Allegato lettera c)

1203

- 2 SET. 2014

ASLCagliari

Relazione al Bilancio

Anno 2013

Allegato lettera c)

ASLCagliari

Allegato lettera c)

Sommario

1) PREMESSA 4

2) SITUAZIONE AMBIENTALE 6

DESCRIZIONE TERRITORIALE 6

Andamento Demografico 8

3) ASSISTENZA OSPEDALIERA 11

P.O. Businco 12

P.O. SS. Trinità 18

P.O. Pediatrico e Microcitemico 29

P.O. Binaghi 35

P.O. Marino 41

P.O. S. Marcellino 46

P.O. S. Giuseppe 51

Analisi della domanda di assistenza ospedaliera 56

L'attività di Emergenza Urgenza 58

4) ASSISTENZA TERRITORIALE 62

Assistenza Territoriale 62

5) ASSISTENZA DIPARTIMENTALE 99

Dipartimento di Prevenzione 99

Dipartimento Salute Mentale 133

Dipartimento del Farmaco 160

Dipartimento del Acquisto Servizi Sanitari 169

6) ANDAMENTO DELLA GESTIONE 200

Dinamica complessiva dei principali aggregati economici 200

Investimenti e disinvestimenti 208

Andamento del Personale 215

Situazione patrimoniale di sintesi e confronto con l'esercizio precedente: 224

Informativa sui fatti di rilievo avvenuti dopo la chiusura dell'esercizio: 226

Prevedibile evoluzione della gestione: 232

7) ELENCO DEI PRESIDI OSPEDALIERI E DEI SERVIZI DELL'AZIENDA 233

Allegato lettera c)

1) Premessa

Nel corso del 2013 si è proseguito nel percorso di razionalizzazione della spesa al fine di garantire l'Azienda su una dinamica di sostenibilità economica, questo ha permesso di confermare il sostanziale pareggio di bilancio già registrato nel bilancio 2012.

Tale obiettivo è stato raggiunto grazie ad una significativa riduzione del *trend* di crescita dei costi di produzione che ha registrato un incremento complessivo pari all'1,9 %, notevolmente inferiore al 4,8% mediamente registrato nel periodo 2000-2010.

Il valore dell'incremento, leggermente superiore all' 1,5% registrato nel 2012, è in parte determinato dal potenziamento della assistenza pneumologia, avvenuta in applicazione della deliberazione della Giunta Regionale 49/5 del 17.12.2012 che ha determinato, tramite l'acquisizione del personale dell' INRCA, il subentro dell'Azienda rispetto all'attività di assistenza ai malati pneumologici in carico alla struttura che nel corso del 2012 ha cessato l'attività di assistenza.

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

Le azioni poste in essere sono esplicitate nell'apposito paragrafo di analisi delle dinamiche della spesa farmaceutica di cui alla presente relazione.

Altra importante azione di governo è stata indirizzata al contenimento del costo del personale, che ha registrato un decremento pari allo -0,6% rispetto al 2012, nonostante la stabilizzazione avvenuta dal 1° gennaio 2013 del personale ex INRCA di cui alla delibera G.R. citata (7 dirigenti sanitari + 27 comparto sanitario). Nel 2013 si conferma il trend di riduzione del costo per personale amministrativo (-0.6%) che aveva registrato già una sensibile riduzione nel 2012 (-2.4%) e nel 2011 (-2 %).

Occorre rilevare che un importante incremento dei costi è da ricondurre alle **delibere regionali** adottate negli ultimi anni che hanno contribuito all'incremento dei costi annui della produzione:

- Incremento dei tetti di spesa per le RSA e per CDI (D.G.R. n. 47/13 del 28.11.12): **€ 1.309.427**
- Incremento dei tetti di spesa per la Riabilitazione (D.G.R. n. 32/98 del 24.07.12): **€ 4.050.000**
- Incremento delle tariffe per l'Hospice (D.G.R. n. 43/18 del 31.10.2012): **€ 300.000**
- Incremento dei tetti di spesa per le Dipendenze Patologiche (D.G.R. n. 32/97 del 24.07.2012): **€ 1.205.192**

Allegato lettera c)

- Rinnovo della convenzione e incremento delle tariffe per le Associazioni di volontariato, le Cooperative sociali onlus e il Servizio di emergenza-urgenza 118 (D.G.R. n. 44/4 del 4/11/2011): **€ 900.000**
- Incremento costi per le attività di abbattimento delle liste d'attesa: **€ 6.000.000**
- Mobilità dei 7 dirigenti e dei 27 del comparto ex personale INRCA (D.G.R. 49/5 del 17.12.12) **€ 2.100.000**. La delibera ha previsto che i costi conseguenti sarebbero stati coperti dall'adeguamento delle assegnazioni di parte corrente.
- Assistenza penitenziaria nei tre istituti di pena conferiti all'Asl 8 **€ 2.800.000**;
- Canone annuo Project Financing per ampliamento Businco e Microcitemico che per parte corrente pesa sul bilancio circa **€ 5.800.000**;

La ricaduta complessiva di tali provvedimenti sui costi della produzione aziendale è stati di circa 24 milioni di euro.

Allegato lettera c)

2) Situazione ambientale

Descrizione Territoriale

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

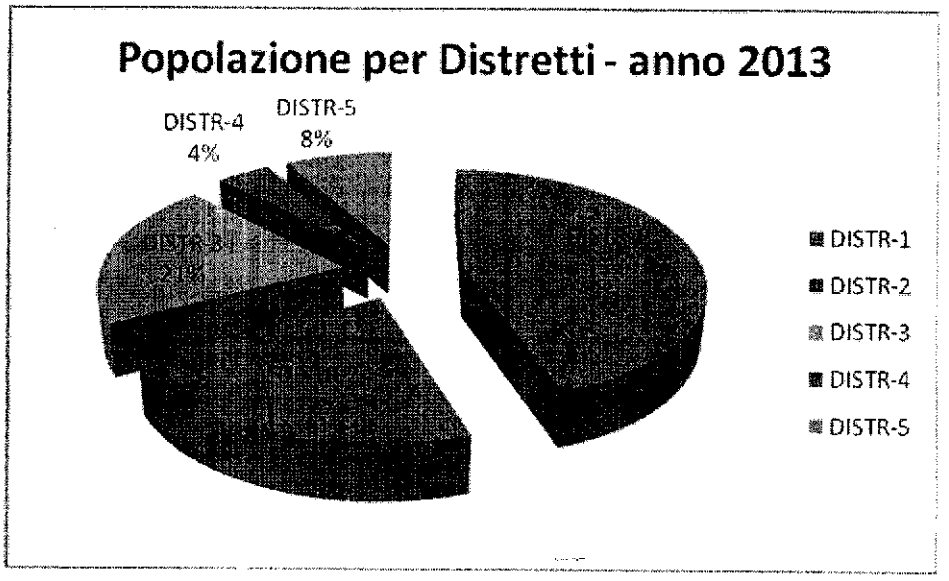
L'Azienda, in attuazione della deliberazione di Giunta Regionale n. 51/10 del 4.11.2005 che ha ridefinito i territori di competenza delle Aziende Sanitarie Regionali in coerenza con i nuovi confini delle Circoscrizioni provinciali, ha acquisito con decorrenza dal 1° gennaio 2006 i Distretti di Isili e Senorbì, provenienti il primo dalla ASL n. 3 di Nuoro ed il secondo dalla ASL n. 6 di Sanluri; ha acquisito i Comuni di Vallermosa, Nuraminis e Villasor, facenti sempre parte della ASL n. 6 di Sanluri, oltre che Siliqua e Teulada provenienti dalla ASL n. 7 di Carbonia. L'atto Aziendale attualmente vigente, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 274 del 20.03.2008 (e successivamente modificato con deliberazioni n. 1413 del 15.12.2009, n. 659 del 18.04.2013 e n. 12 del 09.01.2014), ha individuato 5 Distretti Socio Sanitari a cui afferiscono i territori dei Comuni di appartenenza così come rappresentato nella tabella seguente:

Distretto Sanitario	Comune	Residenti al 01/01/13
Distr.1 "Cagliari Area Vasta"	Cagliari; Monastir; Monserrato; Quartucciu; Selargius; Sestu; Settimo San Pietro; Ussana	246.794
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;	122.314
Distr.3 "Quartu - Parteolla"	Burcei; Dolianova; Donori'; Maracalagonis; Quartu Sant'Elena; Serdiana; Sinnai; Soleminis	112.961
Distr.4 "Sarrabus - Gerrei"	Armungia; Ballao; Castiadas; Muravera; San Nicolo' Gerrei; San Vito; Silius; Villaputzu; Villasalto; Villasimius ;	23.324
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; **Sede di Senorbi:** Barrali; Gesico; Goni; Guamaggiore; Guasila; Mandas; Nuraminis; Ortacesus; Pimentel; Samatzai; San Basilio; Sant'Andrea Frius; Selegas; Senorbi'; Siurgus Donigala; Suelli	45.684
Totale complessivo		**551.077**

Allegato lettera c)

Il Distretto più popoloso è quello che comprende l'Area metropolitana in senso stretto, seguito dal territorio che comprende i comuni dell'Area metropolitana allargata, che è suddivisa nei 2 Distretti di Quartu-Parteolla e dell'Area Ovest.

Dopo Cagliari (149.575 residenti), il Comune più popoloso si conferma essere il quello di Quartu S. Elena (69.443 residenti); nel complesso la popolazione del territorio della Asl di Cagliari (551.077) risulta pressoché equamente divisa tra uomini (267.743) e donne (283.334).



Distribuzione della popolazione residente per distretto al 01/01/2013 (Fonte dati ISTAT)

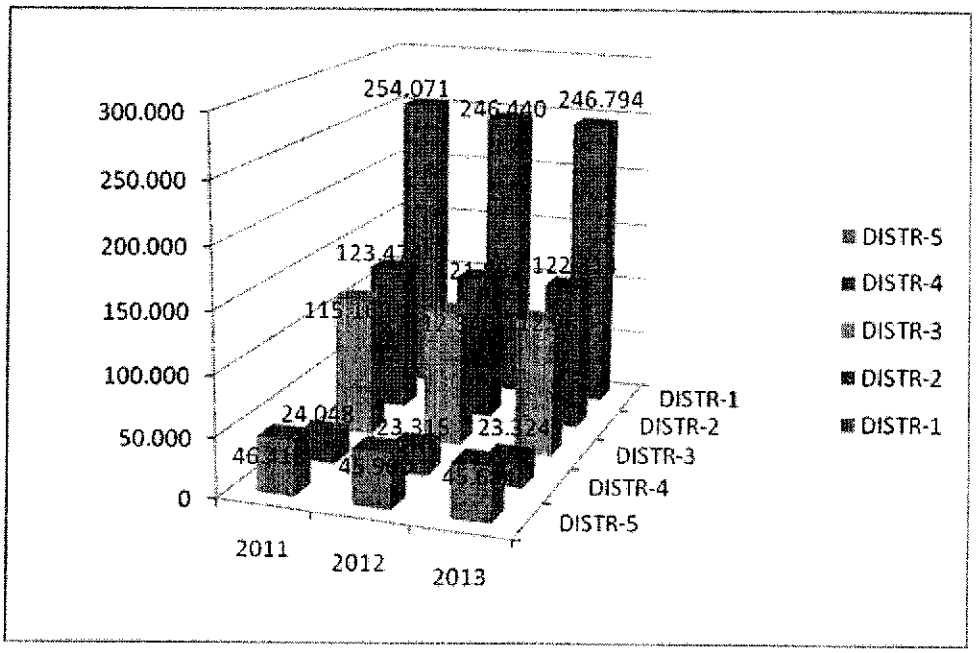
La seguente tabella riassume l'andamento della popolazione nei 5 distretti per il periodo 2011-2013:

	2011	2012	2013
DISTRETTO 1	254.071	246.440	246.794
DISTRETTO 2	123.474	121.892	122.314
DISTRETTO 3	115.169	112.346	112.961
DISTRETTO 4	24.048	23.315	23.324
DISTRETTO 5	46.418	45.900	45.684
TOTALE	**563.180**	**549.893**	**551.077**

Popolazione residente per distretto periodo 2011-2013 (Fonte dati ISTAT)

Complessivamente la popolazione residente nel periodo di osservazione è variata solo di qualche migliaio di unità.

Allegato lettera c)



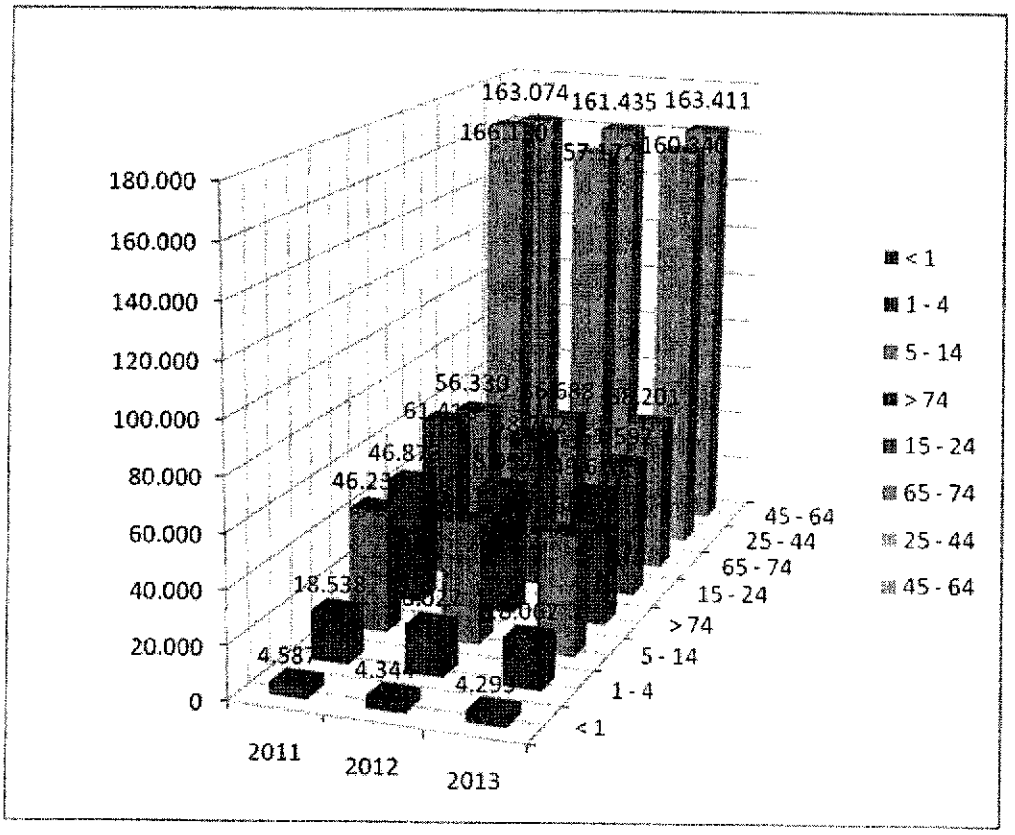
Popolazione residente per distretto periodo 2011-2013 (Fonte dati ISTAT)

Andamento Demografico

Confermando la tendenza nazionale dell'invecchiamento della popolazione, nel periodo 2011-2013 si segnala un progressivo spostamento della popolazione verso le fasce di età elevate (età superiore ai 74 anni) e che statisticamente necessitano di maggiori cure sanitare.

