

All. 1



ASL Cagliari

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

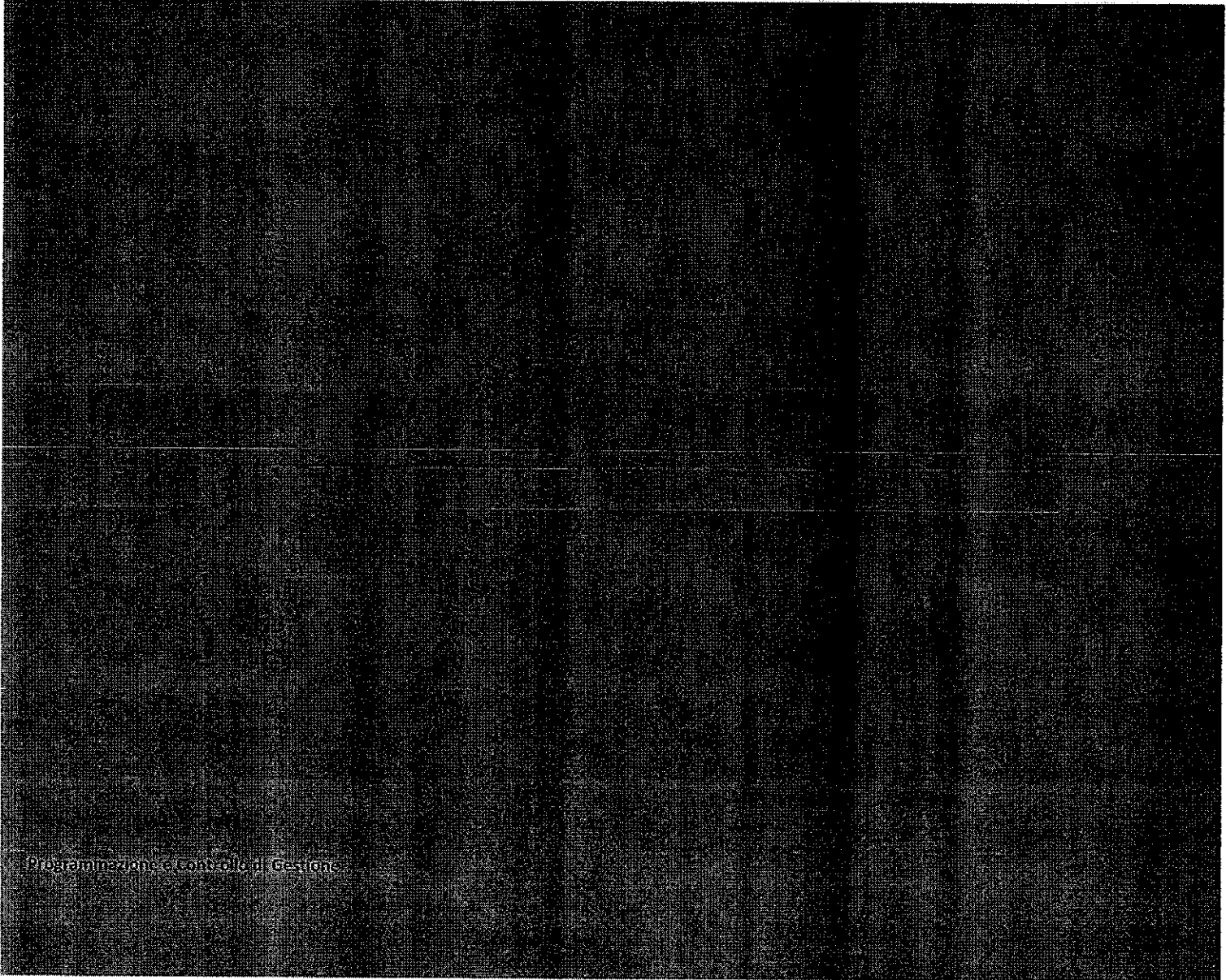
N. 394 DEL 26 MAR. 2014

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Sergio Salis)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Strelli)

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Emilio Sineone)

Piano delle Performance 2014-2016



Sommario

Cap. I - Dati Generali	3
<i>Finalità</i>	3
<i>Principi</i>	5
<i>Chi Siamo</i>	5
<i>Visione e Missione</i>	6
<i>Descrizione Territoriale</i>	6
Cap. II) Analisi di Contesto	9
<i>Andamento Demografico</i>	9
<i>Andamento Economico</i>	10
Cap. III) Prestazioni Erogate	14
<i>Assistenza Ospedaliera</i>	14
<i>Assistenza Specialistica Ambulatoriale</i>	17
<i>Cure Domiciliari</i>	20
<i>Assistenza Riabilitativa</i>	21
<i>Assistenza Residenziale Sociosanitaria Territoriale</i>	22
<i>Hospice Aziendale</i>	23
<i>Consultori</i>	24
<i>Assistenza Collettiva</i>	24
Cap. IV) Piano delle Performance	26
<i>Albero della Performance</i>	26
<i>Indirizzi Strategici Aziendali</i>	27
<i>Regolamento di Budget Aziendale e sistema di valutazione</i>	35
<i>Ciclo di Gestione della Performance</i>	36
<i>Allegato A</i>	36



Cap. I - Dati Generali

Finalità.

Il Presente Documento ha lo scopo di individuare gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance dell'Azienda, in conformità alle direttive della Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni Pubbliche (Civit - istituita ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 150).

La performance è il contributo e modalità di raggiungimento di un risultato che un'azienda apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali è costituita.

La misurazione della performance è utilizzata come elemento fondamentale per il miglioramento dell'efficienza ed efficacia dei servizi pubblici. La misurazione della performance è essenzialmente un processo empirico e formalizzato, che mira ad ottenere ed esprimere informazioni descrittive delle proprietà di un oggetto tangibile o intangibile (ad es. un processo, un'attività, un gruppo di persone). Per effettuare la misurazione della performance, un'organizzazione deve dotarsi di un sistema che svolga le funzioni fondamentali di acquisizione, analisi e rappresentazione di informazioni

Il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance così come previsto dal Titolo II del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150.

Per la sua redazione si fa riferimento alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti della Commissione per la Valutazione, la trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) con la delibera n.112/2010 del 28 ottobre 2010

Il Piano della performance (art. 10 c. 1 lett. a D.Lgs 27 ottobre 2009 n. 150) è il documento programmatico attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi (target di riferimento), delle varie articolazioni organizzative dell'Azienda Sanitaria Locale n. 8 di Cagliari.

Il Piano della performance definisce, inoltre gli elementi fondamentali su cui si imposterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

E' confermata la scelta aziendale di una pianificazione annuale, attraverso la redazione di un documento sintetico e schematico che rende noti gli obiettivi dell'Azienda, le azioni ed i risultati che intende perseguire, in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Nel documento sono riportati gli indirizzi strategici, che discendono dagli obiettivi di mandato che costituiscono la programmazione di medio periodo della Direzione – e sono altresì declinati gli obiettivi di programmazione e di gestione, riferiti all'anno in corso ed in continuità con il precedente esercizio, per i quali sono definiti gli indicatori di misurazione.



Essendo un atto di programmazione di medio periodo, il piano della performance è modificabile con cadenza annuale in relazione a:

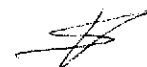
- Obiettivi definiti in sede di programmazione regionale;
- Modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- Modifica della struttura organizzativa e delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda Sanitaria (atto aziendale).

Nel piano vengono evidenziati tutti i passaggi logici atti a garantire "la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance", secondo quanto previsto dall'art. 10 comma 1 del D.Lgs 150/2009.

La prima finalità del Piano riguarda la verifica interna ed esterna della qualità del sistema di obiettivi o più precisamente, del livello di coerenza con i requisiti metodologici che, secondo il decreto, devono caratterizzare gli obiettivi. L'art. 5, comma 2, del decreto richiede, infatti che gli obiettivi siano:

- a) "Rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- b) Specifici misurabili in termini concreti e chiari;
- c) Tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- d) Riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- e) Commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale ed internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- f) Confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- g) Correlati alla quantità ed alla qualità delle risorse disponibili".

La seconda finalità del piano è quella di assicurare la comprensibilità della rappresentazione della performance. Nel Piano viene esplicitato il "legame" che sussiste tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le aree strategiche, gli obiettivi che l'Azienda intende perseguire. Questo rende esplicita e comprensibile la performance attesa, ossia il contributo che l'Azienda sanitaria intende apportare attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività.



Principi

Il Presente Documento ha lo scopo di individuare gli indirizzi, gli **obiettivi strategici ed operativi**, nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance dell'Azienda, in conformità alle direttive della Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni Pubbliche (Civit - istituita ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 150)

Il Piano della performance dell'A.S.L. n. 8, in coerenza alle previsioni del D.Lgs 150/2009 ed alle indicazioni fornite dalla CIVIT con deliberazione 122/2010, si ispira ed attiene ai seguenti principi generali:

- ❖ **Principio della Trasparenza;** l'articolo 11, del decreto richiede alle amministrazioni di garantire la massima trasparenza in ogni fase del Ciclo di gestione della performance.
- ❖ L'Azienda presenterà il Piano, nelle sedi e nelle forme ritenute più opportune, agli interlocutori e destinatari interni (Dirigenti, Rappresentanze sindacali) e portatori di interessi esterni (Conferenza sanitaria provinciale, Organizzazioni sindacali, Tribunale del malato, ecc.).
- ❖ **Principio della immediata intelligibilità;** Al fine di garantire facilità di comprensione agli interlocutori interni ed ai portatori di interessi esterni il Piano viene proposto secondo una struttura multi-livello prevedendosi, pertanto, una parte principale del Piano e relativi allegati, nei quali ultimi sono esplicitati alcuni contenuti e approfondimenti tecnici.
- ❖ **Principio della Veridicità e verificabilità;** per ciascun indicatore individuato viene indicata la fonte di provenienza dei dati. I dati che alimentano gli indicatori sono tracciabili. Al fine di garantire la verificabilità del processo seguito, vengono inoltre definite le fasi, i tempi e le modalità del processo per la predisposizione del Piano e per la sua eventuale revisione infra annuale nel caso in cui intervenissero situazioni straordinarie. Vengono altresì individuati gli attori coinvolti (Direzione, Organo di valutazione indipendente, Dirigenti e Strutture).
- ❖ **Principio della Partecipazione;** il processo di sviluppo del Piano deve essere frutto di un percorso di coinvolgimento di tutti i portatori di interessi interni ed esterni al sistema.
- ❖ **Principio della Coerenza interna ed esterna;** al fine di rendere il Piano effettivamente attuabile, i contenuti dello stesso sono coerenti con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali, finanziarie) disponibili (coerenza interna).
- ❖ **Principio dell'Orizzonte pluriennale;** la norma prevede un arco temporale di riferimento triennale, con scomposizione in obiettivi annuali.

