,9	5,4
Businco	24,4	3,8	24,8	4,0
Marino	33,2	3,1	37,2	1,7
Microcitemico	35,2	3,4	34,0	4,1
San Giuseppe	31,4	5,0	33,3	4,5
San Marcellino	30,5	4,9	30,2	4,9
SS. Trinità	37,2	2,5	43,7	1,9
Totale Asl 8	30,7	3,5	33,8	2,9

Dalla tabella sopra emerge che circa tre pazienti in più all'anno transita per i letti degli ospedali della Asl di Cagliari; a conferma di ciò il turn over diminuisce di circa un giorno.

- **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.

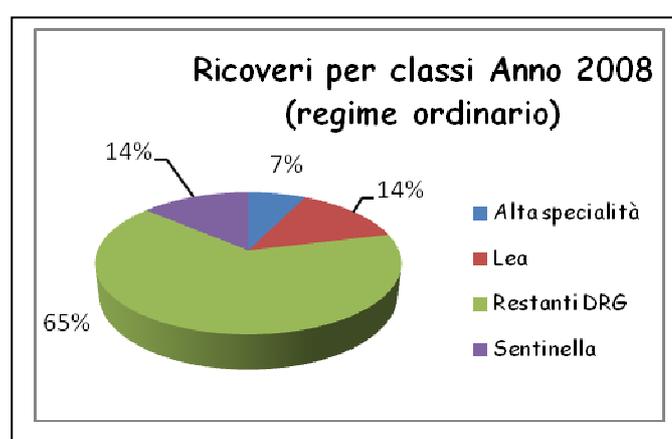
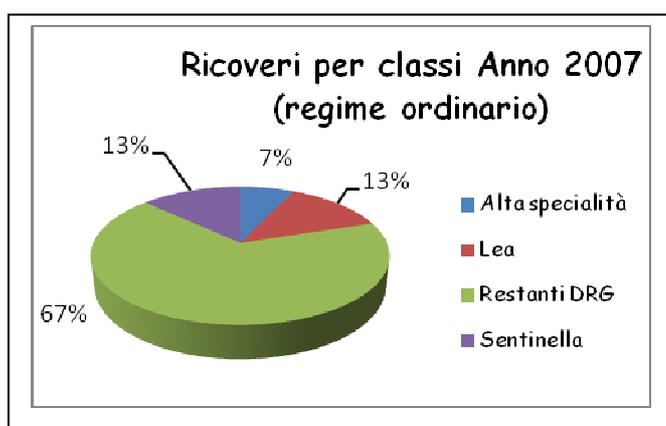
Indicatori di appropriatezza

L'appropriatezza clinica dei ricoveri effettuati evidenzia un tendenziale peggioramento rispetto all'anno precedente.

L'Azienda aumenta da un anno all'altro il numero di ricoveri Lea mentre la degenza media di tale ricoveri diminuisce lievemente; stesso andamento si rileva per i DRG Sentinella.

Rimane costante la quota di prestazioni ad alta specialità erogata nel corso dell'anno (7%).

Descrizione Presidio	2007				2008			
	% Lea	% Sentinella	Deg. Media Lea	Deg. Media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Deg. Media Lea	Deg. Media Sentinella
BINAGHI	3,7%	32,9%	2,8	10,6	5,0%	33,0%	1,6	10,9
BUSINCO	13,2%	2,3%	4,7	10,4	13,2%	2,9%	4,1	9,8
MARINO	17,2%	8,4%	4,7	4,8	19,3%	9,5%	4,5	4,9
MICROCITEMICO	8,3%	8,1%	2,5	6,2	11,7%	9,6%	3,1	6,3
SAN GIUSEPPE	24,7%	20,2%	5,6	8,2	22,7%	16,6%	5,3	7,3
SAN MARCELLINO	22,3%	15,3%	4,6	7,6	21,9%	15,9%	4,2	6,9
SS TRINITA'	10,3%	13,6%	4,2	7,5	11,7%	14,0%	3,6	6,1
Totale complessivo	13,00%	13,50%	4,59	8,13	13,95%	13,72%	4,04	7,35

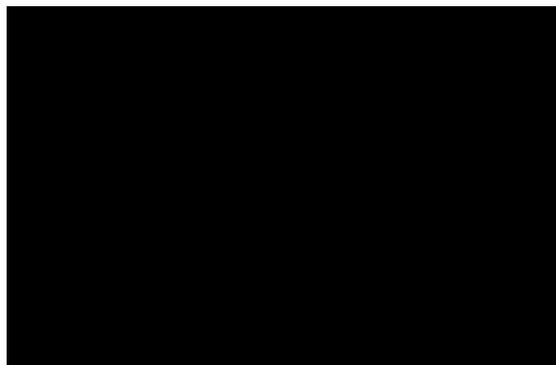


- **% totale DRG Lea sul totale dei dimessi:** rappresenta un indicatore di appropriatezza definito rapportando i dimessi con DRG "LEA" sul totale dei dimessi. Il D.P.C.M. del 29 novembre 2001 (sui livelli essenziali di assistenza) individua, infatti, all'allegato 2 C, n. 43 DRG potenzialmente a rischio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

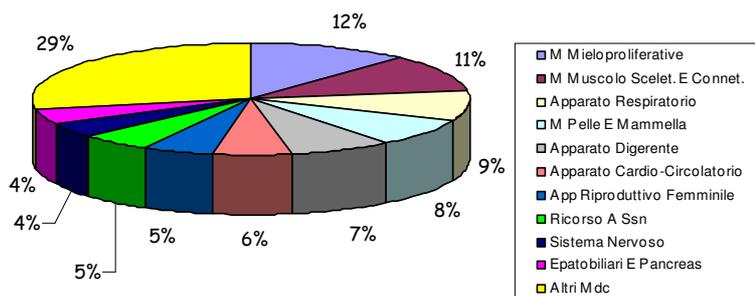
Gli MDC: I gruppi di diagnostici principali (MDC, Major Diagnostic Category) sono i gruppi di diagnosi che formano la struttura del sistema di classificazione DRG. Le MDC sono costruite per fornire ai DRG una struttura che dia significatività e coerenza clinica, e rispondono a criteri

anatomici, eziologici e di specialità clinica simili a quelli che caratterizzano i settori diagnostici della classificazione internazionale ICD-9. L'assegnazione di un caso ad una specifica MDC avviene in base alla diagnosi principale di dimissione e rappresenta la prima fase del processo di attribuzione del DRG

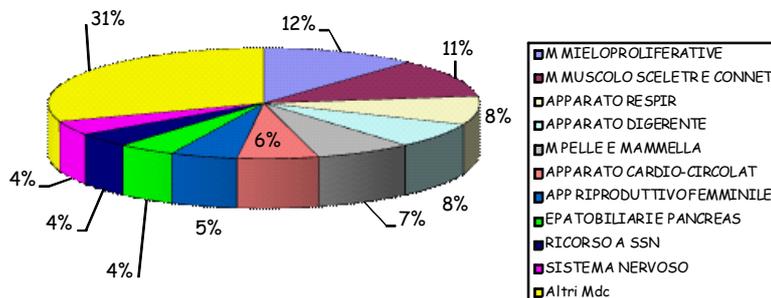
Descrizione MDC	Ricoveri ordinari Anno 2007	Ricoveri ordinari Anno 2008
M MUSCOLO SCELETRICO E CONNETTIVO	4.461	4.516
APPARATO RESPIRATORIO	3.545	3.454
APPARATO DIGERENTE	2.852	2.951
APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO	2.236	2.388
M MIELOPROLIFERATIVE	1.753	1.835
SISTEMA NERVOSO	1.497	1.591
EPATOBILIARI E PANCREAS	1.567	1.576
M PELLE E MAMMELLA	1.342	1.311
GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	1.328	1.303
Altri MDC	8.241	8.678
Totale	28.822	29.603



**Ricoveri totali per MDC
Anno 2007**

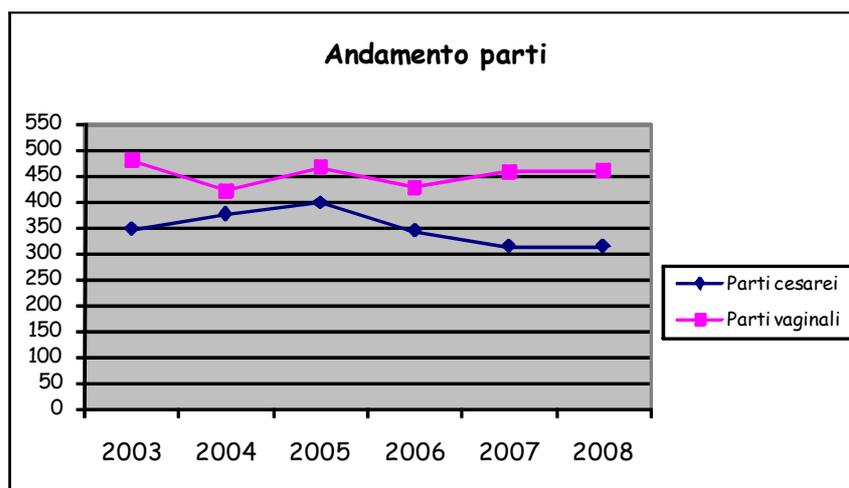
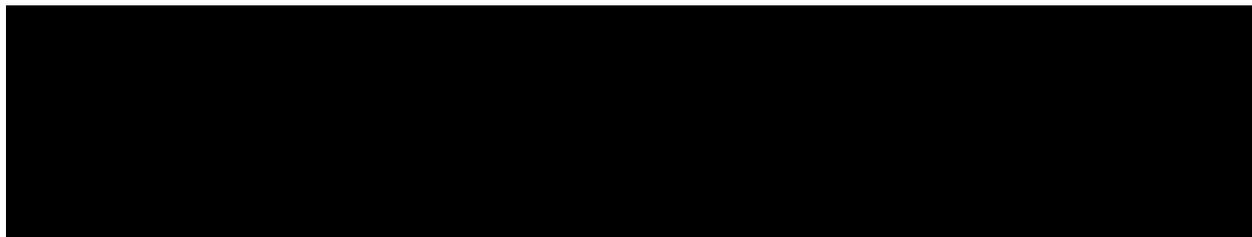


**Ricoveri totali per MDC
Anno 2008**



Parti cesarei

La Regione Sardegna presenta una incidenza relativa al ricorso al taglio cesareo superiore ai valori nazionali: la percentuale di parti cesarei è in costante incremento con valori medi regionali che sono passati dal 37% dell'anno 2003 a quasi il 39% dell'anno 2005. Il ricorso al taglio cesareo presenta una elevata variabilità tra i diversi presidi ospedalieri regionali; si osserva che sono proprio le strutture che effettuano un basso numero di parti (al di sotto dei 500) quelle in cui è maggiore il ricorso al taglio cesareo. L'OMS raccomanda l'uso del taglio cesareo nel 10%-15% dei casi, ponendo tale percentuale come uno degli indicatori per misurare la qualità delle cure alla nascita.

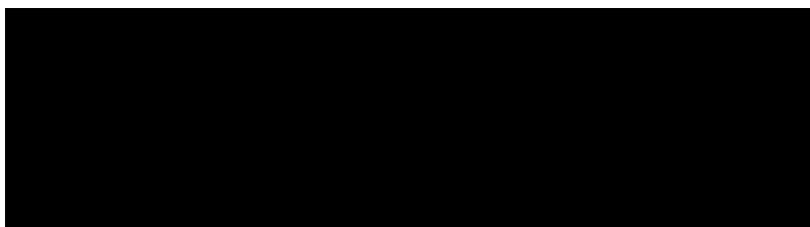


Il progetto Obiettivo Nazionale Materno-infantile classifica in tre diversi livelli i punti nascita:

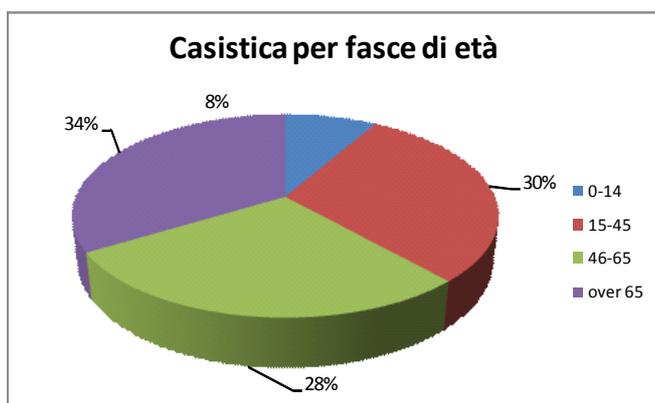
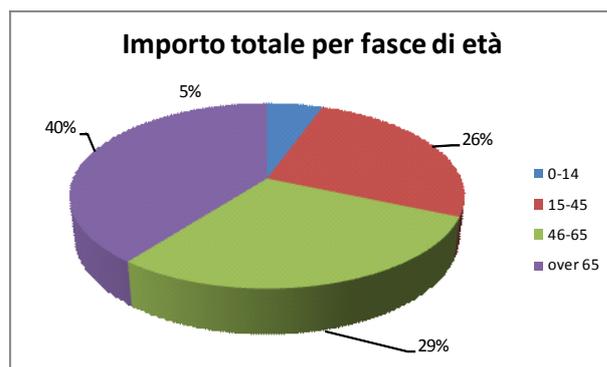
- **Terzo livello:** appartengono a tale livello le strutture che effettuano un numero di parti/anno superiori a 1000;
- **Secondo livello:** appartengono a tale livello le strutture che effettuano un numero di parti/anno compresi tra 1000 e 800;
- **Primo livello:** appartengono a tale livello le strutture che effettuano un numero di parti/anno compresi tra 800 e 500.

Distribuzione dei ricoveri per fasce di età

La tendenza relativamente all'evoluzione delle situazioni demografiche riferite alla popolazione sarda confermano la presenza di un intenso processo di invecchiamento destinato ad accentuarsi nel corso dei prossimi decenni. In tale prospettiva appare quindi utile fornire qualche dato relativo alla casistica per età dei ricoveri della Asl di Cagliari.



La fascia di età dei pazienti over 65 presenta un importo medio e un peso medio superiore alle altre fasce. Tale fenomeno è sicuramente dovuto alle maggiori complicazioni (in termini di patologie correlate e non presenti) che spesso un paziente anziano può presentare.



La prima tabella mostra come il maggior numero dei ricoveri si riferisca alla fascia di età degli over 65. Un'analisi di questo tipo deve sempre tener conto della popolazione di riferimento; una percentuale di ricoveri pari al 34%, su pazienti over 65 su una popolazione provinciale di tale età pari al 16%, rappresenta sicuramente un valore molto significativo.

Fasce di età	Popolazione al 01/01/2008*	%
0-14	69.543	12,5%
15-45	248.966	44,6%
46-65	149.860	26,9%
OVER 65	89.310	16,0%
Totale complessivo	557.679	100,0%

* Fonte dati ISTAT

Dati strutturali

Descrizione reparto dimissione	2007						2008					
	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.
1° Divisione Pneumologia	25,8	533	6.835	4	248	2.152	21,33	399	4.294	3,5	228	1.305
2° Divisione Pneumologia	27,5	623	8.435	2	172	476	26,9	634	7.993	2,6	137	529
3° Divisione Pneumologia	24,2	599	6.926	1	156	345	20,75	541	5.877	1,0	90	137
4° Divisione Pneumologia	30	388	7.103				28,1	364	6.525			
Centro Trapianti	13	179	3.673	2	423	3.083	13	173	3.744	2,0	421	2.821
Chirurgia Toracica	13	250	2.632	2	126	429	13	206	2.222	2,0	112	365
Neurologia	4	297	708	5	813	3.669	4	344	768	5,0	753	4.139
Oftamologia	2	58	64	2	43	43	2,3	228	245	2,1	571	571
Servizio Anestesia E Rianimazione	6	52	1.135				4	34	1.248			
Totale Complessivo	145,5	2.979	37.511	18	1.981	10.197	133,38	2.923	32.916	18	2.312	9.867

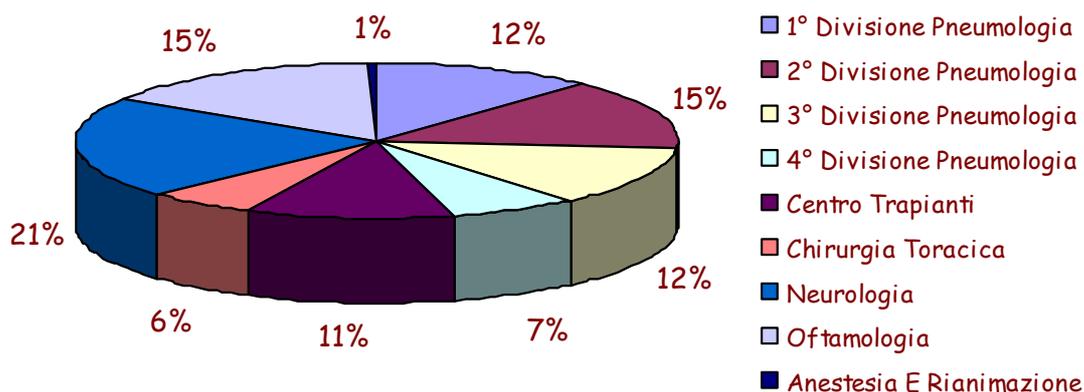
Nell'anno 2008 si è verificata un decremento dei ricoveri totali del presidio di circa il 5%; i ricoveri ordinari sono diminuiti del 2% e i ricoveri diurni del 10%.

Tale decremento è principalmente dovuto alla chiusura dei posti letto di regime ordinario della 1° Pneumologia e al trasferimento della Chirurgia Toracica al P.O. Businco.

In compenso rispetto agli anni precedenti ha iniziato a piano la propria attività l'unità operativa di Oftamologia.

* Le giornate di degenza riportate nella tabella sopra rappresentano le giornate realmente effettuate all'interno dei reparti. Ciò significa che per il loro calcolo si è tenuto conto dei trasferimenti interni tra reparti.

**Totale ricoveri
Anno 2008**

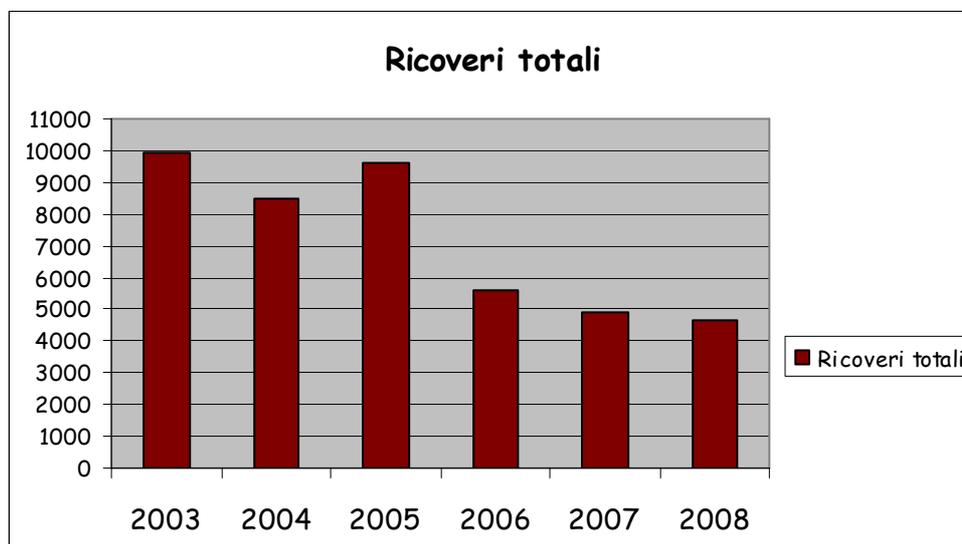


Andamento ricoveri ordinari

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
1° Divisione Pneumologia	546	444	-19%	546	23%	583	7%	533	-9%	399	-25%
2° Divisione Pneumologia	636	565	-11%	654	16%	607	-7%	623	3%	634	2%
3° Divisione Pneumologia	595	454	-24%	565	24%	437	-23%	599	37%	541	-10%
4° Divisione Pneumologia	513	437	-15%	479	10%	425	-11%	388	-9%	364	-6%
Chirurgia	624	480	-23%		-100%						
Centro Trapianti	196	160	-18%	180	13%	162	-10%	179	10%	173	-3%
Chirurgia Toracica	417	322	-23%	343	7%	297	-13%	250	-16%	206	-18%
Neurologia	370	316	-15%	357	13%	340	-5%	297	-13%	344	16%
Oftalmologia								58		228	293%
Servizio Anestesia E Rianimazione	32	31	-3%	50	61%	37	-26%	52	41%	34	-35%
Totale Complessivo	3929	3209	-18%	3.174	-1%	2.888	-9%	2.979	3%	2.923	-2%

Andamento ricoveri DH/DS

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
1° Divisione Pneumologia	493	368	-25%	271	-26%	283	4%	248	-12%	228	-8%
2° Divisione Pneumologia	270	227	-16%	265	17%	264	0%	172	-35%	137	-20%
3° Divisione Pneumologia	209	122	-42%	161	32%	196	22%	156	-20%	90	-42%
Chirurgia	172	152	-12%								
Centro Trapianti	1010	1067	6%	1.341	26%	395	-71%	423	7%	421	0%
Chirurgia Toracica	91	93	2%	158	70%	157	-1%	126	-20%	112	-11%
Neurologia	3774	3231	-14%	4.278	32%	1.423	-67%	813	-43%	753	-7%
Oftalmologia										571	
Totale Complessivo	6019	5260	-13%	6.474	23%	2.718	-58%	1.938	-29%	1.741	-10%



Indicatori di efficienza

Descrizione reparto dimissione	2007		2008	
	DM	TOC	DM	TOC
1° Divisione Pneumologia	12,8	72,6%	10,8	74,6%
2° Divisione Pneumologia	13,5	84,0%	12,6	81,4%
3° Divisione Pneumologia	11,6	78,4%	10,9	77,6%
4° Divisione Pneumologia	18,3	64,9%	17,9	63,6%
Centro Trapianti	20,5	77,4%	21,6	78,9%
Chirurgia Toracica	10,5	55,5%	10,8	53,2%
Neurologia	2,4	70,0%	2,2	75,9%
Oftamologia	1,1	26,2%	1,1	87,3%
Servizio Anestesia E Rianimazione	21,8	51,8%	36,7	85,5%
Totale complessivo	12,6	70,6%	11,3	67,6%

La degenza media del Presidio Ospedaliero Binaghi mostra un leggero miglioramento rispetto ai valori dell'anno precedente. In particolare tutte e quattro le Pneumologie hanno ridotto di quasi un giorno la degenza media dei propri pazienti. Il tasso di occupazione ha subito, al contrario, un peggioramento rispetto all'anno 2007. Infatti quasi tutti i reparti hanno visto il proprio tasso di occupazione diminuire probabilmente a causa di un non efficiente utilizzo delle risorse strutturali.

Descrizione reparto dimissione	2007		2008	
	IR	Turn Over	IR	Turn Over
1° Divisione Pneumologia	20,7	4,8	18,7	3,7
2° Divisione Pneumologia	22,7	2,6	23,6	2,9
3° Divisione Pneumologia	24,8	3,2	26,1	3,1
4° Divisione Pneumologia	12,9	9,9	13,0	10,3
Centro Trapianti	13,8	6,0	13,3	5,8
Chirurgia Toracica	19,2	8,5	15,8	9,5
Neurologia	74,3	2,5	86,0	2,0
Oftamologia	29,0	11,5	99,1	2,6
Servizio Anestesia E Rianimazione	8,7	20,3	8,5	6,2
Totale complessivo	20,5	5,2	21,9	5,4

Dalla tabella sopra emerge che circa un paziente in più all'anno transita per i letti del presidio ospedaliero; in contro tendenza all'andamento dell'indice di rotazione, il turn over ha subito un leggero incremento.

- **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.

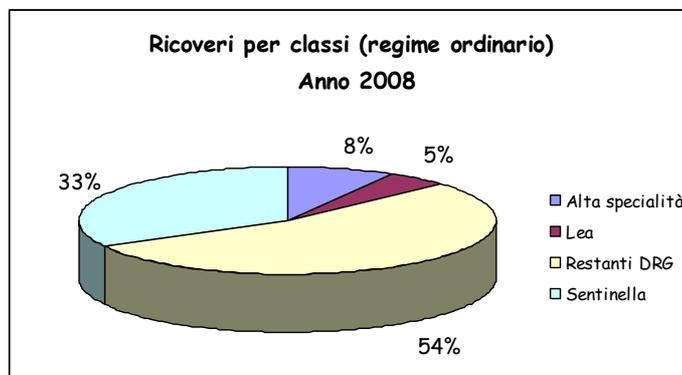
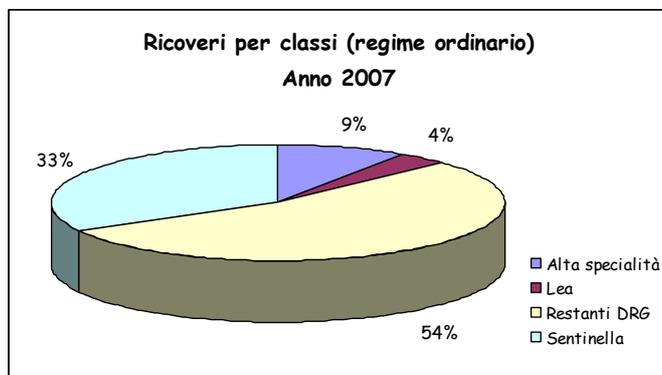
Indicatori di appropriatezza

Descrizione reparto dimissione	2007				2008			
	% Lea	% Sentinella	Deg. Media Lea	Deg. Media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Deg. Media Lea	Deg. Media Sentinella
1° Divisione Pneumologia	2%	37%	5,3	9,9	2%	39%	5,7	9,3
2° Divisione Pneumologia	0%	56%	3,0	10,7	0%	60%	1,0	11,8
3° Divisione Pneumologia	1%	27%	4,9	8,4	1%	30%	3,1	9,0
4° Divisione Pneumologia	1%	51%	15,0	16,1	0%	47%		16,3
Centro Trapianti	6%	2%	3,9	12,3	6%	2%	2,1	11,0
Chirurgia Toracica	0%	6%	2,0	4,1	0%	5%		4,5
Neurologia	12%	20%	2,1	2,2	5%	22%	2,3	2,2
Oftalmologia	62%	0%	1,0		45%	0%	1,0	
Servizio Anestesia E Rianimazione	0%	2%		4,0	0%	0%		
Totale complessivo	4%	33%	2,8	10,6	5%	33%	1,6	10,9

L'appropriatezza clinica dei ricoveri effettuati rimane praticamente invariata rispetto all'anno precedente.

Il presidio aumenta di un punto percentuale il numero di ricoveri Lea ma la degenza media di tale ricoveri diminuisce; aumenta invece in maniera molto lieve la degenza media degli eventi sentinella.

Diminuisce la quota di prestazioni ad alta specialità erogata nel corso dell'anno (8%).



- **% 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.

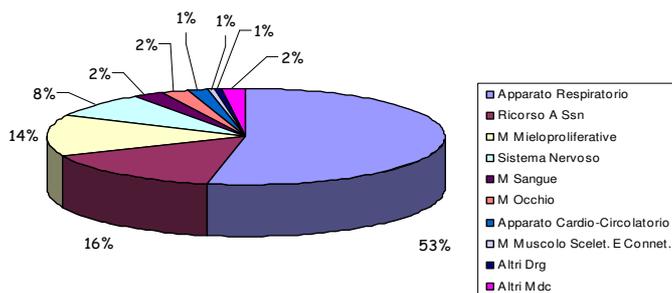
Gli MDC

I gruppi di diagnostici principali (MDC, Major Diagnostic Category) sono i gruppi di diagnosi che formano la struttura del sistema di classificazione DRG. Le MDC sono costruite per fornire ai DRG una struttura che dia significatività e coerenza clinica, e rispondono a criteri anatomici, eziologici e di specialità clinica simili a quelli che caratterizzano i settori diagnostici della classificazione internazionale ICD-9. L'assegnazione di un caso ad una specifica MDC avviene in base alla diagnosi principale di dimissione e rappresenta la prima fase del processo di attribuzione del DRG.

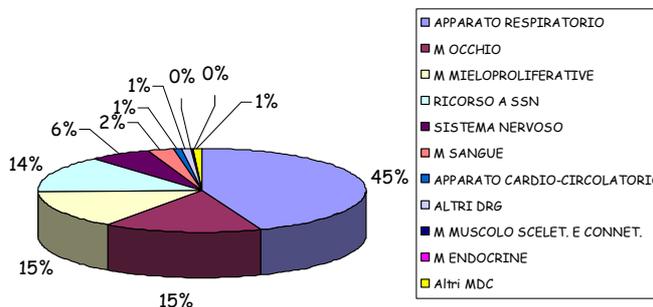
DESCRMDC	Ricoveri ordinari Anno 2007	Ricoveri ordinari Anno 2008
APPARATO RESPIRATORIO	2.219	2.010
SISTEMA NERVOSO	273	313
M OCCHIO	63	230
M MIELOPROLIFERATIVE	134	154
M SANGUE	67	73
APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO	73	48
ALTRI DRG	30	38
RICORSO A SSN	45	19
M MUSCOLO SCELETRICO E CONNETTIVO	17	13
M INFETTIVE	12	6
Altri MDC	46	19
Totale complessivo	2.979	2.923

DESCRMDC	Ricoveri DH/DS Anno 2007	Ricoveri DH/DS Anno 2008
RICORSO A SSN	727	720
M MIELOPROLIFERATIVE	543	619
M OCCHIO	52	578
APPARATO RESPIRATORIO	406	308
M SANGUE	55	53
SISTEMA NERVOSO	148	14
M ENDOCRINE	4	6
M MUSCOLO SCELETRICO E CONNETTIVO	17	3
INFEZIONI DA HIV	-	3
M PELLE E MAMMELLA	2	3
Altri MDC	5	5
Totale complessivo	1.959	2.312

Ricoveri totali per MDC Anno 2007



Totale ricoveri per MDC Anno 2008



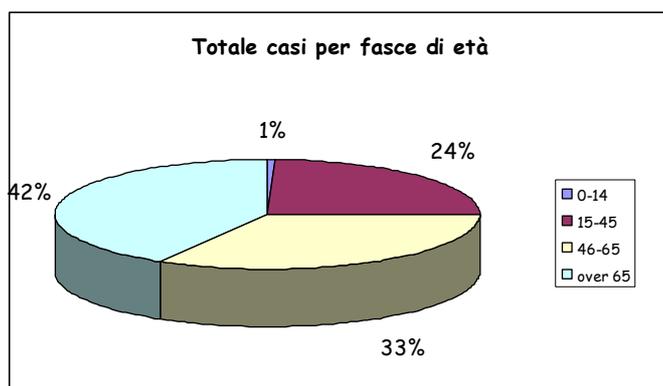
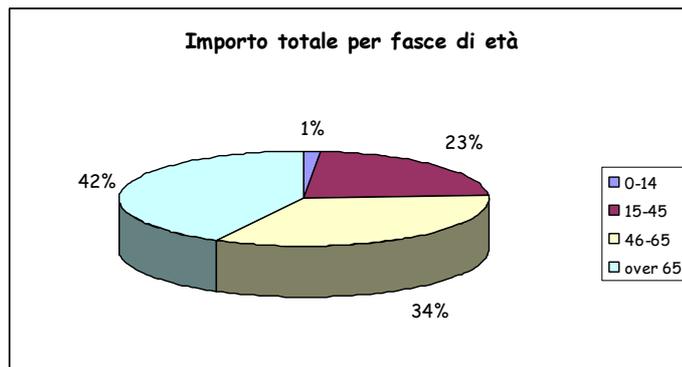
Distribuzione dei ricoveri per fasce di

La tendenza relativamente all'evoluzione delle situazioni demografiche riferite alla popolazione sarda confermano la presenza di un intenso processo di invecchiamento destinato ad accentuarsi nel corso dei prossimi decenni. In tale prospettiva appare quindi utile fornire qualche dato relativo alla casistica per età dei ricoveri del P.O. Binaghi.

Fasce di età	N. casi	Importo degenza	Importo medio degenza	Peso medio
0-14	42	203.975	4.857	2,37
15-45	1.841	3.379.862	1.836	0,92
46-65	2.511	4.965.745	1.978	1,07
over 65	3.153	6.264.235	1.987	1,06
Totale	7.547	14.813.817	1.963	1,04

Le due fasce di età che comprendono i pazienti dai 45 anni in su presentano un importo medio superiore alle altre fasce.

La fascia con il peso medio maggiore è invece quella che va dai 0 ai 14 anni di età.



La prima tabella mostra come il maggior numero dei ricoveri si riferisca ai pazienti appartenenti alla fascia di età degli over 65. Un'analisi di questo tipo deve sempre tener conto della popolazione di riferimento; una percentuale di ricoveri pari al 42%, su pazienti over 65 su una popolazione provinciale di tale età pari al 16%, rappresenta

P.O. "Businco"

Fasce di età	Popolazione al 01/01/2008*	%
0-14	69.543	12,5%
15-45	248.966	44,6%
46-65	149.860	26,9%
OVER 65	89.310	16,0%
Totale complessivo	557.679	100,0%

* Fonte dati ISTAT

Dati strutturali

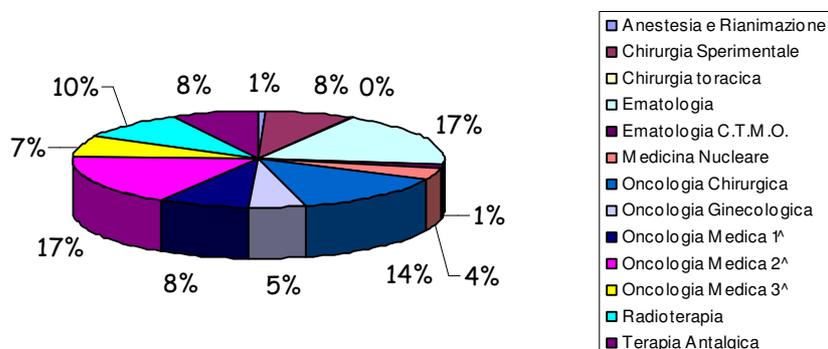
Descrizione reparto dimissione	2007						2008						
	Posti letto R.O.	n. casi R.O.	gg degenza R.O.	Posti letto D.H./DS	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.	Posti letto R.O.	n. casi R.O.	gg degenza R.O.	Posti letto D.H./DS	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.	
Anestesia e Rianimazione	8	65	1.520	-			6,0	69	1.717	0			
Chirurgia Sperimentale	9	362	2.551	1	362	362	7,0	403	2.506	1	382	383	
Chirurgia toracica							14,0	29	193	1			
Ematologia	20	377	5.865	13	1.727	6576	20,0	376	6.341	13	1.481	7.986	
Ematologia C.T.M.O.	8	87	1.957	-			8,0	76	2.268	0			
Medicina Nucleare	8	414	1.612	-			9,4	452	1.779	0			
Neurochirurgia	-	4	65	-									
Oncologia Chirurgica	23	981	5.518	2	481	481	22,1	985	5.256	2,0	417	417	
Oncologia Ginecologica	16	290	2.690	2	257	270	9,0	277	1.894	1	224	225	
Oncologia Medica 1^	15	282	4.522	18	632	3367	14,6	285	4.060	4 letti + 26 poltrone		535	2.626
Oncologia Medica 2^	18	489	5.814	24	1.891	7030	14,6	394	4.887			1.348	6.793
Oncologia Medica 3^	14	446	4.010	11	542	3631	12,9	440	4.021			263	1.752
Radioterapia	30	292	10.210	3	1.204	1306	30,0	317	9.410		3	665	699
Terapia Antalgica	4	122	497	-	594	738	2,0	110	544	1	654	830	
Totale complessivo	171	4.211	46.831	74	7.690	23.761	170	4.213	44.876	26	5.969	21.711	

I ricoveri totali del P.O. Businco hanno subito, rispetto all'anno precedente, in decremento del 14.4%. Tale valore è totalmente dovuto all'andamento dei ricoveri diurni che hanno subito una riduzione del 22,4% mentre i ricoveri ordinari sono rimasti praticamente invariati. In particolare:

- L'**Oncologia Medica 2** ha ridotto i ricoveri totali del 27 (meno 95 ricoveri in regime ordinario e meno 543 ricoveri in DH/DS);
- I ricoveri in DH/DS dell'**Oncologia Medica 3** sono diminuiti del 51,5%; a subire il maggior decremento, - 50%, sono stati i casi legati al Drg "CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA";

* Le giornate di degenza riportate nella tabella sopra rappresentano le giornate realmente effettuate all'interno dei reparti. Ciò significa che per il loro calcolo si è tenuto conto dei trasferimenti interni tra reparti.

Ricoveri totali Anno 2008

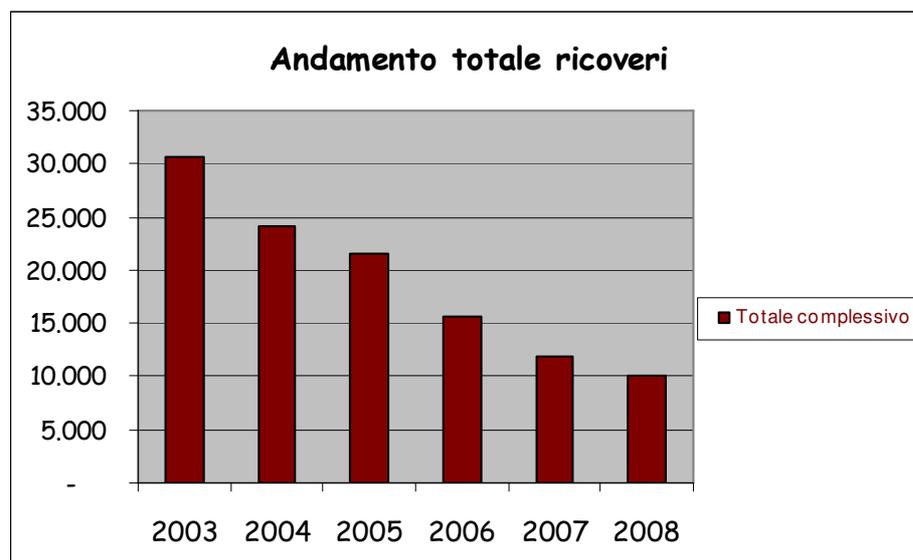


Andamento ricoveri ordinari

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
Anestesia e Rianimazione	64	62	-3,1%	74	19,4%	60	-18,9%	65	8,3%	69	6,2%
Chirurgia Sperimentale	378	364	-3,7%	333	-8,5%	353	6,0%	362	2,5%	403	11,3%
Chirurgia Toracica										29	
Ematologia	525	570	8,6%	449	-21,2%	377	-16,0%	377	0,0%	376	-0,3%
Ematologia C.T.M.O.						79		87	10,1%	76	-12,6%
Medicina Nucleare	412	425	3,2%	436	2,6%	414	-5,0%	414	0,0%	452	9,2%
Neurochirurgia		16		28	75,0%	21	-25,0%	4	-81,0%		
Oncologia Chirurgica	870	856	-1,6%	914	6,8%	870	-4,8%	981	12,8%	985	0,4%
Oncologia Ginecologica	488	438	-10,2%	422	-3,7%	367	-13,0%	290	-21,0%	277	-4,5%
Oncologia Medica 1^	484	452	-6,6%	432	-4,4%	426	-1,4%	282	-33,8%	285	1,1%
Oncologia Medica 2^	743	845	13,7%	661	-21,8%	545	-17,5%	489	-10,3%	394	-19,4%
Oncologia Medica 3^	515	516	0,2%	589	14,1%	535	-9,2%	446	-16,6%	440	-1,3%
Radioterapia		323		413	27,9%	336	-18,6%	292	-13,1%	317	8,6%
Terapia Antalgica	365	152	-58,4%	167	9,9%	125	-25,1%	122	-2,4%	110	-9,8%
Totale complessivo	4.844	5.019	3,6%	4.511	-10,1%	4.508	-0,1%	4.211	-6,6%	4.213	0,0%

Andamento ricoveri DH/DS

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
Chirurgia Sperimentale	379	409	7,9%	411	0,5%	407	-1,0%	362	-11,1%	382	5,5%
Ematologia	4771	5185	8,7%	4953	-4,5%	3635	-26,6%	1727	-52,5%	1481	-14,2%
Oncologia Chirurgica	372	454	22,0%	456	0,4%	436	-4,4%	481	10,3%	417	-13,3%
Oncologia Ginecologica	370	324	-12,4%	312	-3,7%	327	4,8%	257	-21,4%	224	-12,8%
Oncologia Medica 1^	5615	2459	-56,2%	2014	-18,1%	798	-60,4%	632	-20,8%	535	-15,3%
Oncologia Medica 2^	7821	4632	-40,8%	3738	-19,3%	2935	-21,5%	1891	-35,6%	1348	-28,7%
Oncologia Medica 3^	4308	3381	-21,5%	3214	-4,9%	918	-71,4%	542	-41,0%	263	-51,5%
Radioterapia	1004	1337	33,2%	1234	-7,7%	1175	-4,8%	1204	2,5%	665	-44,8%
Terapia Antalgica	1248	931	-25,4%	631	-32,2%	503	-20,3%	594	18,1%	654	10,1%
Totale complessivo	25.888	19.112	-26,2%	16.963	-11,2%	11.134	-34,4%	7.690	-30,9%	5.969	-22,4%



Indicatori di efficienza

La degenza media del presidio ospedaliero presenta valori che rimangono sostanzialmente invariati da un anno all'altro. Il Tasso di Occupazione è invece diminuito di due punti percentuali probabilmente a causa dei lavori edilizi che durante sono stati eseguiti presso il P.O. che hanno comportato chiusure temporanee dei posti letto.

Descrizione reparto dimissione	2007		2008	
	DM	TOC	DM	TOC
Anestesia e Rianimazione	23,4	56%	24,9	78%
Chirurgia Sperimentale	7,0	76%	6,2	98%
Chirurgia toracica			6,7	4%
Ematologia	15,6	82%	16,9	87%
Ematologia C.T.M.O.	22,5	67%	29,8	78%
Medicina Nucleare	3,9	56%	3,9	52%
Neurochirurgia				
Oncologia Chirurgica	5,6	65%	5,3	65%
Oncologia Ginecologica	9,3	46%	6,8	58%
Oncologia Medica 1^	16,0	84%	14,2	76%
Oncologia Medica 2^	11,9	91%	12,4	92%
Oncologia Medica 3^	9,0	80%	9,1	85%
Radioterapia	35,0	93%	29,7	86%
Terapia Antalgica	4,1	37%	4,9	75%
Totale complessivo	11,1	75%	10,7	73%

Descrizione reparto dimissione	2007		2008	
	IR	Turn Over	IR	Turn Over
Anestesia e Rianimazione	8,7	18,7	11,5	6,9
Chirurgia Sperimentale	39,5	2,2	57,6	0,1
Chirurgia Toracica			2,1	169,6
Ematologia	19,3	3,4	18,8	2,6
Ematologia C.T.M.O.	10,9	11,1	9,5	8,6
Medicina Nucleare	52,6	3,0	48,2	3,6
Neurochirurgia		-16,3		
Oncologia Chirurgica	42,3	3,0	44,6	2,9
Oncologia Ginecologica	18,1	10,9	30,8	5,0
Oncologia Medica 1^	19,1	3,1	19,5	4,5
Oncologia Medica 2^	27,9	1,2	27,0	1,1
Oncologia Medica 3^	32,4	2,3	34,1	1,6
Radioterapia	9,7	2,5	10,6	4,9
Terapia Antalgica	33,3	6,9	55,0	1,7
Totale complessivo	24,6	3,7	24,8	4,0

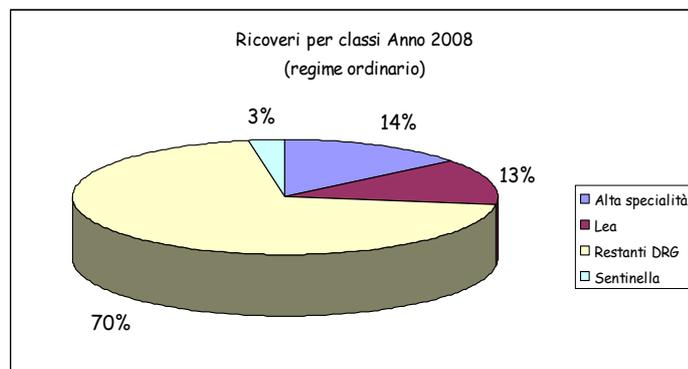
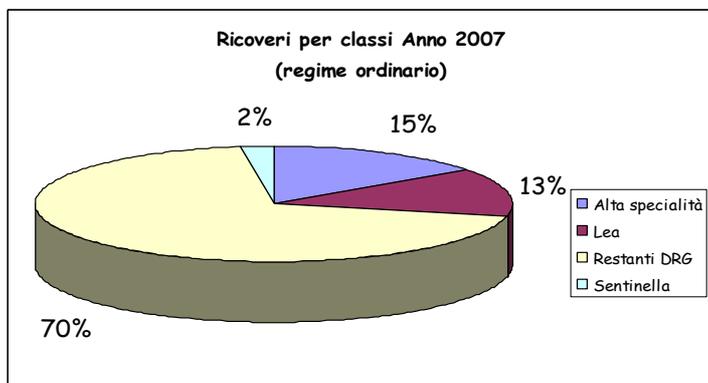
- **DM (degenza media):** esprime il numero medio di giorni di permanenza in ospedale di un ricoverato. Risulta definito dal rapporto fra giornate di degenza e casi di ricovero. Tale indicatore tiene conto anche dei trasferimenti interni.
- **TOC (tasso di occupazione):** corrisponde alla percentuale 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

Nell'anno 2008 la percentuale di Drg Lea e di Deg Sentinella è rimasta praticamente invariata. Le degenze medie di entrambe le classi di ricoveri considerate hanno invece subito un lieve decremento.

Descrizione reparto dimissione	2007				2008			
	% Lea	% Sentinella	Degenza media Lea	Degenza media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Degenza media Lea	Degenza media Sentinella
Anestesia e Rianimazione	0,0%	6,2%		3,0	0,0%	11,6%		2,6
Chirurgia Sperimentale	3,9%	0,8%	2,9	4,7	6,7%	1,0%	4,1	5,5
Chirurgia Toracica					3,4%	0,0%	2,0	
Ematologia	4,2%	2,9%	16,3	16,0	3,7%	6,9%	12,2	15,5
Ematologia C.T.M.O.	0,0%	0,0%			5,3%	0,0%	1,8	
Medicina Nucleare	87,7%	0,2%	3,9	0,0	89,6%	0,0%	3,7	
Neurochirurgia	0,0%	0,0%						
Oncologia Chirurgica	8,4%	0,7%	3,5	3,9	4,8%	0,8%	3,7	2,9
Oncologia Ginecologica	4,5%	0,7%	5,5	2,5	2,9%	0,0%	0,9	
Oncologia Medica 1^	8,9%	3,9%	13,8	24,7	5,3%	4,9%	10,2	11,3
Oncologia Medica 2^	2,0%	3,9%	4,7	9,8	1,0%	5,3%	4,3	10,0
Oncologia Medica 3^	1,8%	5,2%	12,3	11,3	2,3%	7,3%	7,1	10,1
Radioterapia	0,7%	0,0%	1,5		0,0%	0,0%		
Terapia Antalgica	17,2%	13,1%	2,6	3,8	19,1%	7,3%	4,5	3,5
Totale complessivo	13,2%	2,3%	4,7	10,4	13,2%	2,9%	4,1	9,8

La percentuale dei “Restanti Drg” si attesta anche per il 2008 al 70% mentre i Drg “Alta specialità” decrescono di un punto percentuale.