	2011	2012	2013
< 1	4.587	4.344	4.293
1 - 4	18.538	18.027	18.062
5 - 14	46.230	45.413	45.562
15 - 24	61.418	58.762	51.592
25 - 44	166.130	157.172	160.340
45 - 64	163.074	161.435	163.411
65 - 74	56.330	56.688	58.201
> 74	46.873	48.052	49.616

Allegato lettera c)



Popolazione Residente per fasce di età periodo 2011-2013 (Fonte dati ISTAT)

Nel suddetto periodo di osservazione (2011-2013) l'insieme della popolazione maggiore di 44 anni è aumentato complessivamente dell'1,86% (2011: 266.277 – 2013: 271.228), mentre quella minore di 45 anni è diminuita del 5,74% (2011: 296.903 – 2013: 279.849).

La tabella seguente riporta le variazioni percentuali per singola fascia di età:

	2011	2013	2013-2011
< 1	4.587	4.293	**-6,41%**
1 - 4	18.538	18.062	**-2,57%**
5 - 14	46.230	45.562	**-1,44%**
15 - 24	61.418	51.592	**-16,00%**
25 - 44	166.130	160.340	**-3,49%**
45 - 64	163.074	163.411	**0,21%**
65 - 74	56.330	58.201	**3,32%**
> 74	46.873	49.616	**5,85%**

Variazione popolazione residente per fasce di età periodo 2011-2013 (Fonte dati ISTAT)

Allegato lettera c)

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

Questa tendenza porta come conseguenza una maggiore richiesta di servizi sanitari da parte della popolazione e la necessità dell'adozione di politiche di prevenzione sempre più efficaci da affiancare alle adottande attività di razionalizzazione e recupero di efficienza nell'offerta dei servizi sanitari.

I dati di mortalità generale 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 ed avvelenamenti: queste cause rispecchiano i dati regionali e provinciali per entrambi i sessi, ma con alcune specificità d'ambito.

Allegato lettera c)

3) Assistenza ospedaliera

L'atto aziendale della ASL n. 8 disegna l'assetto organizzativo del sistema ospedaliero della ASL di Cagliari.

In particolare l'Azienda consta di 7 presidi ospedalieri:

- 3 presidi ospedalieri, che assumono una vocazione prevalentemente monospecialistica: specializzazione oncologica nel P.O. Businco, pediatrica e delle malattie rare nel P.O. Microcitemico ed ortopedica nel P.O. Marino;
- 1 presidio ospedaliero a vocazione multi specialistica, che rappresenta un punto di riferimento per l'emergenza: SS. Trinità;
- 1 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;
- 2 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.

Allegato lettera c)

P.O. Businco

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

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

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

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

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

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

Allegato lettera c)

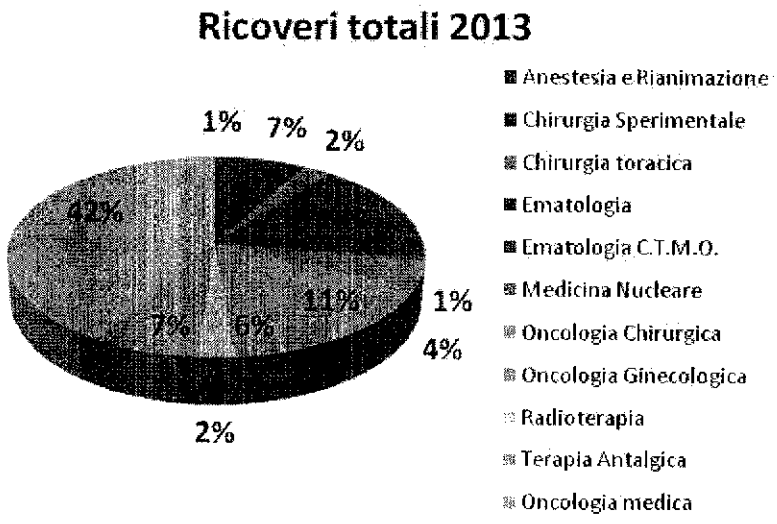
Dati strutturali

	2012						2013					
Reparto dimissione	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	6,0	91	1.597	0			6,0	78	1.835	0		
Chirurgia Sperimentale	6,0	401	2.144	2	334	334	6,0	394	1.964	2	270	270
Chirurgia toracica	8,0	226	1.538	0			8,0	233	1.440	0		
Ematologia	19,0	284	5.162	13	1.164	8.342	19,0	301	5.468	13	1.255	9.131
Ematologia C.T.M.O.	8,0	60	2.098	0			8,0	59	2.131	0		
Medicina Nucleare	11,0	437	1.670	0			11,0	415	1.616	0		
Oncologia Chirurgica	14,0	753	3.690	2,0	288	293	14,0	660	3.273	2,0	343	344
Oncologia Ginecologica	8,0	215	1.286	2	277	277	8,0	306	1.638	2	247	247
Radioterapia	16,0	283	3.990	0			16,0	232	3.471	0		
Terapia Antalgica	4,0	226	906	2	397	888	4,0	238	794	2	447	902
Oncologia medica	40,0	1507	9.105	28	2.036	17.430	40,0	1584	9.561	28	2.323	17.150
Totale complessivo	**140,0**	**4.483**	**33.186**	**49**	**4.496**	**27.564**	**140,0**	**4.500**	**33.191**	**49**	**4.885**	**28.044**

Nel corso del 2013 sono stati effettuati complessivamente 9.385 ricoveri per un totale di 61.235 giornate di cura. Il numero dei ricoveri ordinari rispetto al 2012 risulta aumentato di soli 17 casi (da 4.483 a 4.500); anche le giornate di degenza risultano essere lievemente aumentate, invertendo il trend dell'anno precedente . I ricoveri diurni sono aumentati di circa il 9%.

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

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



Allegato lettera c)

Indicatori di efficienza

	2012		2013	
Descrizione reparto dimissione	**DM**	**TOC**	**DM**	**TOC**
Anestesia e Rianimazione	17,5	73%	23,5	84%
Chirurgia Sperimentale	5,3	98%	5,0	90%
Chirurgia toracica	6,8	53%	6,2	49%
Ematologia	18,2	74%	18,2	79%
Ematologia C.T.M.O.	35,0	72%	36,1	73%
Medicina Nucleare	3,8	73%	3,9	71%
Oncologia Chirurgica	4,9	72%	5,0	64%
Oncologia Ginecologica	6,0	44%	5,4	56%
Radioterapia	14,1	68%	15,0	59%
Terapia Antalgica	4,0	62%	3,3	54%
Oncologia medica	6,0	62%	6,0	68%
Totale complessivo	7,4	65%	7,4	65%

La migliore efficienza organizzativa (miglioramento del percorso diagnostico-terapeutico intra-ospedaliero del paziente), ha portato al consolidamento dei dati riguardanti la degenza media di quasi tutte le UU.OO. ed il tasso di occupazione, ricalcando il trend dell'anno precedente.

	2012		2013	
Descrizione reparto dimissione	**IR**	**Turn Over**	**IR**	**Turn Over**
Anestesia e Rianimazione	15,2	6,5	13,0	4,6
Chirurgia Sperimentale	66,8	0,1	65,7	0,6
Chirurgia Toracica	28,3	6,1	29,1	6,4
Ematologia	14,9	6,2	15,8	4,9
Ematologia C.T.M.O.	7,5	13,7	7,4	13,4
Medicina Nucleare	39,7	1,4	37,7	1,6
Oncologia Chirurgica	53,8	1,9	47,1	2,8
Oncologia Ginecologica	26,9	7,6	38,3	4,2
Radioterapia	17,7	6,5	14,5	10,2
Terapia Antalgica	56,5	2,5	59,5	2,8
Oncologia medica	37,7	3,6	39,6	3,2
Totale complessivo	**32,0**	**4,0**	**32,1**	**4,0**

A fronte di un aumento del numero dei ricoveri ordinari e delle giornate di degenza si osserva un lieve aumento dell'indice di rotazione (IR) dello 0,1%; l'indice di Turnover è rimasto invariato.

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

Allegato lettera c)

Indicatori di appropriatezza

	2012				2013			
Reparto dimissione	% Lea	% Sentinella	Degenza media Lea	Degenza media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Degenza media Lea	Degenza media Sentinella
Anestesia e Rianimazione	0,0%	0,0%			0,0%	0,0%		
Chirurgia Sperimentale	11,5%	0,0%	4,2		6,9%	0,0%	3,4	
Chirurgia Toracica	3,5%	3,5%	1,5	1,1	6,0%	8,2%	1,6	1,6
Ematologia	44,4%	3,5%	9,6	12,0	43,5%	5,3%	11,0	11,8
Ematologia C.T.M.O.	10,0%	0,0%	5,7		11,9%	0,0%	3,1	
Medicina Nucleare	98,6%	0,0%	3,8		97,3%	0,0%	3,9	
Oncologia Chirurgica	6,8%	0,3%	2,3	2,0	6,7%	0,5%	3,1	3,3
Oncologia Ginecologica	6,5%	0,9%	2,9	9,5	14,4%	0,0%	2,7	
Radioterapia	86,9%	0,0%	15,9		87,9%	0,0%	16,1	
Terapia Antalgica	25,2%	4,4%	3,9	3,7	22,3%	5,9%	2,7	5,1
Oncologia medica	79,0%	0,9%	5,6	7,5	71,6%	1,6%	4,9	8,5
Totale complessivo	**48,5%**	**1,0%**	**6,4**	**6,4**	**45,8%**	**1,7%**	**6,0**	**6,7**

La percentuale di Drg Lea (calcolata in base all'elenco disposto nell'allegato B del Patto per la Salute 2010-2012) si riduce dell'2,7 punti percentuali; per le degenze medie il dato rimane sostanzialmente invariato.

Indicatori di complessità

Nel corso dell'anno 2013 gli indicatori relativi al peso medio ed alla percentuale di Drg medici e chirurgici delle unità operative del presidio si sono mantenuti pressoché invariati.

	2012				2013			
Reparto dimissione	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici
Anestesia e Rianimazione	4,5	100%	29%	71%	4,4	100%	32%	68%
Chirurgia Sperimentale	1,1	24%	97%	3%	1,1	21%	98%	2%
Chirurgia Toracica	2,1	33%	84%	16%	1,9	24%	74%	26%
Ematologia	1,7	56%	6%	94%	1,7	60%	5%	95%
Ematologia C.T.M.O.	12,4	0%	78%	22%	11,2	0%	71%	29%
Medicina Nucleare	0,9	0%	0%	100%	0,9	0%	0%	100%
Oncologia Chirurgica	1,3	31%	93%	7%	1,2	35%	96%	4%
Oncologia Ginecologica	1,3	13%	93%	7%	1,1	6%	85%	15%
Radioterapia	1,0	0%	12%	88%	0,9	11%	10%	90%
Terapia Antalgica	1,7	20%	73%	27%	1,3	17%	62%	38%
Oncologia medica	0,9	72%	4%	95%	0,9	75%	4%	96%
Totale complessivo	**1,4**	**33%**	**41%**	**59%**	**1,3**	**34%**	**39%**	**61%**

Allegato lettera c)

Prestazioni specialistiche

Di seguito si riportano le prestazioni ambulatoriali che dal File C risultano erogate presso il Presidio Ospedaliero.

Branca Special.	Disciplina	Quantità	Importo
ALTRE PRESTAZIONI	Chirurgia generale	1.335	€ 9.345,53
	Chirurgia toracica	830	€ 14.877,05
	Dermatologia	537	€ 2.311,94
	Ematologia	7.158	€ 95.539,48
	Laboratorio	524	€ 10.825,84
	Malattie endocr. del ricambio e della nutriz.	4	€ 67,14
	Medicina nucleare	1.711	€ 35.093,51
	Oncologia	29	€ 599,14
	Radioterapia oncologica	139	€ 1.691,18
	Recupero e riabilitazione funzionale	7	€ 144,62
	Terapia intensiva	2.103	€ 36.196,55
ALTRE PRESTAZIONI Totale		**14.377**	**€ 206.691,93**
ANESTESIA	Dermatologia	878	€ 3.397,86
	Ematologia	1	€ 3,87
	Pediatria	1	€ 11,62
	Terapia intensiva	248	€ 3.581,43
ANESTESIA Totale		**1.128**	**€ 6.994,78**
CARDIOLOGIA	Cardiologia	9.180	€ 269.713,47
	Chirurgia generale	3	€ 131,70
CARDIOLOGIA Totale		**9.183**	**€ 269.845,12**
CHIRURGIA GENERALE	Chirurgia generale	3.105	€ 67.160,66
	Chirurgia toracica	2	€ 96,47
	Dermatologia	129	€ 2.124,19
	Ematologia	1.089	€ 13.314,53
	Radiologia	64	€ 1.398,55
CHIRURGIA GENERALE Totale		**4.389**	**€ 84.094,40**
CHIRURGIA PLASTICA	Chirurgia generale	322	€ 8.298,19
	Dermatologia	962	€ 123.595,79
	Radioterapia oncologica	5	€ 48,55
CHIRURGIA PLASTICA Totale		**1.289**	**€ 131.942,53**
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	Chirurgia toracica	15	€ 309,90
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA Totale		**15**	**€ 309,90**
DERMOSIFILOPATIA	Chirurgia generale	1	€ 12,81
	Dermatologia	16.774	€ 264.528,01
	Ematologia	1	€ 13,94
DERMOSIFILOPATIA Totale		**16.776**	**€ 264.554,76**
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	Laboratorio	84	€ 1.026,73
	Malattie endocr. del ricambio e della nutriz.	24	€ 324,72
	Medicina nucleare	36.160	€ 2.039.989,85
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE Totale		**36.268**	**€ 2.041.341,30**
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	Cardiologia	34	€ 1.756,10
	Chirurgia generale	105	€ 4.895,63
	Medicina nucleare	606	€ 19.078,16
	Ostetricia e ginecologia	665	€ 28.779,54
	Radiologia	8.002	€ 659.427,59
	Radioterapia oncologica	1.603	€ 31.944,61
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA Totale		**11.015**	**€ 745.881,63**
ENDOCRINOLOGIA	Malattie endocr. del ricambio e della nutriz.	5	€ 103,30
	Radiologia	270	€ 7.670,70
ENDOCRINOLOGIA Totale		**275**	**€ 7.774,00**
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Chirurgia generale	1.946	€ 124.311,90
	Radiologia	343	€ 17.715,95
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA Totale		**2.289**	**€ 142.027,85**
LAB. ANAL. CH. CLIN. E MICROBIOL.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOLOG. PAT.-GENET.-IMMUNOEM	Anatomia ed istologia patologica	4.406	€ 106.507,44
	Chirurgia generale	95	€ 669,56
	Dermatologia	197	€ 515,56
	Ematologia	34.855	€ 293.854,03
	Laboratorio	438.870	€ 2.032.313,23
	Malattie endocr. del ricambio e della nutriz.	1.490	€ 21.205,98
	Medicina nucleare	3.390	€ 37.916,92
	Oncoematologia pediatrica	1.206	€ 4.066,60
	Oncologia	11	€ 121,55
	Ostetricia e ginecologia	765	€ 4.551,94
	Pediatria	3.614	€ 26.682,40
	Terapia intensiva	18	€ 180,53
LAB. ANAL. CH. CLIN. E MICROBIOL.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. TRASF. Tot.		**488.917**	**€ 2.528.585,74**
MEDICINA FISICA E RIABILITAZ.-RECUPERO E RIABILITAZ. DEI MOTULESI E NEUROLESI	Chirurgia generale	2	€ 15,50
	Recupero e riabilitazione funzionale	16.684	€ 155.069,63
MEDICINA FISICA E RIABILITAZ.-RECUPERO E RIABILITAZ. DEI MOTULESI E NEUROLESI Tot.		**16.686**	**€ 155.085,13**
NEUROCHIRURGIA	Neurochirurgia	1	€ 20,66
NEUROCHIRURGIA Totale		**1**	**€ 20,66**
NEUROLOGIA	Neurochirurgia	1	€ 20,66
NEUROLOGIA Totale		**1**	**€ 20,66**
OCULISTICA	Dermatologia	3	€ 124,99
OCULISTICA Totale		**3**	**€ 124,99**
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	Dermatologia	2	€ 33,46
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE Totale		**2**	**€ 33,46**
ONCOLOGIA	Dermatologia	2	€ 19,42
	Ematologia	157	€ 1.460,23
	Medicina nucleare	439	€ 5.101,18
	Oncoematologia pediatrica	1	€ 12,91
	Oncologia	15.436	€ 227.692,85
ONCOLOGIA Totale		**16.035**	**€ 234.286,59**
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Recupero e riabilitazione funzionale	5.395	€ 68.309,28
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Totale		**5.395**	**€ 68.309,28**
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Dermatologia	4	€ 79,32
	Laboratorio	19	€ 117,80
	Ostetricia e ginecologia	1.359	€ 24.120,82
	Radiologia	2	€ 61,98
OSTETRICIA E GINECOLOGIA Totale		**1.384**	**€ 24.379,92**
OTORINOLARINGOIATRIA	Chirurgia generale	2	€ 28,40
	Dermatologia	1	€ 12,81
OTORINOLARINGOIATRIA Totale		**3**	**€ 41,21**
PNEUMOLOGIA	Cardiologia	9	€ 753,03
	Chirurgia generale	3	€ 247,89
	Chirurgia toracica	373	€ 28.961,87
PNEUMOLOGIA Totale		**385**	**€ 29.962,79**
PSICHIATRIA	(vuoto)	40	€ 718,88
		8	€ 154,96
PSICHIATRIA Totale		**48**	**€ 873,84**
RADIOTERAPIA	Chirurgia generale	2	€ 7,74
	Dermatologia	1	€ 3,87
	Medicina nucleare	1	€ 67,60
	Radiologia	4	€ 392,52
	Radioterapia oncologica	82.026	€ 3.376.557,26
RADIOTERAPIA Totale		**82.034**	**€ 3.377.028,99**
UROLOGIA	Dermatologia	6	€ 105,35
UROLOGIA Totale		**6**	**€ 105,35**
Totale complessivo		**707.904**	**€ 10.320.316,81**