Chi Siamo

L'Azienda Sanitaria Locale n. 8 di Cagliari è stata costituita nel 1995 a seguito dell'entrata in vigore della L.R. n. 5 del 1995, dalla fusione delle ex UU.SS.LL n. 20, n. 21, n. 22 e parte della USL n. 18.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 1-bis del D.Lgs. n. 229/99, essa è dotata di personalità giuridica ed autonomia imprenditoriale e svolge le funzioni assegnate di tutela e di promozione della salute degli individui e della collettività nel territorio di competenza come definito, a seguito dell'emanazione della L.R. n. 7/2005, dalla delibera della G.R. n. 51/10 del 4 novembre 2005. Il

patrimonio dell'Azienda è costituito dai beni mobili e immobili ad essa appartenenti, che sono utilizzati per il perseguimento dei propri fini istituzionali.

La sede legale è situata in Via Piero della Francesca n.1 Selargius - Cagliari

Il sito internet istituzionale è il seguente: www.aslcagliari.it

Visione e Missione

L'Azienda Sanitaria Locale n. 8 di Cagliari promuove la tutela della salute della popolazione, sia individuale che collettiva.

La *centralità del cittadino* è il valore fondante dell'organizzazione dell'Azienda, il punto di partenza per garantire la migliore qualità di vita possibile, attraverso interventi appropriati di prevenzione, di promozione della salute, di diagnosi, di cura e di riabilitazione, consolidando l'integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera.

L'Azienda promuove la *qualità e l'appropriatezza* dei servizi e delle prestazioni resi al cittadino, controllando che essi siano improntati ai principi della personalizzazione e dell'umanizzazione dei trattamenti, affinché ogni utente che accede ai servizi sanitari sia accolto secondo i suoi bisogni e le sue esigenze assistenziali.

L'Asl di Cagliari, in linea con la sua vocazione territoriale, assicura la funzione di tutela, che garantisce i livelli di assistenza sanitaria essenziali ed uniformi sul proprio territorio ed assicura la funzione di erogazione dei servizi sanitari, svolte nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità.

La risposta alla domanda di salute è fornita attraverso la partecipazione al raggiungimento dei livelli di assistenza previsti dalla pianificazione nazionale e regionale.

La missione aziendale è quella di erogare, in modo appropriato, alla popolazione residente nel territorio interventi e prestazioni a livello di: prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, compresa l'assistenza domiciliare alla persona fragile; cura alla persona nella sua globalità umana; attraverso modelli che garantiscono:

- ✓ continuità assistenziale;
- ✓ coordinamento e integrazione dei servizi ospedalieri e territoriali; integrazione socio-sanitaria e sanitaria;
- ✓ relazione con i sistemi sanitari privati riconosciuti;
- ✓ integrazione con gli enti locali, istituzioni, associazioni e volontariato territoriali.

Descrizione Territoriale

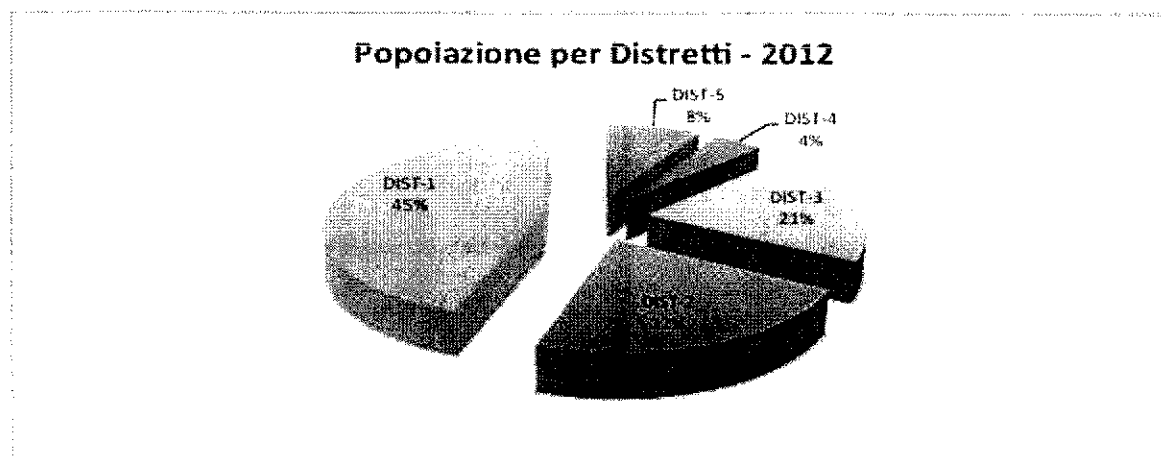
L'Azienda Unità Sanitaria Locale n. 8 di Cagliari è stata costituita nel 1995, a seguito dell'entrata in vigore della L.R. n. 5/95, dalla fusione delle ex USL n. 20, n. 21, n. 22 e parte della USL n. 1.

L'Azienda, in attuazione della delibera regionale n. 51/10 del 4.11.2005, ha acquisito con decorrenza dal 1° gennaio 2006 i Distretti di Isili e Senorbi, provenienti il primo dall'ASL 3 di Nuoro ed il secondo dall'ASL 6 di Sanluri, ha acquisito i Comuni di Vallermosa, Nuraminis e Villasor facenti sempre parte dell'ASL 6 di Sanluri oltre che Siliqua e Teulada provenienti dalla ASL 7 di Carbonia.

L'atto Aziendale approvato nel corso del 2008 ha individuato **5 Distretti Socio Sanitari** a cui afferiscono i territori dei Comuni di appartenenza così come rappresentato nella tabella seguente.

Distretto sanitario	Comune	Totale	Residenti al 01/01/2012
Distr.1 "Cagliari Area Vasta"	Cagliari; Monastir; Monserrato; Quartucciu; Selargius; Sestu; Settimo San Pietro; Ussana	8	246.440
Distr.2 "Area Ovest"	Assemini; Capoterra; Decimomannu; Decimoputzu; Domus de Maria; Elmas; Pula; San sperate; Sarroch; Siliqua; Teulada; Uta; Vallermosa; Villa San Pietro; Villasor; Villaspeciosa;	16	121.892
Distr.3 "Quartu - Parteolla"	Burcei; Dolianova; Donori; Maracalagonis; Quartu Sant'Elena; Serdiana; Sinnai; Soleminis	8	112.346
Distr.4 "Sarrabus - Gerrei"	Armungia; Ballao; Castiadas; Muravera; San Nicolo' Gerrei; San Vito; Silius; Villaputzu; Villasalto; Villasimius ;	10	23.315
Distr.5 "Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta"			
Sede di Isili	Escalaplano; Escolca; Esterzili; Gergei; Isili; Nuragus; Nurallao; Serri; Seulo; Nurri; Orroli; Sadali; Villanova Tulo;	29	45.900
Sede di Senorbi	Barrali; Gesico; Goni; Guamaggiore; Guasila; Mandas; Nuraminis; Ortacesus; Pimentel; Samatzai; San Basilio; Sant'Andrea Frius; Selegas; Senorbi; Siurgus Donigala; Suelli		
Totale complessivo		71	549.893

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



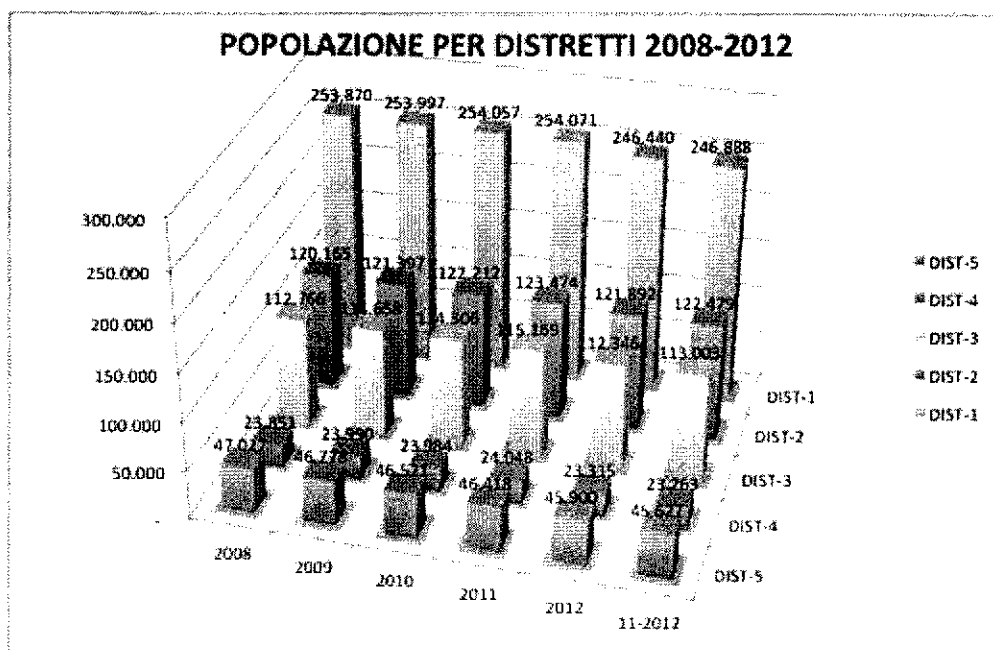
Distribuzione della popolazione residente per distretto al 01/01/2012 (Fonte dati ISTAT)