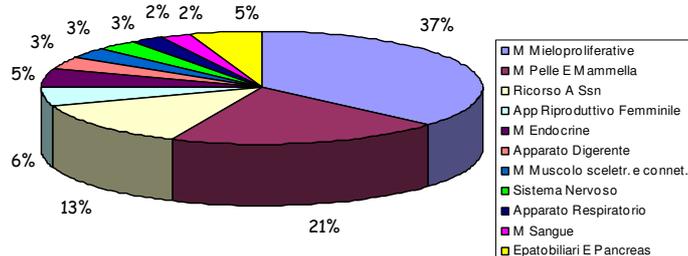
- **% totale DRG Lea sul totale dei dimessi:** rappresenta un indicatore di appropriatezza definito rapportando i dimessi con DRG “LEA” sul totale dei dimessi. Il D.P.C.M. del 29 novembre 2001 (sui livelli essenziali di assistenza) individua, infatti, all'allegato 2 C, n. 43 DRG potenzialmente a rischio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

Gli MDC: I gruppi di diagnostici principali (MDC, Major Diagnostic Category) sono i gruppi di diagnosi che formano la struttura del sistema di classificazione DRG. Le MDC sono costruite per fornire ai DRG una struttura che dia significatività e coerenza clinica, e rispondono a criteri anatomici, eziologici e di specialità clinica simili a quelli che caratterizzano i settori diagnostici della classificazione internazionale ICD-9. L'assegnazione di un caso ad una specifica MDC avviene in base alla diagnosi principale di dimissione e rappresenta la prima fase del processo di attribuzione del DRG

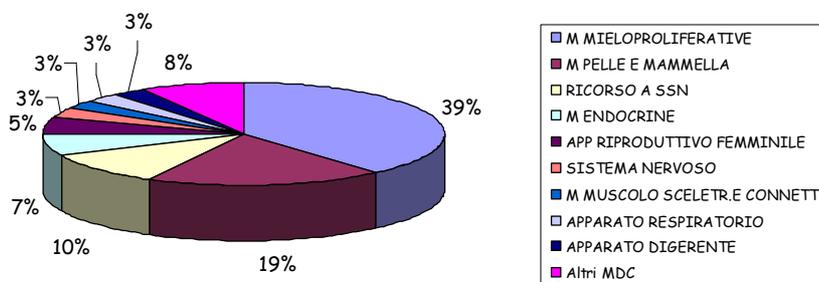
Descrizione MDC	Ricoveri ordinari Anno 2007	Ricoveri ordinari Anno 2008
M MIELOPROLIFERATIVE	1.344	1.383
M PELLE E MAMMELLA	814	801
M ENDOCRINE	595	686
APP RIPRODUTTIVO FEMMINILE	331	275
APPARATO RESPIRATORIO	176	213
EPATOBILIARI E PANCREAS	152	141
APPARATO DIGERENTE	172	138
SISTEMA NERVOSO	144	121
M MUSCOLO SCELETRICO E CONNETTIVO	134	115
Altri MDC	349	340
Totale complessivo	4.211	4.213

Descrizione MDC	Ricoveri DH/DS Anno 2007	Ricoveri DH/DS Anno 2008
M MIELOPROLIFERATIVE	2.996	2.554
M PELLE E MAMMELLA	1.589	1.155
RICORSO A SSN	1.501	986
APP RIPRODUTTIVO FEMMINILE	341	277
SISTEMA NERVOSO	217	193
M MUSCOLO SCELETRICO E CONNETTIVO	254	169
M SANGUE	141	145
APPARATO DIGERENTE	223	143
M ORECCHIO, BOCCA, NASO E GOLA	108	99
Altri MDC	320	248
Totale complessivo	7.690	5.969

Ricoveri totali per MDC Anno 2007



Ricoveri totali per MDC Anno 2008

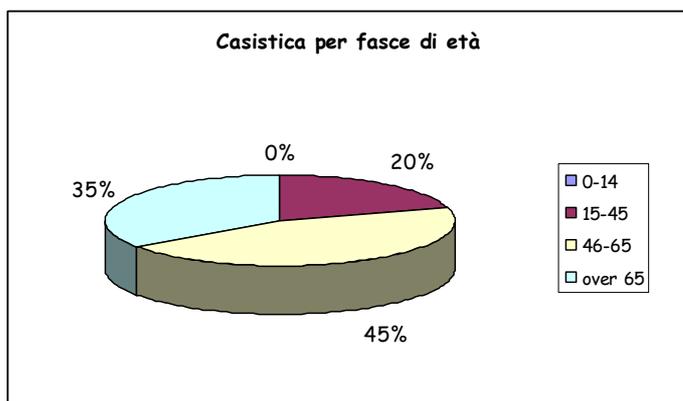
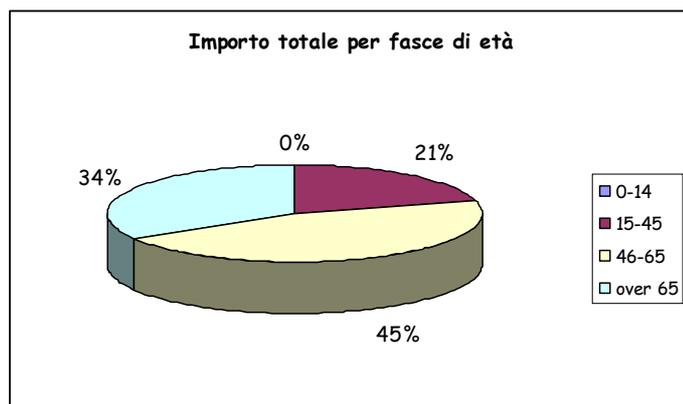


Distribuzione dei ricoveri per fasce di età

Come si evince dalla tabella sottostante risulta che il maggior numero dei casi trattati nel presidio ospedaliero sono compresi nella fascia di età tra i 46 e i 65 anni. Inoltre tale fascia di età assorbe circa il 45% dell'importo totale delle degenze.

Fasce di età	N. casi	Importo degenza	Importo medio degenza	Peso medio
0-14	6	5.839	973	0,70
15-45	2.056	5.475.885	2.663	1,08
46-65	4.589	11.904.435	2.594	1,05
over 65	3.531	8.778.440	2.486	1,03
Totale complessivo	10.182	26.164.599	2.570	1,05

I ricoveri relativi alla fascia di età dei pazienti dai 15 e i 45 anni presentano un peso medio e un importo medio superiore alle casistiche relative alle altre fasce di età.



La prima tabella mostra come una percentuale pari al 35% dei ricoveri si riferisca ai pazienti appartenenti alla fascia di età degli over 65. Un'analisi di questo tipo deve sempre tener conto della popolazione di riferimento; una percentuale di ricoveri pari al 35%, su pazienti over 65 su una popolazione provinciale di tale età pari al 16%, rappresenta sicuramente un valore molto significativo .

Fasce di età	Popolazione al 01/01/2008*	%
0-14	69.543	12,5%
15-45	248.966	44,6%
46-65	149.860	26,9%
OVER 65	89.310	16,0%
Totale complessivo	557.679	100,0%

* Fonte dati ISTAT

P.O. "Marino"

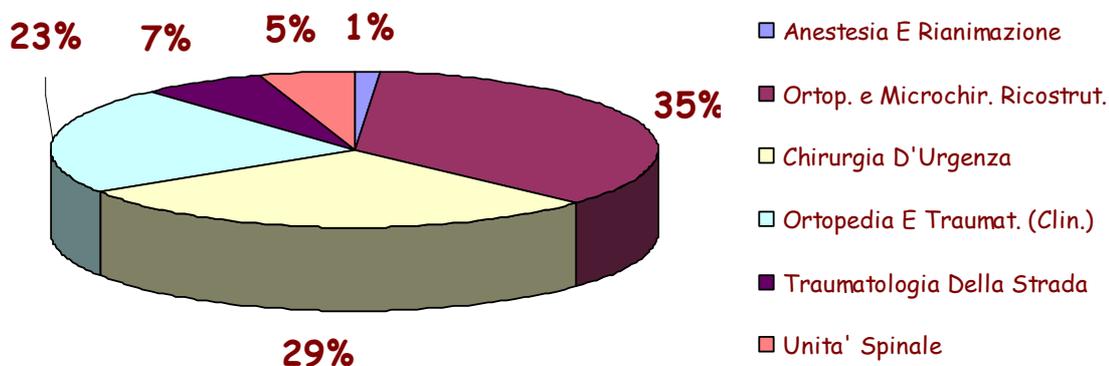
Dati strutturali

Descrizione reparto dimissione	2007						2008					
	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.
Anestesia E Rianimazione	4	57	1.435				7	70	1.541			
Chirurgia Della Mano	13	857	3.430	1	26	26						
Ortopedia E Traumatologia	35	970	8.307	1	169	169	38	1.752	11.945	2	210	210
Chirurgia D'Urgenza	29	1.397	7.460	1	141	141	28	1.463	8.074	1	120	120
Ortopedia E Traumatologia (Clinica)	41	1.096	8.921	1	185	185	36	1.077	9.327	1	170	170
Traumatologia Della Strada	14,2	394	4.706				11	367	4.669			
Unita' Spinale	14	209	4.953	1	11	45	14	260	5.019	1	8	67
Totale	150	4.980	39.212	5	532	566	134	4.989	40.575	5	508	567

Il numero di ricoveri ordinari del P.O. Marino è rimasto sostanzialmente invariato tra l'anno 2007 e l'anno 2008. Si registra invece una crescita del 3.4% delle giornate di degenza. Rimangono invariati gli accessi in DH/DS a fronte di una riduzione del 4.5% dei relativi ricoveri.

* Le giornate di degenza riportate nella tabella sopra rappresentano le giornate realmente effettuate all'interno dei reparti. Ciò significa che per il loro calcolo si è tenuto conto dei trasferimenti interni tra reparti.

Ricoveri totali Anno 2008

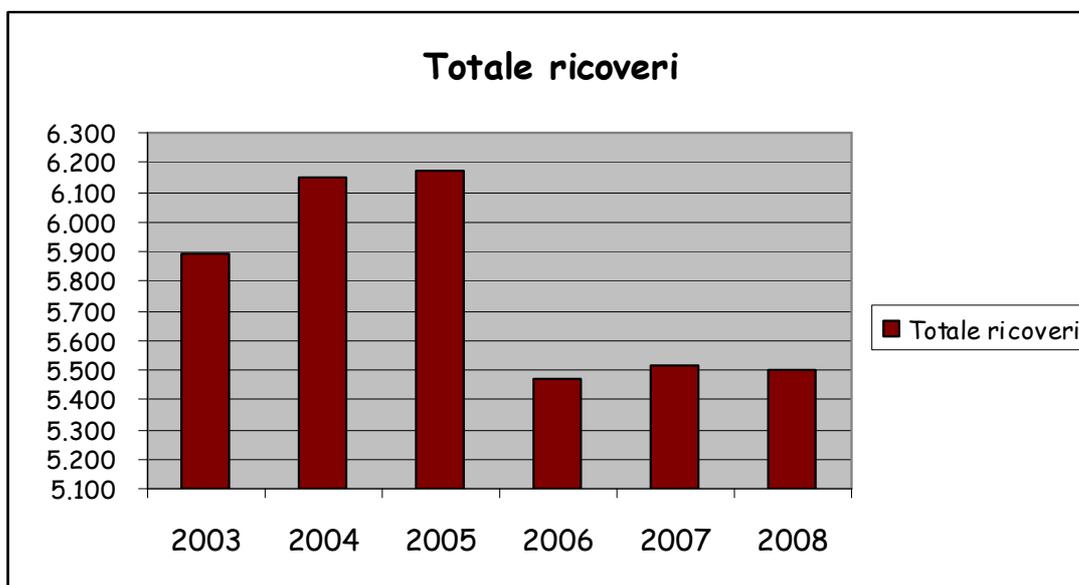


Andamento ricoveri ordinari

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
Anestesia E Rianimazione	35	60	71,4%	47	-21,7%	49	-4,3%	57	16,3%	70	22,8%
Chirurgia Della Mano	847	906	7,0%	927	2,3%	796	-14,1%	857	7,7%		
Ortopedia E Traumatologia	1.056	1.005	-4,8%	1.001	-0,4%	997	0,4%	970	-2,7%	1.752	-4,1%
Chirurgia D'Urgenza	1.223	1.432	17,1%	1.454	1,5%	1.492	-2,6%	1.397	-6,4%	1.463	4,7%
Ortopedia E Traumatologia (Clinica)	1.163	1.022	-12,1%	1.006	-1,6%	1.090	-8,3%	1.096	0,6%	1.077	-1,7%
Traumatologia Della Strada	465	492	5,8%	461	-6,3%	414	10,2%	394	-4,8%	367	-6,9%
Unita' Spinale	250	287	14,8%	286	-0,3%	174	39,2%	209	20,1%	260	24,4%
Totale	5.039	5.204	3,3%	5.182	-0,4%	5.012	3,3%	4.980	-0,6%	4.989	0,2%

Andamento ricoveri DH/DS

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
Chirurgia Della Mano	354	334	-5,6%	343	2,7%	100	-70,8%	26	-74,0%		
Ortopedia E Traumatologia	165	202	22,4%	205	1,5%	105	-48,8%	169	61,0%	210	7,7%
Chirurgia D'Urgenza	152	130	-14,5%	196	50,8%	97	-50,5%	141	45,4%	120	-14,9%
Ortopedia E Traumatologia (Clinica)	182	267	46,7%	229	-14,2%	145	-36,7%	185	27,6%	170	-8,1%
Unita' Spinale		13		20	53,8%	12	-40,0%	11	-8,3%	8	-27,3%
Totale	855	946	10,6%	993	5,0%	459	-53,8%	532	15,9%	508	-4,5%



Indicatori di efficienza

Descrizione reparto dimissione	2007		2008	
	DM	TOC	DM	TOC
Anestesia E Rianimazione	25,2	56%	22,0	60%
Chirurgia Della Mano	4,0	72%		
Ortopedia E Traumatologia	8,6	65%	6,8	86%
Chirurgia D'Urgenza	5,3	73%	5,5	79%
Ortopedia E Traumatologia (Clinica)	8,1	68%	8,7	71%
Traumatologia Della Strada	11,9	117%	12,7	116%
Unita' Spinale	23,7	97%	19,3	98%
Totale	7,9	75%	8,1	83%

Il maggior incremento delle giornate di degenza rispetto al numero dei ricoveri ha portato nel corso dell'anno 2008 un leggero incremento della degenza media. Il tasso di occupazione, beneficiando di un più efficiente utilizzo delle risorse strutturali, ha subito un notevole incremento in tutti i reparti del presidio ospedaliero.

Descrizione reparto dimissione	2007		2008	
	IR	Turn Over	IR	Turn Over
Anestesia E Rianimazione	14,3	0,4	10,0	14,5
Chirurgia Della Mano	65,9	1,5		
Ortopedia E Traumatologia	27,7	4,6	46,1	1,1
Chirurgia D'Urgenza	48,2	2,2	52,3	1,5
Ortopedia E Traumatologia (Clinica)	26,7	5,5	29,9	3,5
Traumatologia Della Strada	27,8	1,2	33,4	1,8
Unita' Spinale	14,9	0,8	18,6	0,4
Totale	33,2	3,1	37,2	1,7

Dalla tabella sopra emerge che circa cinque pazienti in più all'anno transitano per i letti del presidio ospedaliero, a conferma di ciò l'indice di turn over diminuisce.

- **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.

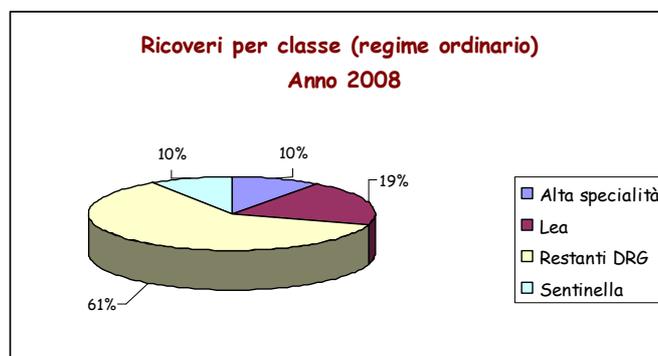
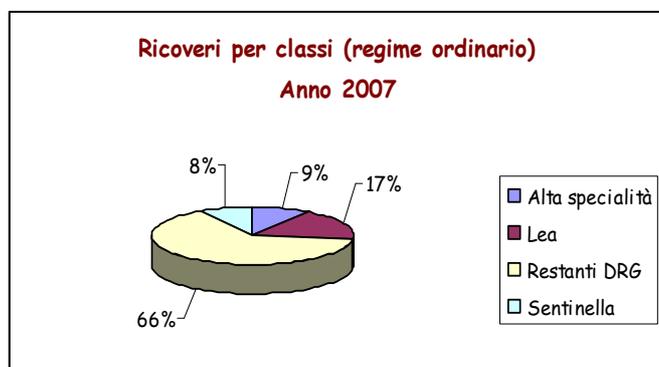
Indicatori di appropriatezza

Descrizione reparto dimissione	2007				2008			
	% Lea	% Sentinella	Deg. Media Lea	Deg. Media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Deg. Media Lea	Deg. Media Sentinella
Anestesia E Rianimazione	0%	9%		3,8	0%	10%		6,0
Chirurgia Della Mano	4%	5%	2,8	4,8				
Ortopedia E Traumatologia	15%	3%	6,5	5,6	13%	5%	5,5	4,4
Chirurgia D'Urgenza	31%	20%	3,4	4,4	32%	22%	3,3	4,3
Ortopedia E Traumatologia (Clinica)	16%	4%	5,6	6,2	21%	5%	5,0	5,9
Traumatologia Della Strada	16%	2%	8,7	5,5	13%	2%	8,1	9,6
Unita' Spinale	1%	3%	9,5	6,5	2%	3%	4,2	23,6
Totale	17%	8%	4,7	4,8	19%	10%	4,5	4,9

L'appropriatezza clinica dei ricoveri effettuati evidenzia un tendenziale peggioramento rispetto all'anno precedente.

Il presidio incrementa da un anno all'altro il numero di ricoveri Lea ma la degenza media di tale ricoveri diminuisce se pur di poco; si registra invece un leggero incremento della degenza media dei Drg Sentinella.

La quota di prestazioni ad alta specialità subisce un incremento di un punto percentuale rispetto all'anno 2007.



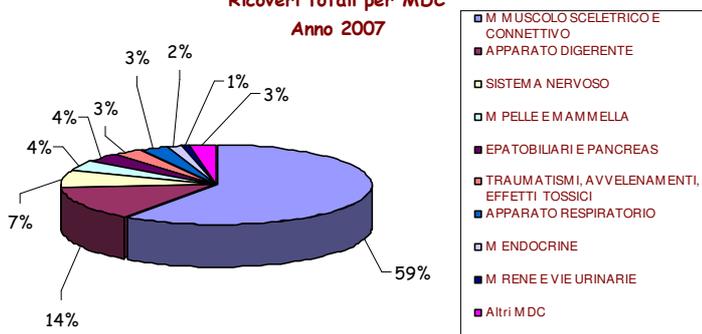
- **% totale DRG Lea sul totale dei dimessi:** rappresenta un indicatore di appropriatezza definito rapportando i dimessi con DRG "LEA" sul totale dei dimessi. Il D.P.C.M. del 29 novembre 2001 (sui livelli essenziali di assistenza) individua, infatti, all'allegato 2 C, n. 43 DRG potenzialmente a rischio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

Gli MDC: I gruppi di diagnostici principali (MDC, Major Diagnostic Category) sono i gruppi di diagnosi che formano la struttura del sistema di classificazione DRG. Le MDC sono costruite per fornire ai DRG una struttura che dia significatività e coerenza clinica, e rispondono a criteri anatomici, eziologici e di specialità clinica simili a quelli che caratterizzano i settori diagnostici della classificazione internazionale ICD-9. L'assegnazione di un caso ad una specifica MDC avviene in base alla diagnosi principale di dimissione e rappresenta la prima fase del processo di attribuzione del DRG

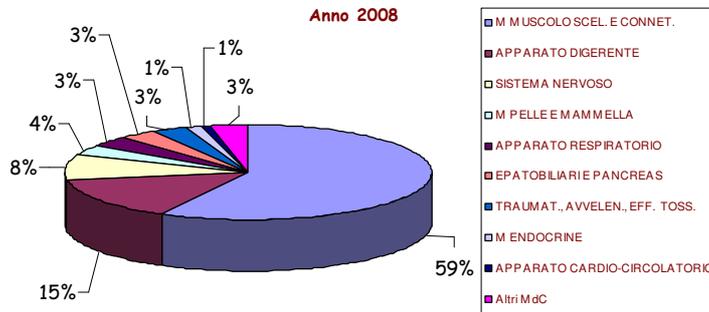
DESC Mdc	Ric. Ordinari Anno 2007	Ric. Ordinari Anno 2008
M MUSCOLO SCELETRICO E CONNETTIVO	2989	2827
APPARATO DIGERENTE	678	739
SISTEMA NERVOSO	357	440
APPARATO RESPIRATORIO	154	191
EPATOBILIARI E PANCREAS	205	190
TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI, EFFETTI TOSSICI	177	165
M PELLE E MAMMELLA	161	152
M ENDOCRINE	81	69
APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO	45	42
M RENE E VIE URINARIE	40	34
Altri MDC	93	140
Totale	4980	4989

DESC Mdc	Ric. DH/DS Anno 2007	Ric. DH/DS Anno 2008
M MUSCOLO SCELETRICO E CONNETTIVO	319	350
APPARATO DIGERENTE	77	73
M PELLE E MAMMELLA	40	48
SISTEMA NERVOSO	54	18
M ENDOCRINE	22	8
M MIELOPROLIFERATIVE	0	3
APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO	6	3
TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI, EFFETTI TOSSICI	6	2
RICORSO A SSN	0	2
APP RIPRODUTTIVO MASCHILE	1	1
Altri MDC	7	
Totale complessivo	532	508

Ricoveri totali per MDC Anno 2007



Totale ricoveri per Mdc Anno 2008

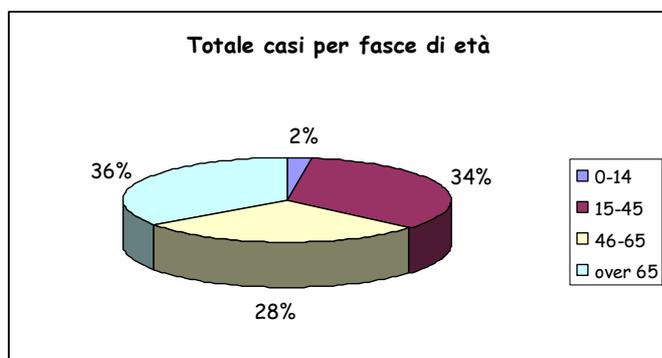
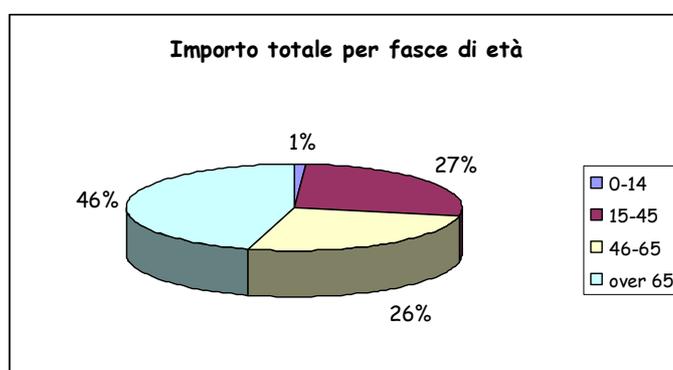


Distribuzione dei ricoveri per fasce di età

La tendenza relativamente all'evoluzione delle situazioni demografiche riferite alla popolazione sarda confermano la presenza di un intenso processo di invecchiamento destinato ad accentuarsi nel corso dei prossimi decenni. In tale prospettiva appare quindi utile fornire qualche dato relativo alla casistica per età dei ricoveri del P.O. Marino.

Fasce di età	N.casi	Importo degenza	Importo medio degenza	Peso medio
0-14	133	210.360	1.582	0,73
15-45	1.878	4.893.070	2.605	1,02
46-65	1.555	4.812.710	3.095	1,19
over 65	1.931	8.315.174	4.306	1,53
Totale complessivo	5.497	18.231.314	3.317	1,24

La fascia di età dei pazienti over 65 presenta un importo medio e un peso medio superiore alle altre fasce. Tale fenomeno è sicuramente dovuto alle maggiori complicazioni (in termini di patologie correlate e non presenti) che spesso un paziente anziano può presentare.



La prima tabella mostra come il maggior numero dei ricoveri si riferisca alla fascia di età degli over 65. Tale fascia è però tra quelle meno ampie in termini di popolazione presente nella provincia di Cagliari (16%). Un'analisi di questo tipo deve sempre tener conto della popolazione di riferimento; una percentuale di ricoveri pari al 36%, su pazienti over 65 su una popolazione provinciale di tale età pari al 16%,

Fasce di età	Popolazione al 01/01/2008*	%
0-14	69.543	12,5%
15-45	248.966	44,6%
46-65	149.860	26,9%
OVER 65	89.310	16,0%
Totale complessivo	557.679	100,0%

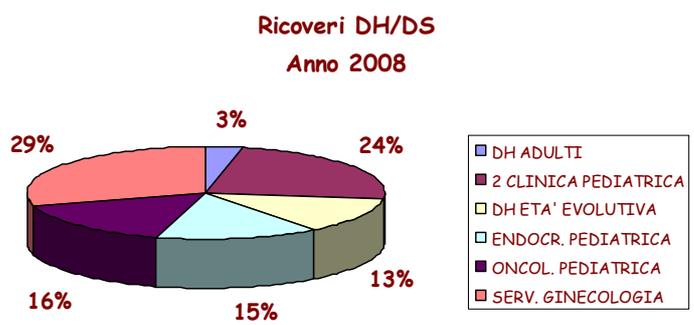
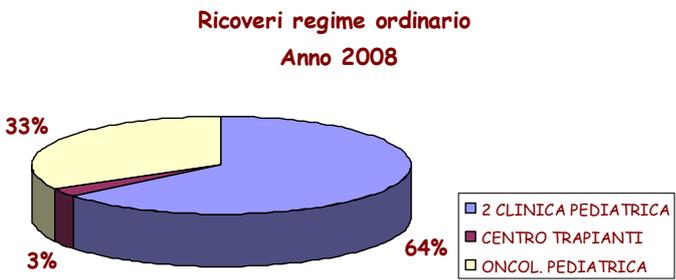
Dati strutturali

Descrizione reparto dimissione	2007						2008					
	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.
2 CLINICA PEDIATRICA	12	501	2.787	4	993	2.073	13	481	2.538	4	794	1.659
CENTRO TRAPIANTI	4	35	1.021				4	20	732			
ONCOLOGIA PEDIATRICA	5	239	1.584	3	529	2.608	5	248	1.678	3	530	2.533
DH ADULTI				5	167	2.493				5	109	2.340
DH ETA' EVOLUTIVA				12	569	6.887				12	422	6.769
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA				1	647	701				1	497	527
SERVIZIO DI GINECOLOGIA				2	913	1.164				2	988	1.227
Totale	21	775	5.392	27	3.818	15.926	22	749	4.948	27	3.340	15.055

Nell'anno 2008 si è verificata un decremento dei ricoveri totali del presidio (- 11% rispetto al 2007). Tale andamento è dovuto principalmente alla diminuzione dei casi trattati in regime diurno.

* Le giornate di degenza riportate nella tabella sopra rappresentano le giornate realmente effettuate all'interno dei reparti. Ciò significa che per il loro calcolo si è tenuto conto dei trasferimenti interni tra reparti.

** Il numero dei casi si riferisce al reparto che ha effettuato la

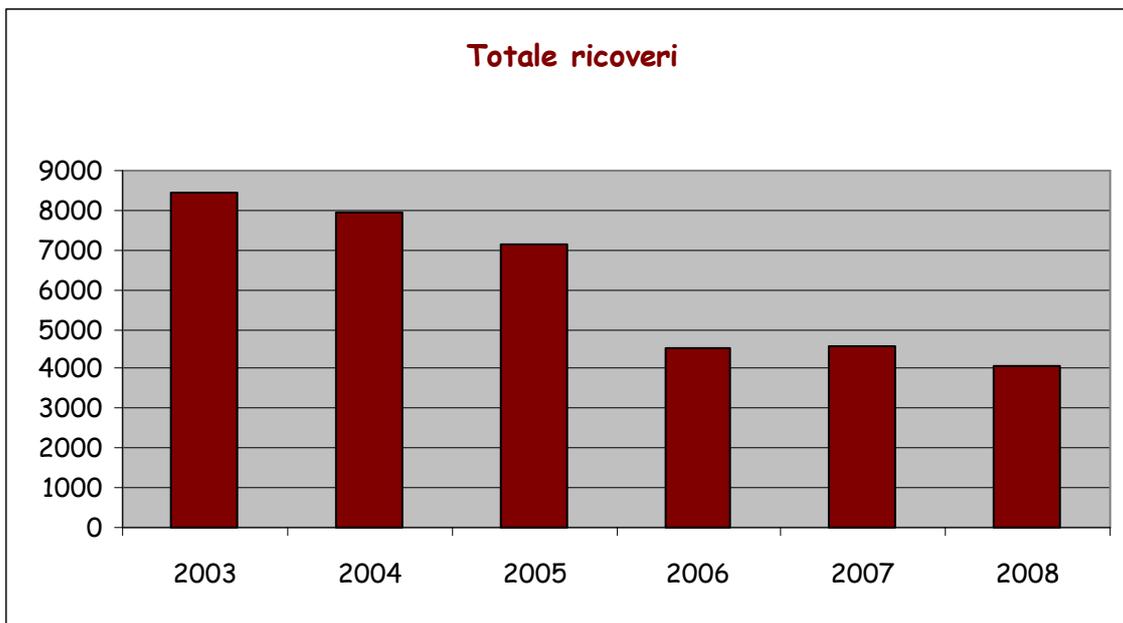


Andamento ricoveri ordinari

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
2 CLINICA PEDIATRICA	635	593	-6,6%	556	-6,2%	523	-5,9%	501	-4,2%	481	-4,0%
CENTRO TRAPIANTI	20	17	-15,0%	11	-35,3%	17	54,5%	35	105,9%	20	-42,9%
ONCOLOGIA PEDIATRICA	154	167	8,4%	214	28,1%	225	5,1%	239	6,2%	248	3,8%
Totale	809	777	-4,0%	781	0,5%	765	-2,0%	775	1,3%	749	-3,4%

Andamento ricoveri DH/DS

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
2 CLINICA PEDIATRICA	4.369	4.142	-5,2%	1.335	-67,8%	903	-32,4%	993	10,0%	794	-20,0%
CENTRO TRAPIANTI											
ONCOLOGIA PEDIATRICA	826	730	-11,6%	738	1,1%	495	-32,9%	529	6,9%	530	0,2%
DH ADULTI	673	554	-17,7%	537	-3,1%	185	-65,5%	167	-9,7%	109	-34,7%
DH ETA' EVOLUTIVA				2.151		614	-71,5%	569	-7,3%	422	-25,8%
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	927	778	-16,1%	602	-22,6%	755	25,4%	647	-14,3%	497	-23,2%
SERVIZIO DI GINECOLOGIA	850	960	12,9%	972	1,3%	792	-18,5%	913	15,3%	988	8,2%
Totale	7.645	7.164	-6,3%	6.335	-11,6%	3.744	-40,9%	3.818	2,0%	3.340	-12,5%



Indicatori di efficienza

Descrizione reparto dimissione	2007		2008	
	DM	TOC	DM	TOC
2 CLINICA PEDIATRICA	5,56	61,9%	5,28	53,5%
CENTRO TRAPIANTI	29,17	69,9%	36,60	50,1%
ONCOLOGIA PEDIATRICA	6,63	86,8%	6,77	91,9%
Totale	6,96	69,3%	6,61	61,6%

Il tasso di occupazione dei posti letto è diminuito in tutti i reparto con eccezione dell'Oncoematologia pediatrica. La degenza media Centro Trapianti ha subito un forte incremento. Tale incremento è principalmente dovuto a un aumento della degenza per i casi di trapianto di midollo osseo.

Descrizione reparto dimissione	2007		2008	
	IR	Turn Over	IR	Turn Over
2 CLINICA PEDIATRICA	38,5	3,9	37,0	4,6
CENTRO TRAPIANTI	8,8	12,5	5,0	36,4
ONCOLOGIA PEDIATRICA	47,8	1,0	49,6	0,6
Totale	35,2	3,4	34,0	4,1

La tabella sopra mostra un lieve decremento dell'indice di rotazione dei pazienti per posto letto; l'indice di turn over cresce di quasi un punto.

- **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.

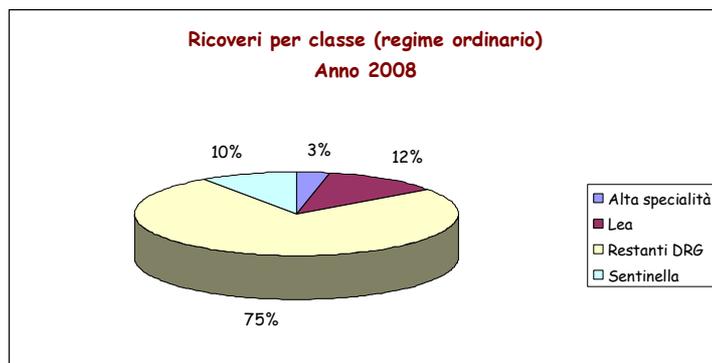
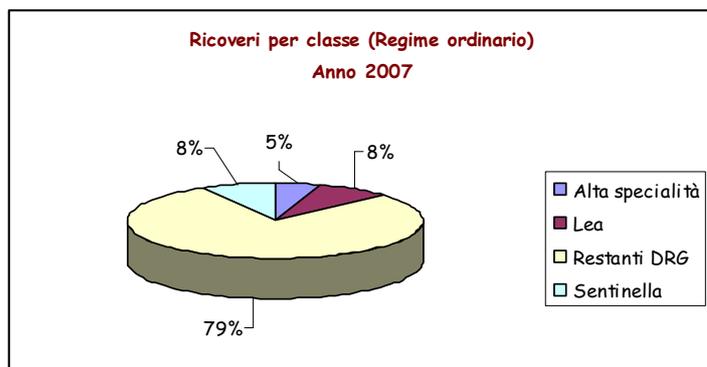
Indicatori di appropriatezza

Descrizione reparto dimissione	2007				2008			
	% Lea	% Sentinella	Degenza media Lea	Degenza media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Degenza media Lea	Degenza media Sentinella
2 ^a CLINICA PEDIATRICA	12,2%	12,0%	2,46	5,88	17,3%	13,5%	2,94	6,14
CENTRO TRAPIANTI	2,9%	0,0%	2,00		0,0%	0,0%		
ONCOLOGIA PEDIATRICA	0,8%	1,3%	5,50	12,00	2,0%	2,8%	6,20	7,57
Totale	8,3%	8,1%	2,55	6,17	11,7%	9,6%	3,13	6,28

L'appropriatezza clinica dei ricoveri effettuati evidenzia un peggioramento rispetto all'anno precedente.

Il presidio aumenta da un anno all'altro il numero di ricoveri Lea e la degenza media degli stessi; aumenta anche il numero di Drg Sentinella e la relativa degenza media.

Sono inoltre diminuiti di due punti percentuali i DRG ad Alta specialità e di quattro punti percentuali i Restanti 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 inappropriata organizzativa in regime di ricovero ordinario:
- **% totale DRG Sentinella sul totale dei dimessi:** rappresentano casi frequentemente caratterizzati da pratiche di ricovero opportunistiche.

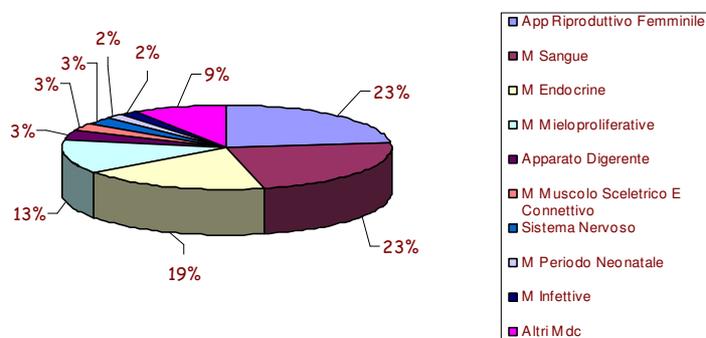
Gli MDC: I gruppi di diagnostici principali (MDC, Major Diagnostic Category) sono i gruppi di diagnosi che formano la struttura del sistema di classificazione DRG. Le MDC sono costruite per fornire ai DRG una struttura che dia significatività e coerenza clinica, e rispondono a criteri

anatomici, eziologici e di specialità clinica simili a quelli che caratterizzano i settori diagnostici della classificazione internazionale ICD-9. L'assegnazione di un caso ad una specifica MDC avviene in base alla diagnosi principale di dimissione e rappresenta la prima fase del processo di attribuzione del DRG

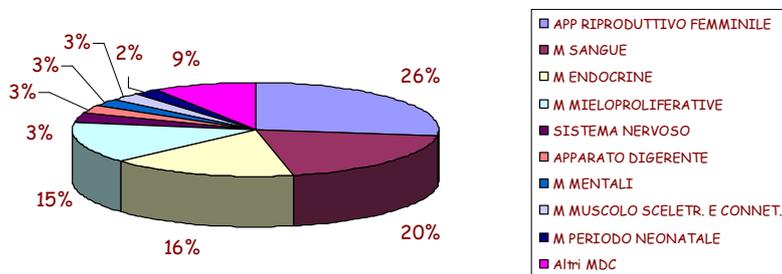
DESCRIZIONE MDC	Ricoveri ordinari Anno 2007	Ricoveri ordinari Anno 2008
M MIELOPROLIFERATIVE	173	174
APPARATO DIGERENTE	64	87
M SANGUE	95	84
M INFETTIVE	62	67
M ENDOCRINE	86	63
M MUSCOLO SCELETRICO E CONNETTIVO	48	43
APPARATO RESPIRATORIO	54	38
SISTEMA NERVOSO	39	36
M MENTALI	6	30
Altri MDC	148	127
Totale complessivo	775	749

DESCRIZIONE MDC	Ricoveri dh/ds Anno 2007	Ricoveri dh/ds Anno 2008
APP RIPRODUTTIVO FEMMINILE	1066	1096
M SANGUE	961	721
M ENDOCRINE	773	606
M MIELOPROLIFERATIVE	426	427
SISTEMA NERVOSO	79	82
M MENTALI	50	80
M PERIODO NEONATALE	84	77
M MUSCOLO SCELETRICO E CONNETTIVO	95	65
M RENE E VIE URINARIE	39	44
APPARATO DIGERENTE	92	30
Altri MDC	153	112
Totale complessivo	3818	3340

Ricoveri totali per MDC Anno 2007



Ricoveri totali per MDC Anno 2007

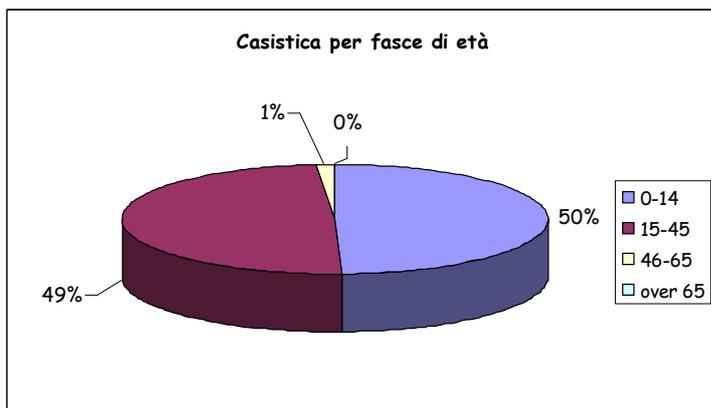


Distribuzione dei ricoveri per fasce di età

Vista la particolarità, in termini di fasce di età, dell'utenza seguita al Microcitemico appare utile fornire qualche dato relativo alla casistica per età dei ricoveri.

Fasce di età	N. casi	Importo degenza	Importo medio degenza	Peso medio
0-14	2.026	3.688.483	1.821	0,72
15-45	2.009	4.474.114	2.227	0,80
46-65	49	77.434	1.580	0,88
over 65	5	7.849	1.570	1,04
Totale	4.089	8.247.881	2.017	0,76

La fascia di età dei pazienti 15-45 anni presenta un importo medio superiore alle altre fasce. I principali ricoveri per pazienti compresi in questa fascia vengono fatti per interventi su utero e annessi non per neoplasie e per anomalie dei globuli rossi.



La prima tabella mostra come il maggior numero dei ricoveri si riferisca alla fascia di età compresa tra i 15 e 45 anni. Tale fascia è però anche quella più ampia in termini di popolazione presente nella provincia di Cagliari (44.6%).

Fasce di età	Popolazione al 01/01/2008*	%
0-14	69.543	12,5%
15-45	248.966	44,6%
46-65	149.860	26,9%
OVER 65	89.310	16,0%
Totale complessivo	557.679	100,0%

* Fonte dati ISTAT

P.O. "San Giuseppe"

Dati strutturali

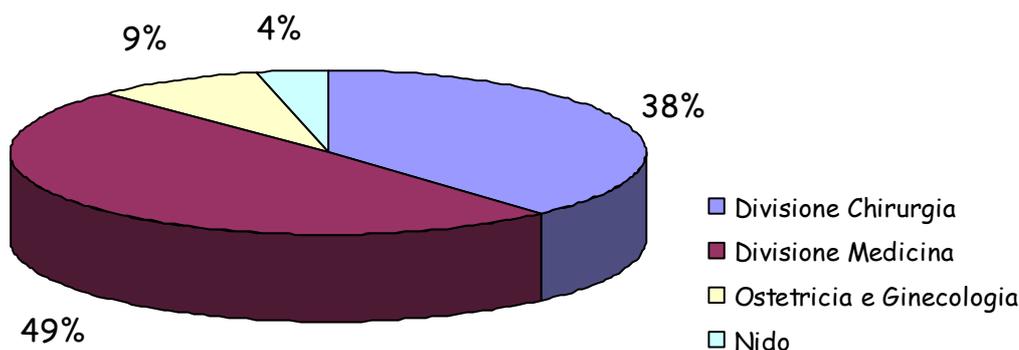
Descrizione reparto dimissione	2007						2008					
	Posti letto R.O.	n. casi R.O.**	gg degenza R.O.*	Posti letto D.H./D.S.	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.	Posti letto R.O.	n. casi R.O.**	gg degenza R.O.*	Posti letto D.H./D.S.	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.
Divisione Chirurgia	16	637	3.993	4	585	645	16	544	3.482	4	321	373
Divisione Medicina	32	1052	8.037	1	64	292	25	1044	7.635	1	72	246
Divisione Ostetricia e Ginecologia	9	180	577	1	26	26	9	165	523	1	29	29
Nido	5	75	236	-			5	79	270			
Totale complessivo	62	1.944	12.843	6	675	963	55	1.832	11.910	6	422	648

Nell'anno 2008 si è verificata un decremento dei ricoveri totali del presidio (- 14% rispetto al 2007). Tale andamento è dovuto principalmente a una consistente diminuzione dell'attività diurna, dell'ospedale.

* Le giornate di degenza riportate nella tabella sopra rappresentano le giornate realmente effettuate all'interno dei reparti. Ciò significa che per il loro calcolo si è tenuto conto dei trasferimenti interni tra reparti.

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

Ricoveri totali Anno 2008

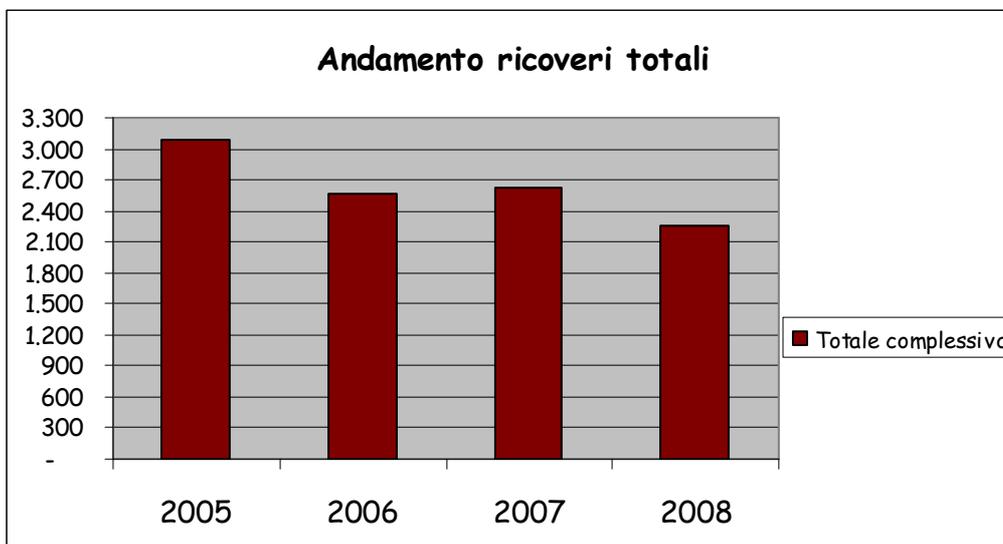


Andamento ricoveri ordinari

Descrizione reparto dimissione	2005	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
Divisione Chirurgia	597	525	-12,1%	637	21,3%	544	-14,6%
Divisione Medicina	1.105	965	-12,7%	1052	9,0%	1.044	-0,8%
Ostetricia e Ginecologia	313	297	-5,1%	180	-39,4%	165	-8,3%
Nido	154	142	-7,8%	75	-47,2%	79	5,3%
Totale complessivo	2.169	1.929	-11,1%	1.944	0,8%	1.832	-5,8%

Andamento ricoveri DH/DS

Descrizione reparto dimissione	2005	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
Divisione Chirurgia	783	573	-26,8%	585	2,1%	321	-45,1%
Divisione Medicina	81	31	-61,7%	64	106,5%	72	12,5%
Ostetricia e Ginecologia	59	34	-42,4%	26	-23,5%	29	11,5%
Totale complessivo	923	638	-30,9%	675	5,8%	422	-37,5%



Indicatori di efficienza

Descrizione reparto dimissione	2007		2008	
	DM	TOC	DM	TOC
DIVISIONE CHIRURGIA	6,3	68,4%	6,4	59,6%
DIVISIONE MEDICINA	7,6	68,8%	7,3	83,7%
DIVISIONE OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3,2	17,6%	3,2	15,9%
NIDO	3,1	12,9%	3,4	14,8%
Totale complessivo	6,6	56,8%	6,5	59,3%

La degenza media del Presidio Ospedaliero ha subito una lieve diminuzione. Il peggioramento dell'indice è dovuto a un non efficiente utilizzo delle risorse strutturali e in particolare dei posti letto.

Descrizione reparto dimissione	2007		2008	
	IR	Turn Over	IR	Turn Over
DIVISIONE CHIRURGIA	39,8	2,9	34,0	4,3
DIVISIONE MEDICINA	32,9	3,5	41,8	1,4
DIVISIONE OSTETRICIA E GINECOLOGIA	20,0	15,0	18,3	16,7
NIDO	15,0	21,2	15,8	19,7
Totale complessivo	31,4	5,0	33,3	4,5

Dalla tabella sopra emerge che circa un miglioramento degli indici di rotazione della Divisione Medicina a conferma di ciò diminuiscono anche il rispettivo indice di turn over. La Divisione ostetricia e Ginecologia e la Divisione Chirurgia presentano invece un Indice di Rotazione e un Turn Over in peggioramento a causa del sovradimensionamento dei posti letto

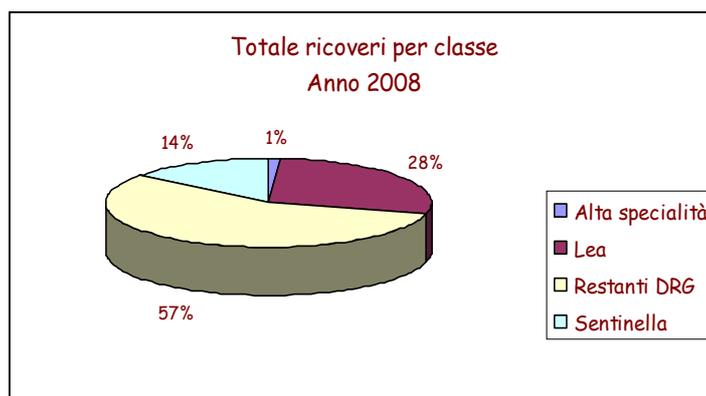
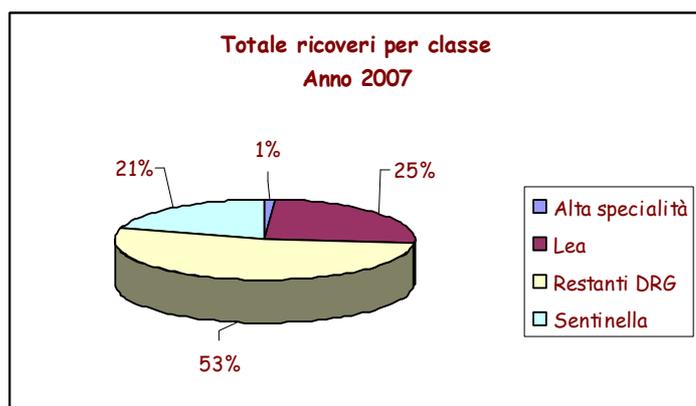
- **DM (degenza media):** esprime il numero medio di giorni di permanenza in ospedale di un ricoverato. Risulta definito dal rapporto fra giornate di degenza e casi di ricovero. Tale indicatore tiene conto anche dei trasferimenti interni.
- **TOC (tasso di occupazione):** corrisponde alla percentuale 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.

Indicatori di appropriatezza

Descrizione reparto dimissione	2007				2008			
	% Lea	% Sentinella	Degenza Media DRG Lea	Degenza Media DRG Sentinella	% Lea	% Sentinella	Degenza Media DRG Lea	Degenza Media DRG Sentinella
DIVISIONE CHIRURGIA	35,6%	15,7%	4,63	5,72	32,9%	11,4%	4,14	6,31
DIVISIONE MEDICINA	23,5%	26,5%	6,69	9,38	21,8%	22,7%	6,29	7,67
DIVISIONE OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3,9%	7,8%	1,86	2,71	4,8%	3,6%	2,13	1,67
NIDO	0,0%	0,0%			0,0%	0,0%		
Totale complessivo	24,7%	20,2%	5,65	8,21	22,7%	16,6%	5,28	7,27

Il presidio incrementa da un anno all'altro il numero di ricoveri Lea ma la degenza media di tale ricoveri diminuisce; in maniera inversa i Drg Sentinella diminuiscono di quasi quattro punti percentuali a fronte di una seppur lieve diminuzione della loro degenza media.