Allegato lettera c)

Consumo di farmaci

Nelle tabelle successive si riportano i dati sul consumo di farmaci (prodotti farmaceutici + emoderivati) degli anni 2012 e 2013. I consumi dei reparti di degenza sono stati incrociati con i dati di attività.

Reparti di degenza

CDR	Consumi 2012	Ricoveri 2012	gg degenza 2012	Fatturato DRG 2012	Consumi 2013	Ricoveri 2013	gg degenza 2013	Fatturato DRG 2013	Consumi/ gg degenza 2012	Consumi/ gg degenza 2013	Scost % Cons/gg deg	Consumi/ fatturato DRG 2012	Consumi/ Fatturato DRG 2013
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	629.018	91	1.597	1.402.831	454.701	78	1.835	1.227.586	394	248	-37,09%	44,84%	37,04%
ONCOLOGIA CHIRURGICA	45.327	1.041	3.983	3.155.794	29.824	1.003	3.617	2.770.860	11	8	-27,54%	1,44%	1,08%
CHIRURGIA SPERIMENTALE	8.643	735	2.478	1.865.708	8.657	664	2.234	1.673.878	3	4	11,10%	0,46%	0,52%
CHIRURGIA TORACICA	11.277	226	1.538	1.462.375	11.009	233	1.440	1.312.541	7	8	4,27%	0,77%	0,84%
EMATOLOGIA E CTMO	2.861.223	1.508	15.602	7.046.728	3.143.858	1.615	16.730	7.222.830	183	188	2,47%	40,60%	43,53%
MEDICINA NUCLEARE	1.223.486	437	1.670	1.266.082	1.181.220	415	1.616	1.229.365	733	731	-0,23%	96,64%	96,08%
ONCOLOGIA GINECOLOGICA	27.321	492	1.563	1.239.206	30.299	553	1.885	1.245.116	17	16	-8,04%	2,20%	2,43%
ONCOLOGIA MEDICA	5.967.321	3.543	26.535	9.270.099	6.337.613	3.907	26.711	9.494.476	225	237	5,51%	64,37%	66,75%
RADIOTERAPIA	59.443	283	3.990	1.115.653	71.299	232	3.471	939.686	15	21	37,88%	5,33%	7,59%
TERAPIA DEL DOLORE	116.476	623	1.794	1.140.845	115.071	685	1.696	999.609	65	68	4,50%	10,21%	11,51%
Totale	10.949.535	8.979	60.750	28.965.321	11.383.553	9.385	61.235	28.115.947	180	186	3,14%	37,80%	40,49%

Servizi

CDR	Consumi 2012	Consumi 2013	Scost %
ANATOMIA PATOLOGICA	2	5	172,5%
BLOCCO OPERATORIO	73.713	54.748	-25,7%
CARDIOLOGIA	146	232	58,8%
DERMATOLOGIA	1.103	5.044	357,2%
DIREZIONE SANITARIA	15	498	3147,9%
LABORATORIO ANALISI	626	586	-6,3%
RADIOLOGIA	137.354	160.865	17,1%
RADIOT. SPERIMENTALE	7.310	976	-86,6%
RECUPERO E RIEDUC. FUNZ.	14	22	52,5%

Allegato lettera c)

P.O. SS. Trinità

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

Dal maggio 2013 tutte le attività clinico-assistenziale delle UU.OO di Pneumologia (ex 2^ Pneumologia) dell' U.O. Semintensiva respiratoria (ex 3^ Pneumologia) del P.O. Binaghi sono state trasferite presso l'ospedale SS. Trinità; il presidio ospedaliero di Is Mirrionis è quindi diventato il polo di riferimento per le attività di assistenza pneumologica in acuzie.

Nel presidio sono presenti le seguenti strutture complesse:

- Gastoenterologia e Chirurgia Endoscopica digestiva;
- Geriatria;
- Malattie infettive;
- Medicina interna;
- Dialisi;
- Chirurgia Generale;
- Chirurgia Maxillo facciale;
- Chirurgia Pediatrica;
- Ostetricia e Ginecologia;
- Ortopedia e Traumatologia;
- Urologia;
- Otorinolaringoiatria,;
- Anestesia e rianimazione;
- Utic;
- Pronto Soccorso;
- Neuroriabilitazione;
- SPDC 1;
- SPDC 2.

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

Allegato lettera c)

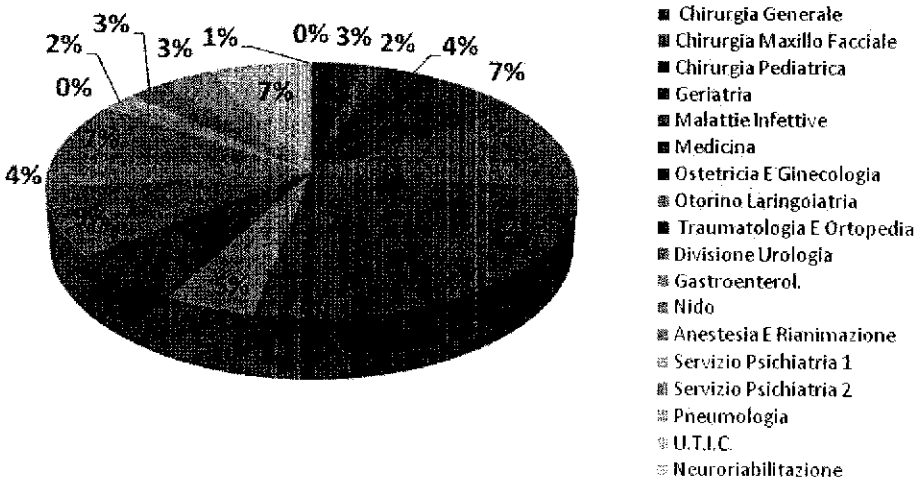
Dati strutturali

Descrizione reparto dimissione	2012 Posti letto R.O.	2012 n. casi R.O.	2012 gg degenza R.O.	2012 Posti letto DH/DS	2012 n. casi DH/DS	2012 n. accessi DH/DS	2013 Posti letto R.O.	2013 n. casi R.O.	2013 gg degenza R.O.	2013 Posti letto DH/DS	2013 n. casi DH/DS	2013 n. accessi DH/DS
Dermatologia	4	3	781	2	2	7	2	1	364	2	4	6
Divisione Chirurgia Generale	21	754	5.613	1	40	40	15	626	4.405	1	47	47
Divisione Chirurgia Maxillo Facciale	5	294	1.356	1	28	28	6	337	1.391	1	38	38
Divisione Chirurgia Pediatrica	14	532	2.507	2	132	132	13	560	2.264	2	209	210
Divisione Geriatria	23	1.166	8.795	2	76	172	24	1.214	8.661	2	125	246
Divisione Malattie Infettive	38	827	9.612	6	1.287	4.596	40	936	11.338	6	1.354	5.083
Divisione Medicina 1	29	2.146	8.376	4	313	1.063	29	2.267	8.915	4	181	754
Divisione Ostetricia E Ginecologia	17	2.165	8.176	5	613	614	24	2.216	9.018	5	629	629
Divisione Otorino Laringoiatria	16	734	3.580	2	336	337	16	733	3.213	2	262	262
Divisione Traumatologia E Ortopedia	24	946	5.671	2	197	197	24	951	6.491	2	352	352
Divisione Urologia	24	1.056	5.965	6	567	567	18	981	5.338	6	746	746
Gastroenterol. Ed Endoscopia Digestiva	11	754	3.983				13	739	3.731			
Nido	12	1.400	4.197				13	1.460	4.654			
Servizio Anestesia E Rianimazione	8	87	1.366				8	98	1.390		1	1
Servizio Psichiatria 1	15	459	5.060	1	4	6	15	470	5.110	1	10	48
Servizio Psichiatria 2	12	481	3.963				12	574	4.327			
Pneumologia							36	661	7.110	2	26	46
U.T.I.C.	17	797	5.649	1	403	483	17	841	5.606	2	487	656
Neuroriabilitazione				4	111	237				4	124	295
Totale	**290**	**14.601**	**84.650**	**39**	**4.109**	**8.479**	**325**	**15.665**	**93.326**	**42**	**4.595**	**9.419**
Totale (Con Esclusione Della Dermatologia)	**286**	**14.598**	**83.869**	**37**	**4.107**	**8.472**	**323**	**15.664**	**92.962**	**40**	**4.591**	**9.413**

L'attività clinica, relativa ai ricoveri ordinari, è in aumento rispetto al 2012, passando da 14.601 ricoveri ordinari a 15.665 ricoveri nel 2012 (+7%); più consistente è stato l'incremento delle giornate di degenza che registra infatti un +10%. Anche sul fronte dei ricoveri in D.H e D.S. si è rilevato un aumento del 12%.

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

Ricoveri totali anno 2013



Allegato lettera c)

Indicatori di efficienza

	2012		2013	
Descrizione reparto dimissione	**DM**	**TOC**	**DM**	**TOC**
Dermatologia	260,33	53%	364,00	50%
Chirurgia Generale	7,44	73%	7,04	80%
Chirurgia Maxillo Facciale	4,61	74%	4,13	64%
Chirurgia Pediatrica	4,71	49%	4,04	48%
Geriatria	7,54	105%	7,13	99%
Malattie Infettive	11,62	69%	12,11	78%
Medicina	3,90	79%	3,93	84%
Ostetricia E Ginecologia	3,78	132%	4,07	103%
Divisione Otorino Laringoiatria	4,88	61%	4,38	55%
Traumatologia E Ortopedia	5,99	65%	6,83	74%
Urologia	5,65	68%	5,44	81%
Gastroent. Ed Endosc Digestiva	5,28	99%	5,05	79%
Nido	3,00	96%	3,19	98%
Anestesia E Rianimazione	15,70	47%	14,18	48%
Servizio Psichiatria 1	11,02	92%	10,87	93%
Servizio Psichiatria 2	8,24	90%	7,54	99%
Pneumologia			10,76	54%
U.T.I.C.	7,09	91%	6,67	90%
Neuroriabilitazione				
Totale	**5,80**	**80%**	**5,96**	**79%**

Totale (con esclusione della Dermatologia)	**5,75**	**80%**	**5,93**	**79%**

Il Tasso di Occupazione si attesta sempre su valori elevati, pur passando dall'80% (2012) al 79% (2013), con un decremento di un punto percentuale.