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

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

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

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

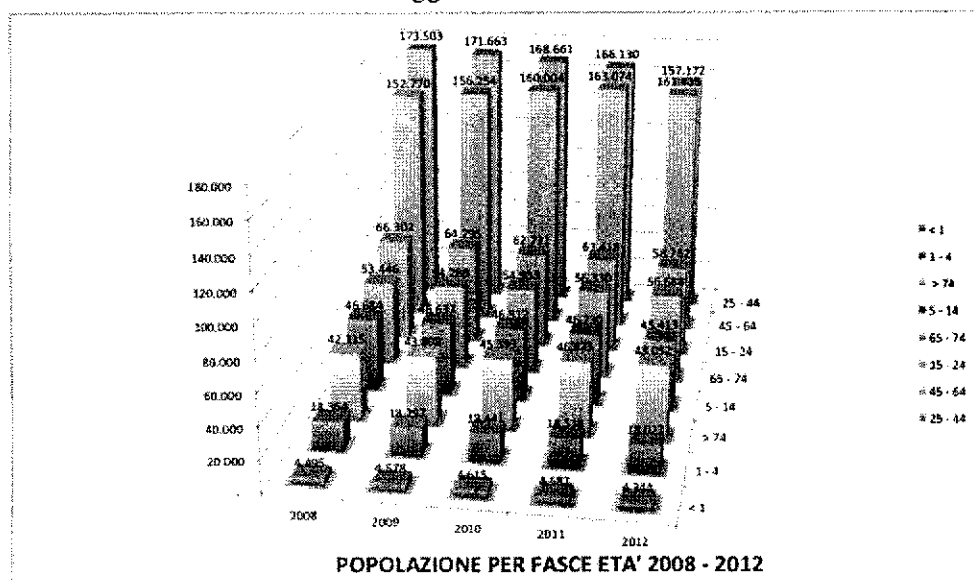


Numero di residenti per distretto periodo 2008-2012 (Fonte dati ISTAT)

Cap. II) Analisi di Contesto

Andamento Demografico

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



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

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

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

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

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

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

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

Andamento Economico

Nel corso del triennio 2010-2013 l'Azienda n. 8 di Cagliari ha avviato un processo di razionalizzazione della spesa con l'obiettivo della **sostenibilità economica**. Tale obiettivo è stato raggiunto nel 2012 grazie ad una significativa riduzione del trend di crescita dei costi di produzione (che ha registrato un incremento complessivo pari all'1,5%, notevolmente inferiore al 4,8% mediamente registrato nel periodo 2000-2010); a tale contrazione nel trend di crescita dei costi ha corrisposto un sensibile incremento del finanziamento regionale, consentendo in tal modo **l'azzeramento totale della perdita** di circa € 56.000.000 registratasi nel 2010.

Le azioni di razionalizzazione della spesa si sono concentrate in particolare sulle dinamiche di spesa dell'assistenza farmaceutica - sia territoriale che ospedaliera attraverso diversi interventi:-

- dal lato della domanda attraverso la promozione di iniziative di formazione, informazione incontro e "confronto tra pari",
- dal lato dell'offerta attraverso il potenziamento della distribuzione per conto, distribuzione diretta, distribuzione 1° ciclo di terapia alla dimissione.

Altra importante azione di governo è stata indirizzata al contenimento del costo del personale, che ha registrato un incremento pari allo 0,8% rispetto al 2011, dovuto principalmente alle importanti azioni volte alla de-precarizzazione del lavoro attraverso il perfezionamento di diverse selezioni concorsuali al fine di ridurre la spesa sostenuta per l'acquisizione del c.d. "lavoro flessibile"; degna di nota è al riguardo la sensibile riduzione del costo del personale amministrativo (-2,4%), che conferma il trend di riduzione già registrato nel 2011 (-2%).

Occorre rilevare che l'aumento dei costi di produzione registrato tra il 2011 e il 2012 è da ricollegare all'incremento da parte della regione delle tariffe di rimborso ai convenzionati privati (Riabilitazione, Hospice, emergenza 118, ecc.), oltre agli incrementi sui tetti di spesa di alcune categorie di produttori di assistenza sanitaria privata (RSA, comunità per il recupero delle tossicodipendenze) ed i finanziamenti per l'abbattimento delle liste d'attesa che hanno determinato l'opportunità per l'Azienda di contrattualizzare prestazioni aggiuntive di assistenza al fine di migliorare la tempestività della risposta assistenziale.

L'andamento economico di questo triennio è condizionato dalla necessità di far fronte a costi non direttamente imputabili all'attuale direzione aziendale.

Difatti le *sopravvenienze passive*, cioè costi imputati in bilancio perché non correttamente rilevati negli anni precedenti hanno determinato un impegno economico complessivo pari a:

Anno	Sopravvenienze passive
2010	10.995.163
2011	12.449.003
2012	22.873.005
totale	46.317.171

Per *l'anno 2010* i valori si riferiscono per lo più a costi registrati nel corso del 2010 derivanti da fatture di anni precedenti non registrate nei rispettivi anni di competenza. Si segnalano inoltre oltre 9.000.000 di rimborsi farmaci erogati al Serd negli anni 2008 e 2009 dall'AOU di Cagliari.

Per *l'anno 2011* i valori contabilizzati sono riferiti per € 2.621.037 dai costi derivanti dall'acquisto di protesi impiantante nel corso del 2010 e fatturati nel 2011 dalle ditte fornitrici; per € 818.075 dai costi per una parte di canoni del project financing. Altri 2.818.822 sono relativi a fatture di forniture non contabilizzate negli anni precedenti.

Gli eventi più rilevanti per *l'anno 2012* sono relativi alla:

a) Transazione tra ASL n. 8 e Farmafactoring. La società Farmafactoring nell'arco di circa 15 anni (dal 1997 ad oggi) ha ottenuto la cessione di ingenti crediti in linea capitale vantati nei confronti della ASL n. 8 di Cagliari da parte dei fornitori di quest'ultima quale corrispettivo maturato per la fornitura di prodotti sanitari, farmaceutici e prestazioni di varia natura, funzionali all'erogazione dei servizi sanitari istituzionali. A seguito del mancato o tardivo pagamento di tali debiti da parte della Asl, la società ha intrapreso numerosi contenziosi; al fine di impedire la prosecuzione di vertenze legali che avrebbero comportato esclusivamente ulteriori spese, la ASL n. 8 è addivenuta ad una transazione con la Farmafactoring;

b) Transazione con Abbanoa. Anche con la società Abbanoa si è addivenuti ad un accordo transativo relativamente al pagamento di un insoluto pari ad € 2.652.812,70 (di questo € 1.564.479,98 riguarda le utenze di viale Romagna e € 1.088.332,72 alcune utenze di via Jenner relativi agli anni dal 1997 - 2008).

Il Bilancio 2012 evidenzia una perdita lorda pari ad € 791.349, che genera - al netto degli ammortamenti, della sterilizzazione e dell'interesse di computo sul patrimonio netto - un *perdita netta* di € 42.065.

Dal lato dei *costi*, rispetto all'anno 2011, si registra un incremento di € 13.285.286 (+1,5%): in particolare:

- ❖ la voce "Acquisto di beni" ha subito una diminuzione rispetto al 2011 di € 1.736.536 (-1,2%);
- ❖ la spesa per gli acquisti di beni sanitari è diminuita dell'1,2%;

- ❖ la spesa per l'acquisto di beni non sanitari si è ridotta del 2,2%;
- ❖ l'ammontare dell'acquisto di servizi nel 2012 è pari ad € 483.188.755, con un incremento di quasi 9 milioni di euro rispetto all'esercizio precedente (+1,8%);
- ❖ i costi totali per il godimento di beni di terzi hanno subito una variazione del 7 %;
- ❖ La spesa per il personale alla fine dell'anno 2012 è pari ad € 270.291.331, con un incremento di oltre 2 milioni di euro rispetto all'esercizio 2011 (+0,8%), dovuto in particolare ad un sensibile incremento del costo del personale del ruolo sanitario.

Al fine del contenimento della spesa per l'assistenza farmaceutica, che supera tra ospedale e territorio i 180 mln., sono state attivate diverse iniziative incentrate principalmente sull'attività di sensibilizzazione e informazione della classe medica in relazione all'andamento della spesa e all'appropriatezza prescrittiva, con incontri aventi ad oggetto le prescrizioni di farmaci erogati in regime convenzionale, rivolti ai mmg ed ai medici ospedalieri.

Per quanto concerne la *farmaceutica convenzionata*, nel 2012, a fronte di un aumento dei pezzi consumati pari al 2,35%, la spesa complessiva netta ha subito un decremento pari all'1,81%; l'aumento del consumo - in termini di pezzi erogati - ai fini della spesa è stato più che compensato dalla forte diminuzione dei prezzi di rimborso che sono diminuiti in media del 4,07%.

Per quanto riguarda la mobilità attiva si registra un decremento (-16%) della spesa per residenti extra regione ed un incremento (11%) della spesa sostenuta per i residenti delle altre province della Sardegna.

Purtroppo nel 2012 la distribuzione per conto ha subito una battuta d'arresto - nel corso dei primi mesi - dovuta allo scadere dell'accordo con Federfarma e delle gare di aggiudicazione dei farmaci in DPC; nel corso dell'anno si è addivenuti alla stipula di un nuovo accordo con Federfarma, che a seguito di alcuni rinvii ha avuto decorrenza dal 1° gennaio 2013.

In tema di *distribuzione diretta* a pazienti - anche di altre ASL - effettuata dai presidi interni alla Azienda e dal Servizio Farmaceutico Territoriale, nel corso del 2012 si è avuto un incremento della distribuzione di tutti i farmaci, soprattutto di quelli ad uso ospedaliero; di quanto speso complessivamente per l'erogazione diretta, una parte è riferita a pazienti non residenti nel territorio della ASL 8 e pertanto oggetto di compensazione con le altre ASL.

Per quanto riguarda la *farmaceutica ospedaliera* durante l'anno si è proceduto con l'informatizzazione del processo di approvvigionamento dei reparti e predisposto il progetto relativo alla creazione dell'UFA (avviata poi all'inizio del 2013). L'informatizzazione dei flussi di movimentazione di carico e scarico ai Centri di Costo ha permesso di proseguire con il governo clinico della spesa farmaceutica ospedaliera. Il monitoraggio dei dati di consumo e della spesa farmaceutica ha evidenziato, ad esempio una riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera del 17% nel corso del 2012.

Rispetto all'anno 2011 le voci di costo relative agli ammortamenti hanno subito variazioni pari al 5%, con un incremento di oltre 400.000 euro; gli *accantonamenti per rischi e oneri* sono cresciuti di oltre 5 milioni di euro: in particolare sono stati incrementati i fondi riguardanti le cause civili e processuali, i contenziosi per il personale dipendente e gli altri fondi rischi.