Rimane costante la quota di prestazioni ad alta specialità erogata nel corso dell'anno (1%).



- **% 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.

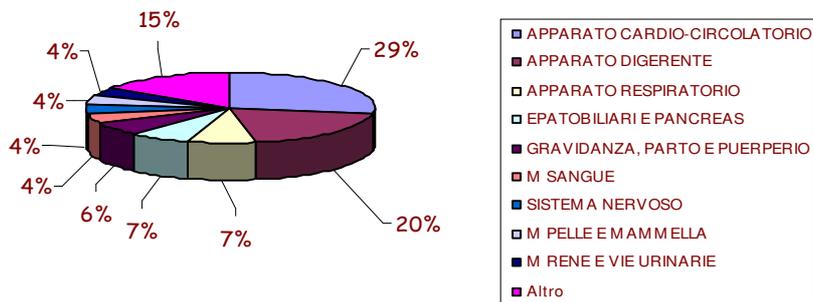
Gli MDC: I gruppi di diagnostici principali (MDC, Major Diagnostic Category) sono i gruppi di diagnosi che formano la struttura del sistema di classificazione DRG. Le MDC sono costruite per fornire ai DRG una struttura che dia significatività e coerenza clinica, e rispondono a criteri

anatomici, eziologici e di specialità clinica simili a quelli che caratterizzano i settori diagnostici della classificazione internazionale ICD-9. L'assegnazione di un caso ad una specifica MDC avviene in base alla diagnosi principale di dimissione e rappresenta la prima fase del processo di attribuzione del DRG

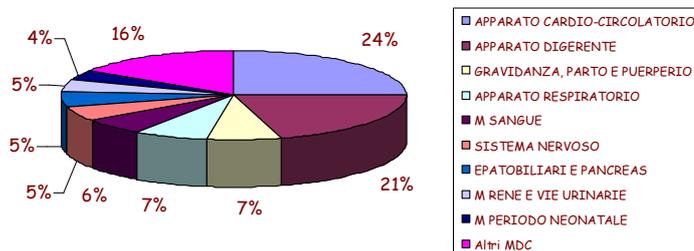
Descrizione MDC	Ricoveri ordinari Anno 2007	Ricoveri ordinari Anno 2008
APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO	455	438
APPARATO DIGERENTE	323	335
APPARATO RESPIRATORIO	189	154
GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	145	139
SISTEMA NERVOSO	97	119
EPATOBILIARI E PANCREAS	178	115
M RENE E VIE URINARIE	104	101
M PERIODO NEONATALE	75	80
M SANGUE	55	77
Altri MDC	323	274
Totale	1944	1832

Descrizione MDC	Ricoveri DH/DS Anno 2007	Ricoveri DH/DS Anno 2008
APPARATO DIGERENTE	187	133
APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO	274	120
M SANGUE	59	56
M PELLE E MAMMELLA	72	51
GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	17	20
APP RIPRODUTTIVO FEMMINILE	9	9
M ENDOCRINE	12	9
M MUSCOLO SCELETRICO E CONNETTIVO	3	7
APP RIPRODUTTIVO MASCHILE	12	3
Altri MDC	30	14
Totale	675	422

Ricoveri totali per MDC Anno 2007



Ricoveri totali per MDC Anno 2008

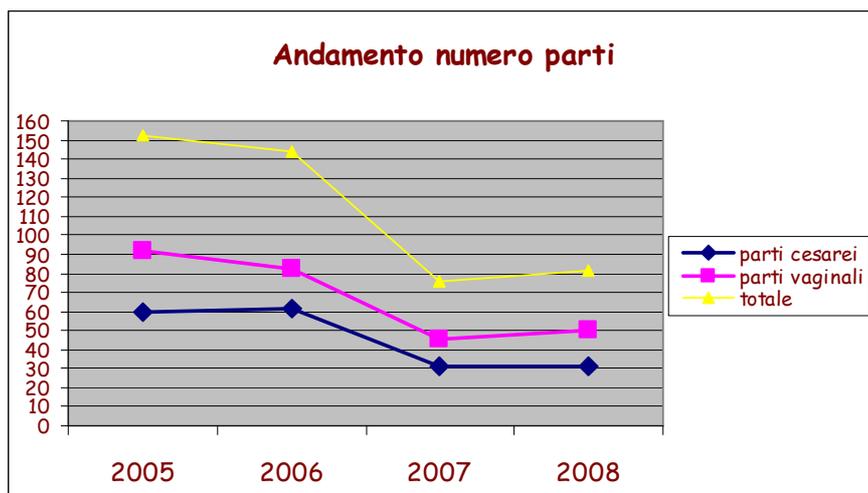


Parti cesarei

La Regione Sardegna presenta una incidenza relativa al ricorso al taglio cesareo superiore ai valori nazionali: la percentuale di parti cesarei è in costante incremento con valori medi regionali che sono passati dal 37% dell'anno 2003 a quasi il 39% dell'anno 2005. Il ricorso al taglio cesareo presenta una elevata variabilità tra i diversi presidi ospedalieri regionali; si osserva che sono proprio le strutture che effettuano un basso numero di parti (al di sotto dei 500) quelle in cui è maggiore il ricorso al taglio cesareo. L'OMS raccomanda l'uso del taglio cesareo nel 10%-15% dei casi, ponendo tale percentuale come uno degli indicatori per misurare la qualità delle cure alla nascita.

Cod DRG	Descrizione DRG	2005	2006	2007	2008
370	PARTO CESAREO, CON CC	8	2	1	0
371	PARTO CESAREO, SENZA CC	52	60	30	31
372	PARTO VAGINALE CON DIAGNOSI COMPLICANTI	3	2	0	0
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	89	76	45	50
374	PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO		3		
375	PARTO VAGINALE CON ALTRO INTERVENTO ECCETTO STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO		1		
Totale parti		152	144	76	81

Dall'anno 2007 all'anno 2008 nel Presidio Ospedaliero San Giuseppe i parti sono aumentati del 6.5%; dall'anno 2005 all'anno 2008 i totale dei parti sono invece diminuiti del 46,7%.



	2005	2006	2007	2008
% Parti cesarei	39%	43%	41%	38%

Il progetto Obiettivo Nazionale Materno-infantile classifica in tre diversi livelli i punti nascita:

- **Terzo livello:** appartengono a tale livello le strutture che effettuano un numero di parti/anno superiori a 1000;
- **Secondo livello:** appartengono a tale livello le strutture che effettuano un numero di parti/anno compresi tra 1000 e 800;
- **Primo livello:** appartengono a tale livello le strutture che effettuano un numero di parti/anno compresi tra 800 e 500.

Distribuzione dei ricoveri per fasce di età

La tendenza relativamente all'evoluzione delle situazioni demografiche riferite alla popolazione sarda confermano la presenza di un intenso processo di invecchiamento destinato ad accentuarsi

nel corso dei prossimi decenni. In tale prospettiva appare quindi utile fornire qualche dato relativo alla casistica per età dei ricoveri del P.O. San Giuseppe.

Fasce di età	N. casi	Importo totale degenza	Importo medio degenza	Peso medio
0-14	101	79.581	788	0,281
15-45	491	739.308	1.506	0,683
46-65	415	774.529	1.866	0,897
over 65	1.247	2.842.491	2.279	0,952
Totale complessivo	2.254	4.435.909	1.968	0,853

La fascia di età dei pazienti over 65 presenta un numero di casi, un importo medio e un peso medio superiore alle altre fasce. Tale fenomeno è sicuramente dovuto al processo di invecchiamento della popolazione e alle maggiori complicazioni (in termini di patologie correlate e non presenti) che spesso un paziente anziano può presentare.



La prima tabella mostra come il maggior numero dei ricoveri si riferisca alla fascia di età over 65. Tale fascia è però fra quelle meno ampie in termini di popolazione presente nella provincia di Cagliari (16%). Un'analisi di questo tipo deve sempre tener conto della popolazione di riferimento; una percentuale di ricoveri pari al 49%, su pazienti over 65 su una popolazione provinciale di tale età pari al 16%, rappresenta un valore molto significativo.

Fasce di età	Popolazione al 01/01/2008*	%
0-14	69.543	12,5%
15-45	248.966	44,6%
46-65	149.860	26,9%
OVER 65	89.310	16,0%
Totale complessivo	557.679	100,0%

* Fonte dati ISTAT

P.O. "San Marcellino"

Dati strutturali

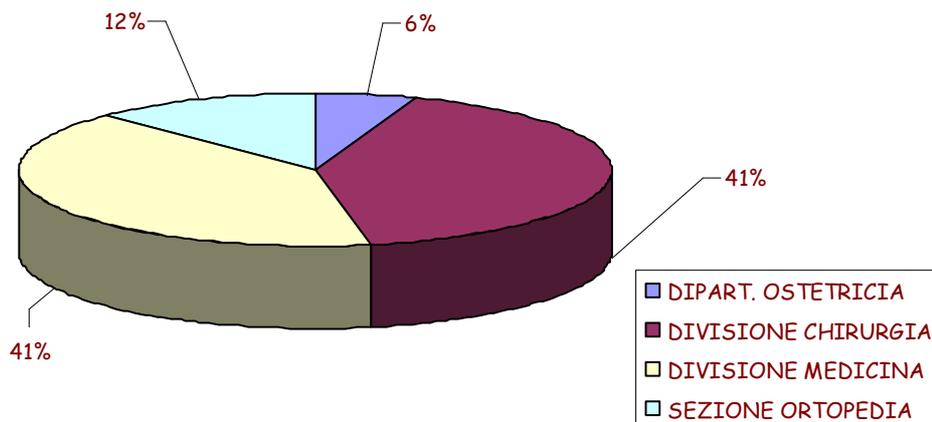
Descrizione reparto dimissione	2007						2008					
	Posti letto R.O.	n. casi R.O.**	gg degenza R.O.*	Posti letto D.H./DS	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.	Posti letto R.O.	n. casi R.O.**	gg degenza R.O.*	Posti letto D.H/DS	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.
DIPARTIMENTO OSTETRICIA	13	167	676	1	14	17	13	120	469	1	14	14
DIVISIONE CHIRURGIA	19	811	4.864	1	161	166	19	795	4.392	1	213	239
DIVISIONE MEDICINA	27	934	8.161	2	66	307	27	933	8.742	2	59	349
SEZIONE ORTOPEDIA	10	191	1.091	1	39	69	10	236	1.324	1	65	93
Totale	69	2.103	14.792	5	280	559	69	2.084	14.927	5	351	695

Nell'anno 2008 si è verificata un lieve aumento dei ricoveri totali del presidio (+ 2,1% rispetto al 2007). Poiché i ricoveri ordinari sono diminuiti l'incremento dei casi totali è dovuto totalmente all'andamento dei ricoveri diurni (+ 25% rispetto al 2007).

* Le giornate di degenza riportate nella tabella sopra rappresentano le giornate realmente effettuate all'interno dei reparti. Ciò significa che per il loro calcolo si è tenuto conto dei trasferimenti interni tra reparti.

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

Ricoveri totali anno 2007

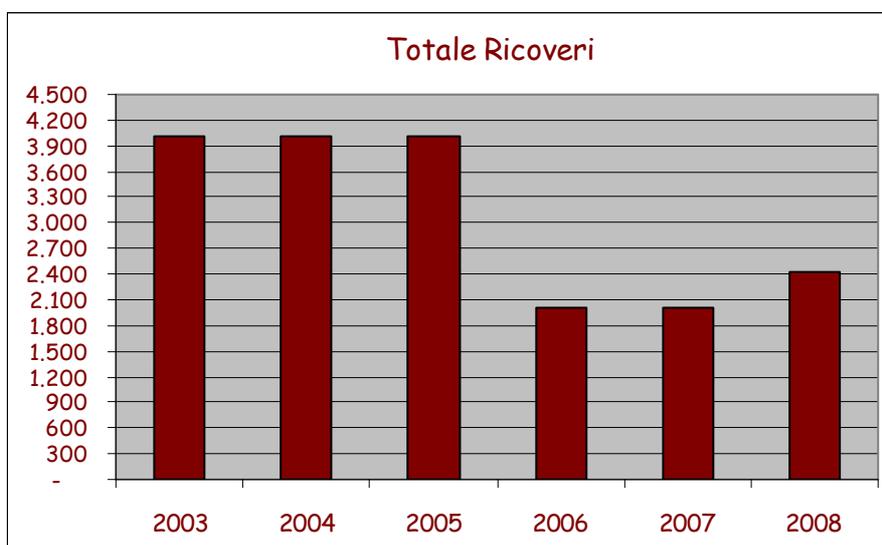


Andamento ricoveri ordinari

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
DIPARTIMENTO OSTETRICIA	445	444	-0,2%	444	0,0%	249	-43,9%	167	-32,9%	120	-28,1%
DIVISIONE CHIRURGIA	787	899	14,2%	976	8,6%	979	0,3%	811	-17,2%	795	-2,0%
DIVISIONE MEDICINA	922	970	5,2%	1.009	4,0%	986	-2,3%	934	-5,3%	933	-0,1%
SEZIONE ORTOPEDIA	386	427	10,6%	392	-8,2%	256	-34,7%	191	-25,4%	236	23,6%
OTORINOLARINGOIATRIA	143			51							
Totale	2.683	2.740	2,1%	2.821	3,0%	2.470	-12,4%	2.103	-14,9%	2.084	-0,9%

Andamento ricoveri DH/DS

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
DIPARTIMENTO OSTETRICIA	39	103	164,1%	46	-55,3%	25	-45,7%	14	-44,0%	14	0,0%
DIVISIONE CHIRURGIA	117	155	32,5%	120	-22,6%	113	-5,8%	161	42,5%	213	32,3%
DIVISIONE MEDICINA	72	69	-4,2%	74	7,2%	47	-36,5%	66	40,4%	59	-10,6%
SEZIONE ORTOPEDIA	94	87	-7,4%	77	-11,5%	72	-6,5%	39	-45,8%	65	66,7%
OTORINOLARINGOIATRIA	68										
Totale	390	414	6,2%	317	-23,4%	257	-18,9%	280	8,9%	351	25,4%



Indicatori di efficienza

Descrizione reparto dimissione	2007		2008	
	DM	TOC	DM	TOC
DIPARTIMENTO OSTETRICIA	4,0	14,2%	3,9	9,9%
DIVISIONE CHIRURGIA	6,0	70,1%	5,5	63,3%
DIVISIONE MEDICINA	8,7	82,8%	9,4	88,7%
SEZIONE ORTOPEDIA	5,7	29,9%	5,6	36,3%
Totale	7,0	58,7%	7,2	59,3%

La degenza media del Presidio Ospedaliero San Marcellino ha subito un leggero incremento rispetto all'anno 2007. L'incremento del tasso di occupazione della Divisione medicina ha fatto sì l'indice globale del presidio crescesse di quasi due punti percentuali.

Descrizione reparto dimissione	2007		2008	
	IR	Turn Over	IR	Turn Over
DIPARTIMENTO OSTETRICIA	12,8	24,4	9,2	35,6
DIVISIONE CHIRURGIA	42,7	2,6	41,8	3,2
DIVISIONE MEDICINA*	34,6	1,8	34,6	1,2
SEZIONE ORTOPEDIA	19,1	13,4	23,6	9,9
Totale	30,5	4,9	30,2	4,9

Dalla tabella sopra emerge una sostanziale invarianza da un anno all'altro sia dell'indice di rotazione sia dell'indice di 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.

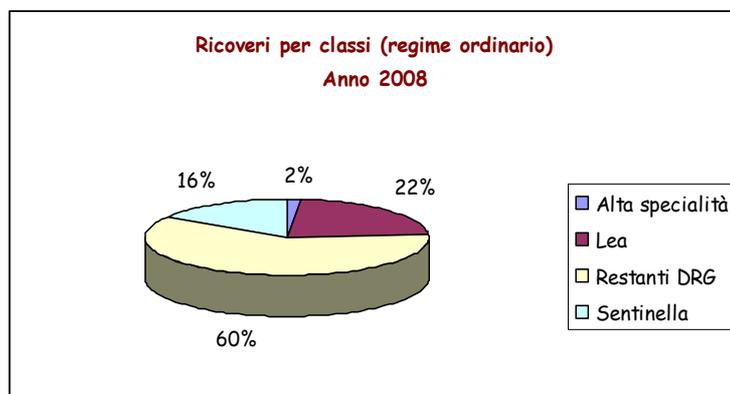
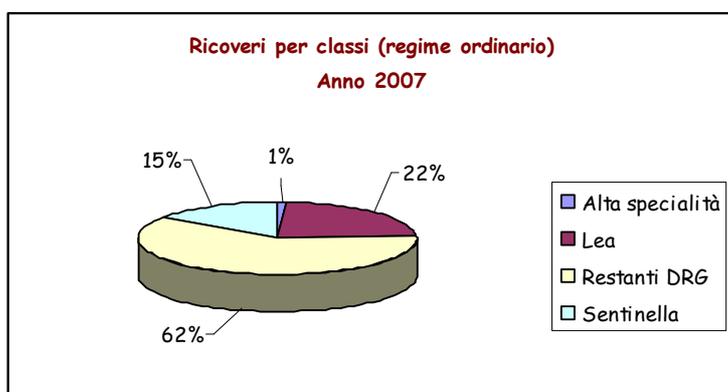
Indicatori di appropriatezza

Descrizione reparto dimissione	2007				2008			
	% Lea	% Sentinella	Deg. media Lea	Deg. media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Deg. media Lea	Deg. media Sentinella
DIPARTIMENTO OSTETRICIA	3,6%	10,8%	2,0	4,1	4,2%	8,3%	1,8	3,6
DIVISIONE CHIRURGIA	40,6%	13,6%	4,3	7,4	38,4%	15,8%	3,6	6,1
DIVISIONE MEDICINA	6,5%	20,1%	6,3	8,1	6,8%	19,7%	6,4	7,6
SEZIONE ORTOPEDIA	38,2%	3,1%	4,9	7,0	35,2%	4,7%	5,3	6,9
Totale	22,3%	15,3%	4,6	7,6	21,9%	15,9%	4,2	6,9

In relazione ai Drg Lea l'appropriatezza clinica dei ricoveri effettuati evidenzia un lieve miglioramento rispetto all'anno precedente sia nel numero dei casi che nella degenza media.

Crescono invece gli eventi Sentinella e la loro degenza media.

Aumenta di un punto percentuale la quota dei Drg ad Alta specialità mentre i "Restanti Drg" decrescono di due punti percentuali.



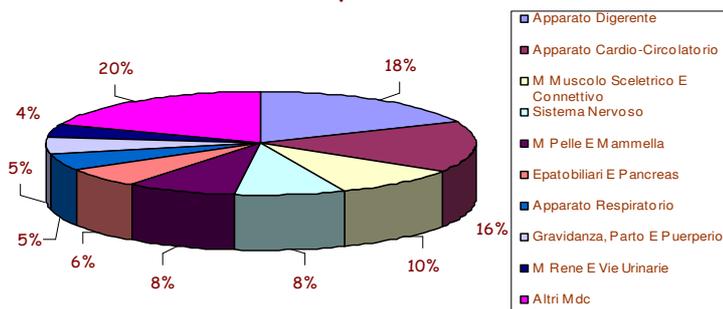
- **% totale DRG Lea sul totale dei dimessi:** rappresenta un indicatore di appropriatezza definito rapportando i dimessi con DRG "LEA" sul totale dei dimessi. Il D.P.C.M. del 29 novembre 2001 (sui livelli essenziali di assistenza) individua, infatti, all'allegato 2 C, n. 43 DRG potenzialmente a rischio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

Gli MDC: I gruppi di diagnostici principali (MDC, Major Diagnostic Category) sono i gruppi di diagnosi che formano la struttura del sistema di classificazione DRG. Le MDC sono costruite per fornire ai DRG una struttura che dia significatività e coerenza clinica, e rispondono a criteri anatomici, eziologici e di specialità clinica simili a quelli che caratterizzano i settori diagnostici della classificazione internazionale ICD-9. L'assegnazione di un caso ad una specifica MDC avviene in base alla diagnosi principale di dimissione e rappresenta la prima fase del processo di attribuzione del DRG

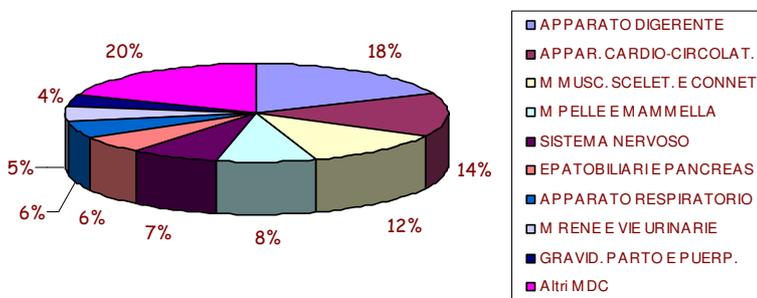
Descrizione MDC	Ricoveri ordinari Anno 2007	Ricoveri ordinari Anno 2008
APPARATO DIGERENTE	399	403
APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO	368	345
M MUSCOLO SCELETRICO E CONNETTIVO	199	242
SISTEMA NERVOSO	187	154
EPATOBILIARI E PANCREAS	135	135
APPARATO RESPIRATORIO	122	135
M RENE E VIE URINARIE	100	119
M PELLE E MAMMELLA	109	109
GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	113	81
M INFETTIVE	69	67
Altri MDC	302	294
Totale complessivo	2.103	2.084

Descrizione MDC	Ricoveri DH/DS Anno 2007	Ricoveri DH/DS Anno 2008
M PELLE E MAMMELLA	87	91
M MUSCOLO SCELETRICO E CONNETTIVO	35	60
APPARATO DIGERENTE	38	47
APP RIPRODUTTIVO MASCHILE	18	42
M SANGUE	30	29
SISTEMA NERVOSO	12	28
RICORSO A SSN	21	20
GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	9	12
M RENE E VIE URINARIE	3	5
EPATOBILIARI E PANCREAS	9	4
Altri MDC	18	13
Totale complessivo	280	351

Ricoveri totali per MDC Anno 2007



Ricoveri totali per MDC Anno 2008

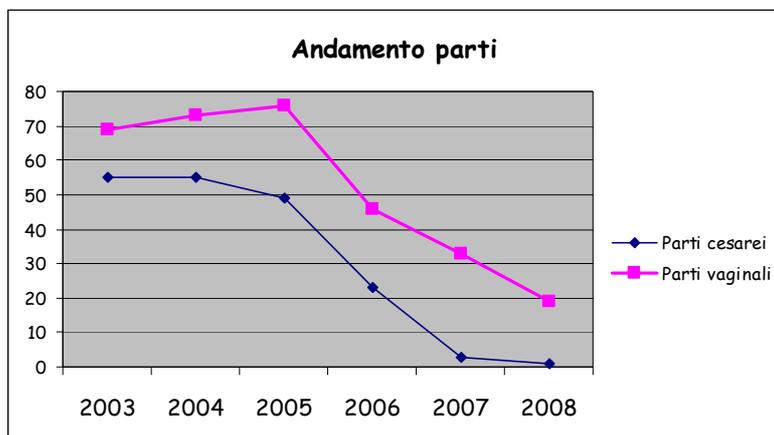


Parti cesarei

La Regione Sardegna presenta una incidenza relativa al ricorso al taglio cesareo superiore ai valori nazionali: la percentuale di parti cesarei è in costante incremento con valori medi regionali che sono passati dal 37% dell'anno 2003 a quasi il 39% dell'anno 2005. Il ricorso al taglio cesareo presenta una elevata variabilità tra i diversi presidi ospedalieri regionali; si osserva che sono proprio le strutture che effettuano un basso numero di parti (al di sotto dei 500) quelle in cui è maggiore il ricorso al taglio cesareo. L'OMS raccomanda l'uso del taglio cesareo nel 10%-15% dei casi, ponendo tale percentuale come uno degli indicatori per misurare la qualità delle cure alla nascita.

Cod. DRG	Descrizione DRG	2003	2004	2005	2006	2007	2008
370	Parto Cesareo, Con Cc	9	6	7	1	1	
371	Parto Cesareo, Senza Cc	46	49	42	22	2	1
372	Parto Vaginale Con Diagnosi Complicanti		1		1	2	1
373	Parto Vaginale Senza Diagnosi Complicanti	67	71	76	45	31	18
374	Parto Vaginale Con Sterilizzazione E/O Dilatazione E Raschiamento	1					
375	Parto Vaginale Con Altro Intervento Eccetto Sterilizzazione E/O Dilatazione E Raschiamento	1	1				
Totale parti		124	128	125	69	36	20

Dall'anno 2008 all'anno 2007 nel Presidio Ospedaliero San Marcellino i parti sono diminuiti del 44%; dall'anno 2005 all'anno 2008 sono invece diminuiti dell' 84%.



	2003	2004	2005	2006	2007	2008
% Parti cesarei	44,4%	43,0%	39,2%	33,3%	8,3%	5,0%

Il progetto Obiettivo Nazionale Materno-infantile classifica in tre diversi livelli i punti nascita:

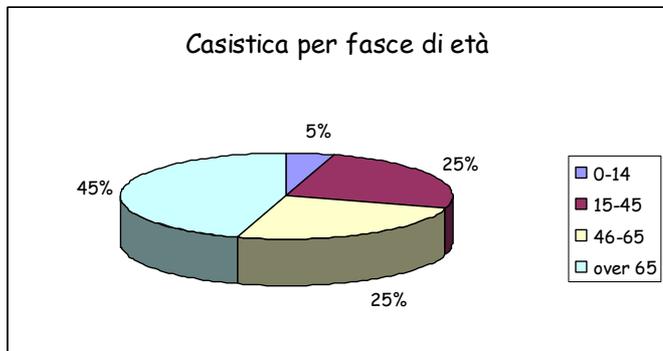
- **Terzo livello:** appartengono a tale livello le strutture che effettuano un numero di parti/anno superiori a 1000;
- **Secondo livello:** appartengono a tale livello le strutture che effettuano un numero di parti/anno compresi tra 1000 e 800;
- **Primo livello:** appartengono a tale livello le strutture che effettuano un numero di parti/anno compresi tra 800 e 500.

Distribuzione dei ricoveri per fasce di età

La tendenza relativamente all'evoluzione delle situazioni demografiche riferite alla popolazione sarda confermano la presenza di un intenso processo di invecchiamento destinato ad accentuarsi nel corso dei prossimi decenni. In tale prospettiva appare quindi utile fornire qualche dato relativo alla casistica per età dei ricoveri del P.O. San Marcellino.

Fasce di età	N. casi	Importo degenza	Importo medio degenza	Peso medio
0-14	112	151.859	1.356	0,65
15-45	611	890.056	1.457	0,64
46-65	611	1.192.180	1.951	0,80
over 65	1.101	2.610.240	2.371	0,92
Totale	2.435	4.844.336	1.989	0,81

La fascia di età dei pazienti over 65 presenta un importo medio e un peso medio superiore alle altre fasce. Tale fenomeno è sicuramente dovuto alle maggiori complicazioni (in termini di patologie correlate e non presenti) che spesso un paziente anziano può presentare.



La prima tabella mostra come il maggior numero dei ricoveri si riferisca alla fascia over 65. Tale fascia rappresenta il 16% della popolazione presente nella provincia di Cagliari. Un'analisi di questo tipo deve sempre tener conto della popolazione di riferimento; una percentuale di ricoveri pari al 45%, su pazienti over 65 su una popolazione provinciale di tale età pari al 16%, rappresenta sicuramente un valore molto significativo.

Fasce di età	Popolazione al 01/01/2008*	%
0-14	69.543	12,5%
15-45	248.966	44,6%
46-65	149.860	26,9%
OVER 65	89.310	16,0%
Totale complessivo	557.679	100,0%

P.O. "SS. Trinità"

* Fonte dati ISTAT

Dati strutturali

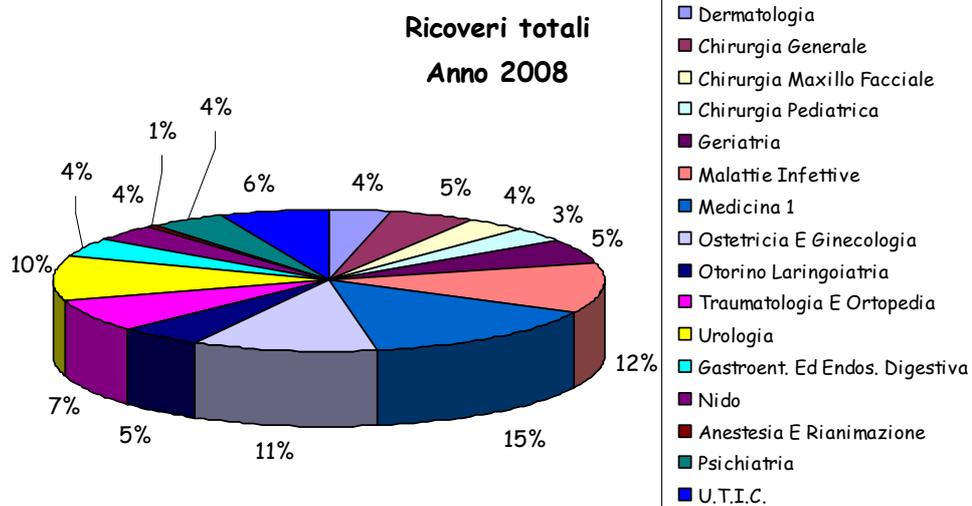
Descrizione reparto dimissione	2007						2008					
	Posti letto R.O.	n. casi R.O.**	gg degenza R.O.*	Posti letto DH/DS	n. casi DH/DS	n. accessi DH/DS	Posti letto R.O.	n. casi R.O.**	gg degenza R.O.*	Posti letto DH/DS	n. casi DH/DS	n. accessi DH/DS
Divisione Dermatologia	5	4	725	2	658	717	4	3	731	2	630	653
Divisione Chirurgia Generale	27	838	6.720	1	22	22	27	824	6.404	1	28	28
Divisione Chirurgia Maxillo Facciale	5	340	1.463	1	212	212	5	366	1.591	1	248	248
Divisione Chirurgia Pediatrica	14	531	2.298	2	49	49	14	525	2.236	2	32	32
Divisione Geriatria	20	812	7.141	2	90	127	23	816	7.469	2	76	103
Divisione Malattie Infettive	55	1.033	12.436	8	976	4.372	42	890	11.157	6	1.144	3.474
Divisione Medicina 1	34	1.460	12.385	8	475	1.101	32	2.057	8.813	4	439	868
Divisione Ostetricia E Ginecologia	17	1.404	5.693	5	592	592	17	1.454	5.766	5	382	382
Divisione Otorino Laringoiatria	12	563	2.991	1	239	239	16	699	3.354	2	188	188
Divisione Traumatologia E Ortopedia	24	1.009	6.528	2	63	63	24	1.137	6.586	2	73	73
Divisione Urologia	30	971	6.503	6	771	826	26	1.004	7.419	6	780	835
Gastroenterol. Ed Endoscopia Digestiva	11	638	3.658				11	699	3.999			
Nido	12	661	2.121				12	661	2.019			
Servizio Anestesia E Rianimazione	8	99	2.110				8	107	1.938			
Servizio Psichiatria	27	724	8.424	1	31	119	15	739	8.434	1	11	12
U.T.I.C.	17	743	5.243	1	218	232	17	832	5.285	1	270	271
Totale	318	11.830	86.439	40	4.396	8.671	293	12.813	83.201	35	4.301	7.167

Totale (Con Esclusione Della Dermatologia)	313	11.826	85.714	38	3.738	7.954	289	12.810	82.470	33	3.671	6.514
---	------------	---------------	---------------	-----------	--------------	--------------	------------	---------------	---------------	-----------	--------------	--------------

Tra l'anno 2007 e l'anno 2008 i ricoveri ordinari del Presidio sono aumentati dell' 8% mentre i ricoveri in DH/DS sono diminuiti di circa il 2%.

* Le giornate di degenza riportate nella tabella sopra rappresentano le giornate realmente effettuate all'interno dei reparti. Ciò significa che per il loro calcolo si è tenuto conto dei trasferimenti interni tra reparti.

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

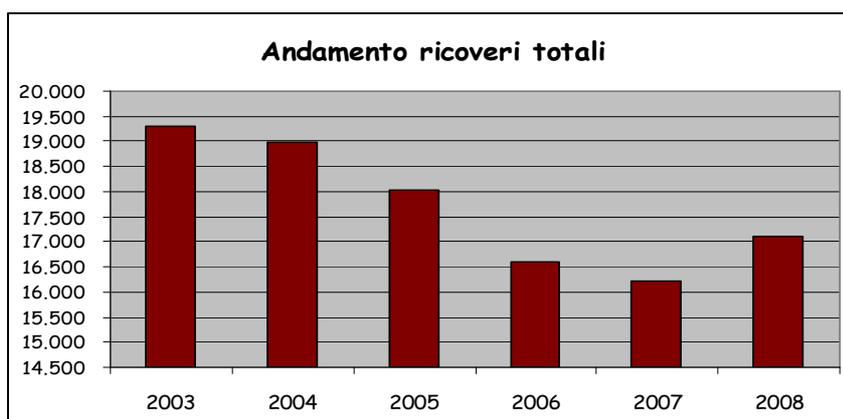


Andamento ricoveri ordinari

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
Divisione Dermatologia	3	3	0,0%	4	33,3%	2	-50,0%	4	100,0%	3	-25,0%
Divisione Chirurgia Generale	836	752	-10,0%	643	-14,5%	782	21,6%	838	7,2%	824	-1,7%
Divisione Chirurgia Maxillo Facciale	412	383	-7,0%	398	3,9%	334	-16,1%	340	1,8%	366	7,6%
Divisione Chirurgia Pediatrica	692	665	-3,9%	604	-9,2%	621	2,8%	531	-14,5%	525	-1,1%
Divisione Geriatria	956	888	-7,1%	935	5,3%	895	-4,3%	812	-9,3%	816	0,5%
Divisione Malattie Infettive	1.280	1.153	-9,9%	1.196	3,7%	1.100	-8,0%	1.033	-6,1%	890	-13,8%
Divisione Medicina 1	1.035	1.127	8,9%	1.299	15,3%	1.236	-4,8%	1.460	18,1%	2.057	40,9%
Divisione Ostetricia E Ginecologia	1.420	1.385	-2,5%	1.280	-7,6%	1.200	-6,3%	1.404	17,0%	1.454	3,6%
Divisione Otorino Laringoiatria	604	633	4,8%	659	4,1%	675	2,4%	563	-16,6%	699	24,2%
Divisione Traumatologia E Ortopedia	938	970	3,4%	869	-10,4%	940	8,2%	1.009	7,3%	1.137	12,7%
Divisione Urologia	1.266	1.342	6,0%	1.233	-8,1%	1.073	-13,0%	971	-9,5%	1.004	3,4%
Gastroenterol. Ed Endoscopia Digestiva	790	675	-14,6%	639	-5,3%	605	-5,3%	638	5,5%	699	9,6%
Nido	704	671	-4,7%	597	-11,0%	557	-6,7%	661	18,7%	661	0,0%
Servizio Anestesia E Rianimazione	117	101	-13,7%	96	-5,0%	92	-4,2%	99	7,6%	107	8,1%
Servizio Psichiatria	824	842	2,2%	778	-7,6%	712	-8,5%	724	1,7%	739	2,1%
U.T.I.C.	731	782	7,0%	736	-5,9%	745	1,2%	743	-0,3%	832	12,0%
Totale	12.608	12.372	-1,9%	11.966	-3,3%	11.569	-3,3%	11.830	2,3%	12.813	8,3%

Andamento ricoveri DH/DS

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
Divisione Dermatologia	728	677	-7,0%	637	-5,9%	677	6,3%	658	-2,8%	630	-4,3%
Divisione Chirurgia Generale	88	68	-22,7%	51	-25,0%	21	-58,8%	22	4,8%	28	27,3%
Divisione Chirurgia Maxillo Facciale	504	509	1,0%	438	-13,9%	352	-19,6%	212	-39,8%	248	17,0%
Divisione Chirurgia Pediatrica	153	129	-15,7%	100	-22,5%	63	-37,0%	49	-22,2%	32	-34,7%
Divisione Geriatria	161	110	-31,7%	44	-60,0%	56	27,3%	90	60,7%	76	-15,6%
Divisione Malattie Infettive	1.229	2.006	63,2%	2.014	0,4%	1.390	-31,0%	976	-29,8%	1.144	17,2%
Divisione Medicina 1	1.010	893	-11,6%	541	-39,4%	417	-22,9%	475	13,9%	439	-7,6%
Divisione Ostetricia E Ginecologia	772	712	-7,8%	658	-7,6%	594	-9,7%	592	-0,3%	382	-35,5%
Divisione Otorino Laringoiatria	259	293	13,1%	310	5,8%	278	-10,3%	239	-14,0%	188	-21,3%
Divisione Traumatologia E Ortopedia	655	450	-31,3%	264	-41,3%	113	-57,2%	63	-44,2%	73	15,9%
Divisione Urologia	863	528	-38,8%	757	43,4%	807	6,6%	771	-4,5%	780	1,2%
Servizio Psichiatria	57	56	-1,8%	75	33,9%	56	-25,3%	31	-44,6%	11	-64,5%
U.T.I.C.	219	184	-16,0%	173	-6,0%	218	26,0%	218	0,0%	270	23,9%
Totale	6.698	6.615	-1,2%	6.062	-8,4%	5.042	-16,8%	4.396	-12,8%	4.301	-2,2%



Indicatori di efficienza

Descrizione reparto dimissione	2007		2008	
	DM	TOC	DM	TOC
Dermatologia	181,25	40%	243,67	50%
Chirurgia Generale	8,02	68%	7,77	65%
Chirurgia Maxillo Facciale	4,30	80%	4,35	87%
Chirurgia Pediatrica	4,33	45%	4,26	44%
Geriatrics	8,79	98%	9,15	89%
Malattie Infettive	12,04	62%	12,54	73%
Medicina	8,48	100%	4,28	75%
Ostetricia E Ginecologia	4,05	92%	3,97	93%
Divisione Otorino Laringoiatria	5,31	68%	4,80	57%
Traumatologia E Ortopedia	6,47	75%	5,79	75%
Urologia	6,70	59%	7,39	78%
Gastroenterol. Ed Endoscopia Digestiva	5,73	91%	5,72	100%
Nido	3,21	48%	3,05	46%
Servizio Anestesia E Rianimazione	21,31	72%	18,11	66%
Servizio Psichiatria	11,64	85%	11,41	154%
U.T.I.C.	7,06	84%	6,35	85%
Totale	7,31	74%	6,49	78%

Totale (con esclusione della Dermatologia)	7,25	75%	6,44	78%
---	-------------	------------	-------------	------------

La degenza media del Presidio Ospedaliero SS. Trinità mostra un leggero miglioramento rispetto ai valori dell'anno precedente. In particolare il la Medicina ha ridotto di quattro giorni la degenza media dei propri pazienti e la Rianimazione ha ridotto l'indice di tre punti. Anche il tasso di occupazione ha subito un miglioramento rispetto all'anno 2007. Infatti su 16 reparti 8 hanno visto il proprio tasso di occupazione aumentare probabilmente a causa di un più efficiente utilizzo delle risorse strutturali.

- **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.

Indicatori di efficienza

Descrizione reparto dimissione	2007		2008	
	IR	Turn Over	IR	Turn Over
DIVISIONE DERMATOLOGIA	0,8	275,0	0,8	243,0
DIVISIONE CHIRURGIA GENERALE	31,0	3,7	30,5	4,2
DIVISIONE CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	68,0	1,1	73,2	0,6
DIVISIONE CHIRURGIA PEDIATRICA	37,9	5,3	37,5	5,5
DIVISIONE GERIATRIA	40,6	0,2	35,5	1,1
DIVISIONE MALATTIE INFETTIVE	18,8	7,4	21,2	4,7
DIVISIONE MEDICINA 1	42,9	0,0	64,3	1,4
DIVISIONE OSTETRICIA E GINECOLOGIA	82,6	0,4	85,5	0,3
DIVISIONE OTORINO LARINGOIATRIA	46,9	2,5	43,7	3,6
DIVISIONE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	42,0	2,2	47,4	1,9
DIVISIONE UROLOGIA	32,4	4,6	38,6	2,1
GASTROENTEROL. ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	58,0	0,6	63,5	0,0
NIDO	55,1	3,4	55,1	3,6
SERVIZIO ANESTESIA E RIANIMAZIONE	12,4	8,2	13,4	9,2
SERVIZIO PSICHIATRIA	26,8	2,0	49,3	- 4,0
U.T.I.C.	43,7	1,3	48,9	1,1
Totale	37,2	2,5	43,7	1,9
Totale (con esclusione della Dermatologia)	37,8	2,4	44,3	1,8

Rispetto all'anno 2007 l'indice di rotazione ha subito un significativo incremento; tale andamento è principalmente dovuto a un incremento della rotazione dei reparti di Medicina e di psichiatria che durante l'anno ha visto transitare 22 pazienti in più per posto letto. A conferma di ciò diminuisce l'indice di turn over in più nella metà dei reparti presenti all'interno del Presidio.

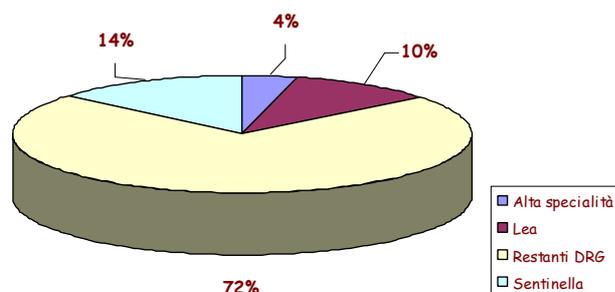
- **IR (indici di rotazione):** esprime il numero di pazienti che hanno mediamente occupato un posto letto nel periodo considerato; è quindi il rapporto tra il numero dei degenti e quello dei posti letto.
- **Turnover:** corrisponde al periodo di tempo, espresso in giorni o frazioni di giorno, che intercorre tra la dimissione di un paziente ed il ricovero del successivo.

Indicatori di appropriatezza

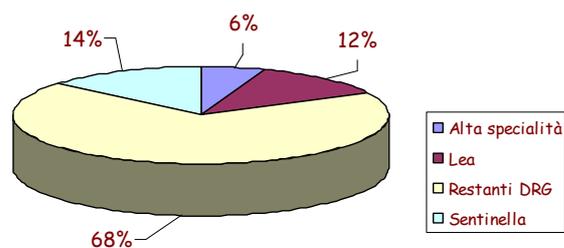
Tra l'anno 2007 e l'anno 2008 cresce la percentuale dei Drg Lea mentre diminuisce la relativa degenza media. Lo stesso andamento si registra per i Drg Sentinella che subiscono un lieve incremento a fronte di una più consistente riduzione della degenza media.

Descrizione reparto dimissione	2007				2008			
	% Lea	% Sentinella	Degenza media Lea	Degenza media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Degenza media Lea	Degenza media Sentinella
Chirurgia Generale	25,5%	9,2%	4,41	6,36	18,8%	10,2%	3,85	5,46
Chirurgia Maxillo Facciale	7,1%	20,6%	2,63	3,83	4,4%	29,0%	2,81	3,77
Chirurgia Pediatrica	24,3%	3,0%	3,15	4,94	18,5%	1,7%	2,46	3,78
Geriatria	3,1%	23,9%	3,72	8,31	3,4%	19,5%	4,21	8,25
Malattie Infettive	6,8%	35,8%	5,30	10,63	10,1%	37,4%	6,17	9,69
Medicina	8,6%	24,5%	4,78	8,36	24,0%	25,7%	3,33	4,69
Ostetricia E Ginecologia	3,6%	5,6%	1,69	2,84	4,1%	5,4%	1,80	2,20
Divisione Otorino Laringoiatria	29,0%	13,3%	3,43	4,27	23,5%	11,7%	3,05	3,95
Traumatologia E Ortopedia	16,0%	2,3%	4,47	3,52	15,5%	3,3%	3,30	4,87
Urologia	11,2%	6,7%	4,66	5,48	10,1%	6,1%	4,13	8,21
Gastroenterol. Ed Endoscopia Digestiva	9,7%	36,4%	4,50	6,33	6,7%	35,3%	3,77	5,81
Hanseniani	0,0%	0,0%			0,0%	0,0%		
Nido	0,3%	0,3%	1,00	3,00	0,5%	0,5%	1,67	3,00
Servizio Anestesia E Rianimazione	0,0%	1,0%		1,00	0,0%	1,9%		3,00
Servizio Psichiatria	8,7%	0,0%	6,68		8,1%	0,0%	6,30	
U.T.I.C.	2,6%	7,0%	6,37	5,29	1,6%	7,2%	6,77	5,70
Totale	10,3%	13,6%	4,25	7,50	11,7%	14,0%	3,63	6,07

Ricoveri per classi Anno 2007 (regime ordinario)



Ricoveri per classi Anno 2008 (regime ordinario)



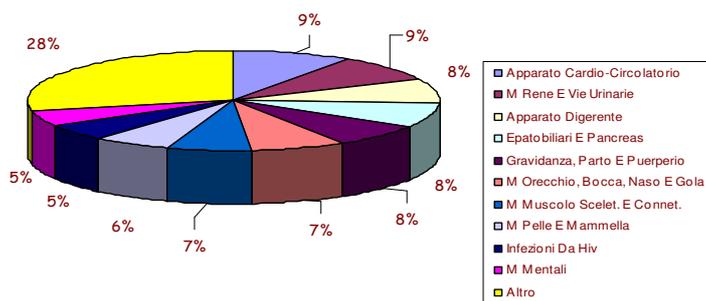
- **% totale DRG Lea sul totale dei dimessi:** rappresenta un indicatore di appropriatezza definito rapportando i dimessi con DRG "LEA" sul totale dei dimessi. Il D.P.C.M. del 29 novembre 2001 (sui livelli essenziali di assistenza) individua, infatti, all'allegato 2 C, n. 43 DRG potenzialmente a rischio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

Gli MDC: I gruppi di diagnostici principali (MDC, Major Diagnostic Category) sono i gruppi di diagnosi che formano la struttura del sistema di classificazione DRG. Le MDC sono costruite per fornire ai DRG una struttura che dia significatività e coerenza clinica, e rispondono a criteri anatomici, eziologici e di specialità clinica simili a quelli che caratterizzano i settori diagnostici della classificazione internazionale ICD-9. L'assegnazione di un caso ad una specifica MDC avviene in base alla diagnosi principale di dimissione e rappresenta la prima fase del processo di attribuzione del DRG

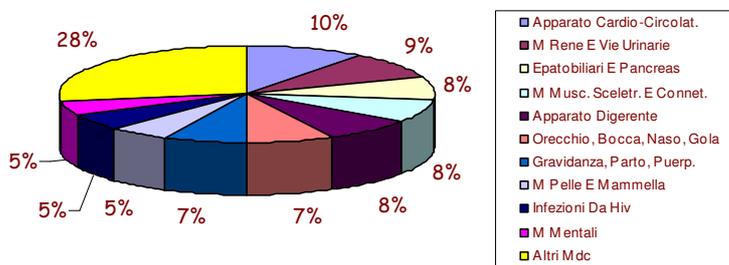
MDC	Descrizione MDC	Ric ordinari Anno 2008	Ric ordinari Anno 2007
5	APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO	1.471	1.276
6	APPARATO DIGERENTE	1.245	1.209
8	M MUSCOLO SCELETRICO E CONNETTIVO	1.221	1.023
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	1.083	1.069
11	M RENE E VIE URINARIE	1.001	915
7	EPATOBILIARI E PANCREAS	972	874
3	M ORECCHIO, BOCCA, NASO E GOLA	938	827
19	M MENTALI	804	741
4	APPARATO RESPIRATORIO	713	637
15	M PERIODO NEONATALE	689	669
Altri MDC		2.676	2.590
Totale		12.813	11.830

MDC	Descrizione MDC	Ric Dh/DS Anno 2008	Ric Dh/DS Anno 2007
25	INFEZIONI DA HIV	741	665
9	M PELLE E MAMMELLA	718	784
11	M RENE E VIE URINARIE	480	471
7	EPATOBILIARI E PANCREAS	379	396
3	M ORECCHIO, BOCCA, NASO E GOLA	341	360
12	APP RIPRODUTTIVO MASCHILE	321	336
5	APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO	311	236
13	APP RIPRODUTTIVO FEMMINILE	236	409
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	151	179
10	M ENDOCRINE	129	138
Altri MDC		495	422
Totale		4.302	4.396

Totale ricoveri per MDC Anno 2007



Ricoveri totali per MDC Anno 2008

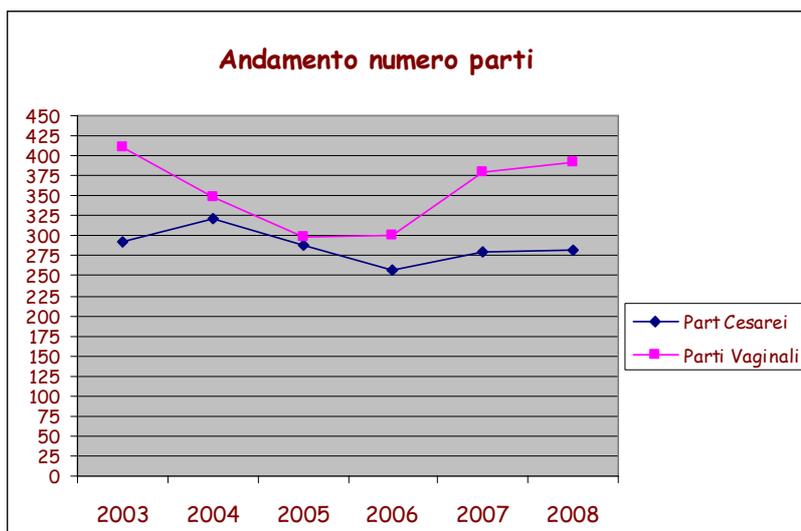


Parti cesarei

La Regione Sardegna presenta una incidenza relativa al ricorso al taglio cesareo superiore ai valori nazionali: la percentuale di parti cesarei è in costante incremento con valori medi regionali che sono passati dal 37% dell'anno 2003 a quasi il 39% dell'anno 2005. Il ricorso al taglio cesareo presenta una elevata variabilità tra i diversi presidi ospedalieri regionali; si osserva che sono proprio le strutture che effettuano un basso numero di parti (al di sotto dei 500) quelle in cui è maggiore il ricorso al taglio cesareo. L'OMS raccomanda l'uso del taglio cesareo nel 10%-15% dei casi, ponendo tale percentuale come uno degli indicatori per misurare la qualità delle cure alla nascita.