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

Allegato lettera c)

Descrizione reparto dimissione	2012 IR	2012 Turn Over	2013 IR	2013 Turn Over
Dermatologia	0,8	226,3	0,5	366,0
Chirurgia Generale	35,9	2,7	41,7	1,7
Chirurgia Maxillo Facciale	58,8	1,6	56,2	2,4
Chirurgia Pediatrica	38,0	4,9	43,1	4,4
Geriatria	50,7	- 0,3	50,6	0,1
Malattie Infettive	21,8	5,1	23,4	3,5
Medicina	74,0	1,0	78,2	0,7
Ostetricia E Ginecologia	127,4	- 0,9	92,3	- 0,1
Divisione Otorino Laringoiatria	45,9	3,1	45,8	3,6
Traumatologia E Ortopedia	39,4	3,3	39,6	2,4
Urologia	44,0	2,6	54,5	1,3
Gastroent. Ed Endosc Digestiva	68,5	0,0	56,8	1,4
Nido	116,7	0,1	112,3	0,1
Anestesia E Rianimazione	10,9	17,9	12,3	15,6
Servizio Psichiatria 1	30,6	0,9	31,3	0,8
Servizio Psichiatria 2	40,1	0,9	47,8	0,1
Pneumologia			18,4	9,1
U.T.I.C.	46,9	0,7	49,5	0,7
Neuroriabilitazione				
Totale	50,3	1,5	48,2	1,6
Totale (con esclusione della Dermatologia)	**51,0**	**1,4**	**48,5**	**1,6**

- ***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.*

Allegato lettera c)

Indicatori di appropriatezza

	2012				2013			
Descrizione reparto dimissione	**% Lea**	**% Sentinella**	**Degenza media Lea**	**Degenza media Sentinella**	**% Lea**	**% Sentinella**	**Degenza media Lea**	**Degenza media Sentinella**
Chirurgia Generale	19,4%	5,4%	3,14	5,95	15,7%	3,7%	2,53	5,26
Chirurgia Maxillo Facciale	39,8%	18,0%	3,89	5,04	35,3%	14,5%	3,14	3,02
Chirurgia Pediatrica	28,9%	0,0%	3,28		35,4%	0,5%	3,02	3,67
Geriatria	11,7%	18,9%	4,43	6,78	11,2%	18,1%	3,29	6,65
Malattie Infettive	16,2%	11,7%	10,25	7,90	17,6%	17,9%	7,53	10,18
Medicina	29,5%	18,1%	3,20	4,01	27,3%	19,6%	2,90	3,95
Ostetricia E Ginecologia	11,9%	0,2%	2,71	3,50	10,3%	0,0%	2,45	2,00
Divisione Otorino Laringoiatria	63,9%	1,8%	3,42	3,77	62,1%	3,0%	3,31	4,82
Traumatologia E Ortopedia	24,3%	0,5%	2,87	1,80	25,4%	0,4%	3,09	5,00
Urologia	12,4%	6,3%	3,38	5,64	9,7%	4,5%	2,73	3,59
Gastroenterol. Ed Endosc. Digestiva	10,2%	35,0%	4,58	5,28	14,9%	33,7%	3,75	5,69
Hanseniani	0,0%	0,0%			0,0%	0,0%		
Nido	0,4%	0,1%	2,00	1,00	1,6%	0,1%	2,61	4,00
Servizio Anestesia E Rianimazione	0,0%	0,0%			0,0%	1,0%		44,00
Servizio Psichiatria 1	6,8%	0,0%	8,00		9,4%	0,2%	6,73	9,00
Servizio Psichiatria 2	8,9%	0,2%	8,53	1,00	7,7%	0,0%	4,39	
Pneumologia					15,7%	22,5%	6,97	11,01
U.T.I.C.	6,8%	6,8%	4,52	7,63	7,1%	8,3%	2,53	5,76
Totale	**17,9%**	**8,3%**	**3,84**	**5,45**	**17,5%**	**9,2%**	**3,51**	**6,22**

La percentuale di Drg Lea (calcolata in base all'elenco disposto nell'allegato B del Patto per la Salute 2010-2012) del Presidio ospedaliero ha avuto un lieve decremento così come la relativa degenza media. I DRG sentinella sono invece aumentati sia come numerosità sia come degenza.

Allegato lettera c)

Indicatori di complessità

	2012				2013			
Descrizione reparto dimissione	**Peso medio**	**% casi complicati**	**% DRG chirurgici**	**% DRG medici**	**Peso medi**	**% casi complicati**	**% DRG chirurgici**	**% DRG medici**
Dermatologia	2,44		33%	67%	1,28		0%	100%
Chirurgia Generale	1,48	21%	68%	32%	1,56	19%	74%	26%
Chirurgia Maxillo Facciale	0,94	3%	53%	47%	1,04	2%	66%	34%
Chirurgia Pediatrica	0,77	12%	31%	69%	0,71	19%	34%	66%
Geriatria	1,04	74%	2%	98%	0,99	73%	2%	98%
Malattie Infettive	1,25	51%	1%	99%	1,19	46%	1%	99%
Medicina	0,95	46%	1%	99%	0,94	51%	1%	99%
Ostetricia E Ginecologia	0,60	5%	40%	60%	0,62	4%	45%	55%
Divisione Otorino Laringoiatria	1,00	6%	73%	27%	0,90	2%	71%	29%
Traumatologia E Ortopedia	1,34	32%	68%	32%	1,29	34%	69%	31%
Urologia	1,08	43%	75%	25%	1,16	44%	77%	23%
Gastroenterol. Ed Endosc Digestiva	1,18	64%	6%	94%	1,14	62%	4%	96%
Nido	0,29	0%	0%	100%	0,28	13%	0%	100%
Servizio Anestesia E Rianimazione	4,37	86%	39%	61%	3,72	100%	27%	73%
Servizio Psichiatria 1	0,73	0%	0%	100%	0,73	0%	0%	100%
Servizio Psichiatria 2	0,75	0%	0%	100%	0,73	40%	0%	100%
Pneumologia					1,15	46%	2%	98%
U.T.I.C.	1,35	49%	51%	49%	1,47	54%	50%	50%
Totale	**0,96**	**34%**	**29%**	**71%**	**0,95**	**36%**	**30%**	**70%**

Il Peso medio dei Drg del presidio ospedaliero ha subito un impercettibile decremento rispetto all'anno 2012; altrettanto lieve è la modifica in aumento della percentuale dei Drg complicati (+2%).

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

Allegato lettera c)

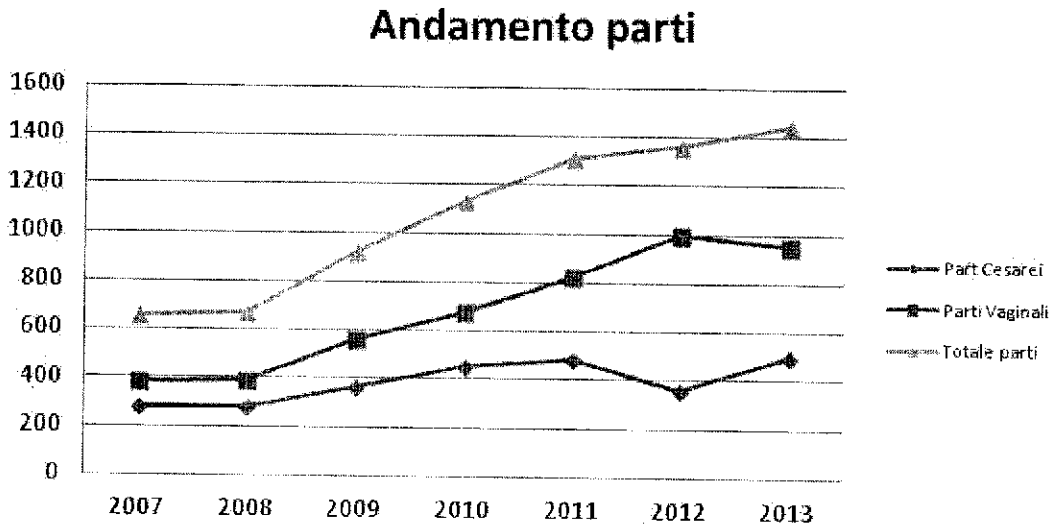
Parti cesarei

Dall'anno 2007 all'anno 2013 nel Presidio Ospedaliero SS. Trinità i parti sono aumentati del 120%; tale consistente incremento è dovuto in parte all'assorbimento da parte del presidio dell'attività relativa ai punti nascita degli ospedali di Isili e Muravera e in parte alla riqualificazione del reparto, che rappresenta ormai un punto di riferimento per le future mamme della provincia di Cagliari.

Cod. DRG	Descrizione DRG	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
370	Parto Cesareo, Con Cc	35	32	30	20	40	39	42
371	Parto Cesareo, Senza Cc	244	249	334	432	447	321	453
372	Parto Vaginale Con Diagnosi Complicanti	230	235	51	8	3	5	9
373	Parto Vaginale Senza Diagnosi Complicanti	136	142	503	665	823	975	938
374	Parto Vaginale Con Sterilizzazione E/O Dilatazione E Raschiamento	9	9	3			18	6
375	Parto Vaginale Con Altro Intervento Eccetto Sterilizzazione E/O Dilatazione E Raschiamento	5	5	2	6		1	0
Totale parti		659	672	923	1131	1313	1359	1448

La percentuale di parti cesarei rispetto all'anno 2013 ha subito un incremento di 8 punti percentuali.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
% Pari Cesarei	42%	42%	39%	40%	37%	26%	34%



Allegato lettera c)

Assistenza specialistica

Di seguito si riportano le prestazioni ambulatoriali che dal File C risultano erogate presso il Presidio Ospedaliero.

Allegato lettera c)

Disciplina	Branca Special.	Quantità	Importo
Anatomia ed istologia patologica	CHIRURGIA GENERALE	5	€ 69,70
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	8	€ 491,68
	LAB. ANAL. CH. CLIN. E MICROBIOL.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. T	4.448	€ 79.385,63
	ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	4	€ 66,92
Anatomia ed istologia patologica Totale		**4.465**	**€ 80.013,93**
Chirurgia generale	ALTRE PRESTAZIONI	28	€ 361,48
	ANESTESIA	3	€ 29,13
	CHIRURGIA GENERALE	898	€ 15.605,82
	CHIRURGIA PLASTICA	4	€ 42,30
	DERMOSIFILOPATIA	8	€ 102,48
	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	1	€ 96,84
	NEUROCHIRURGIA	1	€ 3,87
Chirurgia generale Totale		**943**	**€ 16.241,92**
Chirurgia maxillo facciale	ALTRE PRESTAZIONI	1.126	€ 21.108,66
	CHIRURGIA GENERALE	190	€ 919,43
	CHIRURGIA PLASTICA	7	€ 198,87
	ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	557	€ 11.181,60
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	6	€ 58,26
Chirurgia maxillo facciale Totale		**1.886**	**€ 33.466,82**
Chirurgia pediatrica	ALTRE PRESTAZIONI	1.321	€ 26.609,86
	CHIRURGIA GENERALE	120	€ 710,82
	CHIRURGIA PLASTICA	58	€ 581,46
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	1	€ 20,66
	UROLOGIA	2	€ 39,66
Chirurgia pediatrica Totale		**1.502**	**€ 27.962,46**
Dermatologia	CARDIOLOGIA	2	€ 118,58
	CHIRURGIA GENERALE	14	€ 94,46
	CHIRURGIA PLASTICA	26	€ 161,38
	DERMOSIFILOPATIA	281	€ 4.468,68
	LAB. ANAL. CH. CLIN. E MICROBIOL.-MICROBIOL.-VIROL. ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. T	38	€ 165,27
Dermatologia Totale		**361**	**€ 5.008,37**
Ematologia	LAB. ANAL. CH. CLIN. E MICROBIOL.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT. GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. T	14	€ 66,89
Ematologia Totale		**14**	**€ 66,89**
Emodialisi	ALTRE PRESTAZIONI	3.026	€ 62.517,16
	CARDIOLOGIA	2	€ 23,24
	LAB. ANAL. CH. CLIN. E MICROBIOL.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. T	94	€ 1.965,45
	NEFROLOGIA	17.298	€ 2.496.006,59
	OTORINOLARINGOIATRIA	931	€ 8.081,08
Emodialisi Totale		**21.351**	**€ 2.568.593,52**
Gastroenterologia	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	3.756	€ 180.283,53
	LAB. ANAL. CH. CLIN. E MICROBIOL.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET. IMMUNOEMATOL. E S. T	3	€ 18,60
Gastroenterologia Totale		**3.759**	**€ 180.302,13**
Geriatria	ALTRE PRESTAZIONI	5.115	€ 94.356,25
	CHIRURGIA GENERALE	10	€ 91,38
	CHIRURGIA PLASTICA	17	€ 289,68
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	1	€ 20,66
	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE DEI MOTULESI E NEUROLESI	4.669	€ 9.680,18
	NEUROLOGIA	2.804	€ 24.610,40
	PSICHIATRIA	976	€ 12.946,28
Geriatria Totale		**13.692**	**€ 141.994,92**
Laboratorio	LAB. ANAL. CH. CLIN. E MICROBIOL.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. T	248.770	€ 1.065.084,64
Laboratorio Totale		**248.770**	**€ 1.065.084,64**
Mal. endocr. del ricambio e della nutriz.	ALTRE PRESTAZIONI	18.350	€ 258.808,01
	CARDIOLOGIA	3	€ 123,96
	CHIRURGIA GENERALE	27	€ 477,12
	CHIRURGIA PLASTICA	97	€ 704,64
	DERMOSIFILOPATIA	478	€ 8.146,13
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	4.463	€ 13.835,20
	LAB. ANAL. CH. CLIN. E MICROBIOL.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. T	171	€ 949,73
	NEUROLOGIA	20	€ 389,95
	OTORINOLARINGOIATRIA	10	€ 86,80
	PSICHIATRIA	74	€ 1.268,20
Mal. endocr. del ricambio e della nutriz. Tot.		**23.693**	**€ 284.789,84**
Malattie infettive e tropicali	ALTRE PRESTAZIONI	436	€ 8.488,51
	CARDIOLOGIA	25	€ 290,50
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	1	€ 60,43
	LAB. ANAL. CH. CLIN. E MICROBIOL.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. T	347	€ 1.149,60
Malattie infettive e tropicali Totale		**809**	**€ 9.989,04**
Medicina generale	ALTRE PRESTAZIONI	533	€ 10.918,78
	ANESTESIA	1	€ 8,52
	CARDIOLOGIA	60	€ 2.596,47
	CHIRURGIA GENERALE	3	€ 130,14
	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	2	€ 75,92
	DERMOSIFILOPATIA	11	€ 42,57
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	7	€ 339,85
	ENDOCRINOLOGIA	12	€ 340,92
	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	2	€ 72,31
	LAB. ANAL. CH. CLIN. E MICROBIOL.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. T	1.060	€ 6.956,97
	UROLOGIA	9	€ 81,81
Medicina generale Totale		**1.700**	**€ 21.664,26**
Medicina nucleare	CARDIOLOGIA	263	€ 10.034,30
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	1.371	€ 117.103,21
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	1.805	€ 57.095,10
	LAB. ANAL. CH. CLIN. E MICROBIOL.-MICROBIOL.-VIROL. ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. T	201	€ 2.208,08
Medicina nucleare Totale		**3.640**	**€ 186.440,69**
Neurologia	NEUROLOGIA	1	€ 15,49
Neurologia Totale		**1**	**€ 15,49**
Neuro-riabilitazione	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE DEI MOTULESI E NEUROLESI	3.517	€ 34.332,56
	NEUROLOGIA	3.273	€ 65.332,62
	OCULISTICA	13	€ 302,12
	PSICHIATRIA	3.068	€ 23.186,50
Neuro-riabilitazione Totale		**9.871**	**€ 123.153,80**
Nido	ALTRE PRESTAZIONI	1	€ 12,91
	LAB. ANAL. CH. CLIN. E MICROBIOL.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. T	7	€ 13,66
Nido Totale		**8**	**€ 26,67**
Oculistica	OCULISTICA	907	€ 12.444,91
Oculistica Totale		**907**	**€ 12.444,91**
Oncoematologia pediatrica	LAB. ANAL. CH. CLIN. E MICROBIOL.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. T	5	€ 16,27
Oncoematologia pediatrica Totale		**5**	**€ 16,27**
Ortopedia e traumatologia	CHIRURGIA PLASTICA	1	€ 28,41
	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE DEI MOTULESI E NEUROLESI	78	€ 336,78
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5.464	€ 98.925,98
Ortopedia e traumatologia Totale		**5.543**	**€ 99.291,17**