Analizzando i principali movimenti dell'attivo e del passivo dello *Stato Patrimoniale* si evincono gli scostamenti rispetto all'esercizio 2011: nello specifico, il valore delle immobilizzazioni (materiali ed immateriali) è aumentato di oltre € 8.000.000, con una variazione in termini percentuali del 3,1%; l'attivo circolante ha subito una rilevante diminuzione dovuta in particolare alla contrazione dei crediti. Il dato finale è rappresentato da una diminuzione dell'attivo di oltre € 3.000.000, con una variazione in termini percentuali pari allo 0,7%.

Il *patrimonio netto* ha subito complessivamente un incremento di oltre € 30.000.000.

Cap. III) Prestazioni Erogate

Assistenza Ospedaliera

La domanda espressa nell'anno 2012 dai residenti ASL 8 è soddisfatta sia dalle strutture a gestione diretta che dalle altre strutture pubbliche situate sul territorio provinciale cagliaritano, extraprovincia, dalle strutture pubbliche e private (mobilità passiva) extraregione si attesta, su circa **104,4 mila ricoveri** per un valore complessivo di 271,6 milioni di €.

Azienda	N. ricoveri	Fatturato (€)
101	95	244.024
102	56	96.212
103	179	366.747
104	230	748.835
105	267	789.362
106	338	867.161
107	1.218	2.608.867
108 INRCA	771	1.462.349
108 Privato	20.278	45.485.388
108 Pubblico	33.856	87.359.352
AO Brotzu	20.539	65.151.099
AOU Cagliari	22.145	49.694.009
AOU Sassari	74	202.473
Altre Regioni	4.377	16.584.320
Totale ricoveri residenti	104.423	271.660.199

In attesa della riforma del sistema ospedaliero di cui alla L.r. n. 3/2009, l'attività della ASL 8 nell'anno 2012 si è concentrata sul miglioramento dell'*appropriatezza dei ricoveri* ospedalieri, sul decremento delle giornate di degenza dei pazienti e sul miglioramento da un punto di vista organizzativo dell'assistenza ospedaliera.

Si riportano di seguito i dati relativi all'intera *produzione ospedaliera* della Asl:

	2011	2012
Tot. Ricoveri	46.436	46.579
di cui RO	30.124	30.307
di cui DH/DS	16.312	16.272
Fatturato DRG	120.114.294	124.439.856
Giornate di degenza RO	210.209	204.540
Accessi DH/DS	66.594	66.154
PL RO	737	744
PL DH/DS	144	144
Tasso di occupazione	78,2%	75,3%
Degenza media	6,98	6,75
Indice di Rotazione	40,90	40,74
Indice di Turn Over	1,95	2,21
% DRG Lea	14,04%	10,20%
Peso medio	0,97	1,00

L'attività sopra descritta è erogata dai *sette presidi ospedalieri interni*:

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

La tabella sotto riporta i *dati di attività* suddivisi per singolo presidio:

	Tot. N. casi	Tot. Fatturato	DRG medio	Incid. % casi	Incid. % fatturato
P.O. Binaghi	4.989	14.050.140	2.816	10,7%	11,3%
P.O. Businco	8.979	28.965.321	3.226	19,3%	23,3%
P.O. Marino	5.959	19.881.961	3.336	12,8%	16,0%
P.O. Microcitemico	3.900	7.837.622	2.010	8,4%	6,3%
P.O. San Giuseppe	2.292	4.801.430	2.095	4,9%	3,9%
P.O. San Marcellino	1.750	4.460.511	2.549	3,8%	3,6%
P.O. SS.Trinità	18.710	44.442.871	2.375	40,2%	35,7%
Totale	46.579	124.439.856	2.672	100,0%	100,0%

Le prestazioni di assistenza ospedaliera richieste dalla popolazione residente sono in prevalenza per patologie muscolo scheletriche e cardio circolatorie. Sono stati registrate rilevanti richieste per l'area delle patologie dell'apparato digerente (9%). La tabella sottostante presenta i dati aggregati per categoria di diagnosi alla dimissione.

Descrizione MDC	N. Casi	Importo degenza
M MUSCOLO SCELETRICO E CONNETTIVO	11.710	38.400.831
APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO	9.489	37.377.125
APPARATO DIGERENTE	9.166	21.508.588
GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	7.421	11.753.900
M MIELOPROLIFERATIVE	6.424	16.716.302
SISTEMA NERVOSO	6.137	20.698.110
APPARATO RESPIRATORIO	6.084	17.741.182
APP RIPRODUTTIVO FEMMINILE	5.021	9.663.887
M ORECCHIO, BOCCA, NASO E GOLA	4.984	7.918.065
M RENE E VIE URINARIE	4.812	13.280.438
M PERIODO NEONATALE	4.720	5.535.885
EPATOBILIARI E PANCREAS	4.043	11.681.497
M PELLE E MAMMELLA	3.743	6.990.941
M ENDOCRINE	3.391	6.247.555
M OCCHIO	3.100	4.872.897
RICORSO A SSN	2.981	4.445.190
M MENTALI	2.758	5.654.719
M SANGUE	2.140	5.415.482
APP RIPRODUTTIVO MASCHILE	1.897	3.639.226
INFEZIONI DA HIV	1.405	2.560.026
M INFETTIVE	1.392	4.303.300
TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI, EFFETTI TOSSICI	849	1.651.169
ALTRI DRG	433	12.311.389
ABUSO DI ALCOOL E DROGHE	219	250.557
TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	104	1.041.939
Totale complessivo	104.423	271.660.199

Prestazioni erogate: *Attività di emergenza urgenza*

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

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

Di fatto, gli Ospedali Aziendali che sono oggetto di analisi rilevano circa 70.000 pari al 54% del totale accessi relativi ai cittadini residenti.

Il numero di 130.000 accessi è considerevole, posto che rappresenta il 26% rispetto alla popolazione residente. La considerazione che gli Ospedali di Cagliari possano essere un riferimento, per alcune patologie, per residenti extra provincia, oppure per una utenza di persone che si trovino occasionalmente nell'isola, può implicare, una rivalutazione di questo numero, ma non rimuove quella che, nella sua dimensione appare come una criticità importante.

Di seguito si riportano gli accessi suddivisi per *triage* per anni 2011 e 2012:

ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO - 2011					
	Bianco	Verde	Giallo	Rosso	Tot
P.O. SS Trinità	3.330	21.864	8.938	416	34.548
P.O. Marino	7.962	14.333	2.234	40	24.569
P.O. Muravera	356	2.898	487	22	3.763
P.O. Isili	536	4.627	1.350	43	6.556
Totale AS I8	12.184	43.722	13.009	521	69.436

ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO - 2012					
	Bianco	Verde	Giallo	Rosso	Tot
P.O. SS Trinità	2.826	20.295	10.189	489	33.799
P.O. Marino	5.686	14.732	2.838	47	23.303
P.O. Muravera	631	4.112	802	23	5.568
P.O. Isili	430	4.078	1.802	41	6.351
Totale Asl 8	9.573	43.217	15.631	600	69.021

Dai dati delle tabelle emerge una tendenza alla diminuzione degli accessi in tutti i presidi eccezion fatta per il presidio di Muravera. In generale, se osserviamo gli accessi in base ai codici emerge una sensibile flessione dei codici bianchi (-21,4%) ed un aumento dei codici rossi (+15,2%); significativo è anche l'aumento dei codici gialli (+20,1%). Questo è determinato da un uso più appropriato dell'utenza e in sintonia con l'accordo Stato Regioni del 07.02.2013 dove si indica la necessità di una chiara separazione dei percorsi dell'urgenza dall'emergenza.

Assistenza Specialistica Ambulatoriale

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

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

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

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

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

L'obiettivo strategico della rimodulazione dell'assistenza ospedaliera solo per i casi realmente acuti è stata perseguita attraverso il potenziamento dell'assistenza territoriale, al fine di creare le

condizioni per intercettare e soddisfare le esigenze di salute della popolazione senza costringerli allo spostamento verso il polo ospedaliero cagliaritano.

Tale risultato è evidenziato dalla sensibile riduzione del tasso di ospedalizzazione sui cittadini residenti registrato in questi tre anni.

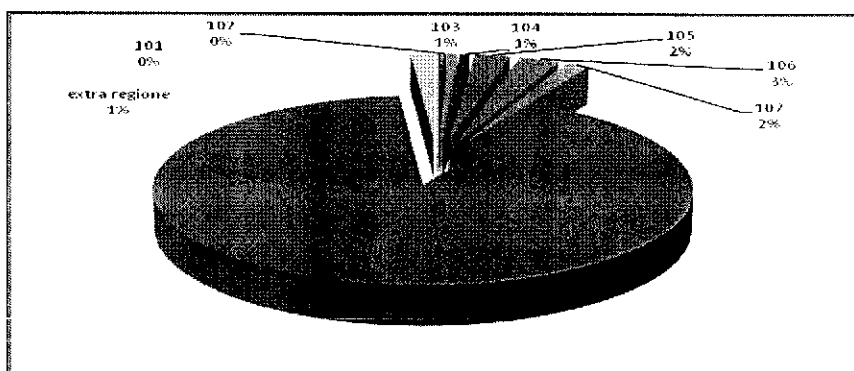
L'obiettivo di *potenziamento dell'assistenza territoriale* è stato perseguito attraverso:

- implementazione delle attività delle Cure Primarie svolte dai MMG e PLS, i Medici di Continuità Assistenziale e le varie branche specialistiche presenti nei Poliambulatori distrettuali. Nel corso del triennio le *ore di nuova istituzione* per l'assistenza specialistica ambulatoriale superano le 150.000 per un costo complessivo pari a 7.5 milioni di Euro;
- contenimento delle liste d'attesa, con l'obiettivo dell'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti, secondo le indicazioni del Ministero della Salute;
- potenziamento delle attività sociosanitarie integrate con i comuni e delle iniziative di pianificazione integrata nell'ambito dei PLUS (gli ambiti di intervento interessati dalla programmazione sono stati quelli del sostegno alla famiglia ed alla domiciliarità, della tutela delle persone anziane e persone con disabilità, dei servizi socioeducativi per minori, dell'inserimento lavorativo e sociale delle persone in situazione di svantaggio sociale);
- potenziamento dei Punti Unici d'Accesso e delle Unità di Valutazione Territoriale in ogni distretto per la presa in carico sociosanitaria globale ed integrata delle persone non autosufficienti;
- implementazione delle Cure Domiciliari e delle Cure Domiciliari Integrate finalizzata al mantenimento delle persone anziane nel proprio ambiente di vita (negli ultimi anni nel territorio dell'Azienda si è verificato un aumento delle richieste di cure a domicilio, legato soprattutto all'invecchiamento della popolazione, al progressivo aumento delle malattie tumorali e delle malattie croniche degenerative, oltre che alla maggior informazione e consapevolezza da parte delle persone non autosufficienti e loro familiari riguardo al diritto di essere assistiti nel proprio domicilio);
- intensificazione dei processi di riqualificazione della dimissione concordata e protetta in continuità ospedale-territorio, da reparti di Rianimazione e di Geriatria;
- sull'assistenza riabilitativa mantenimento delle strutture di riabilitazione direttamente gestite dall'Azienda e regolamentazione contrattuale con i soggetti privati accreditati, per l'integrazione delle attività di riabilitazione territoriale con le attività nei P.O. pubblici e privati, al fine di ottimizzare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni dopo la dimissione, con interventi per rendere la famiglia parte integrante del processo di recupero.