Cod. DRG	Descrizione DRG	2003	2004	2005	2006	2007	2008
370	Parto Cesareo, Con Cc	49	53	65	35	35	32
371	Parto Cesareo, Senza Cc	243	268	224	223	244	249
372	Parto Vaginale Con Diagnosi Complicanti	309	272	239	199	230	235
373	Parto Vaginale Senza Diagnosi Complicanti	93	72	56	96	136	142
374	Parto Vaginale Con Sterilizzazione E/O Dilatazione E Raschiamento	8	1	3	4	9	9
375	Parto Vaginale Con Altro Intervento Eccetto Sterilizzazione E/O Dilatazione E Raschiamento	1	3	1	1	5	5
Totale parti		703	669	588	558	659	672

Dall'anno 2003 all'anno 2008 nel Presidio Ospedaliero SS. Trinità i parti sono aumentati del 2%; nel periodo più esteso che va dal 2003 al 2008 i parti sono invece diminuiti del 4%..



	2003	2004	2005	2006	2007	2008
% Pari Cesarei	42%	48%	49%	46%	42%	42%

Il progetto Obiettivo Nazionale Materno-infantile classifica in tre diversi livelli i punti nascita:

- **Terzo livello:** appartengono a tale livello le strutture che effettuano un numero di parti/anno superiori a 1000;
- **Secondo livello:** appartengono a tale livello le strutture che effettuano un numero di parti/anno compresi tra 1000 e 800;
- **Primo livello:** appartengono a tale livello le strutture che effettuano un numero di parti/anno compresi tra 800 e 500.

Distribuzione dei ricoveri per fasce di età

La tendenza relativamente all'evoluzione delle situazioni demografiche riferite alla popolazione sarda confermano la presenza di un intenso processo di invecchiamento destinato ad accentuarsi nel corso dei prossimi decenni. In tale prospettiva appare quindi utile fornire qualche dato relativo alla casistica per età dei ricoveri del P.O. SS. Trinità.

Fasce di età	N. Casi	Importo degenza	Importo medio	Media di peso
0-14	1.495	2.054.887	1.374,5	0,5
15-45	5.770	10.615.294	1.839,7	0,8
46-65	4.252	10.100.371	2.375,4	1,1
over 65	5.598	17.437.905	3.115,0	1,2
Totale	17.115	40.208.457	2.349,3	1,0

La fascia di età dei pazienti over 65 presenta un importo medio e un peso medio superiore alle altre fasce. Tale fenomeno è sicuramente dovuto alle maggiori complicazioni (in termini di patologie correlate e non presenti) che spesso un paziente anziano può presentare.



La prima tabella mostra come il maggior numero dei ricoveri si riferisca alla fascia di età compresa tra i 15 e 45 anni. Tale fascia è però anche quella più ampia in termini di popolazione presente nella provincia di Cagliari (44.6%). Un'analisi di questo tipo deve sempre tener conto della popolazione di riferimento; una percentuale di ricoveri pari al 33%, su pazienti over 65 su una popolazione provinciale di tale età pari al 16%, rappresenta sicuramente il valore con maggior incidenza.

Fasce di età	Popolazione al 01/01/2008*	%
0 - 14	69.543	12,5 %
15 - 45	248.966	44,6 %
46 - 65	149.860	26,9 %
OVER 65	89.310	16,0 %
Totale complessivo	557.679	100,0 %

2) Assistenza Territoriale

La riorganizzazione dell'assistenza e della rete ospedaliera è andata di pari passo con un percorso di profonde modificazioni dei livelli di qualità e quantità di assistenza erogata sul territorio. Riorganizzare l'assistenza territoriale non è stato semplice per la concomitanza di diverse problematiche quali la distribuzione demografica della popolazione residente e la vastità del territorio su cui opera la ASL 8 ha reso indispensabile un lungo lavoro di gestione del rapporto tra domanda e offerta. Attraverso il Distretto l'Azienda: si occupa di gestire tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale.

L'assistenza territoriale è stata oggetto di profonde modificazioni quantitative e soprattutto qualitative, infatti, oltre all'Istituzione del PUA, l'assistenza territoriale è stata integrata anche da altre attività quali l'istituzione dell'equipe multiprofessionali per la valutazione dei casi (in tutti i distretti); l'istituzione e lo sviluppo delle procedure per le dimissioni protette (da ospedale verso il territorio); l'istituzione e gestione dell'integrazione dei piani di assistenza individualizzati (da ospedale verso il territorio e tra servizi territoriali); lo sviluppo delle attività di assistenza in carcere (Salute Mentale, dipendenze, Aids).

Nel corso dell'anno 2008 ha trovato piena attuazione il percorso di riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale avviato con la presentazione del Piano Strategico Aziendale nell'anno 2006 .

La vastità del territorio aziendale ha reso indispensabile un lungo lavoro di governo del rapporto tra domanda e offerta. Da questo punto di vista la definizione della organizzazione del Distretto ha permesso all'Azienda di poter governare la domanda sanitaria organizzando l'assistenza territoriale nei vari ambiti distrettuali a partire dalle Cure Primarie e delle altre tipologie di assistenza nelle aree Anziani, Disabili e soggetti fragili, Riabilitazione sanitaria e sociosanitaria territoriale, Neuropsichiatria Infantile, Consultori.

Per realizzare questo impegno nei confronti dell'assistenza distrettuale l'Azienda ha messo in atto diversi provvedimenti volti a superare il vecchio modello assistenziale. Prima fra tutti, l'istituzione del Punto unico di accesso (il cosiddetto PUA), rivolto prevalentemente alle categorie "deboli" e disagiate come anziani o persone con disabilità e istituito con l'obiettivo effettuare la "presa in carico" delle persone e delle famiglie per cercare di soddisfare i loro bisogni.

Nella stessa direzione si sono rivolti gli investimenti massicci in infrastrutture, arredi e tecnologie che hanno portato all'apertura sul territorio di 8 nuovi poliambulatori in cui si concentrano tutti i servizi e le specialità, in passato dislocati in sedi diverse, e alla definitiva messa in campo di tre nuove Residenze sanitarie assistite di proprietà dell'Azienda nei comuni di Sestu, Selargius e Capoterra, anche se nel corso dell'anno solo quella di Sestu ha iniziato la sua attività effettiva.

La centralità della persona e della famiglia la personalizzazione degli interventi hanno costituito i punti cardine della politica portata avanti da questa Azienda in ambito distrettuale, politica che ha registrato un significativo trend di incremento nelle ore di prestazione erogate sia nell'assistenza a domicilio delle persone che nell'assistenza specialistica ambulatoriale.

Questo nuovo modello organizzativo aziendale di assistenza territoriale, ha innescato un forte processo di analisi delle attività, di prima integrazione delle risorse, di migliore risposta alle esigenze dei cittadini a livello sanitario e sociosanitario. La riqualificazione e riduzione dei ricoveri in regime ospedaliero va certamente letta in integrazione con quanto previsto in termini di aumento di attività nel territorio. L'assistenza territoriale infatti, è stata oggetto di profonde modificazioni, non solo quantitative.

Dal punto di vista della qualità e della presa in carico vanno segnalate alcune azioni realizzate:

- ✚ istituzione e avvio del Punto unico di accesso per anziani e disabili, per una presa in carico globale, coordinata e continuata;
- ✚ istituzione ed avvio delle equipe multiprofessionali per la valutazione dei casi (in tutti i distretti);
- ✚ valutazione multidimensionale informatizzata degli anziani presi in carico ;
- ✚ istituzione e sviluppo procedure per le dimissioni protette (da ospedale verso il territorio);
- ✚ istituzione e gestione dell'integrazione dei piani di assistenza individualizzati (da ospedale verso il territorio e tra servizi territoriali);
- ✚ sviluppo attività ambulatoriali distrettuali (rimodulazione centro-periferia);

Assistenza specialistica Ambulatoriale

Per la specialistica ambulatoriale sono state portate avanti le seguenti iniziative:

- ✚ analisi, d'intesa con i responsabili dei distretti, del fabbisogno di prestazioni;
- ✚ determinazione (qualitativa e quantitativa) delle ore;
- ✚ definizione delle linee guida per la gestione delle strutture e degli specialisti;
- ✚ verifica e miglioramento dei tempi d'attesa delle prestazioni in collaborazione con il Cup aziendale;
- ✚ determinazione (qualitativa e quantitativa) delle prestazioni da acquisire dai soggetti privati e definizione dei contratti;

In termini quantitativi, tenuto conto della situazione di disomogeneità esistente prima del 2005 tra Cagliari e gli ambiti periferici, l'Azienda ha ritenuto essenziale colmare questo divario aumentando e ridistribuendo l'offerta specialistica in tutti i comuni della provincia con una grande ed articolata redistribuzione delle prestazioni nel territorio. Nel periodo 2006-2008 sono stati aperti 8 nuovi Poliambulatori sul territorio (Mandas, Sestu, Selargius, San Nicolò Gerrei, Decimomannu, Siliqua, Villasimius e Capoterra). Le strutture sono state arredate e informatizzate e comprendono tutti i servizi e le specialità che prima erano disgregati in più sedi. In questo senso vanno anche lette tutte le operazioni di messa a norma, ristrutturazione ed incremento delle prestazioni a Villasimius, Muravera, Pula, Burcei, Isili, Teulada, Decimomannu.

L'Azienda, nell'anno 2008 ha portato a compimento un lavoro coordinato nel triennio 2006-2008 al contenimento delle liste d'attesa, partendo dall'analisi delle stesse, e dall'individuazione dei fattori che contribuiscono a mantenere il divario tra la domanda e l'offerta di prestazioni. In particolare l'attività si è orientata al raggiungimento di alcuni obiettivi:

- ✚ il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza: 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: il grado di appropriatezza della prestazione coerente con il rispetto delle indicazioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace, del momento giusto 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 le priorità assistenziali come strumento di programmazione sanitaria; i dati sono stati resi disponibili attraverso gli URP, il sito web o altre forme di pubblicità.

L'aumento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni ha permesso in alcuni casi di curare ambulatorialmente ciò che prima necessitava di lunghi ricoveri e liste di attesa anche di due anni: è il caso della litotripsia e del tunnel carpale, per cui oggi sostanzialmente la lista d'attesa non esiste più.

L'integrazione sociosanitaria

Nel corso dell'anno 2008 sono state portate a compimento le iniziative formulate nel Piano Strategico Aziendale finalizzate a potenziare e razionalizzare la rete dei servizi sociosanitari territoriali e le prestazioni erogate dalla ASL in maniera coordinata con le attività dei comuni e del terzo settore. Ciò è stato possibile in quanto sono stati creati ex-novo percorsi assistenziali integrati e progetti individualizzati in maniera equa e uniforme in tutti i territori dell'Azienda e quindi della Provincia di Cagliari.

Questi i principi e i presupposti che hanno sostenuto l'impianto dei servizi sociosanitari di questa Azienda: uguaglianza, equità, continuità assistenziale, appropriatezza degli interventi, sostegno e sviluppo delle autonomie personali nella vita di comunità e nel lavoro.

- ✚ potenziamento delle Cure Domiciliari e delle cure domiciliari Integrate onde permettere la permanenza nel proprio domicilio delle persone "fragili"
- ✚ potenziamento delle attività residenziali territoriali in RSA con connotazione di struttura sociosanitaria intermedia dove la persona viene accolta per un periodo limitato in vista del "ritorno a casa e apertura della RSA di proprietà dell'Azienda a Sestu (60 p.l.);
- ✚ apertura a pieno regime dell'Hospice per l'assistenza nella fase terminale della malattia cronica degenerativa, cure palliative e terapia del dolore.

Nei Distretti sociosanitari della ASL sono state pertanto attivate 9 Unità di Valutazione Territoriale (UVT) così articolate: 4 UVT nei Distretti di Cagliari – Area Vasta e Area Ovest (ex-Usl 20 e 21); 2 UVT nel Distretto Quartu-Parteolla; 1 UVT nel Distretto Sarrabus-Gerrei ; 2 UVT nel Distretto Sarcidano-Barbagia di Seuolo e Trexenta

Le Cure Domiciliari Integrate

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

Nel corso dell'anno 2008 questa Azienda ha completato la riorganizzazione dell'intero sistema delle Cure Domiciliari e delle cure Domiciliari Integrate. In primo luogo sono state incrementate le specialità professionali carenti nel territorio e le figure capaci di garantire livelli di assistenza adeguati, tali da indurre i pazienti e i loro familiari a preferire l'assistenza al proprio domicilio in alternativa al ricovero ospedaliero. In particolare, per l'assistenza alle persone dimesse dalle strutture ospedaliere è stata instaurata una collaborazione tra i medici della continuità assistenziale e quelli delle Unità operative distrettuali per le Cure domiciliari che vede il coinvolgimento delle Unità operative di Anestesia, di Rianimazione e di Terapia intensiva.

Si è avviata quindi una profonda rielaborazione non solo organizzativa, ma anche culturale, in grado di migliorare la qualità di vita della persona: assistere le persone affette da patologie trattabili a domicilio, mantenendole il più possibile a casa, favorendo il recupero delle capacità residue, supportando i loro familiari anche attraverso i presidi ed ausili utili a rendere meno gravoso il carico dell'assistenza, rappresenta infatti uno degli obiettivi prioritari per garantire risposte appropriate alla complessità dei bisogni di salute emergenti.

L'assistenza domiciliare è aumentata del 55%, l'assistenza nelle RSA del 67% nel 2007 e del 29% nel 2008. Per l'HIV si è registrato un aumento dell'89% per attività di semiresidenzialità ed ambulatoriali

Le linee di intervento per il rafforzamento e la riqualificazione dell'Assistenza domiciliare hanno riguardato azioni focalizzate su tre fronti:

- ✚ organizzativo, con l'affidamento della gestione del servizio ADI a livello distrettuale per garantire una presenza capillare sul territorio e coinvolgere tutte le figure professionali sociali e sanitarie nell'effettiva assistenza integrata a domicilio;
- ✚ professionale, con un ulteriore coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera scelta nell'assistenza a domicilio, lo sviluppo di forme innovative di organizzazione delle cure domiciliari a supporto di progetti nell'ambito dei PLUS e l'integrazione di altre figure professionali;
- ✚ informativo-informatico con la messa in rete di tutti i soggetti coinvolti nel processo per la formulazione e la gestione dei Piani Attuativi Individuali (PAI) il monitoraggio delle attività e degli interventi sulla singola persona assistita nei vari passaggi del percorso assistenziale.

ASL CAGLIARI

Cure Domiciliari e Cure Domiciliari Integrate

Anno 2008

DISTRETTI	Numero assistiti in cure domiciliari nel corso del 2008	Numero assistiti in cure domiciliari prestazionali nel corso del 2008	Totale
Distretto 1 (Cagliari - Area Vasta)	1.209	146	1.355
Distretto 2 (Area Ovest)	444	139	583
Distretto 3 (Quartu - Parteolla)	320	4	324
Distretto 4 (Sarrabus - Gerrei)	137	113	250
Distretto 5 (Sarcidano - Barbagia di Seulo e Trexenta)	93	29	122
TOTALE ASL 8	2.203	431	2.634

DISTRETTI	Ore infermieristica	Ore riabilitativa	Ore totali
Distretto 1 (Cagliari - Area Vasta) – Distretto 2 (Area Ovest)	138.003	52.221	190.224
Distretto 3 (Quartu - Parteolla)	15.643	5.058	20.701
Distretto 4 (Sarrabus - Gerrei)	7.664	1.383	9.047
Distretto 5 (Sarcidano - Barbagia di Seulo e Trexenta)	5.916	2.017	7.933
TOTALE ASL 8	167.226	60.679	227.905

L'Assistenza Riabilitativa

La funzionalità di una rete di strutture e tipologie di prestazioni che consentano alle persone con disabilità di usufruire del migliore percorso riabilitativo rispetto alle sue necessità. Si è lavorato soprattutto sul versante dei rapporti con i soggetti erogatori privati per condividere il modello dell'assistenza riabilitativa globale in maniera omogenea in tutto il territorio della ASL. La riqualificazione dell'offerta da un lato si è concentrata sul mantenimento e rafforzamento delle strutture di riabilitazione direttamente gestite dall'Azienda e 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;
 - ✚ momenti informativi e formativi integrati con i soggetti erogatori per l'aggiornamento e la crescita professionale degli operatori addetti alla riabilitazione;
 - ✚ interventi per rendere la famiglia parte integrante del processo di recupero.

La riorganizzazione del sistema ha anche permesso di razionalizzare i costi sopportati dell'azienda e ha permesso un notevole contenimento delle spese da parte della ASL negli ultimi tre anni.

Assistenza residenziale sociosanitaria Territoriale

Le RSA e i CDI operanti nel territorio dell’Azienda hanno concorso alla realizzazione del sistema organico della rete dei servizi sociosanitari, nel territorio della Provincia di Cagliari, in riferimento alle persone anziane e ai soggetti adulti non autosufficienti e alle loro famiglie, in grado di rispondere ai loro specifici bisogni e di contrastare il ricorso improprio all’ospedalizzazione. Le RSA hanno svolto il ruolo di strutture territoriali residenziali di Cura Intermedia tra l’ospedale e il domicilio finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie assistenziali di recupero funzionale e di inserimento sociale, ma anche di prevenzione dell’aggravamento del danno funzionale, a persone con malattie croniche o con 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.

Dopo le valutazioni relative alla stima del fabbisogno e all’analisi dell’offerta l’Azienda ha provveduto ad una rimodulazione dell’offerta in relazione ai diversi bisogni emergenti nel territorio:

- ✚ riorganizzazione in ambito distrettuale della competenza dell’area Anziani, Disabili e Soggetti fragili;
- ✚ implementazione di un modello del sistema RSA con connotazione di struttura sociosanitaria intermedia dove la persona viene accolta per un periodo limitato per lo svolgimento di un progetto assistenziale sociosanitario in vista del “ritorno a casa”;
- ✚ promozione della cultura del “fare rete” e “integrazione in rete” informatizzata dei servizi territoriali;
- ✚ promozione della cultura della formulazione di piani e progetti personalizzati.

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 di 7,5 milioni di euro circa per incrementare l’offerta dei posti letto e raddoppiare le giornate di assistenza erogate.

ASL CAGLIARI		
Attività sociosanitaria presso RSA anno 2008		
DISTRETTO	GIORNATE DEGENZA	COSTI
Distretto 1 (Cagliari - Area Vasta)	59.452	€ 4.406.886,00
Distretto 2 (Area Ovest)	21.473	€ 1.661.894,00
Distretto 3 (Quartu - Parteolla)	12.515	€ 1.057.271,00
Distretto 4 (Sarrabus - Gerrei)	1.351	€ 88.474,00
Distretto 5 (Sarcidano - Barbagia di Seulo e Trexenta)	3.039	€ 286.917,00
TOTALE ASL 8	97.830	€ 7.501.442,00

Attività Consultori

Il Consultorio offre un modello di promozione della salute e di presa in carico della persona nella sua globalità a carattere Interprofessionale con attività finalizzate a un obiettivo comune e non come specifico professionale del singolo o dei singoli operatori. L' organico è costituito, per singolo C.F., da un ginecologo un pediatra un' assistente sanitaria un psicologo, un assistente sociale e un ostetrica.

In ogni Consultorio e in maniera omogenea per tutta la ASLCagliari, le attività sono 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 del29/11/2007).Per ciascuno di questi Percorsi si fa riferimento alle linee guida elaborate nel 1999 da una commissione interna con il contributo di tutte le figure professionali, rielaborate nel Progetto Aziendale di"Estensione del sistema di Governance all'area Materno-infantile "avviato il 26/09/2007 ed attualmente in fase conclusiva che ha attivamente coinvolto tutti gli operatori dei Consultori.

Le attività rivolte al singolo alla coppia e ai gruppi, sia nella sede Consultoriale, sia presso altre sedi (scuole, asili nido), rispondono alla richiesta spontanea, ma rappresentano sempre più spesso, un'offerta attiva con Progetti obiettivo specifici (in corso :” Percorso nascita. promozione e valutazione di modelli di qualità” I.S.S.)

Percorsi individuati:

GRAVIDANZA-NASCITA-PUERPERIO

INFANZIA

SPAZIO GIOVANI

CONTRACCEZIONE

MENOPAUSA

IVG

SOSTEGNO AL SINGOLO ALLA COPPIA E ALLA FAMIGLIA (Sostegno alla Genitorialità e ai minori in difficoltà)

PREVENZIONE ONCOLOGICA (Screening cervico-carcinoma)

Percorso Gravidanza-Nascita-Puerperio

Partecipano al percorso tutti gli operatori del Consultorio e rappresenta un modello di attività integrata . E' compito fondamentale degli operatori individuare quanto più precocemente possibile i fattori di rischio, reale o potenziale, applicando i protocolli diagnostici per la tutela della gravidanza alla luce delle linee guida per la gestione ostetrica.

Nel corso del 2008 sono state monitorate 832 gravidanze ed effettuate 3906 visite mediche di controllo.

In Puerperio 427 donne hanno effettuato i controlli sanitari e 160 donne sono state raggiunte a domicilio su richiesta, 135 donne hanno richiesto la consulenza psicologica,

Nell'ambito delle attività rivolte ai gruppi sono stati organizzati 104 corsi di accompagnamento alla nascita con la partecipazione di 1398 donne e la partecipazione di 315 uomini .

I corsi post nascita sono stati 78 con la partecipazione di 903 donne e 139 uomini.

Percorso infanzia

Nell'ambito di tale percorso sono state effettuate 1051 1° visite nella fascia di età da 0-1anno 409 da 1 a 3 anni, 210 oltre i 3 anni.

Presso il campo nomadi sulla S.S.554 è proseguita regolarmente l'attività di assistenza sanitaria nella fascia di età 0-18 anni,.

L'attività presso gli asili nido comunali e provinciali di Cagliari, di San Sperate e di Selargius ,Assemini, Monserrato è stata rivolta a circa 572 bambini.(Target costante) e ai genitori e educatori con interventi di educazione sanitaria.

Un CD-rom è stato realizzato dagli operatori stessi sulla tematica “ Prevenzione degli incidenti domestici”e presentato durante gli incontri con la partecipazione di 177 genitori e educatori:

Spazio Giovani

Tale percorso rappresenta un'attività oramai consolidata in alcuni consultori, volta principalmente a migliorare le competenze degli adolescenti e il loro benessere psicofisico; ha lo scopo di rispondere alle esigenze dei giovani nei modi e nei tempi più adeguati e dedica particolare attenzione ai bisogni di salute intesa in senso globale e alle” fragilità” proprie di questa fascia di età. la contraccezione, nonché le problematiche relazionali e della sfera sessuale. I giovani di età compresa tra 14-25 anni che si sono rivolti al consultorio sono stati 6216 (di cui 2860 riferiti al Consultorio di via Sassari) di cui “nuovi utenti”.1265.

L'elevato turnover rappresenta un dato positivo. La rappresentanza femminile è nettamente preponderante rispetto a quella maschile Possiamo rilevare che nel corso degli anni gli adolescenti maschi, sempre più frequentemente, accompagnano la propria partner e mostrano interesse alla scelta contraccettiva,”.

Percorso Contraccezione

E' significativo rilevare che la Sardegna è la regione in Italia, che registra la più alta percentuale di donne che assumono estroprogestinici a scopo contraccettivo ed è ben al di sopra della media nazionale: 33,9 contro il 19,1 nel 2002

Prime visite; 4466 donne

Interruzione volontaria della gravidanza

Il percorso della interruzione volontaria della gravidanza viene espletato nel rispetto della legge n° 194 del 1978 che detta le norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.

Nel corso dell'anno sono stati fatti 286 colloqui e rilasciate 181 certificazioni. Di cui n19 a minorenni che sono state inviate dal Giudice Tutelare con relazione sociale e psicologica.

Percorso Menopausa

Le attività sono orientate a migliorare il benessere psicofisico della donna in età post fertile e sono rivolte al singolo e ai gruppi.

Nell'ambito delle attività dirette al singolo 312 donne .

Sostegno al Singolo alla coppia e alla famiglia (alla genitorialità e a minori in difficoltà)

In tema di genitorialità naturale, la gran parte del lavoro di sostegno, è stato rivolto alle donne che hanno frequentato il gruppo di preparazione alla nascita e che hanno stabilito con il consultorio un buon rapporto di interazione che si mantiene nel tempo.

Le altre forme di sostegno, sia alla genitorialità naturale che adottiva o affidataria, sia ai minori in difficoltà, derivano in gran parte dal lavoro richiesto dagli enti istituzionali (Tribunale Minori, Civile, Comune, etc),

Percorso Prevenzione Oncologica, Prevenzione dei tumori dell'apparato genitale femminile. Lo screening è rivolto a tutta la popolazione della Azienda di età compresa tra 25 e 64 anni e interessa tutti i consultori.

Nei consultori nel 2008 sono stati effettuati 7494 Paptest spontanei e su chiamata (non partecipa ancora su chiamata il Distretto di Senorbì e Isili)

Attività Di Educazione Sanitaria Nelle Scuole

Gli argomenti abitualmente affrontati vengono condivisi con gli operatori scolastici dopo aver rilevato i bisogni sia degli studenti che dei docenti e genitori.

Interventi che hanno coinvolto 2025 studenti di scuole di ogni ordine e grado

Hospice

Sempre nell'ottica di fornire la prestazione sanitaria più efficace e di maggiore qualità possibile, la ASL di Cagliari ha inaugurato nel marzo 2007 l'Hospice, struttura di ricovero extraospedaliero – la prima nel suo genere in Sardegna - destinata all'accoglienza e al ricovero di malati, generalmente oncologici, che necessitano di terapie curative e di supporto con esclusivo intento palliativo. La struttura è dotata di 18 posti letto ed è in grado di assicurare l'assistenza a circa 200 pazienti l'anno .La funzione attribuita all'Hospice è quella di completare l'offerta assistenziale extraospedaliera a favore dei malati oncologici e integrare l'assistenza a domicilio, qualora quest'ultima non sia possibile o per l'aggravamento della situazione clinica o per difficoltà logistiche e organizzative da parte dei familiari. Nell'Hospice opera un'equipe multidisciplinare formata da due medici, 18 infermieri, 1 psicologo, 2 fisioterapisti, 5 operatori sanitari e i familiari dell'assistito, con le modalità e nella misura in cui potrà rendersi presente. Lo stabile - circondato da un giardino - è costituito da un piano terra, destinato in parte alle aree comuni di socializzazione e di svago (cucina, soggiorno, aree di lettura) e in parte all'assistenza (ambulatori e studi medici), e da due piani superiori, dedicati alle stanze di degenza.

I Distretti Sociosanitari

Nel corso dell'anno 2008 è stato completato l'iter di approvazione e adozione dell'Atto Aziendale che ha permesso l'avvio per l'attivazione dei 5 Distretti Sociosanitari previsti.

Distretto 1 Cagliari - Area Vasta

Descrizione Generale

Il Distretto Sociosanitario Cagliari- Area Vasta comprende l'Area Urbana della Città di Cagliari e l'Area Vasta.

Il territorio dell' Area Vasta è parte integrante dell'area vasta cagliaritana, di cui costituisce una porzione rilevante in termini di estensione, di dotazione insediativa e infrastrutturale, nonché di consistenza delle risorse ambientali e agricole.

L'ambito territoriale di interesse si estende lungo la direttrice NO-SE da Monastir a Quartucciu e si articola in due vasti sistemi: a Nord verso il Parteolla e il Campidano e a Sud verso l'area urbana cagliaritana e il sistema ambientale del Molentargius.

I centri abitati individuano sistemi insediativi articolati: Monastir e Ussana, verso Nord, definiscono i limiti del campo urbano di Cagliari; Monserrato, Selargius e Quartucciu costituiscono una parte rilevante della conurbazione interna alla SS 554 tra Cagliari e Quartu; Settimo San Pietro e Sestu definiscono importanti sistemi di relazione tra l'area urbana e i territori del Parteolla del Sarrabus-Gerrei e del Campidano.

La geografia fisica dell'ambito territoriale articola tre principali sistemi individuati dall'arco collinare che cinge il bacino idrografico del Molentargius a Nord e dai bacini del Rio di Sestu e, in piccola parte del bacino del Rio Mannu di San Sperate. I sistemi collinari individuano estese porzioni di territori agricoli, che si mantengono in gran parte produttivi, essendo tuttavia interessati nelle zone periurbane da fenomeni abbandono, di degrado ambientale e di trasformazione insediativa.

Nel territorio d'interesse si individuano due sistemi insediativi distinti:

1. Il sistema legato alla SS 554 (Monserrato, Selargius, Settimo San Pietro, Quartucciu);
2. Il sistema legato al corridoio della SS 131 (Monastir, Sestu, Ussana).

Rappresentano delle specificità locali il centro di Sestu, che si pone tra i due sistemi come luogo di cerniera, stabilendo da un lato relazioni con gli insediamenti del Policlinico universitario e la Cittadella universitaria di Monserrato verso la SS 554 e, dall'altro con gli insediamenti commerciali sviluppati lungo il corridoio viario della SS 131 e verso Monastir. Il centro di Settimo San Pietro che stabilisce da un lato relazioni di prossimità con i centri di Sinnai e Maracalagonis e d'altra parte è proiettato verso la conurbazione cagliaritana con i propri insediamenti produttivi lungo la direttrice per Selargius. Il quartiere di Su Planu del Comune di Selargius che, con le aree limitrofe di Is Corrias, istituisce rapporti di contiguità con la città di Cagliari, rappresentando una enclave amministrativa all'interno del tessuto urbano di Cagliari.

La dimensione infrastrutturale rappresenta un elemento portante del territorio del Plus 21, che pone questioni rilevanti in ordine alle prospettive di sviluppo del territorio e allo stesso tempo di qualità ambientale.

Si tratta di alcune questioni che attengono la mobilità nell'area vasta e l'accessibilità territoriale, che si associano a problemi legati al rapporto tra assetto infrastrutturale e insediamenti residenziali, dei servizi rari e superiori, insediamenti produttivi. Le infrastrutture principali di attraversamento (SS 554 e 131) rappresentano elementi di cesura territoriale (in particolare a Monserrato, Selargius e Quartucciu).

Le periferie urbane soffrono problemi di omologazione del paesaggio e di perdita di chiari riferimenti spaziali, morfologici e tipologici. La saldatura tra i centri dell'area urbana istituisce condizioni di perifericità di zone intercluse e rende inestricabile, anche dal punto di vista percettivo, la lettura dei segni della stratificazione storica dell'insediamento, finendo per offuscare il sistema delle differenze costituito dai centri storici dei comuni, che nel complesso, al loro interno, si mantengono ben conservati e rappresentano una risorsa storico-culturale rilevante, offrendo l'occasione per l'attivazione di politiche per la riqualificazione di spazi pubblici urbani a tutto vantaggio della qualità ambientale degli insediamenti.

Popolazione

La popolazione residente nella Città di Cagliari risultante dall'ultimo censimento è di 164.249 abitanti, con un decremento di circa 20.000 unità rispetto al precedente censimento. Questo calo (Tav. 3.1.1), espresso in termini percentuali corrisponde a circa il 10% tra il 1991 e il 2001 e ancora più rilevante tra il 1991 e il 2004 (oltre il 12%). Pur tenendo conto del fatto che il decremento demografico è un fattore che in genere caratterizza i grandi centri metropolitani, la riduzione di quasi il 20% della popolazione negli ultimi venti anni (233.848 nel 1981) rappresenta un fenomeno decisamente fuori standard.

Osservando l'andamento della popolazione provinciale e confrontandolo con l'andamento della popolazione comunale emerge quanto il comune stia riducendo la propria partecipazione alla determinazione complessiva della popolazione della provincia. I cambiamenti della struttura demografica nel decennio considerato vengono confermati dall'analisi dell'indice di vecchiaia. L'indice di vecchiaia, che si era mantenuto sempre al di sotto del valore medio nazionale e su valori simili a quelli regionali e provinciali, nell'ultimo censimento supera tutti gli altri livelli territoriali. Mentre la provincia di Cagliari nel suo complesso è la più giovane tra le province sarde, il suo capoluogo manifesta un processo di invecchiamento particolarmente accentuato. Un'ulteriore conferma del processo di invecchiamento che caratterizza il comune capoluogo viene dall'analisi degli indici di dipendenza giovanile e senile. Il primo è inferiore di quasi 4 punti rispetto a quello provinciale, mentre il secondo è superiore di oltre 7 punti.

L'Area Vasta ha una popolazione totale di 95.829 abitanti di cui 46.993 maschi e 48.836 femmine.

I comuni più popolosi sono Selargius con 29.006 abitanti e Monserrato con 2202.784, i comuni meno popolosi sono Ussana con 4.051 e Monastir 4.621.

Il trend della popolazione evidenzia un aumento rispetto al dato provinciale dove l'Area Vasta è il territorio in cui si registra la crescita maggiore. Il saldo naturale e quello migratorio sono positivi, con un picco evidente nel Comune di Sestu.

La suddivisione in classi di età, evidenzia un numero di nascite che rientra nella media provinciale, il comune di Sestu presenta il maggior numero di nuovi nati. La classe di età più numerosa, in media col dato provinciale, è quella tra i 35 e i 54 anni, questo dato è costante in tutti i Comuni dell'Area Vasta. Risulta significativa la percentuale di abitanti nella classe 85-100 che evidenzia la presenza di "grandi vecchi" 1,1% dato che non si discosta dalla media provinciale. Questo è significativo se correlato alle due precedenti classi 65-74 e 75-84, di molto inferiori alla media provinciale. Monserrato e Monastir hanno il minor numero di popolazione afferente alla classe d'età 0-2 e il maggior numero di soggetti all'interno della classe 85-100.

Riguardo agli indici di dipendenza senile Monserrato e Monastir presentano dati molto più alti rispetto alla media dell'Area, ma conforme alla media provinciale. Al contrario negli altri paesi il dato è molto inferiore, in controtendenza con i dati dell'intera Provincia. Di conseguenza l'indice di vecchiaia sono elevati sempre a Monastir e Monserrato superando anche quelli provinciali. Sestu presenta il dato più basso d'indice di vecchiaia ma il dato più alto di dipendenza giovanile Monastir e Monserrato hanno l'indice di dipendenza giovanile più basso. Gli altri paesi rispecchiano la media provinciale.

Distretto 1 Area Vasta			
Popolazione residente al 31 dicembre 2007			
Comune e ambito	M	F	MF
Monastir	2.268	2.353	4.621
Monserrato	9.995	10.789	20.784
Quartucciu	6.039	6.23	12.274
Selargius	14.089	14.917	29.006
Sestu	9.452	9.377	18.829
Settimo San Pietro	3.127	3.137	6.264
Ussana	2.023	2.028	4.051
Totale ambito	46.993	48.836	95.829

Il profilo sanitario

Il Comune di Cagliari, presenta tassi elevati di mortalità per malattie del sistema circolatorio e per tumori sia nella popolazione maschile che in quella femminile. Da un confronto territoriale la mortalità maschile per tumore è più elevata nella città di Cagliari rispetto al valore provinciale e

regionale. Così come risulta superiore nei confronti territoriali il tasso di mortalità maschile per malattie infettive. Nella distribuzione per fasce di età se si considera il rapporto sul totale degli anziani portatori di patologie croniche la percentuale maggiore la si ritrova nella classe 65-69 anni (27%), seguita dalla classe 80 e + con il 26,6 %.

I dati di mortalità generale dell'Area Vasta evidenziano un andamento in linea con quello regionale e provinciale. Si muore principalmente per malattie del sistema circolatorio e per tumori. Le altre cause sono in ordine di decessi, per malattie dell'apparato respiratorio, malattie infettive (comprensivo del dato relativo all'AIDS), malattie dell'apparato digerente, traumatismi e avvelenamenti: queste cause rispecchiano i dati regionali e provinciali per entrambi i sessi, ma con alcune specificità d'ambito.

Attività di ricovero e indicatori

La Tabella seguente descrive i dati riguardanti l'attività di ricovero riferita alla popolazione del Distretto

Distretto 1 Cagliari – Area Vasta Attività di ricovero ANNO 2008	
Dati	Distretto Cagliari - Area Vasta
Ric ordinari	37.893
Ric DH/DS	20.773
Totale ticoveri	58.666
Indicatori	
Gg degenza RO	27.8511
Accessi DH/DS	47.872
Degenza media RO	7,35
Peso medio tot	1,05

Indici di fuga					
Distretto	Asl Cagliari	Extraregione	Intraregione	Totale	Ind fuga
D1-Cagliari Area Vasta	28.980,00	2.357,00	27.335,00	58.672,00	0,51

Assistenza Specialistica

Strutture per attività di produzione diretta:

Distretto 1 Cagliari - Area Vasta Assistenza Specialistica Ambulatoriale Anno 2008		
Sedi	Branche Specialistiche attive	Numero ore attivate
Cagliari	Allergologia	3

	Angiologia	5
	Cardiologia	36
	Chirurgia	46
	Dermatologia	26
	Endocrinologia	15
	Fisiatria	28
	Ginecologia	25
	Medicina Interna	33
	Nefrologia	29
	Neurologia	29
	Oculistica	159
	Odontoiatria	131
	Ortopedia	36
	ORL	68
	Pneumologia	6
	Radiologia	108
	Reumatologia	72
	Urologia	18
Selargius	Cardiologia	13
	Neurologia	4
	Oculistica,	34
	Allergologia	3
	Ortopedia	4
	Chirurgia	12
	Odontoiatria	30
	ORL	12
Sestu	Cardiologia	16
	Oculistica	22
	Neurologia	6
	Dermatologia	2
	Odontoiatria	10
	Ortopedia	9
	Reumatologia	6
Monastir	Cardiologia	7
	Nefrologia e Dialisi	60
	Neurologia	6
	Ortopedia	7
	Oculistica	18
	ORL	4

Cure Domiciliari e Cure Domiciliari Integrate

Nell'anno 2008 le Cure Domiciliari e Cure Domiciliari integrate sono state erogate presso la sede del Distretto 1 Cagliari-area Vasta anche per il Distretto 2 Area Ovest nei confronti della popolazione residente nei due ambiti distrettuali, secondo le Linee di Indirizzo della Regione Sardegna così come descritto nella tabella seguente.

Distretto 1 (Cagliari - Area Vasta) Cure Domiciliari Prestazionali e Cure Domiciliari Integrate
--

Persone in carico nel corso del 2008		
Cure Domiciliari Prestazionali		146
Cure Domiciliari Integrate		1.209
Totale		1.355
DISTRETTI	Ore infermieristica	Ore riabilitativa
Distretto 1 (Cagliari - Area Vasta) - Distretto 2 (Area Ovest)	138.003	52.221
Totale ore di assistenza	190.224	

Riabilitazione Globale

Strutture di produzione diretta

Presso il Distretto insistono due Strutture di Riabilitazione globale direttamente gestite nelle quali vengono erogate prestazioni sia in favore di minori che di persone adulte.

Distretto 1 Cagliari - Area Vasta Strutture Riabilitazione Globale	
Denominazione Struttura	Sede
Centro di Riabilitazione	Sestu
Centro di Riabilitazione	Cagliari- Ausonia

Strutture Accreditate

Nel Distretto operano inoltre sei Strutture di Riabilitazione Globale accreditate

Distretto 1 Cagliari - Area Vasta Strutture Riabilitazione Globale	
Denominazione Struttura	Sede
A.I.A.S.	Cagliari
A.N.F.F.A.S.	Cagliari
A.N.F.F.A.S.	Cagliari
A.N.F.F.A.S.	Cagliari
C.F.R.S.	Cagliari
C.F.R.S. ex CRxH	Cagliari
C.R.M. SRL	Cagliari
C.T.R. CENTRO RIABILITAZIONE	Cagliari
A.I.A.S.	Decimomannu
A.I.A.S.	Monastir
LOGOS GESTI E PAROLE SRL	Monserato
SAN BIAGIO	Selargius
A.I.A.S.	Sestu
C.R.N.	Settimo San Pietro

Assistenza Residenziale Sociosanitaria

RSA ASL Cagliari - Sestu	60 p.l.
RSA ASL Selargius	80 p.l.

RSA Fondazione Stefania Randazzo – Selargius (Su Planu)	78 p.l.
RSA Fondazione Stefania Randazzo –Monastir	30 p.l.

Nel corso dell'anno 2008 la Struttura di Capoterra non era stata ancora attivata per cui le attività realizzate riguardano esclusivamente la committenza con la RSA di Vallermosa e altre RSA insite negli altri Distretti

Distretto 1 (Cagliari - Area Vasta)
Attività Residenziale Sociosanitaria
presso RSA anno 2008

PROFILI	GIORNATE DEGENZA	COSTI
PROFILO 1-2-3-4-5	28.811	€ 1.843.904,00
PROFILO 6-7-8-9	21.288	€ 1.255.992,00
PROFILO A. 14	9.040	€ 1.247.520,00
VENTILAZIONE ASSISTITA	313	€ 59.470,00
TOTALE	59.452	€ 4.406.886,00

Distretto 2 Area Ovest

Descrizione Generale

Il Distretto Sociosanitario 2 Area Ovest si riferisce ad un ambito territoriale che , comprende 16 Comuni, dell'area ad ovest e nord-ovest della città di Cagliari distribuiti su una superficie vasta e variegata. Le caratteristiche di questi Comuni si diversificano per quanto riguarda gli aspetti morfologici del territorio (comuni situati in pianura, in prossimità della montagna, lungo la costa), demografici, economici, sociali, ecc, e sembrano talmente disomogenei da farci interrogare se sia opportuno parlare di "comunità" nel vero senso della parola.

Possono essere individuati tre raggruppamenti o aree abbastanza omogenee:

- Area costiera (Capoterra, Sarroch, Pula, Villa San Pietro, Domusdemaria, Teulada)
- Area sull'asse ferroviario (Villasor, Uta, Siliqua, Decimomannu, Assemini, Elmas)
- Area interna rurale (San Sperate, Vallermosa, Villaspeciosa, Decimoputzu)

Popolazione

La distribuzione della popolazione evidenzia come la massima e prevalente concentrazione insiste nei comuni di Assemini e Capoterra che presentano una dimensione di tipo urbano, sopra i 20.000 abitanti; gli altri centri abitati mantengono la struttura raccolta della piccola comunità come Domus De Maria, Vallermosa, Villa San Pietro, Villaspeciosa, dove gli abitanti si attestano su valori tra i 1.000 e i 7.000 abitanti .

Distretto 2 Area Ovest			
Popolazione residente al 31 agosto 2008			
Comune e ambito	M	F	MF
Assemini	13379	13138	26.518
Capoterra	11684	11912	23.596
Decimomannu	3800	3748	7.548
Decimoputzu	2076	2087	4.163
Domus de Maria	809	887	1.696
Elmas	4487	4456	8.943
Pula	3596	3657	7.253
San Sperate	3784	3810	7.593
Sarroch	2627	2722	5.349
Siliqua	2025	2011	4.036
Teulada	1891	1955	3.846
Uta	3605	3730	7.335
Vallermosa	985	1018	2.003
Villa San Pietro	947	949	1.896
Villasor	3492	3525	7.017
Villaspeciosa	1122	1115	2.237
Totale ambito	60.309	60.720	121.029

In tutto l'ambito del Distretto Sociosanitario è presente una crescita annuale della popolazione residente di > 65, ed in particolare cresce la quota di residenti dell'ambito nelle tre le classi di età

sia 65/74 che 75/84 anni e 85/94. Dal 2001 al 2008 l'aumento risulta sensibile e segnala il crescere di una potenziale utenza dei servizi per gli anziani e, sebbene non si abbiano dati aggiornati, è ipotizzabile che prosegua il trend di crescita di una popolazione in una fascia di età estremamente vulnerabile e, conseguentemente anche l'impegno finanziario richiesto per la organizzazione dei servizi appositi.

La popolazione è in crescita in quasi tutto l'ambito, con valori superiori alle altre aree provinciali. Solo Siliqua, Teulada e Villasor mantengono una dinamica migratoria negativa. Teulada, ancora oggi, risente di un isolamento territoriale, aggravato dalla scarsità dei mezzi di trasporto e dalla mancanza di una rete stradale efficiente, che la rende "distante" dai centri maggiori di attività formative e/o produttivo-economiche, e costringe i suoi residenti, spesso i più giovani, a pendolarismo o emigrazione.

Tendenzialmente i paesi che nel decennio '91/'01 hanno visto diminuire o aumentare la popolazione seguono ancora oggi la loro dinamica anche se con minor forza relativa (Sarroch, Siliqua, Teulada, Vallermosa, Villasor) , mentre Decimoputzu e Sarroch stanno lievemente recuperando le perdite degli anni '90.

Il profilo sanitario

I dati di mortalità generale , evidenziano un andamento sulla mortalità della popolazione di questo Distretto in linea con quello regionale e provinciale: si muore principalmente per malattie del sistema circolatorio, per tumori, per malattie dell'apparato respiratorio, per traumatismi e avvelenamenti, per malattie infettive (comprensivo del dato relativo all'AIDS), per malattie dell'apparato digerente, : queste principali cause di morte rispecchiano i dati nazionali, regionali e provinciali per entrambi i sessi, ma con alcune specificità d'ambito

La morbilità, evidenzia una frequenza di ricoveri per tumori, disturbi dell'apparato cardiocircolatorio, disturbi dell'apparato respiratorio e diabete. Queste informazioni confrontate con quelle di mortalità sembrano rispecchiare le stesse tendenze delle diverse cause di morte per patologia in relazione alle diverse incidenze di morbosità ossia sembrerebbe che in questo Distretto ci si ammali prevalentemente delle stesse patologie per le quali si muore.

Appare comunque molto importante sottolineare e osservare la peculiarità dei comuni afferenti all'agglomerato industriale di Sarroch – Assemmini. Lo stato di salute delle popolazioni residenti in questo polo è stato analizzato nel "Rapporto sullo stato di salute delle popolazioni residenti nelle aree interessate da poli industriali, minerari e militari della Regione Sardegna", commissariato dall'Assessorato Regionale all'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Sardegna. Tale studio ha mostrato nella popolazione maschile residente nell'area circostante lo stabilimento petrolchimico, un eccesso di mortalità e di prevalenza per neoplasie del polmone e per linfomi non Hodgkin. Nessun eccesso di mortalità per tumori è stato osservato nella popolazione femminile.

Queste aree sono stati inserite, dal Decreto n. 468 del 18/09/2001, tra i siti da bonificare di interesse nazionale, e sottoposti a monitoraggio sotto diretto controllo del Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio. Le analisi di caratterizzazione di tali siti, hanno infatti evidenziato una elevata concentrazione di inquinanti che, date le caratteristiche geologiche locali, possono subire un'azione di trasferimento alle zone circostanti e un loro possibile inserimento nella catena

alimentare, con conseguente rischio sanitario. Il settore agricolo, con coltivazioni intensive, sia in campo che in serra, impatta sull'ambiente per l'uso diffuso di concimi e antiparassitari.

Attività di ricovero e indicatori

La Tabella seguente descrive i dati riguardanti l'attività di ricovero riferita alla popolazione del Distretto

Distretto 1 Cagliari – Area Vasta Attività di ricovero ANNO 2008	
Dati	Distretto Cagliari - Area Vasta
Ric ordinari	15.907
Ric DH/DS	7.934
Totale ricoveri	23.841
Indicatori	
Gg degenza RO	10.8283
Accessi DH/DS	19.001
Degenza media RO	6,80
Peso medio tot	1,01

Indici di fuga					
Distretto	Asl Cagliari	Extraregione	Intraregione	Totale	Indice fuga
D2- Area Ovest	11.266,00	760,00	11.817,00	23.843,00	0,53

Dotazione organica del Distretto

Presso il Distretto opera il seguente personale dipendente suddiviso per ruoli e Unità operative:

Distretto 2 Area Ovest Dotazione di personale dipendente	
Personale	
Ruolo sanitario	50
Ruolo Amministrativo	11
Ruolo Tecnico	16
Totale	77

Continuità Assistenziale

La distribuzione territoriale dei punti di Guardia Medica

Il Distretto possiede ad oggi una rete di punti di continuità assistenziale in grado di assicurare la copertura assistenziale in modo più che adeguato soprattutto nelle zone che non possono avere

un facile accesso all'ospedale (Teulada) a causa delle caratteristiche geomorfologiche e della rete viaria, come dimostra la tabella successiva.