Allegato lettera c)

Ostetricia e ginecologia	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	4	€ 82,64
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	653	€ 29.056,46
	LAB. ANAL. CH. CLIN. E MICROBIOL.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. T	356	€ 1.167,30
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	4.380	€ 88.193,64
	UROLOGIA	1	€ 50,10
Ostetricia e ginecologia Totale		**5.394**	**€ 118.550,14**
Otorinolaringoiatria	ALTRE PRESTAZIONI	279	€ 5.944,88
	CHIRURGIA GENERALE	470	€ 1.849,94
	DERMOSIFILOPATIA	24	€ 377,02
	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE DEI MOTULESI E NEUROLESI	753	€ 8.517,39
	NEUROLOGIA	217	€ 2.796,20
	ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	1	€ 19,57
	OTORINOLARINGOIATRIA	6.208	€ 107.260,83
Otorinolaringoiatria Totale		**7.952**	**€ 126.766,78**
Pediatria	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA-ANATOMIA E ISTOLOGIA	18	€ 127,55
Pediatria Totale		**18**	**€ 127,55**
Pneumologia	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA-ANATOMIA E ISTOLOGIA	1.311	€ 12.454,27
	PNEUMOLOGIA	1.159	€ 21.539,86
Pneumologia Totale		**2.470**	**€ 33.994,13**
Psichiatria	PSICHIATRIA	1	€ 17,04
Psichiatria Totale		**1**	**€ 17,04**
Radiologia	CARDIOLOGIA	109	€ 4.739,65
	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	2	€ 64,04
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	14	€ 751,42
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	11.240	€ 769.919,60
	ENDOCRINOLOGIA	394	€ 11.193,54
	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	303	€ 15.694,36
	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA-ANATOMIA E ISTOLOGIA	6	€ 18,60
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	115	€ 4.037,77
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	4	€ 109,39
	UROLOGIA	2	€ 100,20
Radiologia Totale		**12.189**	**€ 806.628,67**
Recupero e riabilitazione funzionale	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE DEI MOTULESI E NEUROLESI	12.155	€ 140.771,59
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4	€ 61,96
Recupero e riabilitazione funzionale Tot.		**12.159**	**€ 140.833,55**
Terapia intensiva	ALTRE PRESTAZIONI	49	€ 632,59
	ANESTESIA	417	€ 9.271,16
	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA-ANATOMIA E ISTOLOGIA	1	€ 13,69
	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE DEI MOTULESI E NEUROLESI	3	€ 11,61
	NEUROCHIRURGIA	2	€ 20,14
Terapia intensiva Totale		**472**	**€ 9.949,19**
Unità coronarica	ALTRE PRESTAZIONI	4	€ 51,64
	CARDIOLOGIA	11.265	€ 254.559,06
	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	1	€ 20,66
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	234	€ 12.086,10
	PNEUMOLOGIA	1	€ 83,67
Unità coronarica Totale		**11.505**	**€ 266.801,13**
Urologia	ALTRE PRESTAZIONI	2	€ 25,82
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	9	€ 344,99
	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA-ANATOMIA E ISTOLOGIA	533	€ 1.028,46
	ONCOLOGIA	863	€ 8.379,73
	UROLOGIA	6.270	€ 130.781,04
Urologia Totale		**7.677**	**€ 140.560,04**
Totale complessivo		**402.667**	**€ 6.500.694,76**

Allegato lettera c)

Consumo di farmaci

Nelle tabelle successive si riportano i dati sul consumo di farmaci (prodotti farmaceutici + emoderivati) degli anno 2012 e 2013. I consumi dei reparti di degenza sono stati incrociati con i dati di attività.

Reparti di degenza

CDR	Consumi 2012	Ricoveri 2012	gg degenza 2012	Fatturato DRG 2012	Consumi 2013	Ricoveri 2013	gg degenza 2013	Fatturato DRG 2013	Consumi/ gg degenza 2012	Consumi/ gg degenza 2013	Scost %	Consumi/ fatturato DRG 2012	Consumi/ Fatturato DRG 2013
SPDC 1	28.515	463	5.066	1.121.545	26.704	480	5.158	1.108.228	5,6	5,2	-8,0%	2,5%	2,4%
SPDC 2	33.661	481	3.963	1.161.155	51.717	574	4.327	1.285.046	8,5	12,0	40,7%	2,9%	4,0%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	153.930	87	1.366	1.565.426	165.164	99	1.391	1.387.126	112,7	118,7	5,4%	9,8%	11,9%
CHIRURGIA GENERALE	195.436	794	5.653	3.188.437	193.805	673	4.452	2.761.673	34,6	43,5	25,9%	6,1%	7,0%
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	3.184	322	1.384	625.788	815	375	1.429	805.025	2,3	0,6	-75,2%	0,5%	0,1%
CHIRURGIA PEDIATRICA	30.876	664	2.639	1.216.774	16.637	769	2.474	1.253.442	11,7	6,7	-42,5%	2,5%	1,3%
DERMATOLOGIA	5.072	5	788	179.969	3.024	5	370	91.419	6,4	8,2	27,0%	2,8%	3,3%
GASTROENT. E CHIRURGIA ENDOSCOPICA	86.824	754	3.983	2.307.657	76.986	739	3.731	2.146.740	21,8	20,6	-5,3%	3,8%	3,6%
GERIATRIA	80.161	1.242	8.967	3.503.604	70.828	1.339	8.907	3.413.923	8,9	8,0	-11,0%	2,3%	2,1%
MALATTIE INFETTIVE	490.524	2.114	14.208	4.094.756	426.405	2.290	16.421	4.567.652	34,5	26,0	-24,8%	12,0%	9,3%
MEDICINA INTERNA	225.666	2.459	9.439	4.362.147	195.695	2.448	9.669	4.512.152	23,9	20,2	-15,3%	5,2%	4,3%
NEURORIABILITAZIONE	5.283	111	237	60.587	12.179	124	295	75.414	22,3	41,3	85,2%	8,7%	16,1%
NIDO	846	1.400	4.197	1.355.965	1.606	1.460	4.654	1.300.758	0,2	0,3	71,1%	0,1%	0,1%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	84.731	1.143	5.868	4.155.277	77.361	1.303	6.843	4.553.993	14,4	11,3	-21,7%	2,0%	1,7%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	211.844	2.778	8.790	4.663.687	191.774	2.845	9.647	4.909.935	24,1	19,9	-17,5%	4,5%	3,9%
OTORINOLARINGOIATRIA	85.087	1.070	3.917	2.240.165	65.642	995	3.475	1.848.097	21,7	18,9	-13,0%	3,8%	3,6%
PNEUMOLOGIA					66.933	687	7.156	2.061.313		9,4			3,2%
U.T.I.C.	66.422	1.200	6.132	4.534.041	61.904	1.328	6.262	4.978.099	10,8	9,9	-8,7%	1,5%	1,2%
UROLOGIA	269.961	1.623	6.532	4.105.890	279.233	1.727	6.084	4.243.298	41,3	45,9	11,1%	6,6%	6,6%

Servizi

CDR	Consumi 2012	Consumi 2013
MEDICINA NUCLEARE	63.156	63.093
ANATOMIA PATOLOGICA	6.645	4.534
DIABETOLOGIA	2.302	1.299
DIREZIONE SANITARIA	11	110
EMODIALISI (NEFROLOGIA E DIALISI)	403.283	268.790
LABORATORIO ANALISI	5.950	4.851
PRONTO SOCCORSO	27.285	23.782
RADIOLOGIA D'URGENZA	- 33	- 111
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	257	263
SERVIZIO RADIOLOGIA	180.397	193.934
BLOCCO OPERAT - PAD L (OSTETRICIA E GINECOL)		5.469

Allegato lettera c)

P.O. Pediatrico e Microcitemico

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

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

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

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

Dall'anno 2011 si è venuta a delineare una nuova configurazione logistico-strutturale-ambientale, a causa del trasferimento di alcune UU.OO. nei locali dell'ala nuova dell'ospedale; dal 2012 e per tutto il corso del 2013 il processo di trasformazione logistica ha avuti ulteriore sviluppo e sono proseguiti i lavori strutturali finalizzati al trasferimento all'interno del presidio della Chirurgia Pediatrica del SS. Trinità e della Pediatria universitaria della Clinica Macciotta.

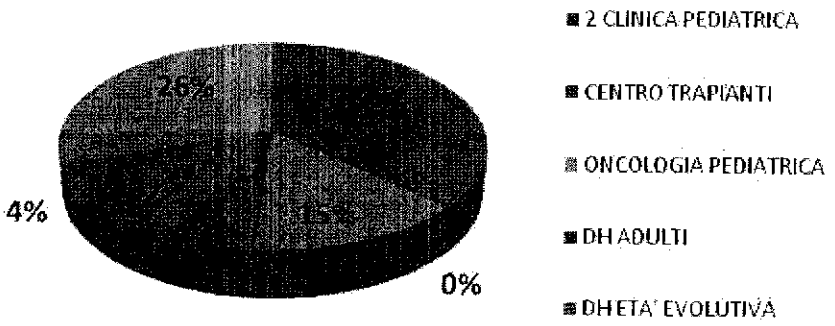
Allegato lettera c)

Assistenza Ospedaliera

	2012						2013					
Descrizione reparto dimissione	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	13	374	1.893	4	1.052	1.629	13	305	1.717	4	1.206	1.882
CENTRO TRAPIANTI	4	12	683				3	12	596			
ONCOLOGIA PEDIATRICA	5	212	1.733	3	313	1.509	6	242	1.944	3	358	1.896
DH ADULTI				5	105	2.414				10	238	2.498
DH ETA' EVOLUTIVA				12	444	7.328				24	545	7.208
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA				1	310	350				2	184	194
SERVIZIO DI GINECOLOGIA				2	1.078	1.335				5	1.069	1.304
Totale	**22**	**598**	**4.309**	**27**	**3.302**	**14.565**	**22**	**559**	**4.257**	**48**	**3.600**	**14.982**

Nel corso del 2013 sono stati effettuati complessivamente 4.159 ricoveri, per un totale di 19.239 giornate di cura. Il numero dei ricoveri ordinari rispetto al 2012 risulta diminuito di 39 casi (da 598 a 559); le giornate di degenza risultano essere lievemente aumentate di circa il 2% (+365). I ricoveri diurni sono aumentati del 9% (+ 298 ricoveri).

Ricoveri totali Anno 2013



Indicatori di efficienza

	2012		2013	
Reparto dimissione	**DM**	**TOC**	**DM**	**TOC**
2 CLINICA PEDIATRICA	5,06	39,9%	5,63	36,2%
CENTRO TRAPIANTI	56,92	46,8%	49,67	54,4%
ONCOLOGIA PEDIATRICA	8,17	95,0%	8,03	88,8%
Totale	**7,21**	**53,7%**	**7,62**	**53,0%**

Allegato lettera c)

Rispetto all'anno 2012 il Tasso di Occupazione non ha avuto miglioramenti; ma Degenza Media si mantiene sostanzialmente invariata.

	2012		2013	
Descrizione reparto dimissione	IR	Turn Over	IR	Turn Over
2 CLINICA PEDIATRICA	28,8	7,6	23,5	9,9
CENTRO TRAPIANTI	3,0	64,8	4,0	41,6
ONCOLOGIA PEDIATRICA	42,4	0,4	40,3	1,0
Totale	**27,2**	**6,2**	**25,4**	**6,7**

La tabella sopra mostra una diminuzione del dato relativo all'indice di rotazione dei pazienti per posto letto, (-1,8%). L'indice di *turnover* cresce di 0,5 giornate.

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

Indicatori di appropriatezza

	2012				2013			
Reparto dimissione	% Lea	% Sentinella	Degenza media Lea	Degenza media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Degenza media Lea	Degenza media Sentinella
2 CLINICA PEDIATRICA	14,7%	8,3%	2,87	5,65	16,4%	10,5%	3,72	5,50
CENTRO TRAPIANTI	0,0%	0,0%			16,7%	0,0%	2,00	
ONCOLOGIA PEDIATRICA	29,2%	1,9%	6,44	5,75	42,6%	1,7%	5,96	6,75
Totale	**19,6%**	**5,9%**	**4,76**	**5,66**	**27,7%**	**6,4%**	**5,19**	**5,64**

La percentuale di Drg Lea (calcolata in base all'elenco disposto nell'allegato B del Patto per la Salute 2010-2012) del Presidio ospedaliero ha avuto un incremento; in particolare si evidenzia l'elevata percentuale nell'U.O. di Oncologia Pediatrica.

Anche la degenza media dei Drg Lea ha subito un piccolo incremento.

Allegato lettera c)

Indicatori di complessità

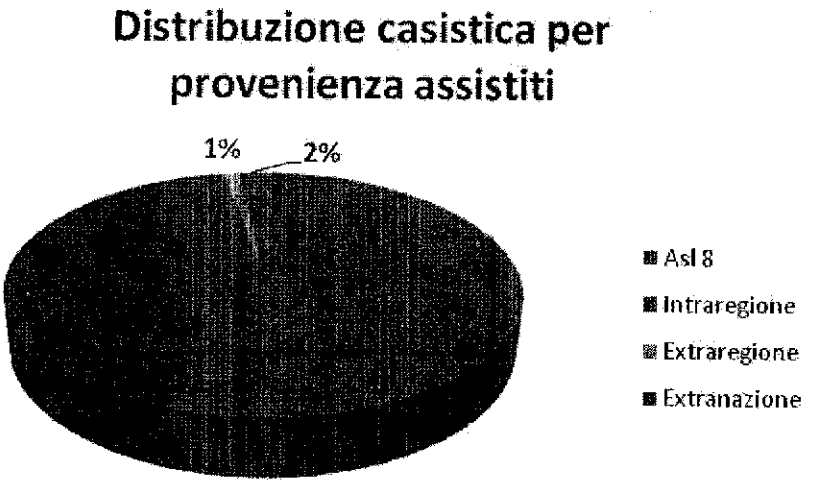
	2012				2013			
Reparto dimissione	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici
2 CLINICA PEDIATRICA	0,65	62,8%	0,0%	99,7%	0,72	64,6%	1,0%	99,0%
CENTRO TRAPIANTI	13,11		83,3%	16,7%	11,77		75,0%	25,0%
ONCOLOGIA PEDIATRICA	1,23	52,4%	0,5%	99,5%	1,07	28,6%	0,4%	99,6%
Totale	**1,10**	**60,6%**	**1,8%**	**98,0%**	**1,11**	**57,0%**	**2,3%**	**97,7%**

Il peso medio del Presidio ha subito un lieve incremento rispetto all'anno 2012 in tutte le UU.OO. ad eccezione del Centro Trapianti. Viene confermata la vocazione medica del presidio (97,7% dei Drg medici) ad eccezione della complessa attività operatoria svolta dal CTMO, la cui attività è prevalentemente chirurgica.

La percentuale di Drg complicati si riduce del 3,6% rispetto all'anno precedente.