I dati della tabella di seguito riportati sono stati elaborati sulla base dei file C 2012 prodotti dalle strutture aziendali e dalle strutture private accreditate presenti nel territorio Aziendale.

Branca specialistica	Privato		Pubblico		Totale Asl 8	
	Quantità	Importo_Totale	Quantità	Importo_Totale	Quantità	Importo_Totale
ALTRE PRESTAZIONI			114.606	1.707.160	114.606	1.707.160
ANESTESIA			18.802	1.387.008	18.802	1.387.008
CARDIOLOGIA	124.853	3.597.510	101.294	2.200.346	226.147	5.797.856
CHIRURGIA GENERALE	1.877	63.062	22.270	366.443	24.147	429.505
CHIRURGIA PLASTICA			4.627	200.413	4.627	200.413
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	838	33.222	1.645	29.895	2.483	63.117
DERMOSIFILOPATIA	7.449	138.577	31.697	543.436	39.146	682.013
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE			42.043	2.028.024	42.043	2.028.024
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	293.563	17.697.036	75.674	3.866.734	369.237	21.563.770
ENDOCRINOLOGIA			39.041	831.296	39.041	831.296
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	7.676	461.783	10.481	523.182	18.157	984.965
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	1.755.712	7.502.704	1.941.350	12.217.939	3.697.062	19.720.643
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	1.022.492	7.660.854	101.664	957.851	1.124.156	8.618.704
NEFROLOGIA	44.529	8.595.486	47.394	6.625.817	91.923	15.221.303
NEUROCHIRURGIA			2.714	38.085	2.714	38.085
NEUROLOGIA	17.548	186.290	26.206	468.143	43.754	654.434
OCULISTICA	44.002	7.317.645	58.120	1.036.179	102.122	8.353.824
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	50.615	1.210.919	29.780	606.812	80.395	1.817.731
ONCOLOGIA	268	3.519	18.549	269.561	18.817	273.081
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	9.272	748.248	45.162	1.127.500	54.434	1.875.748
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	7.665	178.423	48.361	1.146.904	56.026	1.325.327
OTORINOLARINGOIATRIA	7.497	111.945	36.625	586.314	44.122	698.259
PNEUMOLOGIA			27.553	624.131	27.553	624.131
PSICHIATRIA			6.733	69.523	6.733	69.523
RADIOTERAPIA	1	13	84.074	3.567.136	84.075	3.567.149
UROLOGIA	6.429	1.371.121	13.669	276.931	20.098	1.648.052
Totale complessivo	3.402.286	56.878.360	2.950.134	43.302.761	6.352.420	100.181.121

Le strutture aziendali, pubbliche e private accreditate, erogano prestazioni, sia per i cittadini residenti che per i non residenti nel territorio aziendale. Il grafico riporta la suddivisione della produzione della Asl 8 per Asl di residenza degli assistiti.



Si riportano di seguito i volumi di attività delle prestazioni specialistiche con riferimento alle sole strutture interne aziendali:

Centro erogante	Quantità	Importo_Totale
ASL CAGLIARI-CENTRO DIALISI-ISILI	12.753	1.555.017
ASL CAGLIARI-CENTRO DIALISI-MONASTIR	4.120	487.084
ASL CAGLIARI-CENTRO DIALISI-MURAVERA	8.261	736.090
ASL CAGLIARI-CENTRO DIALISI-QUARTU SANT'ELENA	15.036	1.547.716
ASL CAGLIARI-CENTRO DIALISI-SARROCH	732	113.343
ASL CAGLIARI-POLIAMBULATORIO-BURCEI	1.179	19.441
ASL CAGLIARI-POLIAMBULATORIO-CAGLIARI	118.331	1.580.570
ASL CAGLIARI-POLIAMBULATORIO-DECIMOMANNU	113.082	740.589
ASL CAGLIARI-POLIAMBULATORIO-DOLIANOVA	27.117	184.705
ASL CAGLIARI-POLIAMBULATORIO-ISILI	43.657	484.362
ASL CAGLIARI-POLIAMBULATORIO-MANDAS	7.075	163.959
ASL CAGLIARI-POLIAMBULATORIO-MONASTIR	13.312	124.344
ASL CAGLIARI-POLIAMBULATORIO-MURAVERA	25.439	427.852
ASL CAGLIARI-POLIAMBULATORIO-ORROLI	28.352	219.425
ASL CAGLIARI-POLIAMBULATORIO-PULA	13.831	86.157
ASL CAGLIARI-POLIAMBULATORIO-QUARTU SANT'ELENA	199.699	1.981.032
ASL CAGLIARI-POLIAMBULATORIO-SADALI	1.282	21.326
ASL CAGLIARI-POLIAMBULATORIO-SAN NICOLO' GERREI	16.969	160.877
ASL CAGLIARI-POLIAMBULATORIO-SELARGIUS	36.615	291.355
ASL CAGLIARI-POLIAMBULATORIO-SENORBI'	216.492	1.797.464
ASL CAGLIARI-POLIAMBULATORIO-SESTU	24.374	225.200
ASL CAGLIARI-POLIAMBULATORIO-SILQUA	24.288	131.293
ASL CAGLIARI-POLIAMBULATORIO-SINNAI	16.878	160.671
ASL CAGLIARI-POLIAMBULATORIO-TEULADA	9.696	60.474
ASL CAGLIARI-POLIAMBULATORIO-VILLASIMIUS	22.854	156.063
ASL CAGLIARI-POLIAMBULATORIO-VILLASOR	2.097	31.400
ASL CAGLIARI-PRESIDIO OSPEDALIERO BINAGHI-CAGLIARI	266.459	3.761.324
ASL CAGLIARI-PRESIDIO OSPEDALIERO BUSINCO-CAGLIARI	629.542	9.592.965
ASL CAGLIARI-PRESIDIO OSPEDALIERO MARINO-CAGLIARI	121.335	3.360.859
ASL CAGLIARI-PRESIDIO OSPEDALIERO MICROCITEMICO-CAGLIARI	170.750	3.991.611
ASL CAGLIARI-PRESIDIO OSPEDALIERO SAN GIUSEPPE-ISILI	134.456	794.287
ASL CAGLIARI-PRESIDIO OSPEDALIERO SAN MARCELLINO-MURAVERA	156.842	918.751
ASL CAGLIARI-PRESIDIO OSPEDALIERO SS TRINITA'-CAGLIARI	393.718	6.384.611
ASL CAGLIARI-SERVIZIO DI ENDOCRINOLOGIA-CAGLIARI	73.295	1.009.158
ASL CAGLIARI-SERVIZIO DIPENDENZE (SERD)-CAGLIARI	204	1.222
N.d.	12	164
Totale complessivo	2.950.134	43.302.761

Relativamente alle prestazioni di *dialisi territoriale*, nel corso del 2012 sono stati erogati 6.962 trattamenti emodialitici a 68 persone.

Cure Domiciliari

Nel corso dell'anno 2012 si è proseguito nella sistematica riorganizzazione dell'intero sistema delle Cure Domiciliari e delle cure Domiciliari Integrate.

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

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

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

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

Assistenza Riabilitativa

Anche nell'anno 2012 si è lavorato soprattutto sul versante dei rapporti con i soggetti erogatori privati, detentori di circa il 96% della erogazione delle prestazioni di riabilitazione globale sanitaria e sociosanitaria della Asl, per condividere il modello dell'**assistenza riabilitativa** globale in maniera omogenea in tutto il territorio aziendale, considerato che l'accesso alle strutture è regolato in maniera diretta senza intermediazione di equipe interdisciplinari dei distretti.

Le persone Assistite in Riabilitazione sono 4.476.

La tabelle seguenti riportano rispettivamente i dati riguardanti le persone non autosufficienti che hanno avuto accesso a trattamenti socio riabilitativi presso le strutture residenziali e

semiresidenziali di riabilitazione globale sociosanitaria, distinti per tipologia/profilo di prestazione e per distretto di residenza.

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

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

Riabilitazione e Terapia fisica erogata presso l'unica struttura aziendale situata presso il presidio ospedaliero SS. Trinità ha riguardato 1.094 prestazioni dirette come prime e seconde visite.

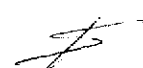
Riabilitazione Sanitaria e Sociosanitaria Territoriale erogata presso il Centro per adulti e anziani "Ausonia"

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

Assistenza Residenziale Sociosanitaria Territoriale

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

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



Hospice Aziendale

Nel marzo 2007 la Asl di Cagliari ha inaugurato l'*Hospice*, struttura di ricovero extraospedaliero destinata all'accoglienza e al ricovero di malati, di tipo oncologico, che necessitano di terapie curative e di supporto con esclusivo intento palliativo.

All'hospice accedono i malati, affetti da una malattia progressiva e in fase avanzata, in rapida evoluzione e con prognosi infausta, non più suscettibili di cure finalizzate alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia, in base ai seguenti criteri:

- limitata aspettativa di vita, stimata (sulla base di indicatori prognostici validi scientificamente e in base all'esperienza, scienza e coscienza dell'equipe curante) non superiore ai sei mesi;
- elevato livello di necessità e/o ridotta autonomia funzionale e/o compromissione dello stato cognitivo caratterizzanti uno stato di "fragilità";
- impossibilità di attuare cure domiciliari palliative, per problematiche di tipo sanitario e/o sociale.