Assistenza Specialistica

Strutture per attività di produzione diretta

Distretto 2 Area Ovest		
Assistenza Specialistica Ambulatoriale		
Anno 2008		
Sedi	Branche Specialistiche attive	Numero ore attivate
Decimomannu	Allergologia	5
	Cardiologia	28
	Chirurgia	12
	Dermatologia	4
	Endocrinologia	17
	Fisiatria	4
	Ginecologia	6
	Nefrologia	4
	Neurologia	16
	Oculistica	28
	Odontoiatria	19
	Ortopedia	6
	ORL	10
Siliqua	Cardiologia	4
	Neurologia	1
	Oculistica,	3
	Dermatologia	1
	Diabetologia	Prelievi
Villasor	Cardiologia	12
	Oculistica	18
Teulada	Neurologia	3
	Oculistica	4
	Cardiologia	4
	Fisiatria	2
Sarroch	Nefrologia e Dialisi	21

Cure Domiciliari e Cure Domiciliari Integrate

Nell'anno 2008 le Cure Domiciliari e Cure Domiciliari integrate sono state erogate presso la sede del distretto 1 Cagliari-Area Vasta anche per il Distretto 2 Area Ovest nei confronti della popolazione residente nei due ambiti distrettuali, secondo le Linee di Indirizzo della Regione Sardegna così come descritto nella tabella seguente.

Distretto 2 Area Ovest		
Cure Domiciliari Prestazionali e Cure Domiciliari Integrate		
Persone in carico nel corso del 2008		
Cure Domiciliari Prestazionali		139
Cure Domiciliari Integrate		444
Totale		583
DISTRETTI	Ore infermieristica	Ore riabilitativa
Distretto 1 (Cagliari - Area Vasta) - Distretto 2 (Area Ovest)	138.003	52.221
Totale ore di assistenza	190.224	

Assistenza riabilitativa

Strutture di produzione diretta

Presso il Distretto insistono due Strutture di Riabilitazione globale direttamente gestite nelle quali vengono erogate prestazioni sia in favore di minori che di persone adulte.

Distretto 2 Area Ovest		
Strutture Riabilitazione globale		
200004	Centro di Riabilitazione	Pula
200003	Centro di Riabilitazione	Decimomannu

Strutture per la committenza

Nel Distretto operano inoltre sette Strutture di Riabilitazione Globale accreditate

Distretto 2 Area Ovest		
Strutture Riabilitazione globale		
200144	Centro AIAS-Via Carducci, 7	Decimomannu
200165	C. Riab. Santa Lucia-Via Madrid, 18	Assemini
200140	Centro AIAS - Via Marconi, 17	Assemini
200143	Centro AIAS -Via La Marmora, 10	Capoterra
200146	Centro AIAS-Via delle Palme	Pula
200090	Centro AIAS - Via Brigata Sassari	Teulada
200152	Centro AIAS-Via Torino,12 90	Uta

Assistenza Residenziale Sociosanitaria

Nel Distretto sono presenti due RSA: una a Capoterra di proprietà della ASL e una a Vallermosa accreditata

RSA ASL Cagliari - Capoterra	100 p.l.
------------------------------	----------

Strutture di committenza

RSA Fondazione Stefania Randazzo –Vallermosa	120 p.l.
--	----------

Nel corso dell'anno 2008 la Struttura di Capoterra non era stata ancora attivata per cui le attività realizzate riguardano esclusivamente la committenza con la RSA di Vallermosa e altre RSA insite negli altri Distretti

Distretto 2 (Area Ovest) Attività Residenziale Sociosanitaria presso RSA anno 2008		
PROFILI	GIORNATE DEGENZA	COSTI
PROFILO 1-2-3-4-5	6.823	€ 436.672,00
PROFILO 6-7-8-9	10.082	€ 594.838,00
PROFILO A. 14	4.568	€ 630.384,00
TOTALE	21.473	€ 1.661.894,00

Distretto 3 Quartu – Parteolla

Descrizione Generale

Il Distretto Sociosanitario 3 Quartu - Parteolla comprende n ° 8 Comuni: Burcei, Dolianova, Donori, Maracalagonis, Quartu S. Elena, Sordiana, Sinnai e Soleminis.

L'estensione totale del territorio dell'ambito è di circa 881 Km² e si estende nella parte sud orientale della Sardegna. Morfologicamente si possono distinguere tre grandi zone: montana, collinare e costiera.

Sono presenti aree di interesse naturalistico e ambientale come il sistema montano dei "Sette Fratelli", lo Stagno di "Molentargius" e ancora la fascia costiera che da tempo è conosciuta per la sua bellezza a livello internazionale. La distanza fra gli otto centri è compresa fra 2 e 10 Km, fatta eccezione per i comuni di Burcei, Donori, collocati perifericamente rispetto al territorio dell'ambito, così come rispetto a Cagliari.

Benché il raggio del territorio non superi i quaranta chilometri, gli spostamenti presentano degli aspetti di criticità determinati dalla scarsità ed inadeguatezza delle vie di comunicazione, rendendo difficoltoso anche il collegamento fra paesi vicini. Inoltre, anche la rete di trasporti pubblici risulta insufficiente al soddisfacimento delle nuove e accresciute esigenze della popolazione. Ciò

condiziona e limita l'accesso ai Servizi decentrati ed esterni all'ambito territoriale, ma anche a quelli che insistono più direttamente sul territorio (poliambulatori di Dolianova, Quartu S. Elena e Sinnai).

Popolazione

La popolazione è di 112.766 abitanti di cui 55.879 maschi e 56.877 femmine secondo i dati I.S.T.A.T. del 31.12.2007. Va sottolineato che la maggioranza della popolazione è residente nel Comune di Quartu S. Elena, che peraltro si colloca al terzo posto fra le città della Sardegna.

In generale la fascia d'età compresa fra i 35 e 54 anni è la più numerosa ed è pari al 31,5% dell'intera popolazione, seguita con il 16,5% da quella compresa fra i 25 e i 34 anni. La popolazione compresa nella fascia d'età dai 55 ai 64 anni rappresenta l'11,2%.

Popolazione residente al 1 Gennaio 2008 per sesso			
Comune	Maschi	Femmine	Totale Popolazione
Burcei	1.491	1.428	2.919
Dolianova	4.446	4.364	8.810
Donori'	1.066	1.036	2.102
Maracalagonis	3.764	3.574	7.338
Quartu sant'elena	34.806	36.139	70.945
Serdiana	1.215	1.218	2.433
Sinnai	8.180	8.207	16.387
Soleminis	911	921	1.832
Totale Popolazione Distretto	55.879	56.887	112.766

Lo stato della popolazione si presenta eterogeneo con alcune connotazioni prevalenti. Nei territori montani si rileva un flusso migratorio di spopolamento elevato, soprattutto per la fascia d'età compresa fra i 25 e i 45 anni.

Le popolazioni dei comuni di Quartu S. Elena, seppure con cifre più contenute rispetto allo scorso decennio, Dolianova, Maracalagonis, Sinnai e Soleminis sono in crescita. Per gli ultimi quattro comuni, in particolare, tale incremento può essere riferito ad un flusso migratorio di famiglie dai comuni limitrofi esterni all'ambito, determinato da un favorevole accesso al mercato abitativo.

Profilo sanitario

Il profilo di mortalità riscontrato nell'ambito è in linea con quello rilevato nell'intero territorio regionale negli anni all'inizio degli anni 2000. Le malattie cardiovascolari, i tumori, le patologie dell'apparato respiratorio sono le principali cause di morte.

Per numerose patologie non è possibile avere un dato preciso di morbosità (sarebbero necessari specifici sistemi di rilevazione), tuttavia l'analisi dei dati ISTAT disponibili confermano la grossa incidenza delle patologie quale principale causa di morte. Al contempo il progressivo invecchiamento della nostra popolazione spiega in parte l'aumento di queste malattie cronico -

degenerative (malattie cardiocircolatorie, tumori, malattie croniche dagli apparati respiratorio e digerente) e ne influenza la dinamica. Lo stato di salute di una popolazione non può essere definito solo in base ai dati di morbosità e mortalità, ma deve prendere in considerazione anche il carico sociale che le diverse malattie invalidanti o mortali hanno sulla popolazione (ad esempio le morti da incidenti stradali sono quelle che provocano il maggior numero di anni di vita perduta, le non autosufficienze e le invalidità acquisite e congenite comportano un elevato carico assistenziale socio-sanitario).

Andando ad analizzare la popolazione sulla base del tasso di ospedalizzazione nelle varie tipologie di ricovero, possiamo dire che il 19,4% dei ricoveri sul totale aziendale riguarda abitanti del Distretto. In particolare la degenza media del ricovero ordinario è più bassa di quella totale aziendale.

Prestazioni	Quartu-Parteolla	Totale ASL8	%
Ric ordinari	15.467	79.660	19,4
Ric DH/DS	7.472	40.605	18,4
Totale ricoveri	22.939	120.265	19,1
Gg degenza RO	102.413	569.068	18,0
Accessi DH/DS	15.961	93.059	17,2
Degenza media RO	6,6	7,1	92,7
Peso medio tot	1,0	1,0	97,3

Organizzazione del Distretto

Al distretto fanno capo diverse Unità operative che sono rappresentate da:

- Poliambulatori del distretto n° 4: Quartu Sant'Elena, Sinnai, Dolianova e Burcei
- Ambulatori del distretto n° 10
- Sportello CUP del distretto
- Punto unico di accesso del distretto (PUA)
- Consultori del distretto n° 3: Quartu Sant'Elena, Ninnai, Dolianova
- Unità operative ADI del distretto
- Centri di salute mentale del distretto
- Centro nefrologia e dialisi
- Servizi per le dipendenze del distretto
- Unità UONPIA del distretto
- Uffici Ticket del distretto n° 4
- Uffici scelta e revoca del medico del distretto n° 3
- Ufficio protesi e ausili del distretto n° 3
- Guardie mediche del distretto n° 4: Quartu Sant'Elena (nella stessa sede è presente anche il medico di continuità assistenziale per il territorio di Flumini), Dolianova, Sinnai, Burcei
- Medicina scolastica.

Dotazione organica del distretto

Presso il Distretto operano diverse figure professionali distinte nei tre comparti: amministrativo, sanitario e tecnico.

RUOLO	COMPARTO	NUMERO
AMMINISTRATIVO	AMMINISTRATIVO	40
SANITARIO	ALTRO COMPARTO SANITARIO	26
	DIRIGENZA MEDICA	28
	DIRIGENZA NON MEDICA	5
	DIRIGENZA PROFESSIONALE	1
	INFERMIERE PROFESSIONALE	62
TECNICO	ALTRO COMPARTO SANITARIO	5
	TECNICO	15

All'interno del Distretto operano anche figure che fanno capo a Servizi di Cagliari

Area Cure Primarie

All'interno del distretto operano n° 78 medici di Medicina Generale e n° 18 Pediatri di libera, distribuiti nei vari ambiti territoriali afferenti al Distretto come da tabella.

AMBITO TERRITORIALE	MEDICI DI MEDICINA GENERALE	PEDIATRI DI LIBERA SCELTA
QUARTU SANT'ELENA	56	11
SINNAI /MARACALAGONIS / BURCEI	11	5
DOLIANOVA /DONORI / SERDIANA / SOLEMINIS	11	2
TOTALE	78	18

Per quanto concerne l'Assistenza domiciliare programmata (ADP) e Assistenza Domiciliare Residenziale (ADR) sono stati autorizzati per il 2008 n° 1582 accessi con 66 medici di Medicina Generale.

Continuità Assistenziale

Il Distretto possiede ad oggi una rete di punti di continuità assistenziale in grado di assicurare la copertura assistenziale in modo più che adeguato. All'interno del distretto, nell'ambito del servizio di continuità assistenziale territoriale (ex Guardie Mediche), operano n° 27 medici operanti nei 4 punti guardia presenti nel Distretto (vedi tabella).

SEDE	AMBITO	MEDICI TITOLARI	MEDICI SUPPLEMENTI	POPOLAZIONE ASSISTITA
QUARTU SANT'ELENA	QUARTU SANT'ELENA	7	1	70945
FLUMINI (*)	FLUMINI	4	0	
SINNAI	SINNAI / MARACALAGONIS	6 (4 A 24 ORE; 2 A 12 ORE)	0	23725
DOLIANOVA	DOLIANOVA/SERDIANA/ DONORI/SOLEMINIS	5	0	15177
BURCEI	BURCEI	3	1	2919

(*) (sede di Quartu Sant'Elena)

L'attività di continuità assistenziale territoriale eroga prestazioni nell'ordine di:

- n° 1.000 prestazioni mensili circa nella sede di Quartu/Flumini;
- n° 130 prestazioni mensili circa nella sede di Burcei;
- n° 500 prestazioni mensili circa nella sede di Sinnai;
- n° 300 prestazioni mensili circa nella sede di Dolianova

Assistenza Specialistica

L'attività specialistica che viene svolta presso i poliambulatori del Distretto viene erogata da specialisti dipendenti e specialisti convenzionati interni.

Distretto 3 Quartu – Parteolla		Assistenza Specialistica Ambulatoriale	
2008			
Sedi	Branche specialistiche attivate	Numero ore attivate	Numero prestazioni
Quartu Sant'Elena	Allergologia	7	743
	Anestesiologia	20	192
	Cardiologia	95	14274
	Cardiologia medicina sportiva	10	2432
	Chirurgia	38	3532
	Dermatologia	12	1247
	Ecografia tradizionale	38	692
	Ecografia ginecologica	4	334
	Endocrinologia	18	1604
	Fisiatria	10	2978
	Ginecologia	38	2914
	Gastroenterologia	6	280
	Medicina interna	9,30	639
	Medicina del lavoro		317
Medicina sportiva	48	4450	
Neurologia	31	2219	

	Oculistica	99,30	12518
	Odontoiatria	76	3084
	Ortopedia	9	992
	Otorinolaringoiatria	38	6691
	Radiologia tradizionale	37,30	3408
	Radiologia - mammografia	12	553
	Urologia	40,45	3871
Sinnai	Cardiologia	5	1273
	Dermatologia	2	214
	Fisiatria	6	702
	Neurologia	7,30	440
	Oculistica	11,30	1225
	Odontoiatria	30	1203
	Ortopedia	8	635
Dolianova	Allergologia	3	419
	Cardiologia	10	1658
	Dermatologia	4	268
	Fisiatria	5	361
	Medicina sportiva	6	1
	Neurologia	3	195
	Oculistica	16	1850
	Odontoiatria	18,30	1239
	Ortopedia	2	196
	Otorinolaringoiatria	5	717
Burcei (*)	Diabetologia	4	
	Ginecologia e ostetricia	4	
	Neurologia	4	
	Oculistica	3 ogni 15 giorni	
(*) dati non disponibili - attivato di recente			

Medicina fisica e riabilitativa

Operano presso il poliambulatorio di Quartu Sant'Elena n° 4 fisioterapisti, n° 3 da ottobre 2008, con un volume d'attività pari a n° 11.662 prestazioni.

Assistenza integrativa e protesica

L'assistenza integrativa e protesica eroga prestazioni di assistenza protesica, ossigeno terapia domiciliare, fornitura e prescrizione di prodotti dietetici, di materiale per medicazione, assistenza ortognatodontica e ausili tecnici personalizzati sulla base di particolari forme morbose di cui è affetto il paziente. Per il 2008 sono stati autorizzati n° 2024 ausili complessivamente.

In generale possiamo dire che per il 2008 sono stati autorizzati (dato che esclude l'ambito territoriale di Sinnai) per una spesa complessiva:

- Euro 1.065.425,58 per assistenza protesica (anno 2007 838.262,47 euro)
- Euro 10.531,37 per materiale di medicazione (anno 2007 10.997,82 euro)
- Euro 137.833,02 per alimenti per celiachia (anno 2007 123.748,42 euro)

- Euro 1.175270,02 di materiale per incontinenti/atomizzati (da Luglio fanno capo alla Federfarma) (anno 2007 909.162 euro anno completo)

Un dato importante è il riutilizzo di n° 82 presidi ortopedici (ausili in comodato d'uso di proprietà dell'Azienda) con un risparmio di Euro 31.598,07.

Laboratorio di analisi

Presso il poliambulatorio di Quartu Sant'Elena sono stati eseguiti nell'anno 2008 n° 10.043 prelievi, che poi vengono analizzati presso il laboratorio dell'Ospedale Marino.

Centro raccolta sangue

Il centro raccolta sangue del distretto di Quartu S.E. ha eseguito nel 2008: n° 477 visite mediche, n° 87 prestazioni tramite AVIS (donazioni), n° 53 prestazioni tramite ADMO (donazioni) e n° 314 donazioni

Unità operativa territoriale di nefrologia e dialisi

Operano all'interno dell'unità operativa: n° 5 medici specialisti in nefrologia; n° 1 coordinatore infermieristico; n° 10 infermieri professionali; n° 1 infermiere ausiliario; n° 1 dirigente biologo (il 50% del suo orario viene svolto anche nel servizio di diabetologia); n° 1 tecnico di laboratorio (il 50% del suo orario viene svolto anche nel servizio di diabetologia); n° 1 tecnico autista.

Nel centro per il 2008, sono stati eseguiti n° 6.800 trattamenti emodialitici per un totale di 76 pazienti presi in carico. L'unità operativa ha erogato per il 2008 n° 1153 visite nefrologiche (n° 166 prime visite 89.7 e n° 987 controlli 89.01); dal mese di Ottobre 2008 è attivo un servizio di "Nutrizione" che ha erogato n° 98 visite dietologiche (n° 35 prime visite e n° 65 controlli).

Cure Domiciliari e Cure Domiciliari Integrate

Nell'anno 2008 sono state erogate Cure Domiciliari e Cure Domiciliari Integrate nei confronti della popolazione residente nel Distretto secondo le Linee di Indirizzo della Regione Sardegna.

Distretto 3 Quartu – Parteolla	
Cure Domiciliari e Cure Domiciliari Integrate 2008	
Persone in carico al 31.12.2008	
Prestazionali	4
Cure domiciliari	320
TOTALE	324

Riabilitazione globale

Dobbiamo distinguere strutture a produzione diretta e strutture per committenza.

Per quanto riguarda la produzione diretta, questa è erogata da una Struttura semplice di Riabilitazione gestita dalla stessa Azienda, la quale eroga prestazioni sia a favore di minori che di persone adulte. E' presente all'interno del Poliambulatorio di Quartu Sant'Elena, all'interno della quale operano n° 1 Dirigente Medico specialista in Fisiatria e n° 4 fisioterapisti della riabilitazione. Per quanto riguarda le strutture per committenza, all'interno del Distretto sono presenti n° 4 Strutture di Riabilitazione Globale accreditate:

Centro AIAS; Via Progresso C/0 Sc.Elementare Burcei

Albergo Terza Età AIAS; Loc. Capitana Quartu Sant'Elena

CMFR Via Olanda 5, Quartu Sant'Elena

Centro AIAS Via Turati 4/C Quartu Sant'Elena.

RSA: residenza sanitaria assistenziale

All'interno del Distretto è presente una sola SRA "Monsignor Angioni" accreditata con n° 120 posti letto complessivi, che eroga prestazioni assistenza per: Anziani non autosufficienti con polipatologie a prevalente disabilità fisica che necessita di assistenza continua; Anziani e non affetti da demenze (Alzheimer); Non anziani affetti da disturbi intellettivi e/o disturbi psichici; Persone non autosufficienti affette da sclerosi multipla o altri disturbi neurologici progressivi

Attività sociosanitaria presso RSA Anno 2008		
Profili	Giornate di degenza Anno 2008	Costi Anno 2008
Profilo 1-2-3-4-5	6518	€ 417.152
Profilo 6-7-8-9	2373	€ 140.007
Profilo A. 14	3624	€ 500.112
TOTALE Distretto 3	12.515	€ 1.057.271,00

Area Consulteri

Le attività consultoriali sono svolte presso le 3 sedi presenti all'interno del Distretto: Quartu Sant'Elena, Dolianova e Sinnai. Vengono svolti diversi percorsi comuni in tutte le sedi.

PERCORSO	QUARTU		DOLIANOVA		SINNAI	
	TOT	N.U.	TOT	N.U.	TOT	N.U.
Gravidanza - Nascita – Puerperio	1.140	250	1.120	196	418	38
Giovani – Singolo	1.600	670	739	466	137	100
Contracezione	1.540	650	785	209	385	29
IVG	12	11	24	4	5	2
ED. Sanitaria Scuole	430	/	2	/	/	/
Attività con i Gruppi	400	/	151 (**)	49 (**)	106	4
Prevenzione Oncologica (*)	741	/	622	305	719	242
Percorso Infanzia	1.000	300	262	45	50	8
Sostegno Singolo, Coppia Famiglia	900	300	514	417	447	101
Menopausa	560	100	306	52	154	5
Rapporti Enti e Istituzioni	200	/	177	/	33	/

(*) numero di Pap Test eseguiti.

(**) manca il dato dovuto all'attivazione permanente di corsi di preparazione alla nascita

Area Neuropsichiatria Infantile

L'attività della medicina scolastica è svolta da n° 2 medici (n° 1 specialista in Igiene e Medicina Preventiva e n° 1 specialista in Pediatria), n° 1 assistente sanitario e n° 1 infermiere pediatrico.

Presso il distretto opera un' unica Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, che eroga le prestazioni presso la sede di via Turati a Quartu Sant'Elena e gli ambulatori del consultorio di Dolianova e di Sinnai. Sono in carico presso l'unità operativa circa 500 utenti, erogando prestazioni di: consulenza; psicoterapie brevi; riabilitazione fisiatrica; consulenze scolastiche: sono state identificati nell'equipe dei referenti per le scuole, valutazione in equipe del caso e stesura relazione, partecipazione ai GLH; consulenze presso il Tribunale dei Minori; collaborazione con i servizi sociali dei Comuni del Distretto; relazioni per commissioni Lg. 104 e commissioni invalidi Lg. 20; relazioni per richieste di ausili e protesi; terapia psicofarmacologica; collaborazione con la clinica neuropsichiatria infantile per i casi in comune.

Medicina scolastica

L'attività della medicina scolastica è svolta da n° 2 medici (n° 1 specialista in Igiene e Medicina Preventiva e n° 1 specialista in Pediatria), n° 1 assistente sanitario e n° 1 infermiere pediatrico.

L'attività si svolge su una popolazione scolastica di n° 12.937 utenti (dati concernenti il 2008, dei quali n° 320 di provenienza dal comune di Villasimius che dal 01/01/2009 non fa più parte del distretto di Quartu ma trasferito al Distretto di Muravera).

Nel 2008 l'attività sono state erogate n° 5959 prestazioni riguardanti: sedute vaccinali; incontri d'informazione e di educazione sanitaria; incontri per attività di educazione sanitaria; incontri per prevenzione delle malattie del cavo-orale; visite di controllo per la prevenzione delle malattie infettive; screening riguardo Para - Dismorfismi, Visus, Microcitemie (piano di screening autorizzati dalla regione Sardegna);visite ambulatoriali; rilascio di certificazioni di esonero dall'educazione fisica e avvio di soggiorni estivi e attività di comunità.

Spesa Farmaceutica

Dall'analisi dei dati relativi alla spesa farmaceutica, sono state prodotte al 31.12.2008, n° 1.096.547 ricette per una spesa lorda di 25.517.794,03 euro, su un totale di n° 5.484.695 ricette prodotte in tutta l'Azienda per una spesa lorda di 125.156.933,83 euro. Da ciò risulta che il Distretto Quartu – Parteolla contribuisce per il 20% alla spesa farmaceutica complessiva dell'Azienda. Si assiste rispetto al precedente anno un incremento del 4,94% per il numero di ricette con una spesa complessiva lorda superiore all'1,18 %, differentemente il costo medio ricetta è ridotto del 3,5 % circa.

AMBITO	N° RICETTA	SPESA LORDA	COSTO MEDIO RICETTA
DISTETTO 3	1.096.547	24.232.318,23	22,36
AZIENDA	5.484.695	125.192.340,79	22,82

Descrizione Generale

Il Distretto Sociosanitario 4 Sarrabus/Gerrei comprende il territorio della provincia di Cagliari posto ai confini tra la provincia di Cagliari e l'Ogliastra. A quest'ambito territoriale appartengono i seguenti Comuni: Armungia, Ballao, Castiadas, Muravera, San Nicolò Gerrei, San Vito, Silius, Villaputzu, Villasalto e Villasimius. L'intero territorio, si estende per circa 1140,36 Km², è caratterizzato dal punto di vista morfologico da colline e montagne ed ospita nel suo complesso circa 20.500 abitanti con una densità demografica di circa 18 abitanti per km², inferiore alla media regionale già di per sé bassa, rispetto al resto d'Italia. All'interno dell'Ambito 4 possono essere individuate due aree: Area del Sarrabus e Area del Gerrei, le quali presentano una serie d'analogie e disomogeneità relative sia alla struttura del territorio che alle caratteristiche socio-economiche. Nel Gerrei i centri urbani sono di piccola dimensione e distribuiti a maglia rada, nel Sarrabus risultano prevalentemente concentrati nella foce del Flumendosa e hanno una densità di popolazione più alta.

Altri dati a conferma della disomogeneità delle due aree sono: le caratteristiche geomorfologiche, le risorse disponibili e le differenti capacità di sviluppo socio economico. Peculiarità problematiche di entrambe le aree di questo territorio sono la scarsa accessibilità, la viabilità tortuosa e la insufficienza se non assenza della rete di trasporto pubblico non solo tra le due aree, ma anche all'interno di ciascuna area. In linea di massima l'analisi settoriale porta ad individuare per l'intero Ambito una forte e generalizzata situazione di disagio e scarso sviluppo economico. Infatti, il territorio si presenta povero di attività industriali, artigianali e manifatturiere in genere. L'attività imprenditoriale prevalente è l'edilizia, che rappresenta oltre la metà delle aziende presenti, e di queste, la maggior parte riveste la forma di ditta individuale. Nel Sarrabus sono concentrate le attività produttive più floride: le agro – alimentari e della pastorizia, quelle legate al turismo stagionale, all'artigianato, al settore agrumicolo, alla pesca e parzialmente diffuse sono quelle del terziario. Nel Gerrei sono predominanti le attività legate alla pastorizia e alla commercializzazione dei suoi derivati. Tali attività vengono condotte con metodo tradizionale e a prevalente conduzione individuale e/o familiare; raramente superano 20 la logica del mercato locale e con grosse difficoltà garantiscono livelli di reddito e occupazionali adeguati. Inoltre, sulla base dell'analisi condotta dall'Istat, quest'Ambito è fra i più depressi della Sardegna, con un tasso di disoccupazione alto. Ciò si palesa per entrambe le due aree, sebbene si noti che distinguendo il Sarrabus dal Gerrei la bilancia pende a sfavore di quest'ultimo. Il fattore occupazionale è l'elemento determinante che porta allo spopolamento del territorio. La continua crisi del mercato del lavoro costringe la popolazione di tutte le fasce d'età e di entrambi i sessi a ricorrere a lavori saltuari e non regolari dal punto di vista previdenziale che, se da una parte non garantiscono un reddito certo e "ufficiale", dall'altra rendono comunque possibile il sostentamento di molti nuclei familiari.

Dall'analisi della popolazione emerge, in linea con la tendenza nazionale, l'elevata percentuale di "popolazione anziana", in cui peraltro è notevole la presenza di soggetti a rischio di esclusione ed emarginazione sociale. In definitiva, è inevitabile, in questo territorio caratterizzato dall'isolamento

e fortemente deprivato dal punto di vista economico e socio-culturale, sottolineare la presenza di un malessere sommerso e diffuso che genera situazioni problematiche di disagio psico-sociale.

Possono essere individuati tre raggruppamenti o aree abbastanza omogenee:

Area costiera (Muravera, Villaputzu, Castiadas, Villasimius)

Area interna rurale (San Vito, Ballao, Armungia, Silius, San Nicolò Gerrei, Villasalto)

Popolazione

La distribuzione della popolazione evidenzia come la massima e prevalente concentrazione insiste nei comuni di Muravera e Villaputzu che presentano una dimensione di tipo urbano, sopra i 5000 abitanti; degli altri centri abitati si distinguono San Vito e Villasimius con popolazione superiore ai 3000 abitanti, mentre gli i restanti mantengono la struttura raccolta della piccola comunità come Villasalto, Castiadas, Silius, Ballao, San. Nicolò Gerrei ed Armungia, dove gli abitanti si attestano su valori tra i 500 e i 1300 abitanti .

Distretto 4 Sarrabus- Gerrei			
Popolazione residente al 30 Novembre 2008			
Comune e ambito	M	F	MF
Armungia	268	258	526
Ballao	477	457	934
Castiadas	741	693	1434
Muravera	2600	2567	5167
San Nicolo' Gerrei	470	443	913
San Vito	1948	1957	3905
Silius	704	593	1297
Villaputzu	2544	2550	5094
Villasalto	583	598	1181
Villasimius	1805	1724	3529
Totale ambito	12140	11840	23780

In tutto l'ambito del Distretto Sociosanitario è presente una crescita annuale della popolazione residente di > 65 ciò segnala il crescere di una potenziale utenza dei servizi per gli anziani e, sebbene non si abbiano dati aggiornati, è ipotizzabile che prosegua il trend di crescita di una popolazione in una fascia di età estremamente vulnerabile e, conseguentemente, anche l'impegno finanziario richiesto per la organizzazione dei servizi appositi.

La popolazione è in crescita nei soli Comuni costieri del Sarrabus: San Vito, Muravera, Villaputzu, Castiadas e Villasimius.

Il profilo sanitario

I dati di mortalità generale , evidenziano un andamento sulla mortalità della popolazione di questo Distretto in linea con quello regionale e provinciale: si muore principalmente per malattie del

sistema circolatorio, per tumori, per malattie dell'apparato respiratorio, per traumatismi e avvelenamenti, per malattie infettive (comprensivo del dato relativo all'AIDS), per malattie dell'apparato digerente, : queste principali cause di morte rispecchiano i dati nazionali, regionali e provinciali per entrambi i sessi, ma con alcune specificità d'ambito

Distretto 4 SARRABUS/GERREI	
Attività di ricovero	
ANNO 2008	
Dati	Distretto Sarrabus/Gerrei
Ric ordinari	3760
Ric DH/DS	1511
Totale ricoveri	5271
Indicatori	
Gg degenza RO	29173
Accessi DH/DS	3543
Degenza media RO	7,8
Peso medio tot	1,1

Indici di fuga					
Distretto	Asl Cagliari	Extraregione	Intraregione	Totale	Ind fuga
D4 Sarrabus/Gerrei	3727	223	1324	5274	29,3

La difficile situazione economica del territorio si ripercuote direttamente ed inevitabilmente sui livelli di vita di ciascuna comunità, ostacolando così il processo di crescita sociale dei cittadini.

Le criticità e le situazioni di disagio del territorio che si ritiene utile indicare vengono di seguito brevemente esaminate al fine di programmare degli interventi mirati per garantire l'appropriatezza dei servizi erogati.

I dati e le analisi riportati derivano principalmente dall'esperienza sul campo degli operatori sociali dei Comuni e da alcuni studi di settore 1.

1) Area povertà e disagio: il territorio si caratterizza, da un lato, per un forte tasso di disoccupazione (con picchi di circa il 35% nel Gerrei e del 25% nel Sarrabus) legato alle scarse e/o precarie opportunità lavorative presenti, dall'altro per le numerose situazioni in cui i redditi familiari sono completamente assenti e/o insufficienti.

Questa situazione determina una continua richiesta di sussidi economici al Comune e il permanere di una cultura di tipo assistenzialistico.

Spesso, lo stato di povertà economica si accompagna ad altri tipi di deprivazione: culturale, relazionale, sociale, con scarsa capacità di autonomia e autodeterminazione.

Elementi di ulteriore difficoltà sono rappresentati da condizioni di precarietà abitativa e da situazioni di indigenza improvvisa dovute a gravi malattie, e/o a ritardi nell'erogazione di

prestazioni previdenziali che richiedono interventi importanti dal punto di vista economico e di non facile gestione.

Non secondaria è l'attuale incompletezza della rete socio-sanitaria ed economica di supporto a particolari categorie di soggetti affetti da patologie croniche – invalidanti (sclerosi multipla, Lupus Eritematosos Sistemico, artrite reumatoide, ecc.).

2) Area minori e giovani: in merito alla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza si rileva, anche se prevalentemente nei Comuni maggiormente popolati, un cospicuo numero di situazioni multiproblematiche, in parte attribuibili a carenze socio educative e culturali e in parte a disfunzioni di carattere psico - sociale che incidono negativamente sulla relazione familiare e parentale.

Per altro verso e in particolare nelle comunità a bassa popolazione minorile si accusa la mancanza di stimoli sociali, di confronto tra pari e di opportunità aggregative differenziate. Spesso le uniche iniziative di contrasto sono quelle organizzate dai servizi sociali comunali (interventi con progetti obiettivo, laboratori, colonie, centro di aggregazione sociale ecc.) e/o dal privato sociale che, a causa delle esiguità delle risorse economiche e degli spazi, rappresentano comunque una risorsa limitata e discontinua.

Così a fronte delle criticità psicosociali, sanitarie e nella prevenzione del disagio emergenti nella sfera minorile relativa a quest'ambito si deve tristemente registrare una forte carenza di strutture e servizi di prevenzione, diagnosi e cura dirette ai minori stessi e in generale alla famiglia nel suo complesso (nel 2008 erano completamente assenti il Consultorio Familiare e parzialmente presente l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile).

Relativamente ai giovani, si evidenzia la presenza di una gioventù che partecipa attivamente alla vita sociale dimostrando capacità di confronto, volontà di crescita e sensibilità verso le problematiche della propria comunità. Tuttavia, emerge la presenza di gruppi caratterizzati da marginalità, esclusione sociale, precoce avvicinamento all'alcool e ad altre sostanze stupefacenti.

In alcuni territori comunali più che negli altri, destano preoccupazione i fenomeni di devianza correlati alle tossicodipendenze, anche se in generale, il territorio sembra essere investito solo marginalmente dal problema di consumo di droghe pesanti.

Inoltre, negli ultimi anni, sono stati rilevati sporadici casi di microcriminalità con relativa segnalazione da parte del Tribunale per i Minorenni.

3) Area disabili: nel territorio si evidenziano, anche se con significative differenze tra i diversi Comuni, numerose situazioni di handicap fisico e, soprattutto, psichico.

Si tratta di soggetti fortemente esposti ad alti rischi di esclusione sociale, grave indigenza e carenza di relazioni sociali, soprattutto in assenza di figure parentali di riferimento. Ciò comporta condizioni di solitudine e auto - isolamento, perdita di interessi e motivazione all'utilizzo e potenziamento delle proprie capacità residue.

Tali situazioni problematiche spesso hanno origine all'interno di contesti familiari difficili e/o carenti, in cui il verificarsi di eventi critici s'intreccia e si somma a difficoltà e disagi preesistenti, con la conseguenza di un aggravamento e cronicizzazione della situazione.

Tra le problematiche più diffuse nell'intero territorio si evidenzia l'elevata presenza di patologie psichiatriche. La maggior parte delle persone affette da disturbi mentali è in carico presso il Centro

di Salute Mentale dell'Ambito. Sono numerosi i casi di mancato e/o scarso collegamento con i predetti presidi sanitari, infatti non sono poche le persone che si spostano a Cagliari, presso altre strutture pubbliche o private, per ricevere le cure necessarie ed avere la continuità terapeutica, non garantita in modo continuativo e soddisfacente nel C.S.M competente per territorio.

È doveroso evidenziare che accanto ai casi in carico ai Servizi Territoriali è presente una cospicua parte di disagio "sommerso" completamente sganciata e priva di tutela.

Altro aspetto estremamente rilevante è "l'inserimento socio-lavorativo delle persone diversamente abili, . Stante i tempi ristretti per l'elaborazione del presente profilo non si è in possesso di dati completi sulla presente problematica. Sarà cura del Gruppo Tecnico inserirli nelle fasi successive di elaborazione del Plus.

4) Area anziani: l'alto tasso d'invecchiamento della popolazione e l'elevato tasso di dipendenza rappresentano un altro aspetto critico del territorio, soprattutto nel Gerrei ed in modo rilevante nelle comunità di Villasalto e Armungia.

Tra gli anziani autosufficienti sono numerosi quelli che vivono soli, che non usufruiscono di prestazioni assistenziali di tipo domiciliare e che, tuttavia, risultano scarsamente integrati e partecipi alla vita comunitaria.

Si registra, soprattutto, un costante aumento di anziani affetti da patologie legate al processo d'invecchiamento che necessitano di assistenza socio sanitaria continua.

È inoltre significativo rilevare come negli anni sia notevolmente aumentata la percentuale di famiglie monoparentali.

Tutti i Comuni devono far fronte alle continue richieste avanzate dagli appartenenti alla terza età che vanno dall'assistenza materiale e quotidiana al sostegno psicologico.

In ciascun territorio comunale è attivo il servizio di assistenza domiciliare che svolge un ruolo primario nell'ambito delle politiche sociali e assorbe gran parte delle risorse finanziarie stanziare dai Comuni.

Infine, è importante rilevare come nel tessuto sociale delle nostre comunità siano venuti a mancare quegli elementi di solidarietà e integrazione che fino ad alcuni anni fa avevano scongiurato condizioni di emarginazione, di isolamento e di esclusione sociale. I centri e le strutture socio-assistenziali più vicini ai paesi del circondario sono peraltro ubicati in territori non facilmente raggiungibili per lontananza chilometrica e tortuosità delle strade. L'unica struttura esistente nell'Ambito, che fornisca assistenza agli anziani, si trova nel Comune di Villasalto la quale, può accogliere esclusivamente persone autosufficienti.

Le Comunità Protette e le Residenze Sanitarie Assistite sono assenti.

Dotazione organica del Distretto

Presso il Distretto opera il seguente personale dipendente suddiviso per ruoli e Unità operative:

Distretto 4 Sarrabus/Gerrei	
Dotazione di personale dipendente	
Personale	

Ruolo sanitario	14 (1 dir.med.- 1 coord.inf – 9 inf. - 1 op. ausil.- 1 psicologa – 1 fisioterap.)
Ruolo Amministrativo	4
Ruolo Tecnico	2
Totale	20

Area delle Cure Primarie

Medicina di Base

I Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta operanti sul territorio del Distretto sono riportati nella tabella seguente.

Distretto 4 Sarrabus - Gerrei Residenti per MMG e PLS nei diversi ambiti territoriali						
Ambiti MMg e PLS	a.< 14 aa	N. PLS	a.> 14 aa	N. MMG	N. residenti/ PLS .	N. residenti /MMG
Ambito 1 (Muravera, San Vito, Villaputzu)		2		13	7083	1089,7
Ambito 2 (Castiadas, Villasimius)		1		4	4963	1240,75
Ambito 3 (Armungia, Ballao, S.N.Gerrei, Silius, Villasalto)		1		3	4651	1550,33
Totale		4		20	16697	3880,78

Continuità Assistenziale

La distribuzione territoriale dei punti di Guardia Medica

Il Distretto possiede ad oggi una rete di punti di continuità assistenziale in grado di assicurare la copertura assistenziale in modo più che adeguato soprattutto nelle zone che non possono avere un facile accesso all'ospedale (Silius, Armungia, Villasalto) a causa delle caratteristiche geomorfologiche e della rete viaria, come dimostra la tabella successiva.

Sedi e Personale e Attività Continuità Assistenziale

Distretto 4 SARRABUS/GERREI Continuità Assistenziale Anno 2008				
			N. medici in	N. Prestazioni

Sedi di C.A .	Popolazione Assistita	N.Punti C.A. / 1000 ab.	servizio/1000 ab.	erogate/1000 ab.
Muravera	14166	2		
Castiadas	1434	1		
Villasimius	3529			
Ballao	1460	0		
S.N.Gerrei	3391			

Nell'anno 2008 nel Distretto erano presenti n° 5 Punti di Continuità Assistenziale + n. 2 Guardia Turistica.

Assistenza Specialistica

Distretto 4 SARRABUS - GERREI Assistenza Specialistica Ambulatoriale Anno 2008		
Sedi	Branche Specialistiche attive	Numero ore attivate
Muravera	Allergologia	4
	Cardiologia	9+7(da nov.2008)
	Dermatologia	13
	Endocrinologia	12
	Fisiatria	6
	Neurologia	15
	Oculistica	31
	Odontoiatria	31
Ortopedia	?	

	ORL	?
	Medicina Sportiva	4
	Pneumologia	4
	Ecografia (diagnostica per immagini)	5
	geriatria	6
	Urologia	5
San Nicolò Gerrei	Cardiologia	4
	Neurologia	8
	Oculistica,	2
	Dermatologia	4
	Diabetologia	4
	Fisiatria	4
	Pediatria	4
	odontoiatria	24
Villasimius	Cardiologia	4
	Odontoiatria	4
	fisiatria	1,30
	Diabetologia	4
	Ecografia	2

Cure Domiciliari e Cure Domiciliari Integrate

Nell'anno 2008 sono state erogate Cure Domiciliari e Cure Domiciliari integrate nei confronti della popolazione secondo le Linee di Indirizzo della Regione Sardegna così come descritto nella tabella seguente.

Distretto 4 Sarrabus/Gerrei		
Cure Domiciliari Prestazionali e Cure Domiciliari Integrate		
Persone in carico nel corso del 2008		
Cure Domiciliari Prestazionali		113
Cure Domiciliari Integrate		137
Totale		250
DISTRETTO	Ore infermieristica	Ore riabilitativa
Distretto 4 Sarrabus/gerrei	7664	1383

Totale ore di assistenza	9047
--------------------------	------

Riabilitazione Globale

Strutture di produzione diretta

Nessuna struttura di produzione diretta

Strutture accreditate

Nel Distretto operano una Struttura di Riabilitazione Globale accreditata

Distretto 4 SARRABUS - GERREI	
Strutture Riabilitazione globale	
Centro AIAS - P.zza S. Maria, 1	San Vito

Assistenza Residenziale Sociosanitaria

Nel Distretto 4 Sarrabus/Gerrei non sono presenti RSA comunque gli assistiti del Distretto ricoverati in strutture presenti in altri ambiti dell'Asl 8 hanno dato origine ai seguenti dati:

DISTRETTO 4 SARRABUS/GERREI

Giornate e costi per degenze in RSA di altri ambiti

anno 2008

Giornate di degenza	1.351
Costi	€ 88.474,00

Area di Senorbì

Fanno parte del Distretto 16 comuni: Barrali, Gesico, Goni, Guamaggiore Guasila Mandas Nuraminis Ortacesus, Pimentel, Samatzai, San Basilio, Sant'Andrea Frius, Selegas, Senorbì, Siurgus Donigala, Suelli, per un totale di 28000 abitanti.

Nonostante la popolazione totale non sia sostanzialmente diminuita la popolazione anziana è in continuo aumento.

COMUNE	ANNO 2007			ANNO 2008			DIFF.
	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE	
BARRALI	560	538	1098	565	530	1095	-3
GESICO	470	484	954	458	441	899	-55
GONI	283	281	564	276	264	540	-24
GUAMAGGIORE	527	529	1056	516	523	1039	-17
GUASILA	1410	1461	2871	1415	1426	2841	-30
MANDAS	1200	1201	2401	1150	1166	2316	-85
NURAMINIS	1294	1362	2656	1327	1337	2664	8
ORTACESUS	502	479	981	486	460	946	-35
PIMENTEL	612	588	1200	609	583	1192	-8
SAMATZAI	865	878	1743	866	880	1746	3
SAN BASILIO	702	669	1371	674	633	1307	-64
SANT' ANDREA FRIUS	953	913	1866	973	904	1877	11
SELEGAS	728	783	1511	708	764	1472	-39
SENOBBI'	2201	2254	4455	2306	2345	4651	196
SIURGUS DONIGALA	1047	1110	2157	1014	1072	2086	-71
SUELLI	614	565	1179	597	572	1169	-10
TOTALE POPOLAZIONE	13968	14095	28063	13.940	13.900	27.840	-223

L'analisi dei dati di mortalità in entrambi i sessi, merita un accurato approfondimento per quanto riguarda le morti imputabili traumi ed avvelenamenti e per quanto riguarda le classi d'età più giovani di sesso maschile per i decessi dovuti a patologie dell'apparato digerente, dell'apparato cardiocircolatorio e per tumori. Analogo approfondimento meritano i dati riguardanti le classi d'età più avanzata di sesso maschile per le morti dovute a patologie dell'apparato respiratorio e di quello cardiovascolare.

I dati epidemiologici mettono inoltre in evidenza la crescente prevalenza delle malattie croniche e delle patologie invalidanti che abbinate all'andamento demografico anzidetto, portano a concludere che l'attuale sistema delle cure primarie è inadeguato e necessita di una rimodulazione e dimensionamento che tenga conto dei dati demografici, di quelli epidemiologici (analisi dei bisogni della comunità e in particolare degli indicatori socioeconomici, delle disuguaglianze sulla salute che ne derivano, ivi compresi quelli dovuti alla capacità di utilizzare i servizi disponibili da parte dei portatori di malattie croniche).

In quest'ottica la strategia del Distretto n°5 di Senorbì, nell'ambito delle possibilità offerte dal budget, è quella di indirizzare l'azione verso la medicina di iniziativa attraverso :

- ✚ -la valutazione dei bisogni di salute della comunità ponendo particolare attenzione ai determinanti di salute;
- ✚ il privilegiare gli interventi di prevenzione (primaria e secondaria), a tal proposito rivestono particolare importanza i sistemi informativi, la creazione di database, le attività programmate, l'alfabetizzazione dei pazienti, e gli interventi proattivi(es. costruzione dei registri di patologia, stratificazione del rischio, richiamo programmato dei pazienti);
- ✚ il coinvolgimento e la motivazione dei pazienti, l'attività di counseling individuale e di gruppo, mettendo a pieno frutto l'interazione con le risorse di comunità (es. Associazionismo di volontariato).

Strutture

Fanno capo al Distretto le strutture sottoelencate:

- Poliambulatorio di Senorbì;
- Poliambulatorio di Mandas;
- Consultorio Familiare di Senorbì;
- Neuro Psichiatria Infantile di Senorbì,
- Guardia Medica di Guasila;
- Guardia Medica di Mandas;
- Guardia Medica di Nuraminis;
- Guardia Medica di Senorbì.

Il Personale dipendente

Nelle strutture del Distretto sopra menzionate operano totalmente 66 dipendenti così ripartiti:

- Dirigenti Medici: 06 Cure primarie e Organizzazione del Distretto, 02 al Consultorio Familiare;
- Dirigenti Psicologi: 01 alla U.O.N.P.I., 01 al Consultorio Familiare;
- Infermieri Professionali: 13 al Poliambulatorio di Senorbì, 02 al Poliambulatorio di Mandas;
- Ostetrica: 01 al Consultorio Familiare;
- Assistente Sanitaria Visitatrice: 01 al Consultorio Familiare;
- Tecnici della Riabilitazione: 06 al Centro FKT, 02 alla N.P.I.;
- Tecnici di Radiologia 03;
- Assistenti Sociali: 01 al Consultorio Familiare;
- Ruolo Amministrativo: 19 ;
- Ruolo Tecnico: 08 .

Attività svolte nelle strutture

Nel Poliambulatorio di Senorbì risultano attive le seguenti Branche Specialistiche: Allergologia, Angiologia, Cardiologia dello Sport, Cardiologia, Chirurgia, Dermatologia, Diabetologia,

Dietologia, Endocrinologia, Fisiatria, Geriatria, Ginecologia, Medicina dello Sport, Medicina del Lavoro, Nefrologia, Neurologia, Neuro Psichiatria Infantile, Oculistica, Odontoiatria, Oncologia Medica, Odontoiatria e Pedodonzia, O.R.L., Ortopedia, Pediatria, Pneumologia, Radiologia (Tradizionale, Ecografia, Mammografia), Reumatologia, Urologia.

Le ore di attività Specialistica effettuate sono state 27.924.

Gli Specialisti operanti nei due Poliambulatori hanno sottoposto a visita oltre 30.000 pazienti, delle quali 1.642 a domicilio del paziente.

Nel Poliambulatorio di Mandas risultano attive le seguenti Branche Specialistiche:

Cardiologia, Chirurgia, Dermatologia, Fisiatria, Ginecologia, Neurologia, Oculistica, O.R.L., Pediatria, Radiologia (Ecografia).

L'U.V.T. del Distretto ha effettuato 33 sedute a domicilio del paziente o presso P.O. o R.S.A..

Le sedute effettuate presso la sede di Senorbì sono state 49.

Nel corso delle suddette sedute sono stati inseriti in R.S.A 30 pazienti, che al fine di procedere alla proroga o dimissione dal trattamento sono stati sottoposti a nuova valutazione secondo la cadenza prevista nei rispettivi P.A.I; i Progetti Tornare a Casa esaminati sono stati 67, mentre 248 sono stati i casi esaminati per rinnovo o dimissione dai trattamenti ex art. 26 legge 833.