Tassi di attrazione

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



Allegato lettera c)

Assistenza specialistica

Di seguito si riportano le prestazioni ambulatoriali che dal File C risultano erogate presso il Presidio Ospedaliero.

Disciplina	Branca Special.	Quantità	Importo
	PSICHIATRIA	548	€ 10.244,24
Totale		**548**	**€ 10.244,24**
Anatomia ed istologia patologica	LAB. ANAL. CHIM. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. TRAS	4	€ 181,80
Anatomia ed istologia patologica Totale		**4**	**€ 181,80**
Cardiologia	CARDIOLOGIA	4.419	€ 127.230,00
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	29	€ 1.497,85
Cardiologia Totale		**4.448**	**€ 128.727,85**
Chirurgia generale	LAB. ANAL. CHIM. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. TRAS	1	€ 6,20
Chirurgia generale Totale		**1**	**€ 6,20**
Dermatologia	LAB. ANAL. CHIM. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. TRAS	1	€ 3,56
Dermatologia Totale		**1**	**€ 3,56**
Ematologia	ALTRE PRESTAZIONI	340	€ 5.412,40
	LAB. ANAL. CHIM. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. TRAS	7.284	€ 73.756,82
	ONCOLOGIA	2	€ 25,82
Ematologia Totale		**7.626**	**€ 79.195,04**
Laboratorio	LAB. ANAL. CHIM. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. TRAS	11.228	€ 40.220,94
Laboratorio Totale		**11.228**	**€ 40.220,94**
Malatt. endocr. del ricambio e della nutriz.	ALTRE PRESTAZIONI	31	€ 485,46
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	683	€ 16.700,21
	ENDOCRINOLOGIA	2.499	€ 43.577,09
	LAB. ANAL. CHIM. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. TRAS	27.876	€ 305.650,82
Mal. endocr. del ricambio e della nutriz. Tot.		**31.089**	**€ 366.413,58**
Medicina nucleare	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	50	€ 816,79
	LAB. ANAL. CHIM. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. TRAS	76	€ 904,77
Medicina nucleare Totale		**126**	**€ 1.721,56**
Oncoematologia pediatrica	ALTRE PRESTAZIONI	352	€ 4.765,20
	ANESTESIA	2	€ 23,24
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	1	€ 12,91
	LAB. ANAL. CHIM. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. TRAS	10.318	€ 45.039,74
	ONCOLOGIA	1.132	€ 16.470,92
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	57	€ 735,87
Oncoematologia pediatrica Totale		**11.862**	**€ 67.047,88**
Oncologia	LAB. ANAL. CHIM. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. TRAS	1	€ 11,05
Oncologia Totale		**1**	**€ 11,05**
Ortopedia e traumatologia	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE DEI MOTULESI E NEUROLESI	21	€ 162,75
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	399	€ 7.184,17
Ortopedia e traumatologia Totale		**420**	**€ 7.346,92**
Ostetricia e ginecologia	ALTRE PRESTAZIONI	527	€ 6.835,85
	CARDIOLOGIA	1	€ 41,32
	CHIRURGIA GENERALE	3	€ 20,91
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	5.341	€ 231.646,15
	LAB. ANAL. CHIM. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. TRAS	2.379	€ 72.221,99
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	28.198	€ 770.596,18
	UROLOGIA	54	€ 2.705,40
Ostetricia e ginecologia Totale		**36.503**	**€ 1.084.067,80**
Pediatria	ALTRE PRESTAZIONI	7.320	€ 111.228,29
	ANESTESIA	1	€ 11,62
	DERMOSIFILOPATIA	821	€ 18.308,62
	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	990	€ 17.818,40
	LAB. ANAL. CHIM. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. TRAS	49.761	€ 1.846.566,44
	NEFROLOGIA	3	€ 46,47
	ONCOLOGIA	44	€ 511,28
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3	€ 38,73
Pediatria Totale		**58.943**	**€ 1.994.529,85**
Radiologia	ALTRE PRESTAZIONI	13	€ 183,33
	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	1	€ 32,02
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	2.401	€ 283.476,55
	ENDOCRINOLOGIA	332	€ 9.432,12
	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	99	€ 5.113,35
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	38	€ 1.348,98
Radiologia Totale		**2.884**	**€ 299.586,35**
Terapia intensiva	LAB. ANAL. CHIM. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. TRAS	1	€ 3,10
Terapia intensiva Totale		**1**	**€ 3,10**
(vuoto)	PSICHIATRIA	190	€ 3.436,32
(vuoto) Totale		**190**	**€ 3.436,32**
Totale complessivo		**165.875**	**€ 4.082.744,04**

Allegato lettera c)

Consumo di farmaci

Nelle tabelle successive si riportano i dati sul consumo di farmaci (prodotti farmaceutici + emoderivati) degli anno 2012 e 2013. I consumi dei reparti di degenza sono stati incrociati con i dati di attività.

Reparti di degenza

CDR	Consumi 2012	Ricoveri 2012	gg degenza 2012	Fatturato DRG 2012	Consumi 2013	Ricoveri 2013	gg degenza 2013	Fatturato DRG 2013	Consumi/ gg degenza 2012	Consumi/ gg degenza 2013	Scost %	Consumi/ fatturato DRG 2012	Consumi/ Fatturato DRG 2013
C.T.M.O.	235.594	12	683	494.142	235.407	12	596	432.180	345	395	14,51%	47,68%	54,47%
CLINICA PEDIATRICA	211.416	1.426	2.945	1.199.140	164.876	1.511	3.599	1.188.870	72	46	-36,19%	17,63%	13,87%
EMATOLOGIA ADULTI	1.182	105	2.414	675.641	2.300	238	2.498	699.258	0	1	88,06%	0,17%	0,33%
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	7.164	310	350	92.684	2.814	184	194	50.279	20	15	-29,12%	7,73%	5,60%
GENETICA CLINICA	26.878	444	7.328	2.090.846	24.118	545	7.208	2.055.489	4	3	-8,77%	1,29%	1,17%
GINECOLOGIA E DIAGN.PRENATALE	16.149	1.078	1.335	1.660.846	16.613	1.069	1.304	1.574.439	12	13	5,32%	0,97%	1,06%
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	410.748	525	3.236	1.624.323	464.058	600	3.840	1.824.855	127	121	-4,79%	25,29%	25,43%
Totale	909.131	3.900	18.291	7.837.622	910.186	4.159	19.239	7.825.369	50	47	-4,82%	11,60%	11,63%

Servizi

CDR	Consumi 2012	Consumi 2013
CARDIOLOGIA	46	171
DIREZIONE SANITARIA	24	537
LAB. DIAGNOSTICA AVANZATA	594	1.601

Allegato lettera c)

P.O. Binaghi

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

Dalla sua costituzione nel 1934, il Presidio ha sempre mantenuto una vocazione nell'ambito dell'assistenza pneumologica; dal maggio 2013, nell'ambito della riorganizzazione delle attività sanitarie destinate al trattamento delle patologie pneumologiche sono state trasferite presso il SS. Trinità le attività clinico assistenziale della U.O. di Pneumologia (ex Pneumologia II) e dell'U.O. Semintensiva respiratoria (ex Pneumologia III). Il presidio ospedaliero di Is Mirrionis è quindi diventato il polo di riferimento per le attività di assistenza pneumologica in acuzie, mentre al Binaghi sono indirizzate le attività di Pneumologia territoriale in grado di valutare i bisogni dei pazienti e di garantire la continuità assistenziale favorendo l'integrazione tra percorsi ospedalieri e territoriali, coordinando le attività con i MMG e i presidi di Isili e Muravera. In particolare sono stati e verranno ulteriormente sviluppati percorsi per il trattamento di pazienti affetti da BPCO e con patologie lievi anche riacutizzate e/o con rischio di patologia polmonare.

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

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

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

Allegato lettera c)

Assistenza Ospedaliera

I dati di attività di ricovero ordinario ed in regime di DH / DS, nel confronto 2012-2013 sono illustrati nella tabella seguente:

	2012						2013					
Descrizione reparto dimissione	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° Divisione Pneumologia	21	538	6.995	2	51	171	21	185	2.494	2	27	89
3° Divisione Pneumologia	19	425	6.047	1	23	45	19	179	2.723	1	1	1
4° Divisione Pneumologia	24	332	6.079				24	156	3.597			
Centro Trapianti	13	212	4.084	2	628	5.499	13	218	4.207	2	598	5.391
Neurologia	4	276	708	5	831	4.774	4	274	688	5	849	4.594
Oftamologia	6	535	1.141	4	1.076	1.136	6	531	1.117	4	1.594	1.628
Anestesia E Rianimazione	4	62	695				4	74	1.144			
Totale Complessivo	**91**	**2.380**	**25.749**	**14**	**2.609**	**11.625**	**91**	**1.617**	**15.970**	**14**	**3.069**	**11.703**

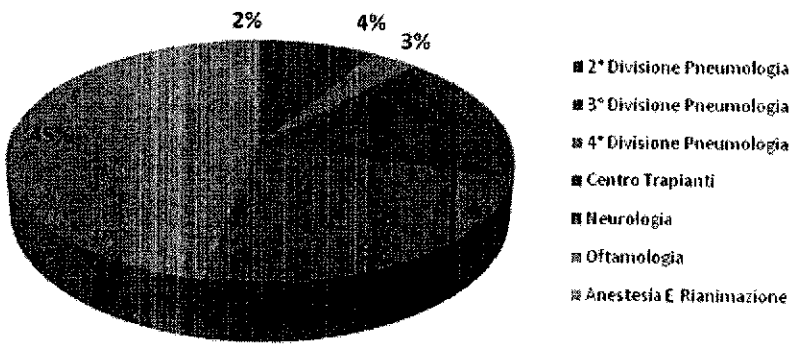
Nel corso del 2013 i ricoveri sono diminuiti complessivamente del 6,1%; in particolare sono stati effettuati 763 ricoveri in meno in regime ordinario e 460 in dh/ds in più. Tale variazione è dovuta in parte dal fatto che l'Oftamologia ha notevolmente incrementato la propria attività in Day Surgery, con 518 casi in più, in parte dalla riduzione dell'attività ospedaliera delle Pneumologie che, dal maggio 2013, sono state trasferite al P.O. SS. Trinità.

Nell'elaborazione dei dati, si è tenuto conto dei periodi di chiusura delle UU.OO..

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

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

Ricoveri totali Anno 2013



Allegato lettera c)

Indicatori di efficienza

	2012		2013	
Descrizione reparto dimissione	**DM**	**TOC**	**DM**	**TOC**
2° Divisione Pneumologia	13,0	91,3%	13,5	99,0%
3° Divisione Pneumologia	14,2	87,2%	15,2	119,4%
4° Divisione Pneumologia	18,3	69,4%	23,1	124,9%
Centro Trapianti	19,3	86,1%	19,3	88,7%
Neurologia	2,6	70,8%	2,5	68,8%
Oftamologia	2,1	76,1%	2,1	74,5%
Servizio Anestesia E Rianimazione	11,2	47,6%	15,5	78,4%
Totale complessivo	**10,8**	**77,5%**	**9,9**	**77,7%**

Il Tasso di Occupazione del Presidio rispetto all'anno 2012 è rimasto invariato. In proposito si precisa che nel calcolo dello stesso si è tenuto con del fatto che le Pneumologie hanno lavorato per circa 120 giornate mentre il Centro Sclerosi e l'Oftamologia chiudono i reparti durante il fine settimana. La degenza media è rimasta sostanzialmente invariata in quasi tutti i reparti; anche per Ospedale Binaghi si ribadisce che gli indicatori relativi al servizio di Anestesia e Rianimazione non sono realistici poiché sia i ricoveri che le giornate di degenza vengono attribuite al reparto che effettua la dimissione del paziente.

	2011		2012	
Descrizione reparto dimissione	**IR**	**Turn Over**	**IR**	**Turn Over**
2° Divisione Pneumologia	25,6	1,2	8,8	0,1
3° Divisione Pneumologia	22,4	2,1	9,4	-2,5
4° Divisione Pneumologia	13,8	8,1	6,5	-4,6
Centro Trapianti	16,3	3,1	16,8	2,5
Neurologia	69,0	1,1	68,5	1,1
Oftamologia	89,2	0,7	88,5	0,7
Servizio Anestesia E Rianimazione	15,5	12,3	18,5	4,3
Totale complessivo	**26,2**	**3,1**	**17,8**	**2,8**

Gli indici di rotazione dei posti letto nel corso del 2013 sono diminuiti per quasi tutte le unità operative con esclusione del Centro Trapianti e Servizio Anestesia E Rianimazione; in relazione a ciò anche il dato relativo al *turnover* risente del trasferimento di cui sopra, essendo il calcolo effettuato solo sui 120 giorni di apertura, per quanto riguarda le Pneumologie.

- ***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.*

Allegato lettera c)

Indicatori di appropriatezza

	2012				2013			
Descrizione reparto dimissione	% Lea	% Sentinella	Deg. Media Lea	Deg. Media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Deg. Media Lea	Deg. Media Sentinella
2° Divisione Pneumologia	19%	25%	10,2	10,0	22%	32%	11,6	12,4
3° Divisione Pneumologia	13%	15%	9,5	10,3	16%	11%	10,5	16,3
4° Divisione Pneumologia	11%	39%	13,7	17,2	16%	36%	13,0	26,9
Centro Trapianti	41%	0%	11,6		39%	1%	12,4	5,5
Neurologia	88%	6%	2,6	2,8	94%	1%	2,5	1,3
Oftamologia	100%	0%	2,1		99%	0%	2,1	
Servizio Anestesia E Rianimazione	2%	0%	1,0		5%	3%	1,5	2,0
Totale complessivo	**44%**	**14%**	**4,6**	**12,4**	**60%**	**9%**	**4,1**	**18,2**

La percentuale di Drg Lea (calcolata in base all'elenco disposto nell'allegato B del Patto per la Salute 2010-2012) del Presidio ospedaliero ha avuto un incremento; in particolare si evidenzia l'elevata percentuale nell'U.O. di Oftalmologia.

Anche la degenza media dei Drg Lea ha subito dei piccoli incrementi.

Indicatori di complessità

	2012				2013			
Descrizione reparto dimissione	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici
2° Divisione Pneumologia	1,08	46%	4%	96%	1,04	48%	1%	99%
3° Divisione Pneumologia	1,16	37%	2%	98%	1,18	54%	1%	99%
4° Divisione Pneumologia	1,12	52%	3%	97%	1,15	48%	2%	98%
Centro Trapianti	3,47	26%	14%	86%	3,76	44%	15%	85%
Neurologia	0,86	29%	14%	86%	0,77	13%	8%	92%
Oftamologia	0,83		99%	1%	0,84		99%	1%
Servizio Anestesia E Rianimazione	3,47	50%	11%	89%	3,79	0%	18%	82%
Totale complessivo	**1,29**	**44%**	**27%**	**73%**	**1,45**	**44%**	**37%**	**63%**

Il peso medio delle UU.OO. del Presidio ha subito un lieve incremento rispetto all'anno 2012 in tutte le UU.OO. ad eccezione della 2° Divisione Pneumologia e della Neurologia. Viene confermata la vocazione medica del presidio (63% dei Drg medici) ad eccezione della complessa attività operatoria svolta dall'Oftamologia, la cui attività è esclusivamente chirurgica.