L'Hospice, è dotato di 14 posti letto ordinari + 2 di ricovero diurno, dalla sua apertura ad oggi prende in carico circa 250-300 pazienti/anno, con un andamento in continua crescita e comunque ben al di sopra dell'obiettivo di 200 ricoveri/anno previsto in sede di apertura del centro

La tabella sottostante presenta i pazienti dimessi nel periodo 2007-2012:

Etichette di riga	Pazienti
2007	80
2008	162
2009	258
2010	274
2011	300
2012	304
Totale complessivo	1378



Anche il tasso di occupazione dei 14 posti letto, mediamente utilizzati per i ricoveri di degenza, segna un tendenziale incremento si è difatti passati dal 62% registrato nel 2008 all'83% del 2012 con un sensibile incremento delle giornate di degenza erogate + 33% in quattro anni.

Consultori

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

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

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

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

Assistenza Collettiva

Il Dipartimento di Prevenzione opera svolgendo le seguenti attività:

prevenzione secondaria, mediante programmi di screening (Servizio Promozione della Salute)

	screening effettuati
carcinoma del colon retto	23.030
carcinoma della cervice uterina	23.295
carcinoma della mammella	7.161

Controllo e sorveglianza delle malattie infettive (Servizio Igiene e Sanità Pubblica)

	2011	2012
segnalazioni di malattie infettive	585	445
inchieste epidemiologiche	281	247

In tema di Medicina delle Migrazioni (Servizio Promozione della Salute) si registra ad es.:

Medicina delle Migrazioni	2011	2012
attività COSSI: accessi ai servizi	574	435
visite agli immigrati c/o ambulat. STP di Ca	2.501	2.524

Per l'anno 2012 le principali attività svolte dai servizi veterinari sono state:

Focolai rilevati:

Blue Tongue	n° 198	capi morti	n° 6.844
Peste Suina Africana	n° 12	capi abbattuti	n° 221
Scrapie	n° 1	capi abbattuti	n° 221
Altri Focolai	n° 49		

Controlli Ufficiali:

Tubercolosi Bovina	allevamenti n° 673	capi controllati n° 20.170
Brucellosi e Leucosi Bovina	allevamenti n° 105	capi controllati n° 2.081
Brucellosi Ovina	allevamenti n° 380	capi controllati n° 22.098
Peste Suina Africana/Classica	allevamenti n° 2297	capi controllati n° 22.410
Salmonellosi Aviare	allevamenti n° 3	capi controllati n° 8.888
Chek-List Anagrafe Ovi-Caprine	allevamenti n° 336	
Chek-List Anagrafe Bovine	allevamenti n° 45	
Chek-List Anagrafe Suine	allevamenti n° 284	
Chek-List Anagrafe Equine	allevamenti n° 55	

Piano Straordinario Monitoraggio Suini:

Allevamenti controllati n°2601 verifiche effettuate n° 18.316

Cap. IV) Piano delle Performance

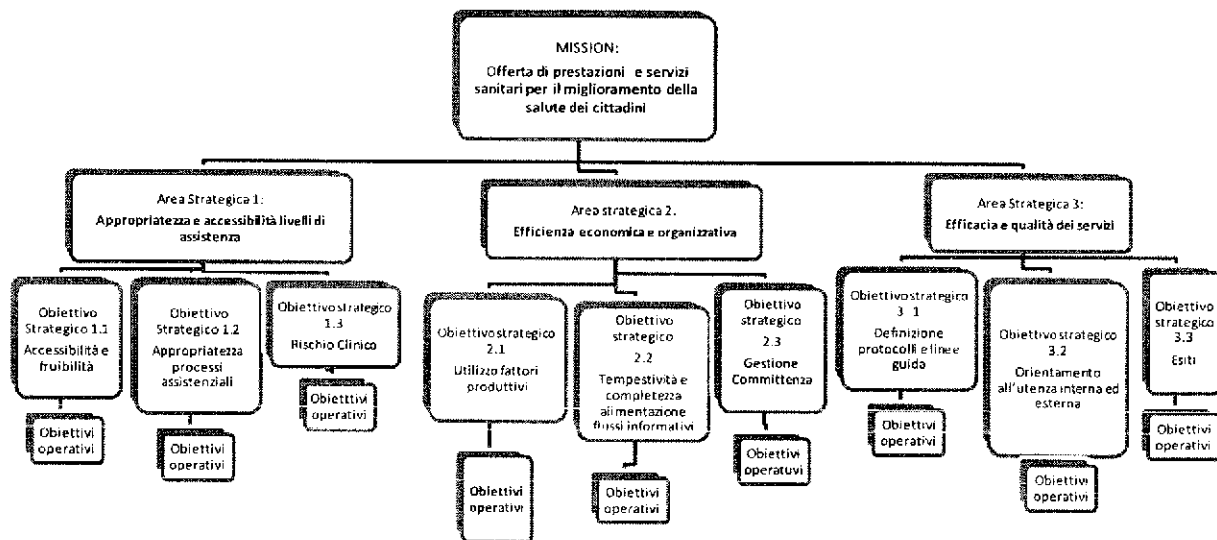
Albero della Performance

In coerenza con le indicazioni derivanti dalla normativa nazionale e regionale, vista la mission e la vision aziendale sopra declinate, di seguito sono riportate le principali **aree** di sviluppo strategico che l'ASL intende perseguire nel prossimo triennio.

L'albero della performance è un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. In altri termini, tale diagramma dimostra come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione.

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per la elaborazione dell'albero della performance. Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in **obiettivi strategici**, a loro volta declinati in **obiettivi operativi** assegnati ai Dirigenti.

Di seguito è riportata la rappresentazione grafica dell'**Albero della Performance**.



Nella costruzione dell'Albero delle Performance sono state individuate tre **aree strategiche** di valutazione:

- A. Area della prevenzione, dell'appropriatezza e accessibilità nei livelli di assistenza
- B. Area dell'efficienza economico organizzativa
- C. Area dell'efficacia e qualità dei servizi

Indirizzi Strategici Aziendali

L'Azienda, con il presente documento, intende individuare le *aree operative* nell'ambito delle quali innestare il processo di contrattazioni degli obiettivi da assegnare con le unità operative aziendali.

Le *aree* ritenute più rilevanti al fine di migliorare il livello delle "performance" delle prestazioni di assistenza erogate agli utenti sono relative a:

A *Area della prevenzione, dell'appropriatezza e dell'accessibilità nei livelli di assistenza:*

- A.1 Garantire l'appropriata erogazione dei servizi a partire dai LEA;
- A.2 Attivazione di iniziative che possono prevenire o ritardare l'insorgenza della "malattia", attraverso il consolidamento di campagne di prevenzione primaria (stili di vita salutari) e secondaria (diagnosi precoce);
- A.3 Miglioramenti nell'appropriatezza delle prestazioni erogate e nella qualità dell'outcome prodotto (analisi degli esiti);

B *Area dell'efficienza economica e organizzativa:*

- B.1 Sviluppare la medicina e l'assistenza sul territorio nella direzione di costruire alternative valide e credibili all'assistenza ospedaliera;
- B.2 Garantire un equilibrio economico gestionale dell'Azienda;
- B.3 Gestione committenza

C *Area dell'efficacia e qualità dei servizi:*

- C.1 Potenziare le reti di servizi di assistenza integrata al fine di ridurre il numero dei ricoveri impropri negli Ospedali per acuti e ridurre la durata di degenza dei ricoveri appropriati, grazie alla definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutici (Pdt) efficaci;
- C.2 Miglioramento dei livelli di trasparenza dell'amministrazione e implementazione dei sistemi atti a prevenire e monitorare gli eventi a rischio corruzione;
- C.3 Ottimizzazione del sistema informativo per la rilevazione e rendicontazione delle prestazioni di assistenza erogate e dei relativi costi.

A.1. Garantire l'appropriata erogazione dei servizi a partire dai LEA

L'Azienda intende monitorare analiticamente le prestazioni di assistenza erogate al fine di misurarne l'efficacia e l'appropriatezza.

A tal fine si intende adottare un modello di rilevazione di un definito *set di indicatori* ripartito tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza territoriale e l'assistenza ospedaliera al fine di conoscere e cogliere nell'insieme le diversità il disomogeneo livello di erogazione dei livelli di assistenza nel territorio.

Tale "griglia" di indicatori, applicata a livello nazionale, diventa un efficace strumento per individuare nelle singole realtà aziendali quelle aree di criticità in cui si ritiene compromessa un'adeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza, permettendo inoltre un costante confronto con i livelli raggiunti nelle diverse realtà nazionali.

A.2. Attivazione campagne di prevenzione primaria e secondaria

L'Azienda intende potenziare le azioni che mirano a modificare l'insieme delle azioni e dei comportamenti determinanti per l'insorgenza e la progressione delle malattie e il determinarsi di danni irreversibili quando la patologia è in atto.

La **prevenzione primaria** è possibile se si realizza una larga diffusione dell'informazione sanitaria. Comprende tutti gli interventi destinati ad ostacolare l'insorgenza della malattia nella popolazione, combattendo le cause e i fattori predisponenti.

Lo scopo della prevenzione primaria è quello di ridurre l'incidenza (indicatore statistico che misura la comparsa di nuovi casi in un determinato arco di tempo, nella popolazione di riferimento) delle patologie tenendo sotto controllo i fattori di rischio. In altre parole si tratta di evitare quei comportamenti che possono favorire l'insorgenza della patologia.

A tal fine l'Azienda predispone: a) progetti mirati di educazione alla salute; b) profilassi immunitaria; c) interventi sull'ambiente per eliminare o correggere le possibili cause delle malattie; d) interventi sull'uomo per rilevare e correggere errate abitudini di vita (es. fumo); e) individuazione e correzione delle situazioni che predispongono alla malattia (es. obesità).

L'attivazione di percorsi di **prevenzione secondaria** è destinata ad ostacolare l'aumento del numero di casi di una malattia nella popolazione, riducendone la durata e la gravità.

L'obiettivo è l'individuazione precoce dei soggetti ammalati o ad alto rischio per poter ottenere la guarigione o impedirne l'evoluzione. Lo strumento essenziale è la diagnosi precoce rivolta a persone ritenute a rischio.

La Regione Sardegna ha avviato da molti anni il programma di diagnosi precoce dei tumori della mammella e del collo dell'utero, a cui si è aggiunto quello del colon-retto.

Lo screening è un'azione di sanità pubblica con la quale popolazione sana di un determinato territorio in età giudicata a rischio è sistematicamente invitata dalla propria azienda sanitaria a sottoporsi gratuitamente ad esami preventivi (mammografia, pap-test ecc.).

Lo scopo della prevenzione secondaria è individuare il tumore in uno stadio molto precoce in modo che sia possibile trattarlo in maniera efficace e ottenere di conseguenza un maggior numero di guarigioni e una riduzione del tasso di mortalità.