L'Ufficio di Assistenza Protesica e Ausili ha rilasciato nel corso del 2008, 671 autorizzazioni per un importo complessivo di € 355.527,38.

L'Ufficio Ricoveri Extra Regione ha rilasciato 82 autorizzazioni, per una spesa complessiva di € 12.674,85.

La spesa sostenuta per l'Assistenza Farmaceutica è stata complessivamente di € 8.175.200,45 con una diminuzione dello 0,57 rispetto ai dati relativi all'anno precedente.

I Medici di Medicina Generale, sono 24, operano nel territorio secondo una distribuzione in tre ambiti territoriali.

Area di Isili

Al Distretto n. 5 sede di Isili, fanno capo 13 Comuni: Escalaplano, Escolca, Esterzili, Gerghi, Isili, Nuragus, Nurallao, Nurri, Orroli, Sadali, Serri, Seulo e Villanovatulo con una popolazione di circa 20.000 abitanti.

La struttura opera presso il Presidio Ospedaliero San Giuseppe di Isili, e organizza l'attività poliambulatoriale presso le strutture di Orroli e Sadali, gestisce anche le strutture delle Guardie Mediche di Nurri e Escalaplano; il Consultorio è sito presso un immobile in locazione.

SERVIZI

Fanno capo alla sede di Isili il:

- Poliambulatorio di Isili, Orroli e Sadali (sono attive n. 24 branche specialistiche) per un totale di 12.568 di ore di specialistica effettuate nel 2008 i dati di attività sono reperibili presso i terminali del SISAR.
- Consultorio Familiare di Isili
- Guardie Mediche n. 4: Isili (visite domiciliari n.186, ambulatoriali 2085)., Nurri,(visite domiciliari n. 524 ambulatoriali n. 2208) Escalaplano (visite dom. n. 230 amb. n. 1221) e Sadali (visite dom. n.286 amb. n. 1032)
- Servizio di Diabetologia (prestazioni specialistiche n.22.754 utenti n. 2165)
- Servizio di Fisiatria: ambulatorio di Isili (attività Fisiatra prestazioni n. 1789 per un totale di 1517 pazienti, palestra di Fisiocinesiterapia di Isili prestazioni n. 14.884 per un totale di n. 480 pazienti) , ambulatorio di Orroli (attività Fisiatra prestazioni n. 477 per un totale di n. 412 pazienti, palestra di fisiocinesiterapia di Orroli prestazioni n.8846 per un totale di n. 386 pazienti).
- Servizio di Nefrologia e Dialisi
- Servizio Cure Infermieristiche Domiciliari (prestazioni n. 12.265 utenti n. 626).
- Servizio 118

Medici di Medicina di Base: sono 17 e operano su 3 diversi ambiti territoriali

Pediatri di libera Scelta: sono 2

Consuntivo per attività socio sanitaria svolta nell'anno 2008:

Non si possono rilevare costi riferibili alla sede di Isili in quanto la funzione di U.V.T. è stata istituita nel mese di novembre 2008, prima di tale data i cittadini si rivolgevano all'U.V.T. del Distretto n. 1 "Area Vasta", si rileva che risulta un solo cittadino autorizzato e residente nel territorio che usufruisce del trattamento riabilitativo residenziale presso la "Cooperativa luce sul Mare" con una spesa pari a euro 57.096,00.

L'ufficio Ricoveri Extra Regione ha rilasciato n. 56 autorizzazioni per una spesa complessiva di euro 65.261,27.

L'ufficio Protesi e ausili ha rilasciato n. 634 autorizzazioni complessive per una spesa complessiva per le protesi pari a euro 185.543,07 e per gli ausili pari a euro 26.611,50.

Le spese sostenute per la cassa economale (Distretto e Presidio) sono pari a euro 107.457,66.

3) Assistenza Dipartimentale

Il Dipartimento di Prevenzione, previsto dall'art. 7 del D.Lgs. 502/92, ha il compito fondamentale di fornire una risposta unitaria ed efficace alla tutela della salute collettiva, nella nostra ASL, è stato reso operativo con deliberazione n. 9 del 10.01.2007, ed esso, secondo quanto previsto dall'Atto Aziendale, deve essere articolato nelle seguenti strutture:

- Struttura Complessa Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione;
- Struttura Complessa Servizio Prevenzione Salute Ambienti di Lavoro;
- Struttura Complessa Servizio Igiene e Sanità Pubblica;
- Struttura Complessa Promozione della Salute;
- Struttura Complessa Servizio veterinario Area "A";
- Struttura Complessa Servizio veterinario Area "B";
- Struttura Complessa Servizio veterinario Area "C";
- Struttura Semplice Dipartimentale Salute e Ambiente;
- Struttura Semplice Dipartimentale Medicina Legale;

Alcune strutture complesse e semplici dipartimentali, che oggi fanno capo al Dipartimento di Prevenzione quali la SSD Salute e Ambiente e il Servizio Promozione della Salute, sono state istituite rispettivamente a metà del 2008 e a fine 2008

Fino a tale data la loro attività istituzionale è stata espletata, in via d'urgenza e temporanea, attraverso una apposita unità di staff al dipartimento.

La SSD Medicina Legale è stata attivata solo a fine 2008 e le competenze istituzionali di detta attività fino a tale data risultavano ricomprese nell'ambito del Servizio Igiene e Sanità Pubblica, mentre ha operato in piena autonomia per tutto il 2007 e continua ad operare tutt'ora, il Servizio Igiene Urbanistica le cui competenze è previsto transitivo in buona parte al SISP e in parte alla SSD Salute e Ambiente.

Ciò premesso, al fine di illustrare la relazione preliminare al rendiconto economico relativo all'anno 2008 si espongono di seguito le informazioni inerenti l'attività del Dipartimento di Prevenzione, in relazione alla situazione evidenziata nei documenti di programmazione della ASL.

Si premette che il contesto normativo di riferimento preso in considerazione al momento della elaborazione del documento programmatico della ASL era il seguente:

L'art. 7-ter del DLgs 229 del 16 Giugno 1999, che attribuisce alle Aziende USL il compito di tutelare la collettività ed i singoli dai rischi connessi agli ambienti di vita anche in riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali, specificando che tale funzione deve essere svolta dal Dipartimento di Prevenzione.

Il DPCM 29/11/01 sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ribadisce l'istituzionalità del compito affidato ai Dipartimenti di Prevenzione attribuendogli la definizione di Livello Minimo di Assistenza.

Il Decreto del Ministero della Salute del 1° Luglio 2004 istituisce il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il controllo delle malattie e ad esso affida il compito di coordinare, in tutto l'ambito nazionale, gli interventi di prevenzione.

L'intesa Stato, Regioni e Province Autonome del 23 Marzo 2005 ha previsto la realizzazione del Piano Nazionale della Prevenzione per il triennio 2005/2007. Ogni Regione è stata invitata a presentare il proprio Piano Regionale della Prevenzione del quale le Aziende UU.SS.LL. sono chiamate a garantire la realizzazione.

Il Piano Sanitario Regionale in cui la prevenzione è stata individuata come primo "Obiettivo di Sistema".

Infine, il piano strategico aziendale che pone in essere un modello organizzativo capace di assicurare una serie di azioni a salvaguardia della salute della collettività e del territorio, mentre l'Atto Aziendale individua un articolato modello organizzativo capace di dare una risposta in termini di efficacia.

Rispetto alle aree emergenti di Salute e Ambiente e Promozione della Salute, la loro attività nel 2008 è stata indirizzata prevalentemente agli ambiti fissati quali obiettivi si sistema dalla programmazione regionale e da quella aziendale.

La situazione ambientale nel territorio della Azienda USL n. 8 di Cagliari risulta caratterizzata da diverse aree con presenza di insediamenti industriali.

Alcuni di questi, come l'agglomerato industriale del Comune di Sarroch, hanno prodotto una alterazione degli equilibri ambientali e sono stati inseriti, dal Decreto n. 468 del 18 Settembre 2001, tra i siti da bonificare d'interesse nazionale e sottoposti a monitoraggio sotto diretto controllo del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio.

Il Dipartimento ha individuato le azioni necessarie per la protezione dell'ambiente e della tutela della salute degli addetti e della popolazione e ha posto in essere azioni che si sono concretizzare oltre che con la verifica del rispetto dell'applicazione della normativa con interventi integrati di tutela dell'ambiente e della salute, sottoponendo a monitoraggio e valutazione le interazioni ambientali delle unità produttive.

Questo nell'ottica che impone il superamento del cosiddetto controllo "a valle" con l'adozione di un nuovo approccio metodologico "a monte", con l'elaborazione di "profili di rischio integrati" dei diversi comparti produttivi che insistono nelle aree cosiddette ad alto rischio.

Con determinazione dirigenziale n. 1082 del 13.08.2008, è pertanto stato costituito un gruppo di lavoro per l'attività a rischio nell'area industriale di Sarroch, con il compito di realizzare un piano di intervento volto a verificare le condizioni di sicurezza in cui operano i lavoratori e quantificare lo stato di salute della popolazione residente.

Il gruppo di lavoro, inoltre, essendo composto da funzionari provenienti dalle varie strutture che fanno capo al dipartimento, che hanno responsabilità e competenza sull'ambiente, svolge anche un importante ruolo di coordinamento ed integrazione della attività dei vari servizi.

Il Dipartimento, attraverso la SSD "Salute e Ambiente", inoltre, in attuazione della "Direttiva Regionale per la protezione, decontaminazione, smaltimento e bonifica dell'ambiente ai fini della difesa dai pericoli derivanti dall'amianto" nel 2008 ha avviato, ai sensi dell'articolo 20 della Legge 23 marzo 2001, n. 93, del D.M. 18 marzo 2003, n. 101, e della L.r. 16 dicembre 2005, n. 22, il

censimento di tutti i siti del territorio provinciale interessati alla presenza di amianto al fine di stabilire il grado di pericolosità ad essi associato e pianificarne la successiva bonifica.

Anche in questo caso è stato costituito, ai fini di un opportuno coordinamento, un apposito gruppo di lavoro interservizi dipartimentali.

Tutti gli operatori dei servizi sanitari che a vario titolo svolgono attività in tema controllo, censimento e mappatura di amianto, hanno partecipato a corsi di formazione specifici, sulla base di quanto previsto negli artt. 7, 8 e 9 del D.P.R. 8 agosto 1994, oltreché nel D. Lgs. del 9 aprile 2008, n.81.

Per quanto riguarda l'attività della Promozione della Salute, essa si è concretizzata nel 2008, con il proseguo dei programmi di screenings avviati nel 2007, in armonia con le linee di pianificazione nazionale (Piano Nazionale di Prevenzione) e regionale (Piano Regionale di Prevenzione) ed in coerenza con le previsioni contenute nella pianificazione strategica aziendale.

E' stata perseguita la realizzazione di progetti di prevenzione volti alla diagnosi precoce di specifiche patologie, che trovano concreta applicazione nell'avvio di screening di massa della popolazione, individuata e ricompresa in specifiche fasce d'età determinate dal Ministero della Salute sulla base dei dati epidemiologici nazionali.

I risultati conseguiti nell'ambito della realizzazione del Piano Regionale di Prevenzione sono stati ottenuti nel rispetto di un cronoprogramma concordato con l'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, che nell'interpretazione del cruciale ruolo di coordinamento delle diverse realtà operative interessate alla progettazione e alla realizzazione del Piano, ha di fatto individuato una tempistica di lavoro derivante dalla necessità di governo dei numerosi sub-obiettivi, nei quali si sono scisse le linee principali e prioritarie di lavoro. Tale azione di governo ha implicato l'attesa del compimento delle relative procedure, affidate a soggetti diversi, e svolte in regime di sinergia, integrazione e complementarietà.

In particolare, lo screening del tumore della cervice uterina ha avuto avvio nel 2007 ed è proseguito nel 2008, con l'invio delle prime lettere di chiamata per le donne da sottoporre a visita. A questo risultato si è giunti attraverso l'elaborazione del progetto operativo e la adozione di atti e procedure di tipo gestionale, economico ed amministrativo, propedeutiche e complementari alle operazioni di carattere sanitario proprie di un progetto di screening di vasta portata come quello in questione.

Tale risultato è stato ottenuto contemperando le determinazioni assunte dal Comitato Tecnico Aziendale Screening con la costante e regolare attività della Commissione Screening Cervice Uterina, culminata con la predisposizione del Progetto Operativo.

All'adozione formale del Progetto è seguita una fase procedurale preparatoria, volta all'acquisizione degli strumenti operativi di natura tecnica e amministrativa, indispensabili per lo start-up dello screening. In particolare si è provveduto, in maniera contestuale, alla stipula della convenzione con POSTEL S.p.A. necessaria per l'ottenimento dell'elaborazione, della stampa, della spedizione delle lettere d'invito da recapitare alle donne da sottoporre a visita; all'assunzione dell'informatico che cura la elaborazione dei dati relativi allo screening; alla progettazione ed acquisizione del materiale informativo che ogni utente dovrà ricevere nella fase dell'invito alla

prima visita e nella successiva fase di eventuale richiamo e di follow-up; della progettazione della campagna di educazione sanitaria che dovrà supportare tutte le attività di screening. Sono state espletate, nel contempo, tutte le procedure relative all'approvvigionamento del materiale di consumo necessario per una efficace esecuzione delle pratiche di screening.

Si è inoltre provveduto, in collaborazione con l'Area Formazione Aziendale, alla formazione delle ostetriche che dovranno operare nell'ambito dello screening.

Sempre nell'ambito della formazione, sono stati organizzati 4 eventi formativi finalizzati alla trasmissione del dovuto livello di informazione ai medici di medicina generale MMG operanti nel territorio dell'ASL n. 8.

Per quanto riguarda le risultanze dell'attività dei Servizi che fanno capo al Dipartimento rispetto alla situazione evidenziata nei piani programmatici non si evidenzia alcuno scostamento, nè in termini quantitativi, nè in termini qualitativi, ma si nota una sostanziale aumento dei volumi prodotti pur in costanza di una importante riorganizzazione in atto.

Dall'analisi delle attività sopra indicate emerge inoltre, la complessità dei servizi di prevenzione alla quale si accompagna la necessità di un apporto pluridisciplinare proveniente dai diversi Servizi.

E' questo uno degli aspetti fondamentali rispetto al ruolo esercitato dal Dipartimento di Prevenzione, quale modello organizzativo atto a garantire l'offerta integrata dei Servizi, nel favorire la loro azione sinergica e congiunta per giungere poi ad un unico prodotto conclusivo capace di garantire una reale efficacia preventiva.

Nel 2008 si conferma quindi la dinamica evolutiva della struttura Dipartimentale e delle sue articolazioni di Staff in presenza di un notevole incremento delle attribuzioni, soprattutto per quanto riguarda le attività generali e trasversali posti in capo alla Direzione del Dipartimento dalla L.R. n. 3/2008 quali, l'attivazione dell' Ufficio di Depenalizzazione e il coordinamento degli endoprocedimenti di competenza della ASL per i SUAP, oltre al coordinamento della formazione e aggiornamento, la predisposizione degli atti per le attività trasversali interservizi e le varie commissioni (gas tossici, invalidi civili ecc).

Screening oncologici

La lotta contro il cancro si realizza prevalentemente attraverso due strategie principali di prevenzione: quella "primaria", adottando uno stile di vita sano che non favorisca l'insorgenza di tumori, e quella "secondaria", con la diagnosi precoce che si attua con i programmi di screening.. Attraverso la diagnosi precoce infatti aumentano notevolmente le possibilità di guarigione e si garantiscono cure tempestive, meno invasive e più efficaci. I tumori che hanno dimostrato, scientificamente, l'efficacia dei controlli periodici nell'abbattere la mortalità sono tre: il tumore della mammella, il tumore della cervice uterina e il tumore del colon retto. La ASL di Cagliari, capofila in Sardegna per il tumore della cervice uterina e del colon retto ha invitato, con lettera recapitata a

casa, l'intera fascia di popolazione ritenuta a rischio, offrendo gratuitamente il test ed eventuali approfondimenti.

Screening cervice uterina	Prevenzione tumori donne in età compresa tra i 25 e i 64 anni (166.540 donne)	Aviato a gennaio 2008
Screening mammella	Prevenzione tumori donne in età compresa tra i 50 e i 64 anni (69.200 donne)	In corso di attivazione
Screening colon retto	Prevenzione tumori persone in età compresa tra i 50 e i 69 anni (133.600 persone)	Aviato a ottobre 2008

Tabella 1: I tre programmi di screening attivati dalla Regione Sardegna

Salute e Ambiente

L'Area "Salute e Ambiente" è stata istituita al fine di avviare specifiche attività strategiche aziendali per un puntuale monitoraggio della correlazione esistente tra lo stato di benessere della popolazione e il territorio

In particolare nel corso dell'anno sono state avviate delle attività ritenute dalla Direzione di importanza prioritaria e nello specifico il censimento/mappatura dei siti con presenza di amianto e la mappatura delle attività produttive insistenti nel territorio della ASL n°8 al fine di stabilire l'esatto ciclo produttivo e la descrizione della distribuzione delle principali fonti di contaminazione ambientale.

Sono stati eseguiti i sopralluoghi in 317 siti nei quali è stata denunciata la presenza di amianto, di questi sono risultati effettivamente positivi 270, mentre in 47 casi i materiali segnalati non contenevano realmente amianto;

Altre attività di notevole importanza sono: lo studio sullo stato di salute della popolazione residente in alcune aree interessate da pressioni ambientali di particolare rilevanza o peculiari di determinate tipologie di attività, come per esempio l'area industriale di Macchiareddu o il cosiddetto Salto di Quirra; e le attività di formazione degli operatori volta a migliorare le loro competenze professionali favorendo lo sviluppo di percorsi formativi correlati con le reali esigenze al fine di assicurare efficacia, appropriatezza ed efficienza nell'attività svolta.

Dipartimento Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è la struttura aziendale finalizzata alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle persone con disagio mentale e all'organizzazione e promozione di interventi volti a tutelare la salute mentale dei cittadini.

Il Dipartimento, istituito nell'ASL 8 in maniera sperimentale nel dicembre 2005, ha dato avvio ad un percorso culturale e gestionale di grande rilievo, che individua la salute mentale come una priorità, da tutelare attraverso il potenziamento e la qualificazione dei servizi e di programmi specifici.

Il DSM si articola in Unità Operative -Centri di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura- onde assicurare livelli qualitativi di assistenza uniformi in ogni punto del territorio, ampliando e differenziando l'offerta e garantendo agli utenti pari opportunità e diritti. Il DSM si coordina con gli altri servizi aziendali, i servizi sociali dei Comuni e le associazioni, superando la frammentarietà delle risposte anche grazie alla piena utilizzazione ed applicazione della Legge Regione sui PLUS. In questa nuova ottica grande importanza ha rivestito l'attivazione dei Centri di Salute Mentale sulle 24 ore per 7 giorni a Cagliari, per il territorio della circoscrizione 4 e 5 di Cagliari e per il territorio costiero fino a Teulada, a Quartu Sant'Elena per il distretto di Quartu e Muravera e a Isili, per il distretto di Isili e Senorbì, dotati pure di posti letto per l'accoglienza diurna e notturna. Sulla base dei programmi indicati nel Piano Strategico Aziendale 2007-2009, gli obiettivi più significativi raggiunti nel 2008 sono di seguito descritti.

I Centri di Salute Mentale (CSM) (sono le unità operative responsabili di un territorio definito, svolgono attività di emergenza - urgenza, ambulatoriali, di day hospital e centro diurno. Sviluppano e promuovono programmi abilitativi ed emancipativi individuali e di gruppo, avviano programmi di informazione e supporto ai familiari, promuovono il protagonismo delle persone con disturbo mentale e ne favoriscono il mantenimento nel contesto naturale di vita.

Qualificazione delle attività dei Centri di Salute Mentale nel 2008:

- miglioramento dell'accessibilità ai servizi: implementazione dell'accoglienza nel CSM sulle 24 ore di Cagliari; apertura del CSM h24 di Quartu Sant'Elena ed aumento dei posti di accoglienza al CSM di Isili, fino a tre; mantenimento apertura degli altri CSM a 12 ore nei giorni feriali e apertura il sabato mattina per sei ore, avvio del CSM di Capoterra, afferente alla UOC di Cagliari A, per il territorio costiero; implementazione dell'orario e delle risposte nel CSM di Muravera, afferente alla UOC di Quartu;

attivazione di procedure di accoglienza multidisciplinare delle persone che accedono al servizio, con immediata valutazione e decodifica della domanda, e conseguente risposta tempestiva e azzeramento delle liste di attesa;

- significativo incremento dell'attività domiciliare, non più limitata agli interventi in emergenza-urgenza, ma orientata a supportare nel quotidiano la persona con disturbo e la famiglia, a facilitare l'integrazione sociale, al sostegno all'assunzione di terapia in particolare nei momenti di crisi, a favorire il reinserimento dopo un ricovero ospedaliero, ma anche la formazione e l'inserimento lavorativo e l'attivazione di reti sociali e familiari;

- aumento dell'offerta complessiva dei posti, passati da 91 (2005) a 116 (2008); di cosa si parla dei posti residenziali?

implementazione delle attività di salute mentale a favore dei detenuti nella Casa Circondariale di Cagliari e nella Casa di Reclusione di Isili, in applicazione del Protocollo Operativo con l'Amministrazione Penitenziaria, con azzeramento degli invii in Ospedale Psichiatrico Giudiziario; dimissioni di internati della provincia di Cagliari dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario con programmi individuali di supporto

- implementazione di Programmi terapeutico-riabilitativi individuali -budget di salute a favore di utenti del DSM;
- attivazione di assegni di formazione al lavoro della durata di 12 mesi rinnovabili, a favore di persone con disturbo mentale, quale incentivo per intraprendere un'esperienza lavorativa presso aziende del profit e no-profit, finalizzata a una reale assunzione ed assunzione di 5 persone
- corso di formazione sull'inserimento lavorativo per gli operatori del DSM, ma aperto agli operatori delle cooperative sociali
- implementazione della attività del numero verde gratuito per la salute mentale 800 630622, rivolto agli operatori dei servizi, ai medici di base e ai cittadini per fornire informazioni e supporto, gestito da un gruppo di familiari formati e supportati da operatori DSM;
- .avvio di attività di prevenzione primaria rivolta alla cittadinanza a partire dai Laboratori di cittadinanza del DSM:

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è un servizio ospedaliero attivo sulle 24 ore, interfaccia tra ospedale e territorio svolge la funzione di filtro e avvio ai servizi territoriali di base, con cui opera in regime di stretta collaborazione ed integrazione. Questo almeno è il profilo identificato dal Piano Sanitario Regionale e fatto proprio con i documenti di programmazione aziendali. Il Servizio è stato oggetto di grande considerazione da parte della direzione aziendale e fin dall'istituzione in via sperimentale del DSM.

Tra le principali novità già introdotte si ricordano:

- la riduzione, di 80mila abitanti, dello storico bacino di utenza, grazie alle convenzioni con le ASL vicine;
- l'abolizione, al 1 maggio 2006, della guardia armata all'interno del servizio, confermandola nel presidio complessivamente;
- il considerevole aumento del personale infermieristico e di qualificazione del personale ausiliario;
- l'istituzione di un servizio di psicologia clinica, attivo sia nel dipartimento che nel reparto;
- la formazione e l'inserimento di trenta volontari dell'Associazione Volontari Ospedalieri (AVO).
- la profonda ristrutturazione del reparto e la creazione di un grande giardino accessibile dal reparto;
- l'acquisizione di mobili e arredi nuovi.

Tra i principali risultati si evidenziano:

- la riduzione dei provvedimenti di contenzione inizialmente del 90% circa, passati da 213 nel 2005 a 24 nel 2008);
- l'aumento dei ricoveri volontari e la riduzione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO),
- la riduzione sensibile dei "posti letto occupati mediamente", passata da 24 (2005) a 21,
- corso di formazione sulla 'emergenza- urgenza in psichiatria' rivolto in particolare agli operatori del comparto del SPDC.

Non va inoltre dimenticato che i lavori per la creazione del 2° SPDC di Cagliari sono molto avanzati; dopo pochi mesi dalla chiusura formale dell'iter che ha portato all'adozione dell'Atto Aziendale (aprile 2005) a febbraio 2009 è stato aperto il nuovo Servizio.

Dipartimento del Farmaco

Il Servizio di assistenza farmaceutica aziendale si occupa della gestione e del coordinamento dei servizi di farmacia ospedaliera e dei servizi di farmacia territoriale. Nel piano strategico 2006-2008 l'Azienda ha formalizzato un preciso impegno riguardo la razionalizzazione di tutto il comparto dell'assistenza farmaceutica.

In particolare si è impegnata sul piano del miglioramento dell'appropriatezza nell'uso dei farmaci e nel contenimento della spesa complessiva attraverso interventi che hanno investito:

- la costruzione del Prontuario terapeutico aziendale;
- l'attivazione e lo sviluppo di modalità alternative di distribuzione dei farmaci (distribuzione diretta e distribuzione per conto);
- l'attivazione di progetti altamente innovativi (erogazione dei farmaci in Dose unitaria).

La ASL di Cagliari è giunta alla definizione del **Prontuario terapeutico aziendale**. Il cosiddetto PTA risponde a specifiche esigenze di tipo scientifico-culturale, organizzativo ed economico.

Ha comportato non solo una selezione della specialità medicinali e dei diagnostici, ma anche un compito di elevata responsabilità politica e sociale, poiché la ristrettezza delle risorse finanziarie destinate alla sanità richiede un loro impiego il più razionale possibile.

Il PTA è nato e si è sviluppato come uno strumento pratico di lavoro e di progresso culturale, in grado di mettere a disposizione del medico ospedaliero una gamma di sostanze ampia e composita, selezionata sulla base di criteri farmacologici, clinici, infermieristici, economici e tale da garantire un'adeguata assistenza terapeutica attraverso l'indicazione delle molecole più efficaci per la diagnosi, la cura, la prevenzione e la riabilitazione delle patologie, fornendo delle indicazioni di comportamento "evidence based" che orientino la pratica clinica.

Inoltre, il Prontuario Terapeutico Aziendale rappresenta un valido strumento di supporto per le esigenze gestionali delle farmacie ospedaliere e per l'affermazione della farmacia stessa.

La promozione di modalità di **distribuzione diretta** dei farmaci alternative a quella convenzionale comporta che la ASL distribuisca ai cittadini i farmaci acquistati direttamente dai fornitori, a prezzi e condizioni radicalmente più convenienti rispetto a quelli dei medicinali acquistati dalle farmacie.

Questa modalità garantisce importanti risparmi sulla spesa farmaceutica e un maggiore controllo e monitoraggio dell'appropriatezza della terapia assunta dal paziente.

Nel corso del 2008 l'Azienda ha agito in due direzioni:

- il rafforzamento della distribuzione diretta da parte delle strutture aziendali, nella forma della distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione e della distribuzione diretta dei farmaci del PHT (Prontuario della continuità Ospedale Territorio) ;
- l'avvio della distribuzione in nome e per conto della ASL (DPC), ovvero la consegna nelle farmacie aperte al pubblico di farmaci acquistati dalla ASL.

Nel corso del triennio tutte le Unità Operative farmaceutiche, tanto territoriali quanto ospedaliere, sono state messe in grado di fornire direttamente al paziente in dimissione (c.d. **primo ciclo terapia**) o al paziente soggetto a piano terapeutico - che preveda l'assunzione di farmaci del Prontuario della continuità assistenziale Ospedale-Territorio (PHT) – il farmaco di cui ha bisogno, garantendogli tutto il supporto informativo sulle modalità di assunzione e conservazione dei farmaci e nella verifica dell'appropriatezza della terapia.

Nel febbraio 2006 la Regione Sardegna ha siglato un accordo con Federfarma e distributori intermedi di farmaci per la distribuzione nelle farmacie convenzionate di farmaci di proprietà della ASL c.d. (**distribuzione per conto**). L'accordo ha individuato come capofila per la Regione Sardegna la ASL di Cagliari, che ha il compito di gestire gli acquisti di farmaci per la DPC per tutta la Sardegna.

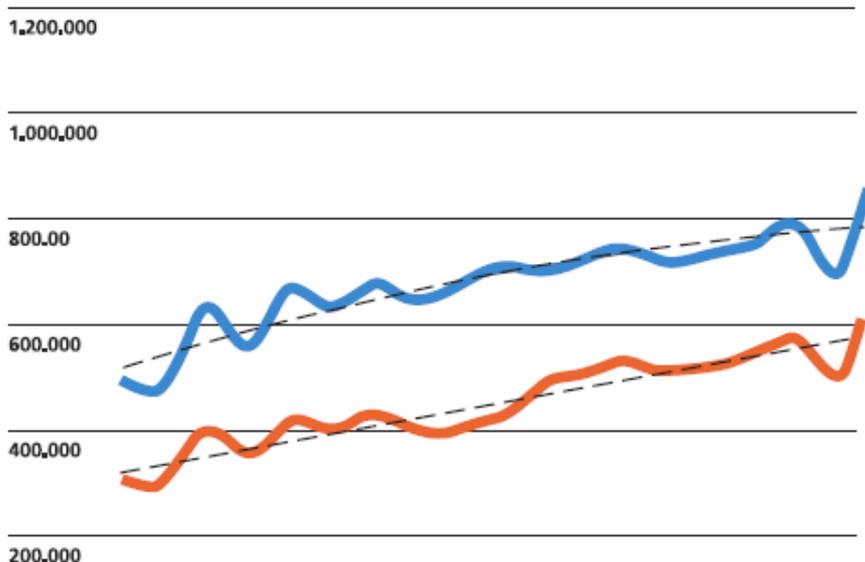
Il sistema è entrato a regime nel novembre del 2006 consentendo ai pazienti di ritirare i farmaci di una parte del Prontuario della continuità Ospedale Territorio, (il cosiddetto "Allegato B"), anche nelle farmacie aperte al pubblico, andando incontro alle esigenze del paziente grazie alla diffusione capillare del canale convenzionale.

Questa operazione ha consentito di "spostare" dal canale convenzionale al canale della distribuzione diretta l'erogazione dei farmaci: in questo modo il medicinale viene acquistato a condizioni preferenziali e consegnato direttamente al paziente nelle farmacie convenzionate.

Ne consegue un consistente abbattimento dei costi che può arrivare fino al 50%.

La distribuzione di medicinali di proprietà della ASL nelle farmacie convenzionate (Distribuzione per Conto) garantisce un notevole risparmio all'Azienda e un più agevole accesso ai farmaci per i pazienti

ANDAMENTO DISTRIBUZIONE PER CONTO 2007 - 2008 (IN EURO)



c) andamento della gestione:

1) Andamento dei costi e ricavi;

Il Bilancio di esercizio 2008 è stato elaborato secondo le regole della contabilità economico – patrimoniale come previsto dalle direttive della Giunta Regionale Sardegna, in coerenza con le disposizioni previste dalla legge regionale n. 10/2006.

Nel seguito della relazione il commento sarà prevalentemente incentrato sui dati del “**Conto Economico**” in modo da poter evidenziare in modo particolare il trend evolutivo delle spesa sanitaria nella nostra realtà e quindi la dinamica dei ricavi e dei costi nell’arco del periodo di riferimento.

La seconda parte del Bilancio, ossia lo “**Stato Patrimoniale**”, che esprime la consistenza e la struttura del patrimonio aziendale in tutte le sue componenti attive e passive, viene commentata, nella nota integrativa, con riferimento alla situazione esistente a fine anno, confrontata con la consistenza delle varie poste al 31 dicembre dell’anno precedente.

Il terzo documento di cui si compone il Bilancio di esercizio, la “**Nota integrativa**”, rappresenta uno strumento essenzialmente descrittivo, con la specifica funzione di integrare con ulteriori informazioni complementari ed esplicative tanto il Conto Economico quanto lo Stato patrimoniale.

La Nota integrativa contiene il dettaglio di alcune voci, esplicita i criteri seguiti nella valutazione del patrimonio, delle scorte e delle rimanenze in genere, i criteri seguiti per la valutazione dei crediti, per l’effettuazione degli ammortamenti, ecc.. Anche nel 2008 è proseguito l’impegno delle strutture amministrative dell’azienda nell’affinamento delle nuove procedure, con l’obiettivo di realizzare una strumentazione contabile e gestionale sempre più rispondente alle esigenze poste dal processo di aziendalizzazione.

Il sistema contabile è senz’altro adeguato e coerente con il processo di aziendalizzazione delle struttura che ha permesso negli ultimi anni il progressivo affinamento del processo di budget e di controllo direzionale anche se sono in atto dei progetti e degli interventi diretti a fornire una maggiore integrazione fra i diversi sistemi gestionali che presiedono determinati settori interni.

In particolare, la linea di direzione strategica prevede appunto la centralità del cittadino verso il quale devono convergere le diverse componenti del sistema informativo aziendale, tenendo altresì in debito conto le esigenze ed aspettative di tutte le altre parti interessate ad una puntuale ed efficiente gestione delle risorse assegnate all’Azienda.

DINAMICA COMPLESSIVA DEI PRINCIPALI AGGREGATI ECONOMICI

L'analisi dell'andamento economico dell'esercizio 2008 è condizionata dalla difficoltà di operare dei confronti di "trend" rispetto ai dati contabilizzati negli ultimi anni, in quanto le modifiche strutturali si sono succedute con cadenza annuale impedendo di fatto un confronto su dati omogenei.

Difatti il 1.1.2006 l'Azienda ha modificato i suoi confini geografici con l'acquisizione dei territori in seguito alla definizione delle nuove province regionali; nel marzo del 2007 l'Azienda ha ceduto il P.O. S. Giovanni di Dio ed il complesso pediatrico "Macciotta" all'istituenda A.U.O. di Cagliari; nel febbraio 2008 l'Azienda ha infine ceduto definitivamente il Presidio Multizonale di Prevenzione all'istituenda ARPAS.

Il Bilancio dell'esercizio 2008 si è chiuso con una perdita complessiva pari ad Euro 35.073.510 come risulta dalla tabella di seguito riportata.

	anno 2008	anno 2007	anno 2006
Valore della produzione	818.413.412	824.923.321	836.044.594
Costi della produzione	818.248.365	815.137.848	820.520.828
Proventi e oneri finanziari	- 4.585.144	- 4.613.614	- 3.687.391
Proventi e oneri straordinari	- 10.920.006	- 5.637.188	1.487.393
Imposte sul reddito	19.733.407	19.539.730	23.975.068
Utile/perdita	- 35.073.510	- 20.005.059	- 10.651.299

La Gestione economico - reddituale dell'azienda sanitaria nel biennio considerato (2007-2008) ha evidenziato un trend peggiorativo di circa Euro 15 mln. derivante in gran parte all'andamento peggiorativo dei tre aggregati: il valore della produzione ha avuto un andamento negativo di circa 6.5 mln di Euro, i Costi della produzione sono aumentati per circa 3.1 mln di Euro e la gestione straordinaria ha avuto un incremento di costi per circa 5.2 mln di Euro.

Se si confrontano i dati consuntivi con quelli previsti nel Budget del 2008 si nota dalla tabella di seguito riportata che :

	Consuntivo 2008	Budget 2008
Valore della produzione	818.413.412	793.039.806
Costi della produzione	818.248.365	826.139.311
Proventi e oneri finanziari	-4.585.144	-1.676.865
Proventi e oneri straordinari	-10.920.006	0
Imposte sul reddito	19.733.407	20.258.458
Utile/perdita	-35.073.510	-55.034.828

il risultato finale è migliorativo rispetto al budget per circa 20 mln. di Euro, con un andamento positivo del valore della produzione (maggiori ricavi per circa 25 mln di Euro), con una riduzione

dei costi della gestione caratteristica per circa 8 mln di Euro e con una gestione fiscale sostanzialmente inalterata.

Nel dettaglio la perdita dell'esercizio è stata determinata da una riduzione considerevole del Valore della produzione nel triennio considerato 2006-2007-2008.

Infatti se nel 2006 il Valore della produzione era di circa 836 mln di Euro nel 2008 detto aggregato si è attestato a circa 825 mln. di Euro nel 2007 e a 818 mln di Euro nel 2008, con una riduzione complessiva rispetto al 2006 di circa 17.6 mln. di Euro che tradotto in termini percentuali rappresenta una riduzione di circa il 2.11%.

A) Valore della produzione	818.413.412	824.923.321	836.044.594
----------------------------	-------------	-------------	-------------

Le principali voci dell'aggregato valore della produzione sono state le seguenti:

I **contributi in conto esercizio** a seguito del Finanziamento regionale ammontano a circa 798 mln. di Euro con un incremento rispetto all'anno precedente di circa 1.7 mln. di Euro.

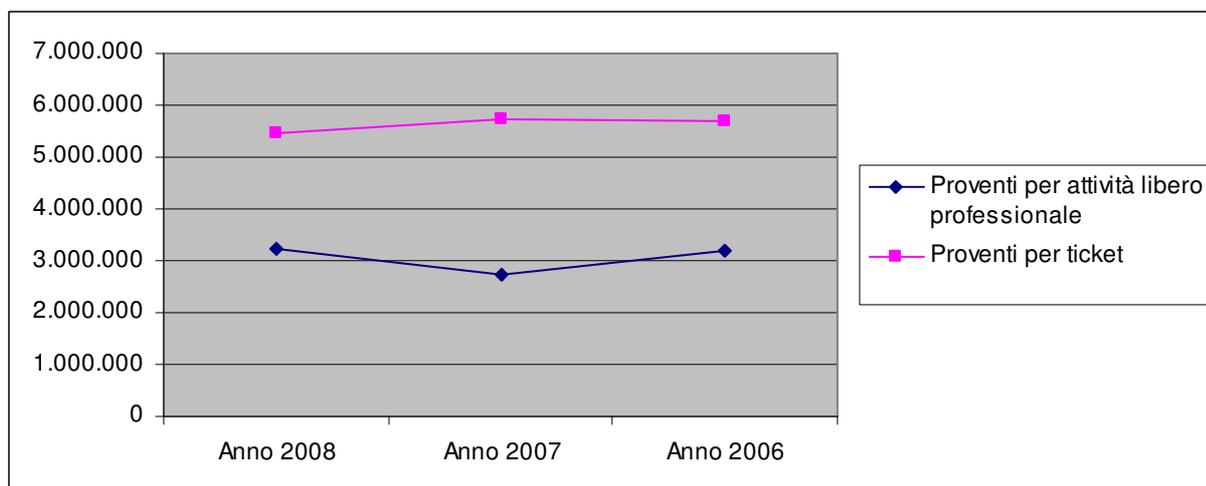
Descrizione voci da contabilità	Anno 2008	Anno 2007	Anno 2006
Contributi in C/esercizio da Regione	798.762.719	797.014.887	729.893.256

Le entrate proprie sono state le seguenti:

Descrizione voci da contabilità	Anno 2008	Anno 2007	Anno 2006
Proventi per attività libero professionale	3.238.880	2.749.219	3.206.685
Proventi per ticket	5.461.581	5.726.421	5.688.073
Altre Entrate Proprie	8.700.461	8.475.640	8.894.758

I proventi per l'attività libero professionale sono aumentati rispetto al 2007 di circa 500.000 euro, mentre i ticket si sono ridotti di circa 200.000 Euro sempre rispetto al 2007; nel complesso il dato risulta comunque positivo per circa 200.000 Euro come risulta dal seguente grafico

ANDAMENTO ENTRATE PROPRIE



L' andamento dei costi

Dal lato dei costi, come risulta dalla tabella di seguito riportata, rispetto all'anno 2007, si nota un incremento di circa 3 mln di Euro con una variazione percentuale del + 0.38%

	Anno 2008	Anno 2007	Anno 2006
B) Costi della produzione Totale	818.248.365	815.137.848	820.520.828

Complessivamente la voce "costi della produzione" può essere scomposta nei seguenti aggregati:

		Anno 2008	Anno 2007	Anno 2006
B) Costi della produzione	Per beni di consumo	116.638.197	104.712.469	99.714.619
	Per servizi	419.789.365	412.489.921	410.639.876
	Per godimento di beni di terzi	6.282.737	8.637.556	8.644.226
	Per il personale	254.127.830	258.969.699	284.539.752
	Ammortamenti e svalutazioni	10.190.438	9.003.608	9.440.901
	Variazioni delle rimanenze	- 3.128.260	1.263.371	-3.536.680
	Accantonamento per rischi e oneri	7.461.720	15.929.054	6.754.239
	Oneri diversi di gestione	6.886.338	4.132.169	4.323.894
B) Costi della produzione Totale		818.248.365	815.137.848	820.520.828

I costi della produzione possono essere suddivisi in:

Acquisti di beni sanitari e acquisti di beni non sanitari: la voce in argomento ha avuto un incremento rispetto al 2007 di circa 12 mln di Euro, mentre rispetto al 2006 l'incremento è stato di circa 17 mln. di Euro.

	Anno 2008	Anno 2007	Anno 2006
Costi per l'acquisto di beni di consumo	116.638.197	104.712.469	99.714.619

		Anno 2008	Anno 2007	Anno 2006
4) Per beni di consumo	a) sanitari	110.244.851	97.859.272	94.404.763
	b) non sanitari	6.393.346	6.853.197	5.309.855
		116.638.197	104.712.469	99.714.618

Dall'analisi contabile risulta che gli acquisti di beni sanitari possono essere suddivisi in:

Acquisti di altri beni e prodotti sanitari	2.483.774
Acquisti di emoderivati	2.105.484
Acquisti di materiale radiografico e per radiologia	1.373.939
Acquisti di materiali diagnostici e prodotti chimici	10.542.216
Acquisti di materiali per emodialisi	2.246.308
Acquisti di materiali per la profilassi igienico sanitaria	1.407.219
Acquisti di materiali protesici	4.098.332
Acquisti di ossigeno	379.928
Acquisti di prodotti farm. Ad uso veterinario	1.369
Acquisto di presidi chirurgici	13.693.679
Acquisto di prodotti dietetici	226.841
Acquisto di prodotto farmaceutici	64.835.611
Acquisto di prodotto farmaceutici in Dpc	6.850.149

Mentre gli acquisti di beni non sanitari sono stati i seguenti:

Acquisti di altri materiali non sanitari	578.810
Acquisti di combustibili e carburanti	1.888.895
Acquisti di materiale tecnico strumentale	1.923.705
Acquisti di materiali di guardaroba, di pulizia	482.555
Acquisti di prodotti alimentari	143.678
Acquisti di supporti informatici	1.375.704

La voce **Acquisti di Servizi ammontano** a complessivi Euro 419.789.365 come risulta dalla tabella sottostante.

	Anno 2008	Anno 2007	Anno 2006
Per servizi	419.789.365	412.489.921	410.639.876

con un incremento percentuale rispetto al 2007 del 1.77% e rispetto al 2006 del 2.23%

Dalla seguente tabella risulta che la voce in questione è stata suddivisa nei seguenti elementi:

Acquisti di prest. E servizi sanitari	Acquisti di altre prest. Socio sanitarie a rilevanza sanitaria	2.550.888
	Acquisti di consulenze e convenzioni sanitarie	1.526.579
	Acquisti di prest. Di assistenza collettiva in ambienti di vita e lavoro	179.401
	Acquisti di prest. E servizi di assistenza sanitaria territoriale	288.615.294
	Acquisto di prestazioni ospedaliere	65.005.707
Acquisti di servizi non sanitari	Costi per altri servizi non sanitari	7.541.041
	Costi per servizi esternalizzati	17.385.317
	Costi per utenze	8.486.267
Altre convenzioni di lavoro	Altre convenzioni di lavoro	5.529.372
Altri costi del personale dipendente	Altri costi del personale dipendente	5.624.170
Manut. E riparazioni	Manut. E riparazione altro	93.286
	Manut. E riparazione automezzi	121.737
	Manut. E riparazioni	10.247.513
	Manut. E riparazioni attrezzature informatiche	419.046
	Manut. E riparazioni attrezzature sanitarie	4.378.598
	Manutenzione software	22.152
Rimborsi, assegni e contributi	Rimborsi, assegni e contributi	2.062.994

Dell'aggregato in questione le voci di maggiore interesse sono:

Acquisti di prest. E servizi di assistenza sanitaria territoriale	Acquisti di prest. Assisetenza domiciliare	4.334.877
	Acquisti di prest. Assisetenza specialistica	4.198.535
	Acquisti di prestazioni assistenza protesica	16.411
	Acquisti di prestazioni di assist. Integrativa	19.632.744
	Acquisti di prestazioni e servizi di assist. Farmaceutica	115.905.098
	Acquisti di prestazioni e servizi di assist. Sanitaria di base	34.103.415
	Acquisto di prest. Assist. Residenziale e semiresidenziale	20.501.133
	Acquisto di prestazioni di assist. Ambulatoriale	5.925.050
	Altre prest. Assistenza territoriale	377.163
	Convenzioni per emergenza territoriale 118	4.347.829
	(vuoto)	79.273.041
Acquisti di prest. E servizi di assistenza sanitaria territoriale		288.615.294

L'assistenza farmaceutica ha subito un riduzione, rispetto al 2007, di circa 2.1 mln Euro, mentre rispetto al 2006 la riduzione è stata di circa 13 mln. di Euro. Le motivazioni di tale riduzione sono esplicitate nell'apposito paragrafo del presente documento (esempio distribuzione diretta e distribuzione per conto, etc.).

	Anno 2008	Anno 2007	Anno 2006
assistenza farmaceutica	115.905.098	118.047.908	128.917.651

Le motivazioni di tale riduzione sono legate allo spostamento di una quota di attività di assistenza ospedaliera per acuti transitata alla voce acquisto di prestazioni di assistenza sanitaria di base in relazione all'attivazione del day service.

I costi per l'assistenza ospedaliera nell'anno 2008 sono pari a circa 65 mln. di Euro, con un riduzione rispetto 2007 per circa 4.6 mln di Euro, mentre rispetto al 2006 l'incidenza di detti costi è pressoché inalterata.

	Anno 2008	Anno 2007	Anno 2006
assistenza ospedaliera	65.005.707	69.664.081	64.474.545

Gli altri costi per servizi di cui all'aggregato in argomento possono essere suddivisi nelle seguenti categorie:

Costi per altri servizi non sanitari	7.541.041
Costi per servizi esternalizzati	17.385.317
Costi per utenze	8.486.267
Altre convenzioni di lavoro	5.529.372
Altri costi del personale dipendente	5.624.170
Manut. E riparazione altro	93.286
Manut. E riparazione automezzi	121.737
Manut. E riparazioni	10.247.513
Manut. E riparazioni attrezzature informatiche	419.046
Manut. E riparazioni attrezzature sanitarie	4.378.598

La voce Costo per beni di terzi ammonta alla fine dell'anno ad Euro 6.282.737.

Il dettaglio è rappresentato dalle seguenti voci di costo:

Godimento beni di terzi	Altri oneri per godimenti beni di terzi	55.548
	Canoni di leasing operativo	185.378
	Canoni di noleggio	4.217.862
	Locazioni passive	1.823.949
Godimento beni di terzi	Totale	6.282.737

Rispetto all'anno precedente 2007 la voce in questione mostra una riduzione per circa 2 mln di Euro e lo stesso dicasi per l'anno 2006

Costo per il godimento beni di terzi	Anno 2008	Anno 2007	Anno 2006
Totale	6.282.737	8.637.556	8.644.226

La voce costi per il personale alla fine dell'anno 2008 è pari ad Euro 254 mln. come risulta dalla tabella sotto indicata.

Costo del personale	Costo del personale ruolo amm.vo	17.047.042
	Costo del personale ruolo professionale	1.416.889
	Costo del personale ruolo sanitario	211.874.952
	Costo del personale ruolo tecnico	23.788.947
Costo del personale Somma		254.127.830

Rispetto al biennio precedente 2007-2006 la voce in argomento si è notevolmente ridotta.

Infatti nel 2007 il costo del personale ammontava a circa 259 mln. di Euro e nel 2006 il costo era pari a circa 284 mln. di Euro, la riduzione in termini percentuali è stata del 1.91% e del 12%.

	Anno 2008	Anno 2007	Anno 2006
Costo del personale	254.127.830	258.969.699	284.539.752

Sulla base dei dati desunti dalla contabilità generale l'aggregato viene ripartito nei quattro ruoli professionali amministrativo – professionale - tecnico e sanitario

PERSONALE SUDDIVISO PER RUOLO	Totale costi del personale al 31.12.2008
Ruolo Amministrativo	17.047.042
Ruolo Professionale	1.416.889
Ruolo Sanitario	211.874.952
Ruolo Tecnico	23.788.947
Totale Complessivo	254.127.830

La contabilità generale e la strutturazione del nuovo piano dei conti consente di effettuare la seguente ulteriore suddivisione:

Costo del personale ruolo amm.vo	Costo del personale ruolo amm.vo altro	1.669.350
	Costo del personale ruolo amm.vo comparto	14.340.956
	Costo del personale ruolo amm.vo dirigenza SPTA	1.036.736
Costo del personale ruolo amm.vo Somma		17.047.042
Costo del personale ruolo professionale	Costo del personale ruolo professionale altro	191.288
	Costo del personale ruolo professionale comparto	580.345
	Costo del personale ruolo professionale dirigenza SPTA	645.256
Costo del personale ruolo professionale Somma		1.416.889
Costo del personale ruolo sanitario	Costo del personale ruolo sanitario altro	21.641.872
	Costo del personale ruolo sanitario comparto	83.254.874
	Costo del personale ruolo sanitario dir. medica e veterinaria	94.762.978
	Costo del personale ruolo sanitario dirigenza SPTA	12.215.227
Costo del personale ruolo sanitario Somma		211.874.952
Costo del personale ruolo tecnico	Costo del personale ruolo tecnico altro	2.257.365
	Costo del personale ruolo tecnico comparto	21.094.191
	Costo del personale ruolo tecnico dirigenza SPTA	437.392
Costo del personale ruolo tecnico Somma		23.788.947
		254.127.830

L'aumento del costo del lavoro è da imputare fondamentalmente dalla politica sviluppata dal Direzione Aziendale nel corso dell'anno rappresentata dal potenziamento del comparto infermieristico.