Si mantiene inalterata rispetto all'anno precedente la percentuale di Drg complicati.

Allegato lettera c)

Assistenza specialistica

Di seguito si riportano le prestazioni ambulatoriali che dal File C risultano erogate presso il Presidio.

Disciplina	Branca Special.	Quantità	Importo
	PSICHIATRIA	1	€ 17,04
Totale		1	€ 17,04
Anatomia ed istologia patologica	ALTRE PRESTAZIONI	3	€ 38,73
	CHIRURGIA GENERALE	2.114	€ 43.675,24
	LAB. AN. CH. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMAT. E S. TRASF.	843	€ 10.211,11
Anatomia ed istologia patologica Totale		2.960	€ 53.925,08
Cardiologia	ALTRE PRESTAZIONI	23	€ 312,43
	CARDIOLOGIA	11.174	€ 295.064,52
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	232	€ 11.982,80
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2	€ 25,82
	PNEUMOLOGIA	3	€ 251,01
Cardiologia Totale		11.434	€ 307.636,58
Chirurgia toracica	PNEUMOLOGIA	1	€ 82,63
Chirurgia toracica Totale		1	€ 82,63
Dermatologia	LAB. AN. CH. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMAT. E S. TRASF.	2	€ 5,16
Dermatologia Totale		2	€ 5,16
Ematologia	ALTRE PRESTAZIONI	4.873	€ 87.896,43
	ANESTESIA	26	€ 311,16
	CHIRURGIA GENERALE	38	€ 1.302,73
	LAB. AN. CH. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMAT. E S. TRASF.	10.025	€ 653.167,68
	NEFROLOGIA	68	€ 1.053,32
	ONCOLOGIA	148	€ 1.516,93
Ematologia Totale		15.178	€ 745.248,25
Laboratorio	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	9	€ 117,67
	ENDOCRINOLOGIA	1	€ 240,00
	LAB. AN. CH. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMAT. E S. TRASF.	165.031	€ 920.928,88
	ONCOLOGIA	1	€ 11,62
Laboratorio Totale		165.042	€ 921.298,17
Malatt. endocr. del ricambio e della nutriz.	ENDOCRINOLOGIA	26	€ 335,66
	LAB. AN. CH. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMAT. E S. TRASF.	27	€ 94,96
Malatt. endocr. del ricambio e della nutriz. Tot.		53	€ 430,62
Medicina generale	ALTRE PRESTAZIONI	663	€ 13.589,08
	LAB. AN. CH. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMAT. E S. TRASF.	269	€ 8.547,19
Medicina generale Totale		932	€ 22.136,27
Medicina nucleare	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	4	€ 58,57
Medicina nucleare Totale		4	€ 58,57
Neurologia	ALTRE PRESTAZIONI	1.272	€ 16.437,02
	LAB. AN. CH. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMAT. E S. TRASF.	2.089	€ 176.583,99
	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE DEI MOTULESI E NEUROLESI	11.299	€ 117.193,95
	NEUROLOGIA	6.403	€ 115.719,78
	OCULISTICA	146	€ 3.393,04
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	230	€ 1.782,50
	PSICHIATRIA	7	€ 50,53
Neurologia Totale		21.446	€ 431.160,81
Oculistica	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE DEI MOTULESI E NEUROLESI	230	€ 1.782,50
	OCULISTICA	3.421	€ 89.047,74
	OTORINOLARINGOIATRIA	18	€ 250,92
Oculistica Totale		3.669	€ 91.081,16
Ortopedia e traumatologia	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE DEI MOTULESI E NEUROLESI	1	€ 10,33
Ortopedia e traumatologia Totale		1	€ 10,33
Ostetricia e ginecologia	ALTRE PRESTAZIONI	10	€ 129,10
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	1.277	€ 55.365,79
	LAB. AN. CH. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMAT. E S. TRASF.	8.411	€ 81.199,44
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	4.217	€ 68.368,96
Ostetricia e ginecologia Totale		13.915	€ 205.063,29
Pediatria	LAB. AN. CH. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMAT. E S. TRASF.	5	€ 36,15
Pediatria Totale		5	€ 36,15
Pneumologia	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	1	€ 30,99
	DERMOSIFILOPATIA	262	€ 6.088,88
	LAB. AN. CH. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMAT. E S. TRASF.	4.348	€ 40.716,04
	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE DEI MOTULESI E NEUROLESI	651	€ 7.098,39
	NEUROLOGIA	2	€ 278,88
	PNEUMOLOGIA	21.652	€ 531.323,72
Pneumologia Totale		26.916	€ 585.536,90
Radiologia	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	9.856	€ 530.707,76
	ENDOCRINOLOGIA	837	€ 23.779,17
	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	463	€ 23.966,63
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2	€ 61,98
Radiologia Totale		11.158	€ 578.515,54
Recupero e riabilitaz. funzionale	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE DEI MOTULESI E NEUROLESI	42	€ 303,14
Recupero e riabilitaz. funzionale Tot.		42	€ 303,14
Terapia intensiva	ANESTESIA	504	€ 10.142,99
	LAB. AN. CH. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMAT. E S. TRASF.	1	€ 13,69
	NEUROCHIRURGIA	51	€ 5.267,79
	PNEUMOLOGIA	1	€ 37,18
Terapia intensiva Totale		557	€ 15.461,65
Unità spinale	UROLOGIA	1	€ 11,62
Unità spinale Totale		1	€ 11,62
(vuoto)	PSICHIATRIA	2	€ 26,75
(vuoto) Totale		2	€ 26,75
Totale complessivo		273.319	€ 3.958.045,71

Allegato lettera c)

Consumo di farmaci

Nelle tabelle successive si riportano i dati sul consumo di farmaci (prodotti farmaceutici + emoderivati) degli anno 2012 e 2013. I consumi dei reparti di degenza sono stati incrociati con i dati di attività.

Reparti di degenza

CDR	Consumi 2012	Ricoveri 2012	gg degenza 2012	Fatturato DRG 2012	Consumi 2013	Ricoveri 2013	gg degenza 2013	Fatturato DRG 2013	Consumi/ gg degenza 2012	Consumi/ gg degenza 2013	Scost %	Consumi/ fatturato DRG 2012	Consumi/ Fatturato DRG 2013
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	100.634	62	695	702.369	120.701	74	1.144	1.000.970	144,8	105,5	-27,1%	14,3%	12,1%
CENTRO SCLEROSI MULTIPLA	172.668	1.107	5.482	1.961.304	228.003	1.123	5.282	1.865.867	31,5	43,2	37,0%	8,8%	12,2%
CTMO	1.284.142	840	9.583	4.277.770	1.465.698	816	9.598	4.677.866	134,0	152,7	14,0%	30,0%	31,3%
OFTALMOLOGIA	14.891	1.611	2.277	3.004.876	17.642	2.125	2.745	3.922.820	6,5	6,4	-1,7%	0,5%	0,4%
PNEUMOLOGIA 2	70.338	589	7.166	1.628.062	22.115	212	2.583	540.951	9,8	8,6	-12,8%	4,3%	4,1%
PNEUMOLOGIA 3 (TER SEMINT RESPIR)	50.325	448	6.092	1.394.070	17.285	180	2.724	600.560	8,3	6,3	-23,2%	3,6%	2,9%
PNEUMOLOGIA 4	59.685	332	6.079	1.081.689	25.152	156	3.597	520.900	9,8	7,0	-28,8%	5,5%	4,8%
Totale	**1.752.682**	**4.989**	**37.374**	**14.050.140**	**1.896.596**	**4.686**	**27.673**	**13.129.934**	**46,9**	**68,5**	**46,1%**	**12,5%**	**14,4%**

Servizi

CDR	Consumi 2012	Consumi 2013	Scost %
BLOCCO OPERATORIO	160.597	724.905	351%
CARDIOLOGIA	133	261	96%
CENTRO DI RIFER REG TRAPIANTI	7	52	609%
DIREZIONE SANITARIA	452	231	-49%
FISIOPAT RESPIRAT E FISIOCHINESI	3.337	4.005	20%
SERVIZIO RADIOLOGIA	18.364	56.708	209%
LABORATORIO ANALISI	721	1.145	59%
GENETICA MEDICA	2	4	100%
CENTRO DONNA	117	84	-28%

Allegato lettera c)

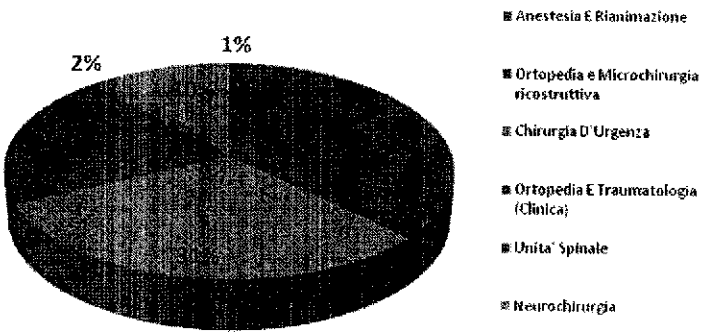
P.O. Marino

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

	2012						2013					
Reparto dimissione	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	79	1.081				5	57	1.026			
Ortopedia E Microchirurgia ricostruttiva	38	1.857	11.421	2	258	258	38	1.861	10.956	2	264	264
Chirurgia D'Urgenza	28	1.710	9.394	1	101	101	28	1.735	9.816	1	82	82
Ortopedia E Traumatologia (Clinica)	36	971	7.494	1	220	220	34	988	8.202	1	220	220
Unita' Spinale	14	193	4.856	1	16	278	14	109	5.550	1	26	185
Neurochirurgia	12	489	3.250		47	47	12	509	3.473	1	51	51
Totale	**132**	**5.299**	**37.496**	**5**	**642**	**904**	**131**	**5.259**	**39.023**	**6**	**643**	**802**

Nel corso dell'anno 2013 l'attività di ricovero subisce una lieve riduzione (-0,66%), con 40 ricoveri ordinari in meno, mentre quelli diurni rimangono sostanzialmente invariati. Si conferma, anche per l'anno 2013, una significativa attività di chirurgia ambulatoriale.

Ricoveri Totali Anno 2013



Allegato lettera c)

Indicatori di efficienza

	2012		2013	
Reparto dimissione	**DM**	**TOC**	**DM**	**TOC**
Anestesia E Rianimazione	13,7	74%	18,0	56%
Ortopedia E Microchirurgia ricostruttiva	6,2	82%	5,9	79%
Chirurgia D'Urgenza	5,5	92%	5,7	96%
Ortopedia E Traumatologia (Clinica)	7,7	57%	8,3	67%
Unita' Spinale	25,2	95%	50,9	109%
Neurochirurgia	6,6	74%	6,8	79%
Totale	**7,1**	**78%**	**7,4**	**82%**

L'incremento delle giornate di degenza del presidio ha portato nel corso del 2013 ad un aumento del tasso di occupazione; la diminuzione del numero dei ricoveri in regime ordinario ha invece causato un incremento della degenza media.

Si segnala anche quest'anno l'elemento di criticità che riguarda gli indicatori dell'unità operativa Clinica Ortopedico-traumatologica; questa presenta infatti un tasso di occupazione significativamente inferiore al 75% e valori sfavorevoli rispetto al valore medio ospedaliero per l'indice di rotazione e l'indice di turnover.

	2012		2013	
Reparto dimissione	**IR**	**Turn Over**	**IR**	**Turn Over**
Anestesia E Rianimazione	19,8	4,8	11,4	14,0
Ortopedia E Microchirurgia ricostruttiva	48,9	1,3	49,0	1,6
Chirurgia D'Urgenza	61,1	0,5	62,0	0,2
Ortopedia E Traumatologia (Clinica)	27,0	5,8	29,5	4,1
Unita' Spinale	13,8	1,3	7,8	- 4,0
Neurochirurgia	40,8	2,3	42,4	1,8
Totale	**40,1**	**2,0**	**40,3**	**1,6**

Si segnala inoltre un lieve aumento dell'Indice di Rotazione. L'Indice di *Turnover* diminuisce per quasi tutti i reparti, fatta eccezione per l'Anestesia E Rianimazione.

- ***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.*

Allegato lettera c)

Indicatori di appropriatezza

	2012				2013			
Reparto dimissione	**% Lea**	**% Sentinella**	**Deg. Media Lea**	**Deg. Media Sentinella**	**% Lea**	**% Sentinella**	**Deg. Media Lea**	**Deg. Media Sentinella**
Anestesia E Rianimazione	0%	3%		5,5	0%	2%		24,0
Ortopedia E Microchirurgia ricostruttiva	49%	1%	3,6	8,5	47%	1%	3,4	7,8
Chirurgia D'Urgenza	42%	15%	3,4	5,7	43%	15%	3,4	4,1
Ortopedia E Traumatologia (Clinica)	34%	1%	3,5	8,4	31%	1%	3,3	5,5
Unita' Spinale	1%	10%	218,0	9,9	1%	6%	104,0	40,5
Neurochirurgia	12%	1%	2,6	5,6	12%	1%	3,2	1,6
Totale	**38%**	**6%**	**3,6**	**6,1**	**38%**	**5%**	**3,4**	**5,1**

La percentuale di Drg Lea (calcolata in base all'elenco disposto nell'allegato B del Patto per la Salute 2010-2012) rimane invariata, così come per i DRG sentinella, rispetto all'anno precedente.

Indicatori di complessità

	2012				2013			
Descrizione reparto dimissione	**Peso medio**	**% casi complicati**	**% DRG chirurgici**	**% DRG medici**	**Peso medio**	**% casi complicati**	**% DRG chirurgici**	**% DRG medici**
Anestesia E Rianimazione	4,76	67%	51%	49%	5,30	83%	54%	46%
Ortopedia E Microchirurgia ricostruttiva	1,09	13%	77%	23%	1,11	13%	73%	27%
Chirurgia D'Urgenza	1,00	22%	28%	72%	1,01	26%	24%	76%
Ortopedia E Traumatologia (Clinica)	1,22	28%	63%	37%	1,27	31%	65%	35%
Unita' Spinale	1,23	14%	1%	99%	1,25	38%	1%	99%
Neurochirurgia	2,19	22%	70%	30%	2,37	21%	65%	35%
Totale	**1,25**	**20%**	**55%**	**45%**	**1,28**	**22%**	**53%**	**47%**

Nel corso del 2013 non si registrano significative variazioni del peso medio DRG; decresce la percentuale dei DRG chirurgici (da 55% a 53%). Si conferma anche per l'anno 2013 la particolare criticità nella Chirurgia d'Urgenza, dove la percentuale dei DRG chirurgici scende notevolmente al di sotto del 30%.

Allegato lettera c)

Assistenza specialistica

Di seguito si riportano le prestazioni ambulatoriali che dal File C risultano erogate presso il Presidio Ospedaliero.