A.3. Miglioramento dell'appropriatezza e Disease Management

I dati epidemiologici e di analisi delle prestazioni di assistenza erogate nel cap.I della presente relazione evidenziano l'alto consumo di risorse e l'alto rischio di erogare prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza. Difatti le continue evoluzioni tecnologiche ed assistenziali permettono di definire risposte assistenziali su livelli meno impegnativi dal punto di vista organizzativo pur garantendo la stessa efficacia clinica (es. spostamento dal ricovero ordinario al ricovero diurno piuttosto che al *day service*).

Il concetto di “appropriatezza”, nella sua accezione più ampiamente accettata, è intrinsecamente collegato ad una verifica degli interventi effettuati da un particolare produttore di servizi, in risposta ad una esigenza specifica espressa da un singolo individuo, in un determinato momento del tempo.

In generale, tuttavia, risulta del tutto evidente che tale definizione di appropriatezza sia più facilmente applicabile nelle condizioni nelle quali è possibile suddividere le azioni in maniera netta sia sul piano organizzativo che su quello della correttezza clinico-epidemiologica.

Nella maggior parte dei casi, al contrario, il “congelamento” delle condizioni di un paziente non solo non è possibile, ma rischia di orientare giudizi di appropriatezza potenzialmente distorti perché basati su una visione parziale e/o vera solo con un margine molto basso di probabilità e rilevanza nel medio-lungo termine.

Ad esempio nel caso delle malattie croniche, un area di valutazione dei sistemi sanitari odierni divenuta critica, risulta complicato analizzare una singola scelta in un *continuum di scelte* da effettuarsi, ignorando il problema dell’analisi dell’appropriatezza nella sua complessità naturale. Del resto una valutazione diversa per ogni intervento rischia di essere di difficile sintesi, risultando spezzettata, diluita nel tempo, e quindi poco rispondente alla storia effettiva del paziente. Sarebbe un pò di giudicare la bontà di un film visualizzando separatamente ogni singolo frame che lo compone.

Pertanto occorre in qualche modo estendere ed aggiornare la nozione di appropriatezza, adattandola ad una pluralità di situazioni che abbiano al loro centro non già il singolo intervento, ma il caso personale cui tale intervento è effettivamente destinato. Nell’ambito della applicazione di tale principio *l’Azienda intende sperimentare la costruzione di un metodo sistematico capace di consentire una valutazione dell’appropriatezza di sistema basata sull’analisi del percorso clinico osservato e del risultato atteso a livello di gruppi di patologie.*

Il principio centrale della sperimentazione prevede pertanto una ridefinizione dell’appropriatezza quale verifica della congruità e coerenza dell’appropriatezza del complessivo percorso assistenziale del paziente nei vari livelli di cura.

Tale approccio metodologico alla verifica dell’appropriatezza dei percorsi assistenziali qualifica l’impegno a diffondere la “cultura” della continuità assistenziale, della presa in carico e dell’interazione tra i vari operatori, ed è particolarmente efficace nella gestione dei pazienti cronici.

Il modello che l’Azienda intende promuovere prevede lo studio e la strutturazione di percorsi assistenziali condivisi che eviti frazionamenti delle cure, ripetizioni delle indagini, ritardi diagnostici ed eccessivi iter burocratici, responsabili dell’aggravamento delle condizioni cliniche del paziente.

B.1. Sviluppare l'assistenza sul territorio nella direzione di costruire alternative valide e credibili all'assistenza ospedaliera.

Il contesto attuale, come evidenziato dall'apposito paragrafo della presente relazione, è caratterizzato da mutamenti di tipo demografico, epidemiologico e anche sociale che portano inevitabilmente a un invecchiamento della popolazione e, conseguentemente, all'aumento delle patologie croniche e cronic-degenerative. Questo impone di ripensare e di rimodulare l'offerta dei servizi e delle prestazioni in una logica di *continuità assistenziale* che si prenda a carico il paziente dal momento dell'ospedalizzazione, quindi dal momento della gestione dell'evento acuto, sino al trasferimento al domicilio.

Già il Piano Sanitario Nazionale 2010-2013 identifica la tipologia di pazienti ai quali rivolgere questa presa a carico e, quindi, questa continuità assistenziale. Si parla fondamentalmente di pazienti post acuti con un elevato rischio di riospedalizzazione in caso di una mancanza di assistenza adeguata, si parla di pazienti cronici con un elevato bisogno assistenziale e quindi a rischio di riospedalizzazione o di ricovero inappropriato, e si parla ancora di pazienti cronici che necessitano di una fase di monitoraggio e di un'educazione all'autocura.

Obiettivo aziendale è incrementare l'offerta qualitativa e quantitativa dell'assistenza territoriale al fine di avvicinare la risposta sanitaria al domicilio dell'utenza.

B.2. Garantire un equilibrio economico gestionale dell'Azienda

Nel corso del triennio 2010-2012 l'Azienda n. 8 di Cagliari ha avviato un processo di *razionalizzazione della spesa* con l'obiettivo della sostenibilità economica. Tale obiettivo è stato raggiunto nel 2012 grazie ad una significativa riduzione del trend di crescita dei costi di produzione (che ha registrato un incremento complessivo pari all'1,5%, notevolmente inferiore al 4,8% mediamente registrato nel periodo 2000-2010); a tale contrazione nel trend di crescita dei costi ha corrisposto un sensibile incremento del finanziamento regionale, consentendo in tal modo l'azzeramento totale della perdita di circa € 56.000.000 registratasi nel 2010.

L'equilibrio economico raggiunto verrà sostanzialmente confermato nel corso per l'anno 2013, nonostante la riduzione delle assegnazioni regionali previste per il finanziamento parte corrente.

Le azioni di razionalizzazione della spesa si sono concentrate in particolare sulle dinamiche di spesa dell'assistenza farmaceutica - sia territoriale che ospedaliera - (dal lato della domanda attraverso la promozione di iniziative di formazione, informazione incontro e "confronto tra pari", dal lato dell'offerta attraverso il potenziamento della distribuzione per conto, distribuzione diretta, distribuzione 1° ciclo di terapia alla dimissione).

Sulla riduzione della spesa per l'acquisto del *materiale sanitario* oltre le azioni di contenimento già attuate si prevedono positivi effetti dall'attivazione delle procedure di acquisizione attraverso gare centralizzate gestite dalle Aziende Sanitarie di riferimento a livello regionale nonché il consolidarsi del fenomeno della distribuzione diretta dei farmaci (già attivata da diversi anni), al fine di contenere la spesa farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate.

L'ulteriore riduzione della spesa farmaceutica convenzionata si potrà realizzare quale risultato dell'effetto combinato di diversi fattori quali: a) l'implementazione dell'attività di monitoraggio del livello di appropriatezza delle prescrizioni terapeutiche; b) gli effetti economici conseguenti all'applicazione delle disposizioni contenute nel decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78. Le disposizioni normative del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78 hanno agito su diversi fronti: i) l'introduzione di un extrasconto a carico del farmacista dell'1,82%; ii) l'introduzione di un pay-back dell'1,83% a carico del produttore; iii) l'allineamento del prezzo di riferimento della lista di trasparenza AIFA al prezzo dei farmaci a brevetto scaduto vigente in altri Paesi Europei.

Tra i fattori che, invece, sospingono la spesa è da segnalarsi il costo dell'alta tecnologia presente nei beni utilizzati in sanità.

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

Occorre rilevare che l'aumento dei costi di produzione registrato tra il 2011 e il 2012 è influenzato dall'incremento da parte della regione delle tariffe di rimborso ai convenzionati privati (Riabilitazione, Hospice, emergenza 118, ecc.), oltre agli incrementi sui tetti di spesa di alcune categorie di produttori di assistenza sanitaria privata (RSA, comunità per il recupero delle tossicodipendenze) ed i finanziamenti per l'abbattimento delle liste d'attesa che hanno determinato l'opportunità per l'Azienda di contrattualizzare prestazioni aggiuntive di assistenza al fine di migliorare la tempestività della risposta assistenziale. Tali provvedimenti determineranno ancora incrementi di costi per gli anni futuri.

B.3. Gestione Committenza

L'Azienda oltre alle funzioni di produzione di assistenza sanitaria svolge un'importante funzione di governo delle prestazioni di assistenza erogate da altri soggetti pubblici e privati convenzionati verso i propri assistiti.

La funzione di committenza si concretizza attraverso:

- a. l'analisi dei bisogni territoriali;
- b. la definizione delle priorità sociali perseguite (target d'utenza e regole di accesso);
- c. l'individuazione degli interventi attraverso cui soddisfarle (volume e mix di prestazioni; standard qualitativi; ecc.);
- d. la predisposizione di meccanismi di monitoraggio e verifica dei risultati conseguiti, in termini di output e di outcome.

All'interno di questo quadro, due sono gli strumenti a disposizione dell'Azienda per svolgere al meglio tale funzione:

- ✓ il contratto;
- ✓ verifiche sulla qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate.

Il contratto è una particolare tipologia negoziale attraverso cui si regolano i rapporti tra ente conferente e soggetto gestore il servizio pubblico.

Con la stipula del contratto il soggetto gestore si impegna a garantire l'erogazione del servizio conferitogli nel rispetto di certi parametri quantitativi e qualitativi e l'ente conferente si impegna a riconoscergli un corrispettivo di compensazione.

Importante obiettivo dell'Azienda è governare la funzione di committenza superando l'approccio "risorse finanziarie versus prestazioni" verso un concetto più ampio di "governance" che valorizzi il paradigma "risorse finanziarie versus outcome".

C.1. Riduzione dei ricoveri impropri negli ospedali e sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici di integrazione assistenziale.

I principali obiettivi che il sistema sanitario deve raggiungere per garantire la continuità assistenziale sono legati a favorire processi di integrazione fra le diverse figure professionali coinvolte e integrazione fra i diversi setting assistenziali, aggiungendo un ulteriore elemento che è la condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici.

L'obiettivo dell'Azienda è di sviluppare un sistema di integrazione ospedale-territorio che si faccia carico anche degli aspetti sociali. Si ritiene infatti che per garantire una efficace presa in carico "globale" del paziente non ci si possa limitare agli aspetti di tipo assistenziale-ospedaliero, ma implica la necessità di costruire "*percorsi su misura*" che tengano conto anche delle "*variabili sociali*" di contesto quali: la situazione familiare, socioeconomica e cultura dell'assistito.