Non va dimenticato inoltre che su tale voce ha inciso inoltre l'applicazione dei nuovi accordi contrattuali sia a livello aziendale che a livello nazionale.

Infine, un cenno viene fatto anche per quanto riguarda le voci rappresentate da ammortamenti, accantonamenti ed oneri diversi di gestione.

Costi della produzione	Accantonamenti tipici dell'esercizio	7.461.720
	Ammortamenti	10.190.438
	Oneri diversi di gestione	6.886.338
Costi della produzione Totale		24.538.496

		Anno 2008	Anno 2007	Anno 2006
B) Costi della produzione	Ammortamenti e svalutazioni	10.190.438	9.003.608	9.440.901
	Accantonamento per rischi e oneri	7.461.720	15.929.054	6.754.239
	Oneri diversi di gestione	6.886.338	4.132.169	4.323.894
B) Costi della produzione Totale		24.538.496	29.064.831	20.519.034

La variazione positiva rappresentata da un minor costo ammonta a circa 4.5 mln di Euro, che tradotta in termini percentuali è pari al 15.57%. La variazione in questione è da imputare al minor importo stanziato in bilancio per gli accantonamenti dell'esercizio che sono passati da Euro 15 mln a d euro 7 mln.

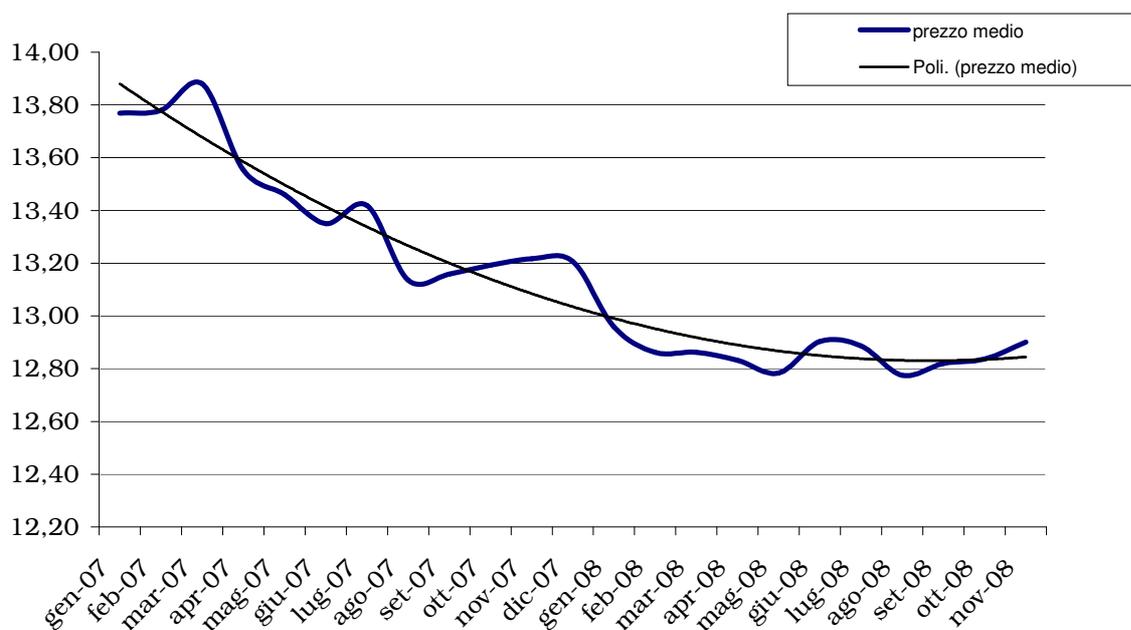
Spesa per la Farmaceutica Territoriale

La tabella seguente presenta l'andamento della spesa lorda per l'assistenza farmaceutica territoriale, effettuata tramite le farmacie convenzionate.

Mese	2007		2008		Incr. %	Prezzi medi		analisi scostamenti	
	Pezzi	Lordo	Pezzi	Lordo	Lordo	prezzo medio 2007	prezzo medio 2008	Effetto prezzo	Effetto consumo
Gen	830.519	11.435.564	878.270	11.381.075	-0,48%	13,77	12,96	-5,89%	5,75%
Feb	768.011	10.583.343	823.365	10.589.872	0,06%	13,78	12,86	-6,67%	7,21%
Mar	808.109	11.216.436	807.828	10.390.690	-7,36%	13,88	12,86	-7,33%	-0,03%
Apr	732.121	9.923.060	811.198	10.409.405	4,90%	13,55	12,83	-5,32%	10,80%
Mag	833.977	11.225.483	839.722	10.734.755	-4,37%	13,46	12,78	-5,03%	0,69%
Giu	753.753	10.062.861	776.064	10.013.722	-0,49%	13,35	12,90	-3,35%	2,96%
Lug	774.471	10.392.479	837.615	10.793.905	3,86%	13,42	12,89	-3,97%	8,15%
Ago	717.514	9.425.343	697.180	8.906.353	-5,51%	13,14	12,77	-2,75%	-2,83%
Set	722.255	9.503.669	805.167	10.322.055	8,61%	13,16	12,82	-2,57%	11,48%
Ott	826.194	10.899.651	829.881	10.653.177	-2,26%	13,19	12,84	-2,70%	0,45%
Nov	805.789	10.649.691	780.129	10.064.442	-5,50%	13,22	12,90	-2,39%	-3,18%
Dic	747.753	9.874.761	844.869	10.897.484	10,36%	13,21	12,90	-2,33%	12,99%
TOTALE	9.320.466	125.192.341	9.731.288	125.156.934	-0,03%	13,43	12,86	-4,25%	4,41%

E' da notare come la spesa complessiva lorda si è mantenuta pressoché inalterata, a fronte di un aumento dei pezzi consumati pari al 4,41%. L'aumento della spesa è stato pertanto mitigato dall'effetto prezzo che evidenzia, così come il seguente grafico, un decremento, nel corso degli ultimi due anni, del prezzo medio rimborsato dalla ASL di Cagliari.

Prezzo medio lordo confezione



Nel canale convenzionale, e quindi al di fuori dei percorsi previsti per la Distribuzione Diretta e la Distribuzione in nome e per conto, residuano farmaci del PHT così come indicati nella seguente tabella:

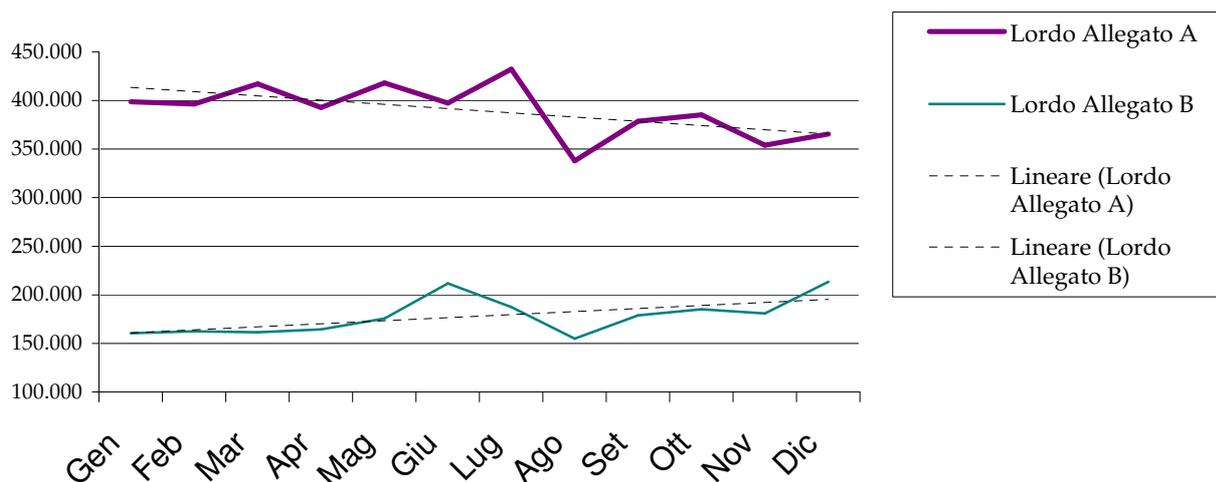
Farmaci del PHT residuali nel canale convenzionale. Anno 2008.

Mese	Pezzi PHT	Lordo PHT	Incidenza sul lordo totale	Pezzi Allegato A	Lordo Allegato A	Pezzi Allegato B	Lordo Allegato B	Pezzi fuori allegati	Lordo fuori allegati
Gen	18.508	618.600	5,44%	3338	398871	5225	160342	9944	59366
Feb	18.574	619.034	5,85%	3.357	396.273	5.418	162.463	9.799	60.298
Mar	18.066	642.534	6,18%	3.287	417.292	5.495	161.325	9.284	63.918
Apr	19.355	631.786	6,07%	3.274	392.794	5.703	164.281	10.379	74.732
Mag	19.201	666.960	6,21%	3.416	418.063	5.667	175.593	10.118	73.304
Giu	19.653	681.101	6,80%	3.332	397.400	6.020	211.573	10.301	72.128
Lug	19.528	708.752	6,57%	3.557	432.091	6.210	187.287	9.761	89.374
Ago	17.128	572.546	6,43%	2.851	338.058	5.208	154.793	9.069	79.695
Set	18.895	646.276	6,26%	3.171	378.691	6.010	178.799	9.714	88.786
Ott	19.096	654.906	6,15%	3.293	385.253	6.450	185.061	9.353	84.592
Nov	18.090	628.547	6,25%	2.985	353.989	6.046	180.716	9.059	93.842
Dic	19.735	691.679	6,35%	3.199	365.564	6.818	213.512	9.718	112.603
TOTALE	225.829	7.762.722	6,20%	39.060	4.674.339	70.270	2.135.745	116.499	952.637

La spesa lorda per farmaci del PHT nel 2007 è stata pari a 8.129.276 euro, pertanto durante il 2008 si è registrato un decremento pari al 4,5%. L'incidenza sul totale della spesa si attesta quindi su un 6,20%. E' da notare come le politiche volte all'incentivazione della distribuzione diretta e della DPC, hanno sortito il loro maggiore effetto tra il 2006 e il 2007, infatti la spesa per farmaci del PHT nel canale convenzionale è diminuita, nel corso di questi anni, di circa il 50%.

Nonostante il decremento complessivo della spesa per farmaci del PHT dal 2007 al 2008, nel corso del 2008, come si evidenzia dal grafico sottostante, la linea di tendenza mostra un aumento della distribuzione, da parte delle farmacie convenzionate, di farmaci dell'allegato B, in contrasto con la politica di incentivazione della Distribuzione per conto.

ALLEGATO A
ALLEGATO B
IMPORTI LORDI



La Distribuzione per conto

Nel corso del 2008 la DPC evidenzia un tendenza pressoché costante nel corso dei mesi, sia in termini di pezzi consegnati che di spesa sostenuta.

Il confronto invece con il 2007, evidenzia un aumento dei pezzi consegnati in DPC pari al 32%, ma una sensibile diminuzione del risparmio effettivo netto rispetto al rimborso dei farmaci previsto in caso di erogazione convenzionale.

Mese	Ricette	Pezzi	Lordo	Sconto totale	Netto SSN	Costo d'acquisto	Oneri 1 (aggio farmacie)	Oneri 2 (aggio distributori)	Costo DPC	Risparmio
Gen	6.121	8.943	852.095	106.104	745.991	525.511	58.629	27.877	612.018	133.973
Feb	6.046	8.837	818.646	101.104	717.542	511.074	56.297	26.774	594.146	123.396
Mar	6.100	8.804	840.949	104.509	736.439	527.252	58.092	27.514	612.857	123.582
Apr	6.366	9.229	862.805	105.991	756.813	544.005	59.812	28.229	632.045	124.768
Mag	6.678	9.783	904.369	110.922	793.446	570.791	62.502	29.588	662.881	130.566
Giu	5.960	8.724	797.828	97.053	700.775	501.465	53.936	26.102	581.503	119.272
Lug	7.086	10.404	987.624	121.883	865.741	621.013	70.758	32.311	724.082	141.659
Ago	5.884	8.555	794.145	96.953	697.192	502.640	56.895	25.982	585.516	111.676
Set	6.537	9.523	878.232	105.480	772.752	578.737	63.578	28.732	671.047	101.705
Ott	6.838	9.986	849.179	96.304	752.875	578.149	61.119	27.781	667.049	85.826
Nov	6.315	9.265	805.916	92.685	713.231	549.629	57.929	26.366	633.924	79.307
Dic	6.837	9.966	846.347	96.811	749.536	522.556	60.492	27.688	610.736	138.800
TOTALE	76.768	112.019	10.238.134	1.235.800	9.002.333	6.532.822	720.040	334.943	7.587.805	1.414.528

Infatti alla fine del 2007 il risparmio effettivo netto era stato di circa 2.165.118 euro, pari al 28,5% del rimborso netto previsto se gli stessi farmaci fossero stati erogati in regime convenzionale; nel 2008 il risparmio è stato di 1.414.520 euro, quindi solo il 16% rispetto al rimborso netto.

Tale diminuzione nel risparmio è dovuto alla più alta incidenza, rispetto al 2007, degli oneri relativi all'aggio riconosciuto alle farmacie per il servizio fornito.

La distribuzione diretta

Nelle pagine seguenti sono riportati i dati relativi alla distribuzione diretta effettuata dai presidi interni alla ASL.

La distribuzione diretta di farmaci nel corso del 2008 è aumentata complessivamente del 25% rispetto al 2007, con un'incidenza maggiore dei farmaci di fascia H rispetto a quelli di fascia A (27% contro il 22%). L'incremento della distribuzione diretta di farmaci del PHT, appartenenti all'allegato A, ha comunque margini di miglioramento rinvenibili, come già evidenziato a proposito della farmaceutica territoriale, nella quota, di tali farmaci, ancora distribuita dalle farmacie convenzionate che vengono rimborsate dalla ASL a prezzo pieno.

	Fascia A	Fascia C	Fascia H	Totale complessivo
SERV. FARM. CAGLIARI	1.401.782	252.434	1.886.628	3.815.857
SERV.FARM. QUARTU	1.012.478	43.595	767.976	2.172.998
SAN GIUSEPPE	478.569	2.963	65.969	574.293
BINAGHI	9.499.903	354	2.526.834	12.027.091
MARINO	72.384	1.172	15.380	88.935
SS. TRINITA'	321.376	6.825	4.122.204	4.450.412
SAN MARCELLINO	253.946	358	138.834	393.138
BUSINCO	2.883.746	8.337	6.550.943	9.443.027
MICROCITEMICO	3.256.832	140	2.726.594	5.983.566
Totale complessivo	19.181.016	316.176	18.801.363	38.949.316

2) Analisi dei costi, rendimenti e risultati per centri di responsabilità;

I centri di responsabilità che vengono considerati nella presente analisi riguardano esclusivamente i soli Presidi Ospedalieri di cui si è potuto monitorare i soli costi e ricavi diretti.

P.O. BINAGHI

Binaghi	Analisi ricavi - costi e rendimenti
Valore della produzione	14.813.817
Costi per consumi mat. Sanitario	18.729.323
Costi per consumi mat. Non sanitario	268.886
Costi del personale	20.245.924
Risultato di periodo	- 24.430.316

P.O. BUSINCO

Businco	Analisi ricavi - costi e rendimenti
Valore della produzione	26.164.599
Costi per consumi mat. Sanitario	27.533.442
Costi per consumi mat. Non sanitario	540.813
Costi del personale	36.797.578
Risultato di periodo	- 38.707.234

P.O. MARINO

Marino	Analisi ricavi - costi e rendimenti
Valore della produzione	18.231.314
Costi per consumi mat. Sanitario	5.096.028
Costi per consumi mat. Non sanitario	208.887
Costi del personale	24.667.928
Risultato di periodo	- 11.741.529

P.O. MICROCITEMICO

Microcitemico	Analisi ricavi - costi e rendimenti
Valore della produzione	8.247.881
Costi per consumi mat. Sanitario	9.306.053
Costi per consumi mat. Non sanitario	158.098
Costi del personale	12.924.670
Risultato di periodo	- 14.140.941

P.O. SAN GIUSEPPE DI ISILI

San Giuseppe Isili	Analisi ricavi - costi e rendimenti
Valore della produzione	4.435.909
Costi per consumi mat. Sanitario	1.494.733
Costi per consumi mat. Non sanitario	157.311
Costi del personale	7.354.835
Risultato di periodo	- 4.570.970

P.O. SAN MARCELLINO DI MURAVERA

San Marcellino Muravera	Analisi ricavi - costi e rendimenti
Valore della produzione	4.844.336
Costi per consumi mat. Sanitario	1.702.805
Costi per consumi mat. Non sanitario	58.296
Costi del personale	8.046.486
Risultato di periodo	- 4.963.252

P.O. SS. TRINITA'

SS. Trinita'	Analisi ricavi - costi e rendimenti
Valore della produzione	40.208.457
Costi per consumi mat. Sanitario	15.429.968
Costi per consumi mat. Non sanitario	476.341
Costi del personale	52.655.082
Risultato di periodo	- 28.352.933

- 3) Analisi degli investimenti e disinvestimenti effettuati nell'esercizio, con separata indicazione delle plusvalenze e minusvalenze patrimoniali;

Il Piano degli investimenti dall'azienda sanitaria nel 2008 attua di fatto le direttive di programmazione triennale.

Gli investimenti aziendali hanno riguardato i due principali ambiti:

- **area dell'assistenza territoriale**
- **area dell'assistenza ospedaliera**

Nelle pagine seguenti si sintetizzano i principali investimenti.

Investimenti in beni immobili area dell'assistenza territoriale

La categoria degli investimenti in questione ha riguardato, da un lato, la capitalizzazione di una serie di spese per circa 100.000 euro (RSA di Capoterra, Selargius e Sestu), dall'altro si è proceduto a veri e propri nuovi investimenti per un totale di Euro 3,5 mln. rappresentati dalla ristrutturazione / completamento del Poliambulatorio di Decimomannu e dell'Hospice.

INVESTIMENTI IMMOBILIARI CAPITALIZZAZIONI DI COSTI	
INCREMENTI DI VALORE	
RSA CAPOTERRA	20.066,52
RSA SELARGIUS	35.985,40
RSA SESTU	35.613,60
NUOVI IMMOBILI RISTRUTTURAZIONI / AMPLIAMENTI	
POLIAMBULAT. DECIMOMANNU	1.050.855,15
HOSPICE	2.430.144,07
TOTALE INVESTIMENTI	3.480.999,22

Investimenti in attrezzature sanitarie area dell'assistenza territoriale

Di seguito si riportano i principali investimenti:

INVESTIMENTO	PRESIDI	IMPORTO
N. 10 ECOTOMOGRAFI	POLIAMBULATORI DIVERSI	342.840,00
N. 26 DEFIBRILLATORI	POLIAMBULATORI DIVERSI	34.008,00
N. 18 ELETTROCARDIOGRAFI	POLIAMBULATORI DIVERSI	36.504,00
CR SISTEMA DI ACQUISIZIONE DIGITALE IMMAGINI RADIOGRAFICHE COMPLETO	POLIAMBULATORIO VIALE TRIESTE	54.360,00
N. 25 CARRELLI DI EMERGENZA COMPLETI	POLIAMBULATORI DIVERSI	68.700,00
CR SISTEMA DIGITALE ACQUISIZIONE IMMAGINI PER MAMMOGRAFIA	POLIAMBULATORIO QUARTU SANT'ELENA	82.041,60
AUTOAMBULANZE	AZIENDA	129.000,00
RIUNITO ODONTOIATRICO	POLIAMBULATORIO QUARTU SANT'ELENA	20.676,00
DEFIBRILLATORI PER PRESIDI DIVERSI AZIENDA	PRESIDI DIVERSI	123.004,20
TOTALE		891.133,80

Investimenti in attrezzature sanitarie area dell'assistenza ospedaliera

Gli investimenti in attrezzature sanitarie sono state suddivise per presidio ospedaliero.

Per il Presidio Ospedaliero Businco di Cagliari i principali investimenti sono stati i seguenti:

INVESTIMENTO	REPARTO	IMPORTI
ECOTOMOGRAFO	DIVISIONE ONCOLOGIA CHIRURGICA	172.161,00
COLONNA CHIRURGICA ENDOSCOPICA	GINECOLOGIA ONCOLOGICA	87.802,80
STERILIZZATRICE	BLOCCO OPERATORIO	144.540,00
CR SISTEMA DIGITALE ACQUISIZIONE IMMAGINI PER MAMMOGRAFIA	RADIODIAGNOSTICA	82.041,60

Per il Presidio Ospedaliero Marino di Cagliari i principali investimenti sono stati i seguenti:

INVESTIMENTO	REPARTO	IMPORTI
N. 2 SISTEMI TERAPEUTICI INTEGRATI	RIANIMAZIONE	84.000,00
ATTREZZATURE SANITARIE VARIE	RIANIMAZIONE	136.642,82
N. 6 VENTILATORI POLMONARI	RIANIMAZIONE	156.000,00
SISTEMA MONITORAGGIO COMPLETO	RIANIMAZIONE	155.820,00
PENSILI POSTI LETTO	RIANIMAZIONE E PRONTO SOCCORSO	200.000,00
ATTREZZATURE SANITARIE ED ARREDI	RIANIMAZIONE	131.276,40

Per il Presidio Ospedaliero SS. TRINITA' di Cagliari i principali investimenti sono stati i seguenti:

INVESTIMENTO	REPARTO	IMPORTO
STRUMENTAZIONE ENDOSCOPICA	DIVISIONE UROLOGIA	100.968,30
N. 2 LETTI OPERATORI	DIVISIONE UROLOGIA	143.520,00
STRUMENTAZIONE ENDOSCOPICA	GASTROENTEROLOGIA	210.585,12
APPARECCHIATURE PER ENDOSCOPIA	GASTROENTEROLOGIA	71.185,20
STRUMENTAZIONE LAPAROSCOPICA	GASTROENTEROLOGIA	167.846,40
N. 2 PIANI OPERATORI	CHIRURGIA GENERALE	251.040,00
N. 3 SISTEMI DI ANESTESIA	ANESTESIA RIANIMAZIONE	177.034,68
ECOCARDIOGRAFO	CARDIOLOGIA UTIC	117.480,00
NAVIGATORE OTTICO PER CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA	OTORINOLARINGOIATRICA	180.000,00
ECOTOMOGRAFO	OSTETRICIA GINECOLOGIA	139.560,00
SISTEMI DI MONITORAGGIO MULTIPARAMETRICI	MEDICINA INTERNA	89.640,00

Per il Presidio Ospedaliero San Marcellino di Muravera i principali investimenti sono stati i seguenti:

INVESTIMENTO	REPARTO	IMPORTO
APPARECCHIATURE PER ENDOSCOPIA	DIVISIONE CHIRURGIA	133.132,46
ECOTOMOGRAFO CARDIOLOGICO	DIVISIONE MEDICINA	141.760,80

Per il Presidio Ospedaliero Microcitemico di Cagliari i principali investimenti sono stati i seguenti:

INVESTIMENTO	REPARTO	IMPORTO
N. 2 ECOTOMOGRAFI	OSTETRICIA GINECOLOGIA	276.000,00

Per il Presidio Ospedaliero San Giuseppe di Isili i principali investimenti sono stati i seguenti:

INVESTIMENTO	REPARTO	IMPORTO
LETTO OPERATORIO	CHIRURGIA	83.520,00
N. 2 CR SISTEMI ACQUISIZIONE DIGITALE IMMAGINI RADIOGRAFICHE	RADIOLOGIA	76.615,20

Per il Presidio Ospedaliero Binaghi di Cagliari i principali investimenti sono stati i seguenti:

INVESTIMENTO	REPARTO	IMPORTO
ECOCARDIOGRAFO	CARDIOLOGIA	87.852,00
MICROSCOPIO OPERATORIO	OFTALMOLOGIA	97.340,89
N. 2 VITRECTOMO PER OFTALMOLOGIA	OFTALMOLOGIA	206.217,60
N. 2 LETTI OPERATORI	OFTALMOLOGIA	110.971,20
PENTACAM OCULUS	OFTALMOLOGIA	85.200,00
ECOTOMOGRAFO	OFTALMOLOGIA	85.320,00
N. 3 APPARECCHIATURE PER ANESTESIA	BLOCCO OPERATORIO	100.080,00

Attuazione Piani Informatici

Per quanto riguarda il dato relativo agli investimenti in dotazioni informatiche risulta che complessivamente sono state effettuate spese per oltre 1, 5 mln di Euro.

Di seguito si riporta le relativa tabella:

STAMPANTI E ACCESSORI	142.486,15
PC DESKTOP	317.458,23
IMPIANTO CABLAGGIO PER TRASMISSIONE FONIA DATI IMMAGINI C/O P.O. BINAGHI	148.680,00
MONITOR STAMPANTI NOTEBOOK E PC DESKTOP	19.458,00
PC DESKTOP COMPLETI	19.995,60
PC DESKTOP COMPLETI	17.390,00
N. 183 PC DESKTOP COMPLETI + STAMPANTI	146.610,00
PC DESKTOP COMPLETI	18.582,00

NOTEBOOK COMPLETI	18.960,00
NOTEBOOK COMPLETI	12.992,40
PC DESKTOP E NOTEBOOK COMPLETI	29.832,00
PC DESKTOP COMPLETI	13.240,80
PC DESKTOP COMPLETI	12.192,00
PC DESKTOP COMPLETI	13.488,00
PC DESKTOP COMPLETI	19.536,00
MONITOR STAMPANTI NOTEBOOK E PC DESKTOP	19.666,20
REALIZZAZIONE INFRASTRUTTURA DI RETE C/O P.O. MARINO	117.374,82
REALIZZAZIONE INFRASTRUTTURA DI RETE C/O PRESIDIO VIA NEBIDA	26.080,44
APPARATO FIREWALL	31.950,00
SISTEMA INTEGRATO PER ADEGUAMENTO SERVER ROOM AZIENDALE	174.000,00
REALIZZAZIONE INFRASTRUTTURE DI RETE POLIAMBULATORIO SENORBI' E P.O. ISILI	98.164,80
REALIZZAZIONEINFRASTRUTTURE DI RETE SERVIZIO FARMACEUTICO POLIAMBULATORIO SINNAI E DISTRETTO QUARTU SANT'ELENA	83.200,80
REALIZZAZIONE INFRASTRUTTURE DI RETE P.O. SAN MARCELLINO MURAVERA	56.591,60
N. 10 ELABORATORI PER DATACENTER AZIENDALE	51.330,00
REALIZZAZIONE INFRASTRUTTURA DI RETE C/O P.O. BINAGHI	14.868,00
TOTALE	1.624.127,84

Analisi delle minusvalenze e plusvalenze

Talune operazioni di disinvestimento poste in essere nel 2008 hanno determinato il sostenimento di costi straordinari rappresentati nel caso specifico da minusvalenze per un totale di 66.912 Euro.

La tabella sottostante mostra il dettaglio:

DISINVESTIMENTI	
FUORI USO 2008 BENI MOBILI	
COSTO STORICO	403.073,79
FONDO AMMORTAMENTO	358.204,43
MINUSVALENZA	44.869,36
PATRIMONIO IMMOBILIARE (PERMUTA COMUNE DI ORROLI)	
COSTO STORICO	30.829,00
FONDO AMMORTAMENTO	8.786,16
MINUSVALENZA	22.042,84
TOTALE MINUSVALENZE DA DISINVESTIMENTI	66.912,20

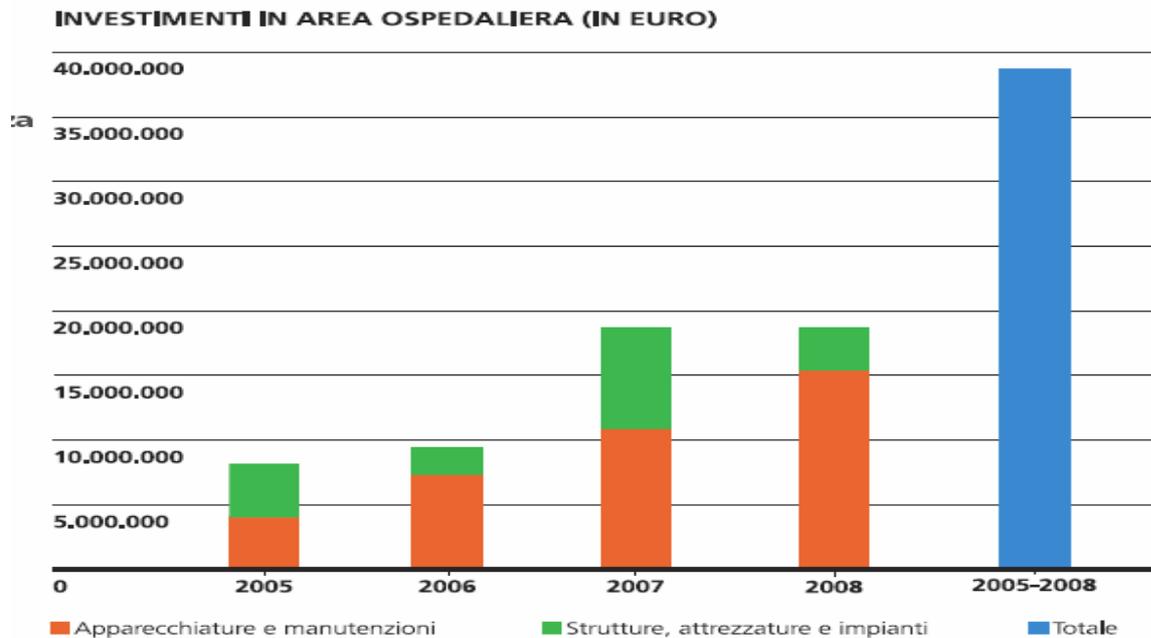
4) Investimenti programmati

Gli investimenti in infrastrutture, impianti, manutenzioni, arredi ed attrezzature biomedicali sono stati enormi.

Sono stati ristrutturati decine di reparti ospedalieri e piattaforme tecnologiche, servizi e sedi territoriali, sempre rinnovando dotazioni, arredi, macchinari.

INVESTIMENTI IN AREA OSPEDALIERA (IN EURO)

EDILIZIA, ATTREZZATURE E IMPIANTI	2005	2006	D	2007	D	2008	D	TOT 2005-2008
EDILIZIA	6.940.726,91	6.018.532,85	-13,29%	17.495.069,30	190,69%	17.235.764,10	-1,48%	47.690.093,16
ARREDI E ATTREZZATURE	103.072,06	3.032.516,48	2842,13%	1.142.759,83	-62,32%	1.432.993,19	25,40%	5.711.341,56
TOTALE	7.043.798,97	9.051.049,33	28,50%	18.637.829,13	105,92%	18.668.757,29	0,17%	53.401.434,72
MANUTENZIONI PO. E TERRITORIO								
IMMOBILI E ATTREZZATURE	4.093.412,96	4.222.227,81	3,15%	4.329.570,14	2,54%	7.697.130,72	77,78%	20.342.341,63
APPARECCHIATURE ELETTRONICHE	197.178,40	3.552.547,71	1701,69%	6.847.622,28	92,75%	7.704.549,20	12,51%	18.301.897,59
TOTALE	4.290.591,36	7.774.825,52	81,21%	11.177.192,42	43,76%	15.401.679,92	37,80%	38.644.239,22



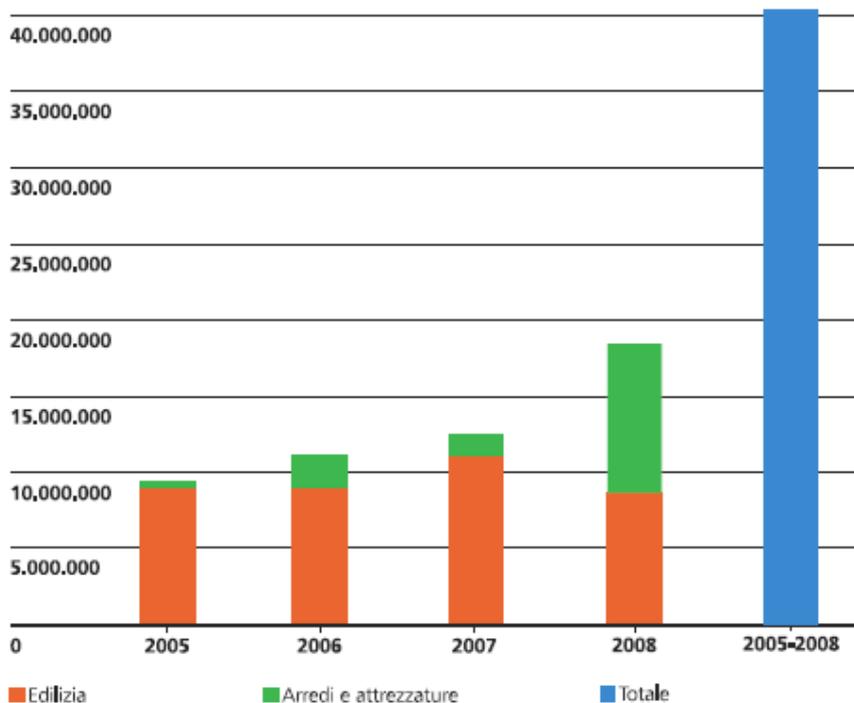
Gli investimenti effettuati nel territorio sono rappresentati dalla tabella seguente.

INVESTIMENTI IN AREA TERRITORIALE (IN EURO)

STRUTTURE, ATTREZZATURE E IMPIANTI	2005	2006	D	2007	D	2008	D	TOT 2005-2008
EDILIZIA	9.265.280,32	9.771.815,77	5,47%	11.514.521,45	17,83%	7.854.667,1	-31,78%	38.406.284,64
ARREDI E ATTREZZATURE	19.401,64	555.262,98	2761,94%	462.709,17	-16,67%	1.060.607,66	192,22%	2.097.981,45
TOTALE	9.284.681,96	10.327.078,75	11,23%	11.977.230,62	15,98%	8.915.274,76	-25,56%	40.504.255,09

Tra le scelte strategiche portate avanti dall'Azienda, quella di potenziare, ristrutturare e ammodernare i servizi territoriali nell'ottica di integrare l'assistenza ospedaliera

INVESTIMENTI IN AREA TERRITORIALE



Investimenti programmati 2009

Al fine di individuare le politiche di investimento programmate per l'esercizio 2009 occorre citare la deliberazione di Giunta Regionale n. 58/25 del 28.10.2008 con la quale per l'azienda scrivente sono stati deliberati nuovi investimenti per Euro 249 mln. come risulta dalla tabella seguente:

Descrizione degli Investimenti programmati	
Nuovo Ospedale di Cagliari	200.000.000
Ospedale Oncologico e Microcitemico completamento lavori arredi e tecnologia	19.221.000
Cittadella Sanitaria di Cagliari	3.600.000
Centro di Radioterapia e medicina nucleare potenziamento	4.000.000
Ospedale Binaghi elettromedicali	1.000.000
Ospedale SS. Trinità lavori riqualificazione	3.400.000
Ospedale Marino lavori riqualificazione	3.220.000
Presidio Territoriale di Quartu S.E.	6.780.000
Presidi Territoriali Cagliari lavori, arredi e attrezzature	200.000
Case della Salute Cagliari	8.400.000
Totale	249.821.000

Gli investimenti di cui sopra trovano copertura finanziaria come da tabella di seguito citata.

	FONDI RAS	POR AMM.TO FESR TECNOLOGICO	POR CASE FESR SALUTE	FAS REGIONALI	MEMORANDUM
Nuovo Ospedale di Cagliari				163.000.000	37.000.000
Ospedale Oncologico e Microcitemico	15.921.000	3.300.000			
Cittadella Sanitaria di Cagliari				3.600.000	
Centro di Radioterapia e medicina nucleare		4.000.000			
Ospedale Binaghi				1.000.000	
Ospedale SS. Trinità	1.400.000			2.000.000	
Ospedale Marino				3.220.000	
Presidio Territoriale di Quartu S.E.				6.780.000	
Presidi Territoriali	200.000				
Case della Salute			8.400.000		
Totale	17.521.000	7.300.000	8.400.000	179.600.000	37.000.000

5) Situazione patrimoniale di sintesi e confronto con l'esercizio precedente:

I principali movimenti dell'attivo e del passivo sono riportati nelle sotto indicate tabelle, dalle quali è possibile evidenziare gli scostamenti rispetto all'anno 2007.

L'analisi delle voci dell'attivo dello stato patrimoniale sono state le seguenti:

	2008	2007	Variazione	Variazione percentuale
Immobilizzazioni Immateriali	12.181.281	32.028.200	- 19.846.919	-62%
Immobilizzazioni Materiali	213.087.615	178.704.902	34.382.713	19%
Totale immobil.	225.268.896	210.733.102	14.535.794	7%
Variazione delle rimanenze	13.243.167	10.114.907	3.128.260	31%
Crediti	194.813.542	236.054.084	- 41.240.542	-17%
disponibilità liquide	3.185.670	70.523.287	- 67.337.617	-95%
Totale attivo circolante	211.242.378	316.692.278	- 105.449.899	-33%
Ratei e risconti attivi	1.250.102	1.370.507	- 120.405	-9%
Totale ratei e risconti	423.734.859	634.755.062	- 211.020.204	-33%
Totale attivo	437.761.376	528.795.886	- 91.034.511	-17%

Dalla sopra indicata tabella risulta che il valore delle immobilizzazioni (materiali e immateriali) si è incrementato per circa 14 mln. di Euro rispetto al 2007 (+7%), mentre la voce dell'attivo circolante si è ridotta per complessi 105 mln. di Euro (-33%). Il dato finale rappresentato dal totale dell'attivo (immobilizzato e non) si è ridotto per circa 91 mln. di Euro con una variazione percentuale di -17%.

Dal lato del passivo risulta quanto segue:

Patrimonio netto	83.837.528	110.125.276	- 26.287.749	-24%
Fondi rischi ed oneri	55.014.107	66.630.746	- 11.616.640	-17%
Trattamento fine rapporto	3.255.281	2.775.266	480.015	17%
Debiti	278.788.622	338.860.678	- 60.072.056	-18%
Ratei e risconti passivi	16.865.838	10.403.920	6.461.919	62%
Totale passività	437.761.376	528.795.886	- 91.034.511	-17%

Il patrimonio netto si è ridotto per circa 26 mln. di Euro in parte anche per effetto della perdita dell'esercizio corrente, (pari in termini percentuali ad un -24%), il fondo per rischi ed oneri ha subito un decremento per 11 mln. di Euro, il trattamento di fine rapporto è rimasto pressoché inalterato con un incremento di circa mezzo milione di Euro, mentre i debiti dell'esercizio si sono ridotti per complessivi 60 mln. di Euro ed il valore dei ratei e risconti passivi si è incrementato per circa 6.5 mln. di Euro

Dai dati sopra riportati si possono costruire i seguenti indicatori:

INDICI	2008	2007	var. %
DESCRIZIONE			
- INDICI DI SOLIDITA' PATRIMONIALE:	51%	40%	12%
immobilizzazioni/ totale attivita'			
-COPERTURA DELLE IMMOBILIZZAZIONI	37%	52%	-15%
patrim.+deb.medio-lun.term./immobiliz.ni			
-GRADO DI COPERTURA INDEBITAMENTO			
V/TERZI CON MEZZI PROPRI	30%	32%	-2%
patrimonio netto/ mezzi di terzi			
-STRUTTURA DELLA LIQUIDITA'			
liquidita' primaria	70%	70%	0%
crediti/ passivita' a breve ter.			
liquidita' secondaria			
cred.+rimanen./ passivita'a b.t.	75%	73%	2%

6) Analisi della quota del finanziamento regionale;

Dal lato dei ricavi (valore della produzione), le indicazioni di cui alla deliberazione n. 71/7 del 16.12.2008 della Giunta Regionale hanno determinato un'assegnazione definitiva in favore delle Azienda per la copertura della spesa sanitaria di parte corrente per l'esercizio 2008 pari ad € 785.579.064.

L'assegnazione in favore della Azienda Sanitaria è stata determinata attraverso l'allocazione delle risorse disponibili fra i tre macrolivelli assistenziali (assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera) e, in coerenza con l'impostazione ormai consolidata a livello nazionale e regionale, secondo ulteriori sotto-articolazioni per l'assistenza distrettuale e ospedaliera.

Gli importi riferiti a ciascun macro livello o sua sotto-articolazione sono stati attribuiti all' Azienda in base alla popolazione pesata rettificata dei saldi di mobilità intra ed extra regione.

L'assegnazione lorda a favore della Azienda è pari a 875.475.460, tale valore determina una assegnazione pro-capite pesata pari a € 1.569,00.

La quota pro-capite del 2008 si allinea con i valori degli ultimi due anni (€ 1.570) evidenziando un forte incremento rispetto alla quota determinata per l'anno 2005 (€ 1.270). Tale incremento giustifica l'andamento sostanzialmente in pareggio degli ultimi bilanci a fronte degli oltre 118 mlm. d euro di perdita registrata nel 2005.

Dalla assegnazione lorda sono stati detratti -€17 mln. di mobilità interregionale e -75 mln. di mobilità infraregionale. Il saldo pari a 782 mln. è stato rettificato dalle entrate dirette dal finanziamento per la funzioni speciali.

Nella determinazione dell'assegnazione si è tenuto conto dei costi effettivi sostenuti a seguito dell'adeguamento tariffario delle prestazioni di riabilitazione disposto con la DGR n. 6/25 del 30 gennaio 2008. Inoltre, sono state ripartite le assegnazioni statali per gli anni 2007 e 2008 vincolate alla medicina penitenziaria.

Dalla tabella sottostante si evidenzia l'assegnazione per l'anno 2008:

Asl 8				
	ASSEGNAZIONE PER QUOTA CAPITARIA	MOBILITA INTERREGIONALE	MOBILITA' INFRAREGIONALE	ASSEGNAZIONE NETTA
TOTALE COLLETTIVA	52.081.538			52.081.538
TOTALE DISTRETTUALE	429.569.722	-2.725.934	-9.239.409	417.604.379
TOTALE OSPEDALIERA	393.834.200	-14.310.343	-66.360.481	313.163.376
TOTALE GENERALE	875.485.460	-17.036.278	-75.599.890	782.849.292
- ENTRATE DIRETTE	27.250.000			27.250.000
MEDICINA PENITENZIARIA	239.596			239.596
ADEGUAMENTO TARIFFE RIABILITAZIONE	5.446.367			5.446.367
RIEQUILIBRIO				24.293.809
TOTALE				785.579.064

All'assegnazione regionale prevista vanno aggiunte altre voci di ricavi legate ai "ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia", "compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)", e i finanziamenti per progetti finalizzati.

7) Situazione finanziaria;

La situazione finanziaria (intesa come capacità dell'azienda di far fronte in modo tempestivo alle proprie scadenze finanziarie) registra un inversione di tendenza sensibile rispetto al 2007, riconducibile prevalentemente alla diminuzione dei "Crediti verso Stato e Regione", pari ad Euro 22.474.825 (-13.35%) rispetto al 2007.

La disponibilità della maggiore liquidità si ottiene anche dal confronto dei “Decrementi per incassi”, colonna riportata nella tabella “Crediti verso la regione” a pag.26 della Nota Integrativa 2008, pari ad €. 890.502.050, con la stessa colonna riportata nella medesima tabella a pag. 25 della Nota Integrativa 2007, pari ad €. 869.964.404.

Tale maggiore disponibilità finanziaria si aggiunge alla diminuzione delle “Disponibilità liquide”, per effetto dei maggiori pagamenti verso fornitori di beni e servizi eseguiti nel corso del 2008, pari ad €. 67.337.617 rispetto al 2007, con modifica del saldo di €. 70.523.287 del 2007 al saldo di €. 3.185.670 del 2008.

Il riflesso di tale complessivo miglioramento è testimoniato dalla diminuzione dei “Debiti verso fornitori”, pari ad €. 67.301.014 (-41,53%) rispetto al 2007, con modifica del saldo di €. 229.355.551 del 2007 al saldo di €. 162.054.537 del 2008.

8) Andamento del Personale

I posti coperti alla data del **31.12.2008** sono pari a n. 5485 unità.

Dalle due seguenti tabelle si desume il dato complessivo suddiviso per ruolo sanitario ed per gli altri ruoli:

personale del ruolo sanitario	tempo indeterminato	tempo determinato	contratti atipici	Totale
dirigenza	1225	66	45	1336
comparto	2526	15	47	2588
Totali	3751	81	92	3924

personale del ruolo non sanitario	tempo indeterminato	tempo determinato	contratti atipici	Totale
dirigenza	19	7	0	26
Comparto	1330	0	205	1535
Totali	1349	7	205	1561

Nel corso dell’anno sono state effettuate assunzioni a tempo indeterminato per n. 297 unità mentre sono cessati n. 219 persone con un saldo attivo di n. 78 unità.

Inoltre, nel 2008 per effetto dell’istituzione della lista speciale ex lege n. 42/1989, sono state stipulate convenzioni della durata triennale con la RAS per il passaggio in posizione di comando di n. 45 unità di personale addetto prevalentemente a funzioni amministrative.

Valorizzazione e incentivazione delle risorse umane

Capacità di elaborare e realizzare politiche nuove, di acquisire efficienza ed efficacia, di migliorare la qualità dei servizi erogati in relazione alle risorse possedute: sono le fasi di un processo di innovazione che si può attuare solo attraverso una pluralità di azioni, che vanno dalla formulazione di regole chiare e certe in relazione alle condizioni di lavoro e delle esigenze di crescita professionale degli operatori, alla ridefinizione degli assetti organizzativi in coerenza con i programmi dell'amministrazione, fino alla ridefinizione dei ruoli. Un impegno che si è concretizzato in questi anni anche attraverso le relazioni sindacali con cui si sono affrontati alcuni delicati temi della gestione delle risorse umane.

Il trend evolutivo delle risorse umane

In linea con le indicazioni nazionali (L. 311/04 c. 93 e c. 98 e L. 266/05) e regionali (PSR) è stata realizzata una mappatura completa dell'attuale distribuzione del personale in relazione alla sua organizzazione.

Dall'analisi di questi dati è emerso che occorre aumentare la capacità assistenziale delle strutture e l'Azienda ha così provveduto ad assumere, tramite assunzioni a tempo indeterminato, infermieri e operatori di assistenza colmando vuoti di organico esistenti da anni.

Di pari passo con il potenziamento di nuove apparecchiature di diagnostica, è stato aumentato il numero di tecnici di Radiologia

L'aumento dei veterinari e degli psicologi è dovuto in gran parte al processo di unificazione aziendale del 2006. Viceversa per i medici il forte aumento è il frutto di scelte strategiche aziendali sul potenziamento dei vecchi servizi o sull'identificazione di nuovi.

La formazione delle risorse umane

Si riportano di seguito i principali elementi che hanno caratterizzato lo sviluppo del servizio formazione della ASL di Cagliari nel 2008

Il 10 marzo 2008, con la deliberazione DG n. 273, la ASL di Cagliari ha approvato il Piano di formazione 2007 – 2009.

Il piano costituisce un elemento fondamentale nello sviluppo della funzione formazione perché ha consentito la definizione e l'istituzionalizzazione dei seguenti elementi:

- La definizione del modello di governance del sistema di formazione aziendale
- La definizione del modello organizzativo del servizio formazione
- La definizione del modello di gestione della formazione aziendale
- La definizione di un quadro di obiettivi aziendale e delle principali azioni da realizzare

- L'avvio di un modello di sviluppo del servizio formazione fortemente orientato al cliente interno
- L'individuazione dei principali elementi di lavoro e sviluppo fino al 31.12.2009

La tabella A evidenzia la tendenza di crescita del numero di attività di formazione e del numero dei partecipanti nel biennio 2007-2008 per i corsi gestiti direttamente dall'Area Formazione.

Anno	Percorsi formativi realizzati	Edizioni Percorsi realizzati	Formativi Partecipanti programmati	Formativi Partecipanti effettivi
2005	31	65	3278	
2006	18	29	2803	
2007	32	74	3081	
2008	53	222	11.915	8.251

Tab. A. Aggiornamento Obbligatorio Periodo 2005 -2008 Area Formazione ASL

In linea col programma di Educazione Continua e, con gli obiettivi del Piano Sanitario Regionale e del Piano strategico Aziendale, la ASL, con l'istituzione dell' "Area di Formazione", ha programmato e messo in atto una serie di attività formative, favorendo il passaggio da una formazione "episodica" e "spontanea" ad un "sistema di formazione continua in medicina" (ECM); (con corsi di aggiornamento obbligatorio), garantendo a tutto il personale l'accesso alla formazione continua e ai crediti formativi.

Attraverso la formazione continua gli operatori sanitari migliorano le competenze cliniche, tecniche e manageriali, acquisendo l'adozione di comportamenti professionali in grado di assicurare appropriatezza ed efficienza dei servizi prestati.

Il fabbisogno aziendale annuale di crediti ECM è di oltre 190.000. Questo significa che teoricamente la ASL, per soddisfare il fabbisogno previsto contrattualmente dovrebbe essere in grado di erogare circa 190.000 ore di formazione per il personale delle professioni sanitarie oltre a quelle in ambito tecnico, professionale e amministrativo. In questo caso l'elemento significativo è stata la capacità di crescita in erogazione di attività per il quale è stato richiesto l'accreditamento ECM che per il 2008 è di circa 81.000 crediti programmati (per il dato effettivo è necessario attendere le comunicazioni ufficiali della Segreteria ECM Sardegna che attualmente sta elaborando il report 2008).

A seguito dell'adesione della ASL di Cagliari al Network nazionale SalusNet, che ha come finalità la riusabilità dei contenuti e-learning (courseware e learning object in particolare), in un'ottica di ottimizzazione delle risorse necessarie alla progettazione, sviluppo, erogazione e valutazione dei corsi di formazione in e-learning e in modalità blended, la ASL ha sviluppato un progetto specifico per

l'acquisizione di una piattaforma open source per l'erogazione dell'e-learning. La piattaforma Moodle è attualmente accessibile all'indirizzo www.asl8ca.it/formazione

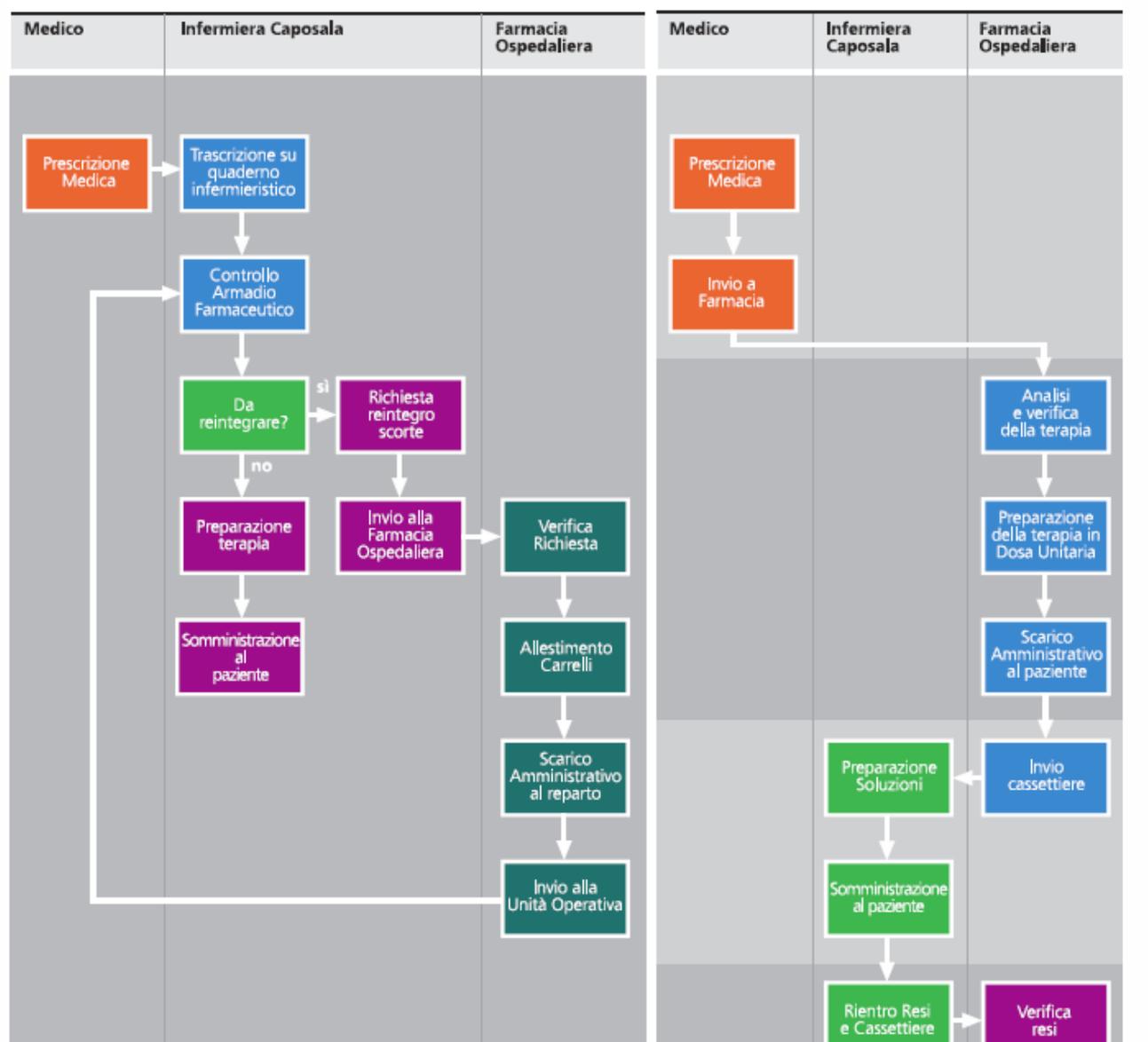
2. Attività di ricerca e sviluppo:

Dose unitaria

Dal 2002 in 5 Unità Operative del Presidio Ospedaliero Santissima Trinità è in corso la sperimentazione della distribuzione di farmaci "riconfezionati in Dose Unitaria": è stata effettuata con una procedura a bassissima automazione che ha però consentito una mappatura molto precisa del processo, l'individuazione di tutte le variabili critiche, nonché i vantaggi e i costi del sistema.

MODELLO TRADIZIONALE

MODELLO DISTRIBUZIONE IN DOSE UNITARIA



Nel piano strategico triennale 2006 – 2008 la Direzione Aziendale ha formalizzato un preciso impegno in tema di razionalizzazione dei percorsi del farmaco in ambiente ospedaliero individuando due categorie di obiettivi principali:

- il contenimento dei rischi collegati al processo clinico di gestione dei farmaci;
- il miglioramento dell'economicità e dell'efficacia della gestione logistica dell'approvvigionamento, dello stoccaggio e della distribuzione/ somministrazione dei prodotti farmaceutici e dei dispositivi medici.

In seguito alla fase di sperimentazione la Direzione Generale, nel corso del 2007, ha acquistato il macchinario per riconfezionamento robotizzato dei farmaci in grado di preparare le terapie sulla base di prescrizioni informatizzate. Le Unità Operative sperimentali servite con il sistema manuale passeranno a breve al sistema robotizzato. Nel 2009 tutte le Unità Operative di degenza del Presidio Ospedaliero Santissima Trinità possono essere servite dal nuovo sistema.

Attività Di Collaborazione Tra Istituzioni:

Regione Autonoma della Sardegna

Amministrazioni comunali della ASL 8 con i PLUS

Amministrazione provinciale di Cagliari (Collaborazione col CENTRO AFFIDI da parte di un gruppo di Psicologi e assistenti sociali dei Consulteri.)

Istituti scolastici di ogni ordine e grado

Università di Cagliari: Clinica Ostetrica e Ginecologica, Dipart. Igiene e Sanità Pubblica

Tribunale dei Minorenni e Tribunale Civile

Attività Di Collaborazione Specifica Intra Aziendale

E' un'attività di collaborazione specifica che merita evidenza in quanto con tali strutture attualmente , sono in corso attività progettuali in comune

A Dipartimento di Prevenzione

Screening del cervico carcinoma dell'utero A.S.L CACLIARI ,

Ambulatorio immigrati (V.le Trieste) E'un'attività in linea con l'incremento dei flussi immigratori in costante crescita Gli operatori dei consultori sono impegnati nelle loro sedi con gli immigrati e la ginecologa del consultorio di Sestu è a disposizione per alcune ore settimanali nella sede di viale Trieste.

B Serd Protocollo di collaborazione tra servizi territoriali e presidi ospedalieri della ASL 8 in ordine all'assistenza della donna tossicodipendente o alcolodipendente in stato di gravidanza, all'assistenza al parto e al neonato.

In particolare i Consultori si impegnano a garantire l'accesso immediato alla donna gravida tossicodipendente o alcolodipendente a prescrivere tutti gli accertamenti necessari per un corretto monitoraggio della gravidanza in stretta collaborazione con tutti i firmatari del protocollo.,

.D S.S.Trinità Attività di sostegno psicologico nell'ambulatorio dietologico con impegno settimanale di ore previste.

Attività progettuale e di Ricerca

Nell'area del Territorio risultano attivate, in collaborazione con: servizi Aziendali, con L'Università di Cagliari e Associazioni di volontariato i seguenti progetti:

- Progetto Aziendale di Governance.
- Progetto "Genitori Più " Campagna Nazionale ,Regionale,Aziendale.in collaborazione con Dipartimento di Prevenzione,Pediatria di Libera Scelta, P.O. S.S.Trinità -Ostetricia e Ginecologia.
- Progetto " Prevenzione Incidenti domestici " in collaborazione col Dipartimento di Prevenzione.
- Progetto " Prevenzione dell'obesità nella donna in età fertile e nel bambino "in collaborazione col Dipartimento di Prevenzione.
- Progetto "Diverse ma eguali" (in collaborazione con l'AIDOS) finalizzato all'integrazione delle donne immigrate nel nostro contesto sociosanitario e nello specifico all'informazione/formazione di mediatrici interculturali .Per l'anno 2008 è stato organizzato un corso con la partecipazione di circa 60 donne immigrate di varia provenienza.(formatori :operatori dei Consultori,Dipart,di prevenzione e esperti nazionali.)che sono a disposizione dei servizi aziendali , come mediatrici linguistiche, su chiamata.
- Progetto di ricerca:"Transizione alla Genitorialità" in collaborazione col Dipartimento di Psicologia. Università di Cagliari.

3. Rapporti con altre aziende sanitarie della regione e con aziende sanitarie operanti in regioni diverse:

1) Mobilità attiva e passiva:

L'Azienda nel 2006, con l'accorpamento dei nuovi territori di cui alle nuove province regionali, ha modificato radicalmente i saldi di mobilità. Difatti buona parte del territorio acquisito, in particolare

l'area della Trexenta, già, prima di confluire nella Asl 8, si rivolgeva alle strutture ospedaliere del capoluogo.

La modifica dei confini ha quindi determinato una forte riduzione della mobilità attiva infraregionale che ha registrato nell'anno 2008 un saldo di mobilità positivo pari a € 4,2 mln.

La mobilità interregionale ha manifestato un saldo negativo pari a 11,3 mln.

I fenomeni più rilevanti della mobilità sono legati all'Assistenza Ospedaliera e sono relativi principalmente alle prestazioni erogate dall'A.O. Brotzu e in misura minore dal AUO di Cagliari verso cittadini residenti nel territorio della Asl.

I costi sostenuti per l'acquisto di tali prestazioni è solo in parte compensato dalle prestazioni erogate dai Presidi Ospedalieri appartenenti alla Asl, in particolare dagli ospedali aventi valenza regionale (microcitemico, Businco, Binaghi) che hanno tassi di attrazione superiori al 35% del totale prestazioni erogate e dalle Case di Cura private che operano nel nostro territorio.

I saldi di mobilità evidenziano come, con la definizione dei nuovi territori, la mobilità infraregionale sia passata da un saldo positivo di 4,2 mln. ad un saldo negativo che è cresciuto fino ai 75 mln. registrati per l'anno 2008.

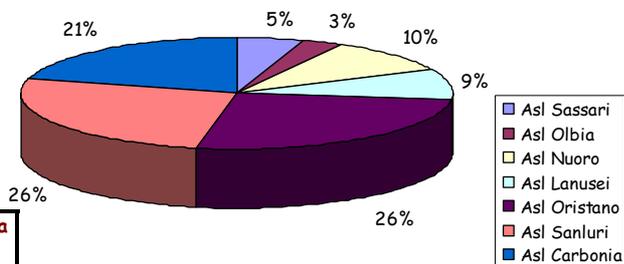
ANNO	MOBILITA'	ASSISTENZA COLLETTIVA	TOTALE DISTRETTUALE	TOTALE OSPEDALIERA	TOTALE GENERALE
Anno 2005	INTERREGIONALE	-	- 1.848.593	- 11.636.639	- 13.485.233
	INFREREGIONALE	-	- 2.843.163	7.119.393	4.276.230
Anno 2006	INTERREGIONALE	ND	ND	ND	ND
	INFREREGIONALE	ND	ND	ND	ND
Anno 2007	INTERREGIONALE	-	- 2.174.065	- 13.140.730	- 15.314.795
	INFREREGIONALE	-	- 4.725.653	- 48.812.256	- 53.537.909
Anno 2008	INTERREGIONALE	-	- 2.725.934	- 14.310.343	- 17.036.277
	INFREREGIONALE	-	- 9.239.409	- 66.360.481	- 75.599.890

Mobilità attiva assistenza ospedaliera

Per l'anno 2006 il **Tasso di Attrazione**, cioè le prestazioni erogate a cittadini non residenti nella Asl, totale aziendale è stato pari al **29.8%** e per il 2007 l'indice è stato pari al **28.5%**. Per l'anno 2008 il **Tasso di Attrazione** totale aziendale è stato pari al **27.9%** .

Provenienza	N. casi	% sul totale	Importo degenza
Asl Cagliari	34.448	71,5%	79.650.499
Extranazione	196	0,4%	145.366
Extraregione	571	1,2%	1.127.253
Intraregione	12.979	26,9%	32.032.040
Totale complessivo	48.194	100,0%	112.955.158

Distribuzione casi Intraregione



PRESIDIO	Provenienza	N. casi	Inc. %	Dev sulla media totale
BINAGHI	Asl Cagliari	3.305	66,6%	-4,8%
	Extranazione	28	0,6%	0,2%
	Extraregione	40	0,8%	-0,4%
	Intraregione	1.587	32,0%	5,1%
Totale BINAGHI		4.960	100,0%	0,0%
BUSINCO	Asl Cagliari	7.013	58,9%	-12,5%
	Extranazione	5	0,0%	-0,4%
	Extraregione	65	0,5%	-0,6%
	Intraregione	4.818	40,5%	13,6%
Totale BUSINCO		11.901	100,0%	0,0%
MARINO	Asl Cagliari	4.275	77,6%	6,1%
	Extra nazione	35	0,6%	0,2%
	Extraregione	77	1,4%	0,2%
	Intraregione	1.125	20,4%	-6,5%
Totale MARINO		5.512	100,0%	0,0%
MICROCITEMICO	Asl Cagliari	2.340	50,9%	-20,5%
	Extranazione	36	0,8%	0,4%
	Extraregione	51	1,1%	-0,1%
	Intraregione	2.166	47,2%	20,2%
Totale MICROCITEMICO		4.593	100,0%	0,0%
SAN GIUSEPPE	Asl Cagliari	1.734	66,2%	-5,3%
	Extranazione	3	0,1%	-0,3%
	Extraregione	36	1,4%	0,2%
	Intraregione	846	32,3%	5,4%
Totale SAN GIUSEPPE		2.619	100,0%	0,0%
SAN MARCELLINO	Asl Cagliari	2.088	87,6%	16,1%
	Extranazione	28	1,2%	0,8%
	Extraregione	123	5,2%	4,0%
	Intraregione	144	6,0%	-20,9%
Totale SAN MARCELLINO		2.383	100,0%	0,0%
SS. TRINITA'	Asl Cagliari	13.693	84,4%	12,9%
	Extranazione	61	0,4%	0,0%
	Extraregione	179	1,1%	-0,1%
	Intraregione	2.293	14,1%	-12,8%
Totale SS. TRINITA'		16.226	100,0%	0,0%
Totale complessivo		48.194		

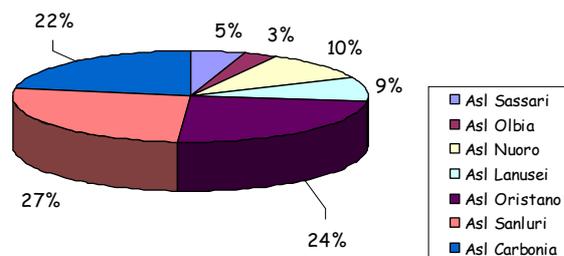
I singoli presentano i seguenti Tassi di Attrazione:

- Binaghi **33,4%**
- Businco **45%**
- Marino **22,4%**
- Microcitemico **49,1%**
- San Giuseppe **33,8%**
- San Marcellino **12,4%**
- SS. Trinità **15,6%**

Mobilità attiva assistenza ospedaliera Anno 2008

Provenienza	N. casi	% sul totale	Importo degenza
Asl Cagliari	33.720	72,0%	81.589.363
Extranazione	163	0,3%	146.910
Extraregione	534	1,1%	1.080.133
Intraregione	12.390	26,5%	34.129.908
Totale complessivo	46.807	100,0%	116.946.314

Distribuzione casi Intraregione



PRESIDIO	Provenienza	N. casi	Inc. %	Dev sulla media totale
BINAGHI	Asl Cagliari	3.418	65,3%	-6,7%
	Extranazione	12	0,2%	-0,1%
	Extraregione	42	0,8%	-0,3%
	Intraregione	1.763	33,7%	7,2%
Totale BINAGHI		5.235	100,0%	0,0%
BUSINCO	Asl Cagliari	5.902	58,0%	-14,1%
	Extranazione	5	0,0%	-0,3%
	Extraregione	39	0,4%	-0,8%
	Intraregione	4.236	41,6%	15,1%
Totale BUSINCO		10.182	100,0%	0,0%
MARINO	Asl Cagliari	4.369	79,5%	7,4%
	Extra nazione	33	0,6%	0,3%
	Extraregione	78	1,4%	0,3%
	Intraregione	1.017	18,5%	-8,0%
Totale MARINO		5.497	100,0%	0,0%
MICROCITEMICO	Asl Cagliari	2.065	50,5%	-21,5%
	Extranazione	15	0,4%	0,0%
	Extraregione	56	1,4%	0,2%
	Intraregione	1.953	47,8%	21,3%
Totale MICROCITEMICO		4.089	100,0%	0,0%
SAN GIUSEPPE	Asl Cagliari	1.567	69,5%	-2,5%
	Extranazione	1	0,0%	-0,3%
	Extraregione	28	1,2%	0,1%
	Intraregione	658	29,2%	2,7%
Totale SAN GIUSEPPE		2.254	100,0%	0,0%
SAN MARCELLINO	Asl Cagliari	2.164	88,9%	16,8%
	Extranazione	33	1,4%	1,0%
	Extraregione	96	3,9%	2,8%
	Intraregione	142	5,8%	-20,6%
Totale SAN MARCELLINO		2.435	100,0%	0,0%
SS. TRINITA'	Asl Cagliari	14.235	83,2%	11,1%
	Extranazione	64	0,4%	0,0%
	Extraregione	195	1,1%	0,0%
	Intraregione	2.621	15,3%	-11,2%
Totale SS. TRINITA'		17.115	100,0%	0,0%
Totale complessivo		46.807		

I singoli presentano i seguenti Tassi di Attrazione:

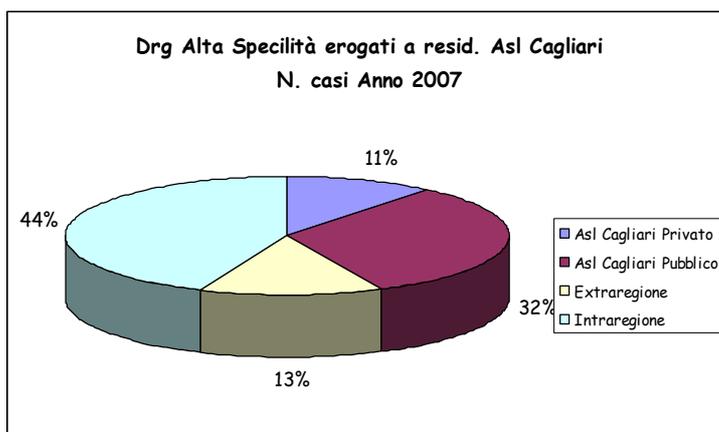
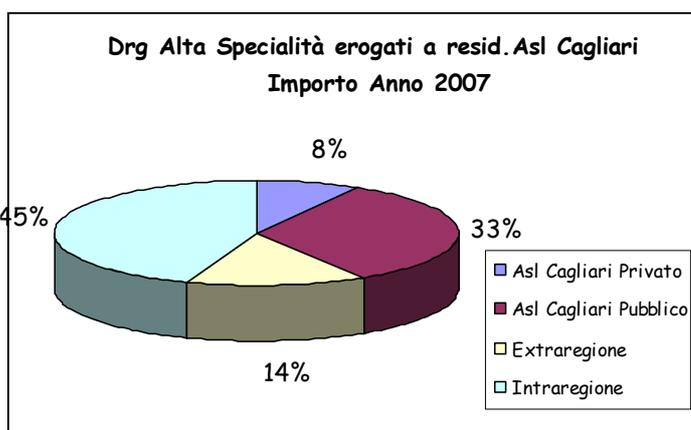
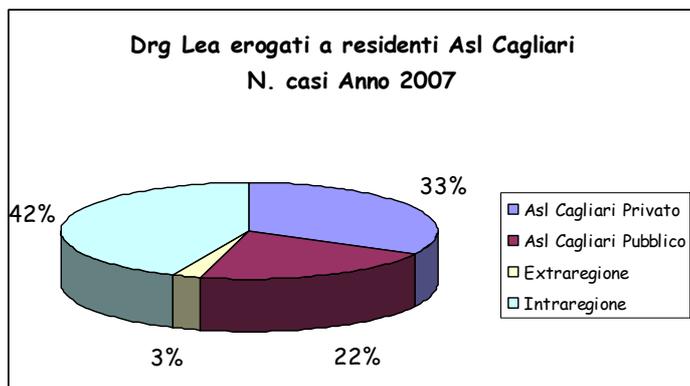
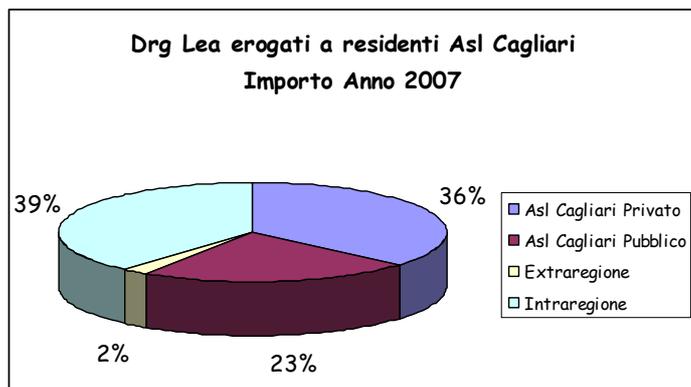
- Binaghi **34.7%**
- Businco **42%**
- Marino **20.5%**
- Microcitemico **49,6%**
- San Giuseppe **30.4%**
- San Marcellino **11.1%**
- SS. Trinità **16.8%**

Mobilità passiva assistenza ospedaliera

Gli ultimi dati disponibili relativi alla mobilità passiva dei residenti della Provincia di Cagliari risalgono al 2007. L'Azienda acquista prestazioni di assistenza ospedaliera per 79,3 mln. dai Presidi Ospedalieri interni, per 106 mln. da altre Asl regionali (in particolare Brotzu e AOU Ca) a cui si aggiungono le prestazioni acquistate dalle Case di Cura Private per 47,6 mln. e le prestazioni acquisite extraregione per 16 mln.

Drg erogati a residenti Asl Cagliari

Dati	Asl Cagliari Privato	Asl Cagliari Pubblico	Extraregione	Intraregione	Totale	Indice di fuga
Totale importo	47.656.829	79.378.445	16.101.366	106.980.735	250.117.374	49,2%
Totale n. casi	27.082	34.417	4.408	54.370	120.277	48,9%



4. Analisi del patrimonio netto

1) Prospetto delle variazioni nelle singole voci del patrimonio.

Il patrimonio netto è passato da euro 110.125.277 ad euro 85.151.302, con una riduzione assoluta pari ad euro 24.973.975. Tale riduzione è determinata principalmente dalla perdita dell'esercizio in corso pari ad euro 35.073.509, che è stata parzialmente compensata da altre movimentazioni delle voci costituenti il patrimonio netto che si specificano di seguito:

Voci di bilancio	Valori al 1.1.2008	Incrementi esercizio	Decrementi esercizio	Movimenti tra voci	Valore al 31.12.2008
Capitale di dotazione	153.269.032				153.269.032
Contributi per investimenti	59.903.610		3.574.360		56.329.250
Contributi assegnati per ripiano perdite	22.206.732	9.174.205		-	9.174.205
Altre riserve	6.244.567	4.499.688		-	5.934.850
Perdite portate a nuovo	111.493.605			-	104.482.527
Perdita dell'esercizio	20.005.059	35.073.509		-	35.073.509
Totale	110.125.278	21.399.616	3.574.360	-	85.151.302

Il valore al 01.01.2008 della voce "Contributi per investimenti" ha subito un decremento di €. 3.574.360 per la sterilizzazione degli ammortamenti dell'esercizio relativi a Attrezzature sanitarie, Impianti e Macchinari.

La voce "Contributi assegnati per ripiano perdite" ha subito modificazioni per effetto della quota erogata per il ripiano perdite quota residua dell'anno 2001, pari ad €. 22.206.732 e per effetto della quota assegnata ma non ancora erogata, finalizzata al ripiano della perdita dell'esercizio 2007, pari ad €. 9.174.205.

Le "Altre riserve" hanno subito un incremento per l'iscrizione di beni acquistati a titolo gratuito - donazioni (€. 10.051), un incremento per accantonamento degli interessi di computo sul Patrimonio netto, ai sensi della L.R. 10/97, art. 19 (€. 4.489.537) e una diminuzione di €. 4.809.405 destinate alla copertura delle "Perdite portate a nuovo"

Le "Perdite portate a nuovo" hanno subito una variazione in diminuzione per l'importo netto di €. 7.011.078 in conseguenza dell'imputazione della perdita dell'esercizio 2007 pari a €. 20.005.059, per effetto della compensazione della residua perdita 2001, per un importo pari a € 22.206.732 e in seguito all'utilizzo della riserva per interessi di computo, per un valore pari ad €. 4.809.405.

5. Informativa sui fatti di rilievo avvenuti dopo la chiusura dell'esercizio:

Non risultano fatti di rilievo avvenuti dopo la chiusura dell'esercizio

6. Prevedibile evoluzione della gestione:

1) andamento previsto dell'attività aziendale

Negli ultimi anni si è avvertita la necessità di un ripensamento dell'assistenza sanitaria, ampliando i servizi per le prestazioni sanitarie sul territorio ad integrazione delle prestazioni ospedaliere, con il risultato di un servizio meno centralizzato, più capillare e più vicino ai bisogni del singolo, garantendo così, l'applicazione di principi di appropriatezza e qualità dell'assistenza.

Questo cambiamento trova rispondenza anche in quello che prevede il "Piano sanitario dei servizi della Regione Sardegna 2006 – 2008" che dà indicazioni sull'importanza di spostare la centralità dell'organizzazione dell'assistenza dai servizi in regime di ricovero in favore delle prestazioni territoriali ambulatoriali.

In sanità la domanda è conseguente all'offerta delle prestazioni sanitarie, e non sempre queste ultime sono erogate con criteri tendenti a promuovere le necessità della collettività ma sono invece lasciate all'intraprendenza dei singoli, piuttosto che allo sviluppo di progetto di sanità pubblica, con conseguente abuso dell'utilizzo delle prestazioni e spreco delle risorse.

Dopo una attenta analisi dell'offerta assistenziale e ospedaliera esistente, la direzione della ASL di Cagliari si è prefissata, quale obiettivo principale, la riorganizzazione dell'intera rete ospedaliera per adeguarla alle reali esigenze dei cittadini, garantendo appropriatezza e qualità dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Le linee strategiche di sviluppo della rete di assistenza ospedaliera si basano sui seguenti punti:

- Migliorare i livelli complessivi di efficienza del sistema attraverso una:
 - a) Riorganizzazione della rete degli ospedali interni secondo le vocazioni specifiche individuate nell'Atto Aziendale;
 - b) Integrazione con l'AO Brotzu, l'AOU di Cagliari e con le Case di Cura Private, attraverso la definizione di "contratti di fornitura";
- Ammodernamento delle strutture ospedaliere attraverso un:
 - a) ristrutturazione di alcuni reparti nei vari presidi ospedalieri
 - b) mappatura delle tecnologie esistenti e sostituzione delle tecnologie obsolete
- Migliorare la qualità della degenza attraverso:
 - a) realizzazione del progetto "Umanizzazione delle cure ospedaliere"

- b) corsi di formazione del personale
- Coinvolgimento delle risorse umane nei processi aziendali attraverso:
 - a) attivazione di strumenti premianti
 - b) definizione di obiettivi alle strutture complesse

Riorganizzazione degli ospedali della Asl di Cagliari

L'esigenza di organizzare un sistema "a rete", che permetta un continuo raccordo tra i centri ad elevata specializzazione e gli ospedali distrettuali ha comportato la riorganizzazione dei 7 presidi della ASL di Cagliari.

Pertanto il lavoro di ridefinizione della rete dell'assistenza ospedaliera prevede l'esistenza di Ospedali, anche se di piccole dimensioni, fondamentali per il territorio di riferimento, attrezzati con un buon pronto soccorso di primo livello, una diagnostica di base, un reparto di osservazione e un blocco operatorio in grado di garantire con sicurezza urgenze e interventi programmati ancorché complessi. Un'adeguata disponibilità di posti letto e un ulteriore reparto dedicato ai lungodegenti, consente un livello di assistenza di assoluta eccellenza. Accanto a questa rete di ospedali minori, vengono potenziati i centri ospedalieri maggiori ubicati nell'area metropolitana, sia che si tratti di presidi generali che specialistici in grado di gestire anche i casi più complessi.

Il nuovo assetto definito dal complesso processo di riorganizzazione interna, culminato con l'approvazione dell'Atto Aziendale, ha ridefinito la vocazione dei Presidi Ospedalieri interni:

- Il P.O. Businco, il P.O. Microcitemico e il P.O. Marino hanno una vocazione prevalentemente specialistica, in grado di favorire la concentrazione di dotazioni tecnologiche e professionali di alto livello che garantiscano l'attivazione di efficaci percorsi assistenziali in ambito oncologico, pediatrico e ortopedico – traumatologico.
- P.O. SS. Trinità vocazione plurispecialistica e punto di riferimento per l'emergenza-urgenza.
- P.O. Binagli orientato verso un'attività di assistenza diurna e riferimento territoriale per il sistema respiratorio e cardiorespiratorio.
- Il P.O. S. Marcellino e il .O. S. Giuseppe si confermano ospedali con una vocazione territoriale di tipo generalista e del pronto intervento, con un collegamento a "rete" con gli ospedali cittadini per la gestione congiunta dei pazienti critici o complessi .

2) previsione sull'evoluzione delle più significative poste patrimoniali

Non sono previste sostanziali modifiche delle poste patrimoniali

3) previsioni economiche

Le previsioni di bilancio per il 2009 scontano gli effetti legati ai progetti di sviluppo attivati nel corso della seconda metà dell'anno 2008 e che, nel corso del 2009, evidenzieranno le conseguenze sui costi in ragione d'anno. In particolare per il costo del personale è previsto un incremento del 2.3% in ragione delle assunzioni effettuate nel corso dell'ultimo trimestre del 2008.

Il risultato previsto presenta una perdita lorda di circa 40 mln. che sconta gli effetti della mancata assegnazione finanziaria per l'anno in corso. Difatti, in seguito a precise indicazioni regionali, si è proceduto all'inserimento, nel documento di programmazione economica, dello stesso contributo in conto esercizio assegnato per l'anno 2008.

Oltre il costo del personale, gli altri fattori produttivi che evidenziano un incremento sono:

- il costo per l'acquisto di farmaci che prevede un incremento di circa 1,5 mln. (pari al 2%);
- il costo per la specialistica ambulatoriale che prevede un incremento di circa 1 mln. (+0.5%) in dovuta all'incremento delle ore di specialistica;
- il costo per i servizi non sanitari legato all'incremento di circa 1,5 mln. (+15%) del costo pulizie
- il costo per le manutenzioni per gli immobili prevede un incremento di circa 1 mln. (+16%) dovuto all'entrata in vigore del global service recentemente aggiudicato
- il costo del canone del project financing che nel 2008 è gravato solo per 5 mesi, mentre nel 2009 graverà per 12 mensilità generando un maggiore costo pari a 9,5 mln.
- Incremento negli accantonamenti per circa 7,6 mln. Derivanti dall'applicazione dei nuovi parametri comunicati dall'assessorato.

Tali incrementi sono parzialmente compensati dalle riduzioni previste nelle seguenti voci di costo:

- Costo per la riabilitativa convenzionata si riduce - 4 mln. (-15%) in applicazione dei tetti
- Costo per la psichiatria residenziale e semiresidenziale -1,3 mln. (-20%)
- Costo per l'acquisto delle prestazioni socio sanitarie -1,3 ml. (-7%)

Complessivamente i costi della produzione evidenziano un incremento complessivo pari a 23 mln. (+3%).

La perdita lorda prevista risulta essere pari a 40 mln. che scontano l'inserimento nel documento di programmazione delle assegnazioni previste per l'anno 2008, per cui la definizione della reale assegnazione di competenza del 2009 determinerà certamente una riduzione di tale perdita che va in ogni caso considerata al netto delle poste non monetarie (amm.ti e acc.ti, ecc.).

Dai documenti già predisposti in sede di invio dei flussi ministeriali risulta che la perdita prevista per il 2009 sarà generata dai seguenti valori:

	Budget 2009
Valore della produzione	816.033.000
Costi della produzione	831.244.000
Proventi e Oneri finanziari	39.000
Rettifiche di attività finanziarie	
Proventi e oneri straordinari	- 4.459.000
Imposte e Tasse	20.457.000
Utile/perdita	- 40.088.000

In dettaglio, si riporta la suddivisione del valore della produzione:

Valore della produzione	Contributi in c/esercizio	800.700.000
	Proventi e ricavi diversi	5.173.000
	Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche	650.000
	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	5.810.000
	Costi capitalizzati	3.700.000
Valore della produzione		816.033.000

mentre i costi della produzione pari a circa 831 mln. di Euro sono la risultante dei seguenti aggregati:

Costi della produzione	Acquisti di beni	109.303.000
	Acquisti di servizi	399.456.000
	Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	11.224.000
	Godimento di beni di terzi	21.607.000
	Personale del ruolo sanitario	215.361.000
	Personale del ruolo professionale	837.000
	Personale del ruolo tecnico	25.718.000
	Personale del ruolo amministrativo	18.237.000
	Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	483.000
	Ammortamenti dei fabbricati	4.378.000
	Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	4.350.000
	Accantonamenti tipici dell'esercizio	15.419.000
	Oneri diversi di gestione	4.871.000
Costi della produzione		831.244.000

La gestione fiscale pari a circa 20 mln. di Euro è stata suddivisa nelle due voci Ires e Irap come di seguito indicato:

Imposte e Tasse	IRAP	20.057.000
	IRES	400.000
Imposte e Tasse		20.457.000

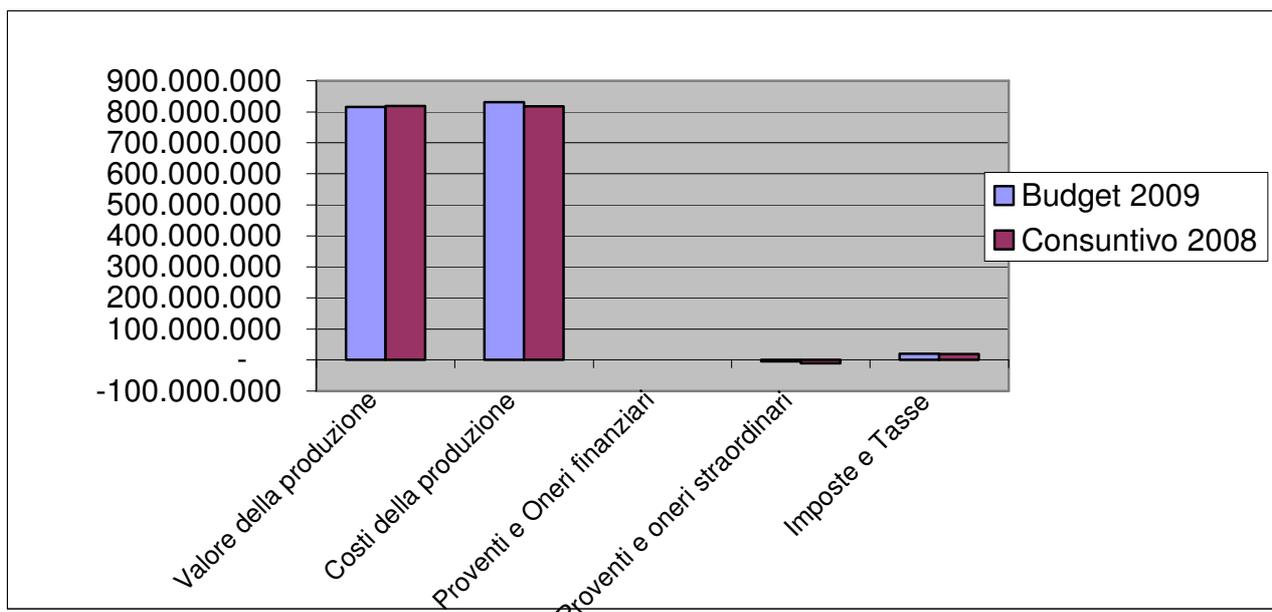
Dal confronto tra budget 2009 e consuntivo 2008 come da modello ministeriale CE si può notare quanto segue:

	Budget 2009	Consuntivo 2008
Valore della produzione	816.033.000	818.412.000
Costi della produzione	831.244.000	818.249.000
Proventi e Oneri finanziari	39.000	-96.000
Proventi e oneri straordinari	- 4.459.000	-10.919.000
Imposte e Tasse	20.457.000	19.733.000
Utile/perdita	- 40.088.000	-30.585.000

il risultato economico previsto per l'esercizio 2009 è di circa 9.5 mln. di Euro maggiore rispetto al consuntivo 2008 dovuto in gran parte ad:

- Un decremento del **valore della produzione** per circa 2.3 mln. di Euro;
- Un incremento dei **costi della produzione** per circa 13 mln. di Euro;
- Un decremento del valore delle **gestione straordinaria** che passa da circa -11 mln. di a -4.4 mln. di Euro con una riduzione di circa 6.4 mln. di Euro
- Un incremento della **gestione fiscale** per circa 724 mila Euro.

Si veda in tal senso il seguente grafico dal quale si nota che detta variazione è da imputare complessivamente ai maggiori costi della produzione, in parte compensata dai risparmi di costi delle altre gestione.



Risultato dell'esercizio:

1) proposta in merito alla destinazione dell'utile d'esercizio

Non risulta utile d'esercizio

2) cause dell'eventuale perdita dell'esercizio, relative modalità di copertura e provvedimenti per riequilibrare la situazione aziendale

Le cause della perdita registrata nel corso dell'anno sono legate principalmente agli incrementi di costo registrati per l'attivazione di nuovi servizi in applicazione delle disposizioni dell'Atto Aziendale.

Difatti ad aprile 2008 è stata attivata il nuovo centro di Radioterapia e Medicina Nucleare dell'Asl di Cagliari, l'apertura della struttura ha richiesto l'assunzione di 75 persone ad altissima specializzazione che si affiancano ai professionisti già operanti in Azienda e si integrano con il personale dell'Università.

Nel 2008 sono entrate a pieno regime gli otto nuovi Poliambulatori aperti sul territorio (Mandas, Sestu, Selargius, San Nicolò Gerrei, Decimomannu, Siliqua, Villasimius e Capoterra), questo ha determinato la necessità dell'attivazione di nuove ore di specialistica oltre che l'integrazione del personale infermieristico.

Incremento dell'assistenza sul territorio sia per quanto riguarda l'ADI che l'assistenza in RSA.

Incremento della salute mentale residenziale e delle prestazioni socio – sanitarie a rilevanza sanitaria e la spesa per l'assistenza integrativa e protesica.

Tali incrementi ampiamente esposti nella presente relazione hanno determinato la contabilizzazione della perdita d'esercizio, che potrà essere coperta attraverso il recupero di adeguate risorse finanziarie.

7. Elenco dei presidi ospedalieri (solo per le aziende sanitarie) e dei servizi dell'azienda.

Di seguito vengono presentati i Servizi e i Presidi Ospedalieri di cui all'Atto Aziendale di cui alla Deliberazione G.R. n° 18/9 del 26.03.2008:

AZIENDA ASL 8
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
*
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
2-CURE PRIMARIE
2-ANZIANI DISABILI E SOGGETTI FRAGILI
2-CONSULTORI
2-NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
2-SISTEMA TERRITORIALE DELL'EMERGENZA
*
DISTRETTO 3
3-CURE PRIMARIE
3-ANZIANI DISABILI E SOGGETTI FRAGILI
3-CONSULTORI
3-NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
3-NEFROLOGIA E DIALISI DEL TERRITORIO
3-SISTEMA TERRITORIALE DELL'EMERGENZA
*
DISTRETTO 4
4-CURE PRIMARIE

4-ANZIANI DISABILI E SOGGETTI FRAGILI
4-NEFROLOGIA E DIALISI DEL TERRITORIO
4-CONSULTORI E NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
*
DISTRETTO 5
5-CURE PRIMARIE
5-ANZIANI DISABILI E SOGGETTI FRAGILI
5-NEFROLOGIA E DIALISI DEL TERRITORIO
5-CONSULTORI E NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
*
DIPARTIMENTO DEL FARMACO
FARMACOECONOMIA E FARMACO VIGILANZA
UNITA' CENTRALE
FARMACEUTICA OSPEDALIERA
FARMACIA SS. TRINITA'
FARMACIA BINAGHI
FARMACIA SAN MARCELLINO
FARMACIA MARINO
FARMACIA SAN GIUSEPPE
FARMACIA BUSINCO
FARMACIA MICROCITEMICO
ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE
*
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE
SERVIZIO ABILITAZIONE E INSERIMENTO LAVORATIVO
SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (SPDC)
CSM 24 ORE CAGLIARI A
CSM 24 ORE CAGLIARI B
CSM 24 ORE SELARGIUS
CSM 24 ORE ASSEMINI
CSM 24 ORE QUARTU S.ELENA
CSM 24 ORE ISILI
SERD CAGLIARI
SERD QUARTU S.ELENA
*
ASSISTENZA OSPEDALIERA
MICROCITEMICO
MICROCITEMICO ATTIVITA' COMUNI
DIREZIONE SANITARIA
DIPARTIMENTO PEDIATRICO E PRENATALE
CARDIOLOGIA
CLINICA PEDIATRICA
GINECOLOGIA E DIAGNOSI PRENATALE
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA
CHIRURGIA PEDIATRICA
TALASSEMIA ETA' EVOLUTIVA (GENETICA CLINICA)
EMATOLOGIA ADULTI
LABORATORI DIAGNOSTICA AVANZATA
C.T.M.O.

*
BUSINCO
BUSINCO ATTIVITA' COMUNI
DIREZIONE SANITARIA
BLOCCO OPERATORIO
RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA ONCOLOGICA
ANESTESIA E RIANIMAZIONE
TERAPIA DEL DOLORE
CHIRURGIA SPERIMENTALE
CHIRURGIA GENERALE (ONCOLOGIA CHIRURGICA)
DERMATOLOGIA
ONCOLOGIA GINECOLOGICA
CHIRURGIA TORACICA
DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA MEDICA
CARDIOLOGIA
EMATOLOGIA E CTMO
ONCOLOGIA MEDICA
MELANOMA E PATOLOGIE RARE
PATOLOGIE APPARATO UROGENITALE
PATOLOGIE DELL'APPARATO GASTROENTERICO
PATOLOGIE DELL'APPARATO TORACO-POLMONARE
PATOLOGIE DELL'ENCEFALO E DEL CAPO E DEL COLLO
PATOLOGIE DELLA MAMMELLA
DIPARTIMENTO DI RADIO ONCOLOGIA
RADIOTERAPIA
RADIOLOGIA
MEDICINA NUCLEARE
FISICA SANITARIA
RADIOTERAPIA SPERIMENTALE
*
SAN MARCELLINO
SAN MARCELLINO ATTIVITA' COMUNI
DIREZIONE SANITARIA
BLOCCO OPERATORIO
ORTOPEDIA
DIPARTIMENTO POLISPECIALISTICO
ANESTESIA
CHIRURGIA GENERALE
MEDICINA GENERALE
PRONTO SOCCORSO
OSTETRICA E GINECOLOGIA (CENTRO DONNA)
NIDO
LUNGODEGENZA
*
SS. TRINITA'
SS. TRINITA' ATTIVITA' COMUNI
DIREZIONE SANITARIA
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
CHIRURGIA GENERALE

CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
DERMATOLOGIA
NEUROCHIRURGIA
OTORINOLARINGOIATRIA
OSTETRICIA E GINECOLOGIA
NIDO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE
UROLOGIA
CHIRURGIA PEDIATRICA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA
DIABETOLOGIA
GASTROENTEROLOGIA E CHIRURGIA ENDOSCOPICA
GERIATRIA
MALATTIE INFETTIVE
MEDICINA INTERNA
EMODIALISI (NEFROLOGIA E DIALISI)
NEURORIABILITAZIONE
PNEUMOLOGIA
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE
ANESTESIA E RIANIMAZIONE
PRONTO SOCCORSO
U.T.I.C.
RADIOLOGIA D'URGENZA
*
MARINO
MARINO ATTIVITA' COMUNI
DIREZIONE SANITARIA
BLOCCO OPERATORIO
RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE
DIPARTIMENTO TRAUMATOLOGIA D'URGENZA
ANESTESIA
CARDIOLOGIA
ORTOPEDIA E MICROCHIRURGIA RICOSTRUTTIVA
CLINICA ORTOPEDICA
UNITA' SPINALE
TRAUMATOLOGIA DELLA STRADA E NEUROCHIRURGIA
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE
CHIRURGIA D'URGENZA
PRONTO SOCCORSO E O.B.
RIANIMAZIONE E MEDICINA IPERBARICA
*
BINAGHI
BINAGHI ATTIVITA' COMUNI
DIREZIONE SANITARIA
BLOCCO OPERATORIO
ANATOMIA PATOLOGICA
DIPARTIMENTO INTERNISTICO
ANESTESIA E RIANIMAZIONE
CARDIOLOGIA

CENTRO SCLEROSI MULTIPLA
CTMO
CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE TRAPIANTI
GENETICA MEDICA
OFTALMOLOGIA
SERVIZIO ENDOCRINOLOGIA TERRITORIALE
CENTRO DONNA
POLO PNEUMOLOGICO
PNEUMOLOGIA 4
PNEUMOLOGIA 3 (TERAPIA SEMINTENSIVA RESPIRATORIA)
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA E FISIOCHINESI
PNEUMOLOGIA 2
PNEUMOLOGIA TERRITORIALE
*
SAN GIUSEPPE
SAN GIUSEPPE ATTIVITA' COMUNI
DIREZIONE SANITARIA
BLOCCO OPERATORIO
CUCINA
DIPARTIMENTO POLISPECIALISTICO
ANESTESIA E RIANIMAZIONE
CHIRURGIA GENERALE
PRONTO SOCCORSO
MEDICINA GENERALE
OSTETRICIA E GINECOLOGIA (CENTRO DONNA)
LUNGODEGENZA
*
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI DIAGNOSTICI
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI DIAGNOSTICI ATTIVITA' COMUNI
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
DIPARTIMENTO IMMAGINI ATTIVITA' COMUNI
MEDICINA NUCLEARE SS. TRINITA'
SERVIZIO RADIOLOGIA BINAGHI
SERVIZIO RADIOLOGIA MARINO
SERVIZIO RADIOLOGIA SS. TRINITA'
SERVIZIO RADIOLOGIA SAN GIUSEPPE
SERVIZIO RADIOLOGIA SAN MARCELLINO
*
DIREZIONE GENERALE E STAFF
DIR.GEN. E AREA TECN.AMMIN. ATTIVITA' COMUNI
*

DIREZIONE GENERALE
*
DIPARTIMENTO DELLO STAFF
AFFARI GENERALI
AFFARI LEGALI
AREA COMUNICAZIONE
AREA NURSING
CENTRO EPIDEMIOLOGICO AZIENDALE
COORDINAMENTO REGIONALE PER LE DIPENDENZE
DIRETTORE SOCIO SANITARIO
PROGETTAZIONE STRATEGICA, QUALITA' E RISK MANAGEMENT
PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO
SISTEMI INFORMATIVI E TECNOLOGIE INFORMATICHE
SVILUPPO ORGANIZZATIVO E VALUTAZIONE DEL PERSONALE
TECHNOLOGY ASSESSMENT
*
AREA TECNICO AMMINISTRATIVA
DIPARTIMENTO SERVIZI AMMINISTRATIVI
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 OSPEDALIERA
AUTORIZZAZIONI ACCREDITAMENTO EROGATORI SANITARI
ASSISTENZA TERRITORIALE