I principali obiettivi sono relativi al miglioramento dell'appropriatezza, alla promozione e condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici, alla riduzione della degenza ospedaliera, alla gestione a domicilio del paziente attraverso attivazione dell'assistenza domiciliare integrata, della telemedicina, formazione e assistenza per l'autocura delle patologie croniche da parte del paziente o dei familiari più prossimi.

Come già evidenziato nel paragrafo relativo all'analisi di contesto, l'Azienda ha intrapreso da tempo una costante *riduzione del tasso di ospedalizzazione* sulla popolazione residente. In particolare negli ultimi sei anni si sono ridotti di oltre 20.000 i casi di ricovero all'anno (-22%), attraverso una riduzione della "fuga" verso gli ospedali pubblici e privati non direttamente gestiti dall'Azienda.

In particolare l'A.O."Brotzu", nel 2012, ha ricoverato 8.500 pazienti residenti in meno rispetto al 2006, l'AOU di Cagliari ha ricoverato 4.000 pazienti in meno e le Case di Cura convenzionate hanno ricoverato 7.200 pazienti in meno.

In questi ultimi anni l'andamento della ospedalizzazione, a parità di soddisfazione del bisogno, ha visto una progressiva tendenza alla riduzione dei ricoveri sia in valore assoluto che in rapporto alla popolazione residente.

Analogo andamento si è avuto per ciascun distretto, pur con differenze riconducibili principalmente alla diversa prevalenza di popolazione anziana, alle caratteristiche del territorio e alla diversa

struttura della offerta. Il calo si conferma anche standardizzando il tasso di ospedalizzazione per l'età, raggiungendo valori sostanzialmente in linea con la media regionale.

Tale andamento si associa ad una contestuale **riduzione della mobilità di ricoveri** di cittadini della provincia verso ospedali della regione a conferma di un miglioramento della struttura e della qualità della offerta e del miglioramento della autosufficienza territoriale.

L'ulteriore miglioramento del tasso di ospedalizzazione in provincia di Cagliari, in costante diminuzione e coerente con gli indirizzi nazionali e regionali, sarà reso possibile attraverso:

- ❖ il miglioramento dell'appropriatezza dell'attività di ricovero per le patologie curabili a domicilio;
- ❖ l'introduzione di modalità di assistenza alternative al ricovero tradizionale quali il Day Hospital e la Day Surgery;
- ❖ il trasferimento in assistenza ambulatoriale delle attività meno complesse anche tramite l'attivazione di pacchetti ambulatoriali integrati (Day Service);
- ❖ lo sviluppo di integrazioni sempre più strette tra ospedale e servizi sanitari e sociali del territorio, potenziando la dimissione protetta garantendo la continuità del processo assistenziale.

C.2. Trasparenza e Anticorruzione.

I recenti provvedimenti normativi hanno determinato una forte accelerazione all'interno delle Pubbliche Amministrazioni relativamente ai processi di sviluppo della **trasparenza** delle proprie decisioni operative e agli accorgimenti per prevenire e monitorare i fenomeni a rischio corruzione.

La necessità di miglioramento dei livelli di trasparenza nella gestione dell'Amministrazione è culminata nel **d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33** (nuove misure concernenti gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, in attuazione della delega di cui ai commi 35 e 36 dell'articolo 1 della legge 6 novembre 2012, n. 190), che inquadra la trasparenza come una vera e propria "filosofia di fondo" a cui la pubblica amministrazione deve adeguare struttura e moduli organizzativi, prima ancora delle proprie condotte concrete.

Sul piano dell'individuazione e monitoraggio del **rischio corruzione**, in ottemperanza di quanto previsto dalla Legge 190/2012 l'Azienda ha adottato, con delib. n°60 del 20/01/2014, un piano al fine di valutare i diversi livelli di esposizione al rischio di corruzione ed individuare gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio medesimo.

Il Piano contiene la ricostruzione dei "processi organizzativi" con particolare attenzione alla struttura dei controlli e delle aree nel cui ambito possono, anche solo in via teorica, verificarsi episodi di corruzione.

C.3. Ottimizzazione del sistema informativo

La Regione Sardegna ha avviato, già da diversi anni un importante progetto per l'evoluzione dei sistemi informativi afferenti al Sistema Sanitario Regionale.

Obiettivo del progetto è la realizzazione di un *Sistema Informativo Sanitario Integrato Regionale* che superi la mancanza di correlazione tra processi e sistemi informatici di governo, e tra processi e sistemi di servizio/erogazione in un contesto di necessaria accelerazione dell'informatizzazione estesa dei processi sanitari.

La logica prevede che i sistemi clinici basati sulla realizzazione e successiva estensione del Fascicolo Sanitario Elettronico siano parte di un'architettura coerente con i sistemi di amministrazione e governo, rappresentando un salto qualitativo nel governo del sistema sia dal punto di vista amministrativo che epidemiologico.

Il progetto ha quindi l'obiettivo di:

- ✓ disporre di un consolidato sistema di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, tramite indicatori che operino in modo esaustivo a tutti e tre i livelli di verifica (ospedaliero, territoriale e ambiente di lavoro), grazie anche all'utilizzo dei dati elaborati dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario;
- ✓ rendere pubblici i valori monitorati dei tempi di attesa, garantendo il raggiungimento del livello previsto;
- ✓ supportare il controllo della spesa sanitaria, le prestazioni erogate non possono essere considerate essenziali se non appropriate;
- ✓ migliorare l'efficienza delle cure primarie attraverso l'integrazione in rete dei professionisti al fine di agevolare i processi di continuità assistenziale;
- ✓ supportare gli interventi di prevenzione attiva sul territorio;
- ✓ facilitare l'accesso ai servizi potenziando e facilitando la scelta dei cittadini attraverso l'interoperabilità tra i sistemi di prenotazione;
- ✓ consentire il miglioramento dei processi integrati di assistenza sociale e quelli di assistenza sociosanitaria, mediante l'ottimizzazione del un punto di accesso – PUA alle prestazioni, a livello di distretto socio-sanitario (integrazione assistenziale tra processi di tipo sanitario: prestazioni infermieristiche, mediche, riabilitative, e di tipo sociosanitario: ADI, residenzialità diurna o a tempo pieno, ecc);
- ✓ supportare il miglioramento della qualità dei servizi sanitari e favorire il consolidamento e lo sviluppo delle eccellenze attraverso l'introduzione delle soluzioni orientate al governo clinico, alla formazione continua in medicina, alla misurazione dei risultati e alla telemedicina;
- ✓ alimentare il Nuovo Sistema Informativo Sanitario con i dati necessari per il Ministero della Salute (debito informativo);
- ✓ consentire una gestione efficiente ed efficace del processo relativo alle attività di compensazione intra ed extra regionale relativa agli aspetti della mobilità;
- ✓ migliorare la qualità dei documenti elettronici all'interno del sistema sanitario regionale.

Il continuo rilascio dei diversi applicativi informatici avvenuto in questi anni evidenzia la necessità di una complessiva *attività di ottimizzazione e "fine tuning"* degli applicativi al fine di garantire la produzione di utili informazioni verso i destinatari del sistema che sono:

- i cittadini;
- gli operatori sanitari;
- le aziende sanitarie;
- l'amministrazione regionale.

Regolamento di Budget Aziendale e sistema di valutazione

Tali obiettivi sono assegnati tramite il processo di budget ai referenti aziendali competenti per materia.

Il **Processo di Budget** della ASL di Cagliari, aggiornata periodicamente dal controllo di gestione su input della Direzione Strategica, detta le modalità di svolgimento del processo, mentre il Piano di Budget ne definisce le tempistiche.

Gli obiettivi di budget vengono assegnati, in seguito ad un adeguato processo di "contrattazione", dalla Direzione Aziendale ai dipartimenti aziendali, ai distretti e a tutte le strutture organizzative complesse e semplici dipartimentali attivate.

Gli obiettivi dovranno quindi riguardare tutte le strutture aziendali sopra elencate e tutte le aree di governo delle quali le strutture stesse sono direttamente responsabili.

I Responsabili gerarchici assegnano, in seguito ad un adeguato processo di "contrattazione", gli obiettivi specifici alle singole unità organizzative afferenti alla propria struttura (Strutture Semplici e Incarichi di Alta Specializzazione), ne danno comunicazione alla Direzione e ne curano il monitoraggio intermedio e la verifica finale.

Gli obiettivi contrattati dovranno essere: coerenti rispetto ai bisogni degli assistiti, alle finalità istituzionali aziendali e alle scelte politiche e strategiche dell'azienda; pertinenti, misurabili, chiari e finalizzati ad apportare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati; rapportati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili; riferiti ad uno specifico arco temporale e eventualmente comparabili con i risultati raggiunti nei periodi precedenti; dove è possibile commisurati a valori standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con strutture che svolgono attività omologhe. Inoltre gli obiettivi devono indicare esplicitamente la fonte e le modalità di calcolo e di misurazione del raggiungimento dello stesso.

Il processo di assegnazione degli obiettivi consiste nella condivisione di una scheda che si compone di alcuni elementi fondamentali:

- Obiettivo Operativo: descrizione dell'obiettivo che si intende perseguire;
- Formula: individuazione della modalità di calcolo dell'obiettivo;
- Valore Minimo e Valore Massimo: che definisce un range di raggiungimento che la struttura si prefigge di ottenere compreso tra un valore minimo e un valore massimo atteso;
- Fonte: individua la provenienza dei dati e delle informazioni di supporto per la misurazione, il confronto e l'analisi dei risultati raggiunti.

Ciclo di Gestione della Performance

La performance si ottiene con l'impostazione di un ciclo integrato di programmazione e controllo, che permette di organizzare e conseguentemente di valutare le performance raggiunte, sia a livello organizzativo che individuale. Il ciclo si sviluppa nelle seguenti fasi fondamentali:

1. Definizione obiettivi strategici;
2. Definizione degli obiettivi operativi da raggiungere;
3. Collegamento tra gli obiettivi e allocazione delle risorse, integrandosi con il ciclo del bilancio;
4. Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
5. Misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
6. Utilizzo dei sistemi premianti;
7. Rendicontazione dei risultati alla Direzione

Allegato A

L'Allegato A, che fa parte integrante e sostanziale del presente documento, contiene l'elenco degli Obiettivi Operativi oggetto di contrattazione con i Responsabili delle strutture aziendali.

Il presente allegato è composto da n° 36 fogli
di n° 36 pagine.