Disciplina	Branca Special.	Quantità	Importo
Cardiologia	CARDIOLOGIA	13.176	€ 332.977,08
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	114	€ 5.888,10
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2	€ 25,82
Cardiologia Totale		**13.292**	**€ 338.891,00**
Chirurgia generale	ALTRE PRESTAZIONI	40	€ 516,40
	CHIRURGIA GENERALE	1.280	€ 17.854,77
	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	916	€ 54.168,48
Chirurgia generale Totale		**2.236**	**€ 72.539,65**
Ematologia	LAB. ANAL. CH. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENETICA-IMMUN. E S. TRASF.	52	€ 846,92
Ematologia Totale		**52**	**€ 846,92**
Laboratorio	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	59	€ 973,75
	LAB. ANAL. CH. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENETICA-IMMUN. E S. TRASF.	45.458	€ 181.797,29
Laboratorio Totale		**45.517**	**€ 182.771,04**
Malatt. endocr. del ricambio e della nutriz.	LAB. ANAL. CH. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENETICA-IMMUN. E S. TRASF.	83	€ 213,36
Malatt. endocr. del ricambio e della nutriz. Tot.		**83**	**€ 213,36**
Neurochirurgia	ALTRE PRESTAZIONI	1	€ 3,87
	NEUROCHIRURGIA	882	€ 17.842,37
	NEUROLOGIA	59	€ 1.172,44
Neurochirurgia Totale		**942**	**€ 19.018,68**
Neurologia	LAB. ANAL. CH. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENETICA-IMMUN. E S. TRASF.	2	€ 29,02
Neurologia Totale		**2**	**€ 29,02**
Neuro-riabilitazione	NEUROLOGIA	1	€ 23,24
Neuro-riabilitazione Totale		**1**	**€ 23,24**
Ortopedia e traumatologia	ANESTESIA	104	€ 432,34
	CHIRURGIA GENERALE	923	€ 4.166,59
	CHIRURGIA PLASTICA	164	€ 1.720,27
	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE DEI MOTULESI E NEUROLESI	285	€ 1.780,61
	ONCOLOGIA	55	€ 614,97
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	16.173	€ 584.971,74
Ortopedia e traumatologia Totale		**17.704**	**€ 593.686,52**
Pneumologia	LAB. ANAL. CH. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENETICA-IMMUN. E S. TRASF.	2	€ 10,32
Pneumologia Totale		**2**	**€ 10,32**
Psichiatria	PSICHIATRIA	600	€ 9.817,16
Psichiatria Totale		**600**	**€ 9.817,16**
Radiologia	CARDIOLOGIA	37	€ 1.624,30
	CHIRURGIA GENERALE	79	€ 3.863,25
	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	2	€ 75,92
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	5.472	€ 502.544,01
	ENDOCRINOLOGIA	80	€ 2.272,80
	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	62	€ 3.211,08
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.326	€ 47.329,26
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	4	€ 123,96
Radiologia Totale		**7.062**	**€ 561.044,58**
Radioterapia oncologica	RADIOTERAPIA	31	€ 1.650,64
Radioterapia oncologica Totale		**31**	**€ 1.650,64**
Recupero e riabilitaz. funzionale	ANESTESIA	30	€ 91,50
	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE DEI MOTULESI E NEUROLESI	7.773	€ 63.103,77
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	134	€ 1.812,98
Recupero e riabilitaz. funzionale Tot.		**7.937**	**€ 65.008,25**
Terapia intensiva	ALTRE PRESTAZIONI	12	€ 154,92
	ANESTESIA	13.943	€ 1.095.677,14
	LAB. ANAL. CH. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENETICA-IMMUN. E S. TRASF.	3	€ 41,07
	NEUROCHIRURGIA	3	€ 309,87
	PNEUMOLOGIA	1.079	€ 5.161,97
Terapia intensiva Totale		**15.040**	**€ 1.101.344,97**
Unità spinale	ALTRE PRESTAZIONI	117	€ 2.269,97
	ANESTESIA	16	€ 78,71
	CARDIOLOGIA	4	€ 175,60
	CHIRURGIA GENERALE	176	€ 865,43
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	124	€ 7.463,88
	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	46	€ 641,62
	LAB. ANAL. CH. CLIN. E MICR.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENETICA-IMMUN. E S. TRASF.	2	€ 25,82
	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE DEI MOTULESI E NEUROLESI	158	€ 1.963,56
	NEUROLOGIA	70	€ 1.559,80
	PSICHIATRIA	1	€ 17,04
	UROLOGIA	314	€ 9.339,32
Unità spinale Totale		**1.028**	**€ 24.400,75**
Totale complessivo		**111.529**	**€ 2.971.296,10**

Allegato lettera c)

Consumo di farmaci

Nelle tabelle successive si riportano i dati sul consumo di farmaci (prodotti farmaceutici + emoderivati) degli anno 2012 e 2013. I consumi dei reparti di degenza sono stati incrociati con i dati di attività.

Reparti di degenza

CDR	Consumi 2012	Ricoveri 2012	gg degenza 2012	Fatturato DRG 2012	Consumi 2013	Ricoveri 2013	gg degenza 2013	Fatturato DRG 2013	Consumi/ gg degenza 2012	Consumi/ gg degenza 2013	Scost %	Consumi/ fatturato DRG 2012	Consumi/ Fatturato DRG 2013
RIANIMAZIONE E MEDICINA IPERBARICA	397.985	79	1.081	1.303.715	422.061	57	1.026	1.004.316	368	411	11,7%	30,5%	42,0%
CHIRURGIA D'URGENZA	157.461	1.811	9.495	4.081.244	142.431	1.817	9.898	4.190.052	17	14	-13,2%	3,9%	3,4%
CLINICA ORTOPEDICA	86.118	1.191	7.714	3.875.290	97.425	1.208	8.422	4.096.437	11	12	3,6%	2,2%	2,4%
NEUROCHIRURGIA	32.172	536	3.309	3.127.900	26.493	560	3.524	3.498.930	10	8	-22,7%	1,0%	0,8%
ORTOPEDIA E MICROCHIRU RICOSTR	78.328	2.115	11.685	5.529.760	86.061	2.125	11.220	5.719.368	7	8	14,4%	1,4%	1,5%
UNITA' SPINALE	101.618	209	5.134	1.964.051	76.515	135	5.735	2.206.218	20	13	-32,6%	5,2%	3,5%
TOTALE	**853.681**	**5.941**	**38.418**	**19.881.961**	**850.985**	**5.902**	**39.825**	**20.715.321**	**22**	**21**	**-3,8%**	**4,3%**	**4,1%**

Servizi

CDR	Consumi 2012	Consumi 2013
PRONTO SOCCORSO E O.B.	17.529	17.495
RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	174	162
SERVIZIO RADIOLOGIA	53.005	50.848
DIREZIONE SANITARIA	9.920	6.342
LABORATORIO ANALISI	2.018	2.370
BLOCCO OPERATORIO	49.863	153.409
CARDIOLOGIA	120	46
ANESTESIA	110.020	

Allegato lettera c)

P.O. S. Marcellino

E' un presidio multispecialistico, dotato di Pronto Soccorso, con specifica vocazione nel gestire le emergenze del territorio circostante. Serve una popolazione di poco più di 23.000 abitanti ma, essendo posizionato in una località marina molto frequentata, nei mesi estivi fa fronte alle esigenze sanitarie di un elevato numero di utenti. All'interno del presidio sono presenti le Unità operative di Medicina e Chirurgia. L'Ortopedia è una struttura semplice in capo alla struttura complessa di Chirurgia.

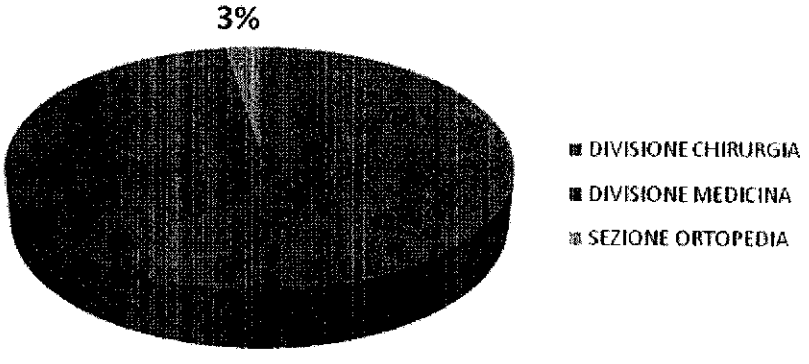
Assistenza Ospedaliera

	2012						2013					
Reparto dimissione	Posti letto R.O.	n. casi R.O.	gg degenza R.O.	Posti letto D.H /DS	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.	Posti letto R.O.	n. casi R.O.	gg degenza R.O.	Posti letto D.H/DS	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.
DIVISIONE CHIRURGIA	15	534	3.276	1	263	280	15	449	2.836	1	283	288
DIVISIONE MEDICINA	24	801	5.967	1	86	494	24	727	5.433	1	164	2.370
SEZIONE ORTOPEDIA	3	37	157	1	12	12	3	42	219	1	1	1
Totale	**42**	**1.372**	**9.400**	**3**	**361**	**786**	**42**	**1.218**	**8.488**	**3**	**448**	**2.659**

Nel corso del 2013 sono stati complessivamente effettuati 1.666 ricoveri per un totale di 11.147 giornate di cura. La riduzione di 154 casi dei ricoveri ordinari rispetto al 2012, deriva dal calo dell'attività della divisione Chirurgia e Medicina; anche le giornate di degenza decrescono confermando il *trend* dell'anno precedente (-912). I ricoveri diurni sono in aumento del 24%.

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

Totale ricoveri Anno 2013



Allegato lettera c)

Indicatori di efficienza

	2012		2013	
Reparto dimissione	**DM**	**TOC**	**DM**	**TOC**
DIVISIONE CHIRURGIA	6,1	59,8%	6,3	51,8%
DIVISIONE MEDICINA	7,4	68,1%	7,5	62,0%
SEZIONE ORTOPEDIA	4,2	14,3%	5,2	20,0%
Totale	**6,9**	**61,3%**	**7,0**	**55,4%**

La degenza media del Presidio Ospedaliero San Marcellino rimane invariata rispetto all'anno 2012; infatti il decremento del numero delle giornate di degenza viene compensato dal decremento del numero dei ricoveri. Il tasso di occupazione si mantiene basso ed al di sotto dei valori minimi contemplati a livello regionale e nazionale.

	2012		2013	
Reparto dimissione	**IR**	**Turn Over**	**IR**	**Turn Over**
DIVISIONE CHIRURGIA	35,6	4,1	29,9	5,9
DIVISIONE MEDICINA	33,4	3,5	30,3	4,6
SEZIONE ORTOPEDIA	12,3	25,4	14,0	20,9
Totale	**32,7**	**4,3**	**29,0**	**5,6**

Dalla tabella sopra emerge un decremento dell'indice di rotazione; nell'anno 2013 sono mediamente transitati circa 29 pazienti per posto letto. Il peggioramento di tale indice ha comportato un aumento del *turnover*; attualmente presso il presidio intercorrono 5,6 giornate dalla dimissione di un paziente al ricovero del successivo.

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

Allegato lettera c)

Indicatori di appropriatezza

	2012				2013			
Reparto dimissione	% Lea	% Sentinella	Deg. media Lea	Deg. media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Deg. media Lea	Deg. media Sentinella
DIVISIONE CHIRURGIA	19,7%	10,1%	4,3	5,9	23,4%	13,4%	3,7	7,0
DIVISIONE MEDICINA	9,2%	10,5%	4,4	6,4	9,6%	8,4%	5,3	5,6
SEZIONE ORTOPEDIA	81,1%	0,0%	3,9		73,8%	4,8%	5,3	12,5
Totale	**15,2%**	**10,1%**	**4,3**	**6,2**	**16,9%**	**10,1%**	**4,5**	**6,4**

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

Per quanto attiene ai Drg Sentinella e relativa degenza media i rispettivi indicatori rimangono costanti.

Indicatori di complessità

	2012				2013			
Reparto dimissione	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici
DIVISIONE CHIRURGIA	1,12	39%	53%	47%	1,08	38%	49%	51%
DIVISIONE MEDICINA	0,91	68%	0%	100%	0,96	66%	1%	99%
SEZIONE ORTOPEDIA	0,65	9%	3%	97%	0,68	0%	0%	100%
Totale	**0,98**	**54%**	**21%**	**79%**	**0,99**	**53%**	**19%**	**81%**

Nel corso dell'anno 2013 il peso medio dei ricoveri del presidio ospedaliero rimane invariato, così come decresce solo di 1 punto la percentuale di casi complicati.

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

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

Allegato lettera c)

Assistenza specialistica

Di seguito si riportano le prestazioni ambulatoriali che dal File C risultano erogate presso il Presidio Ospedaliero.

Disciplina	Branca Special.	Quantità	Importo
	ALTRE PRESTAZIONI	2	€ 41,32
	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA-ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA-GENETICA-IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.	4	€ 12,40
Totale		**6**	**€ 53,72**
Anatomia ed istologia patologica	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA-ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA-GENETICA-IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.	3	€ 42,30
Anatomia ed istologia patologica Totale		**3**	**€ 42,30**
Cardiologia	CARDIOLOGIA	1.446	€ 25.669,53
Cardiologia Totale		**1.446**	**€ 25.669,53**
Chirurgia generale	ALTRE PRESTAZIONI	158	€ 964,02
	CHIRURGIA GENERALE	1.283	€ 21.749,12
	CHIRURGIA PLASTICA	161	€ 4.549,47
	DERMOSIFILOPATIA	4	€ 119,00
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	55	€ 2.972,31
	ENDOCRINOLOGIA	6	€ 170,46
	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	678	€ 29.049,46
	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA-ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA-GENETICA-IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.	9	€ 99,68
	UROLOGIA	80	€ 2.004,39
Chirurgia generale Totale		**2.434**	**€ 61.677,91**
Ematologia	ALTRE PRESTAZIONI	483	€ 8.514,03
	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA-ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA-GENETICA-IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.	367	€ 4.764,98
Ematologia Totale		**850**	**€ 13.279,01**
Emodialisi	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA-ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA-GENETICA-IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.	265	€ 1.160,84
Emodialisi Totale		**265**	**€ 1.160,84**
Laboratorio	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA-ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA-GENETICA-IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.	157.418	€ 666.141,99
Laboratorio Totale		**157.418**	**€ 666.141,99**
Malattie endocrine del ricambio e della nutrizione	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA-ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA-GENETICA-IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.	2	€ 12,28
Malattie endocrine del ricambio e della nutriz. Tot.		**2**	**€ 12,28**
Medicina generale	ALTRE PRESTAZIONI	264	€ 5.368,99
	CARDIOLOGIA	232	€ 5.112,97
	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	5	€ 103,30
	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA-ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA-GENETICA-IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.	137	€ 1.768,67
	NEUROLOGIA	33	€ 766,92
Medicina generale Totale		**671**	**€ 13.120,85**
Medicina nucleare	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA-ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA-GENETICA-IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.	1	€ 7,44
Medicina nucleare Totale		**1**	**€ 7,44**
Oculistica	OCULISTICA	3	€ 72,31
Oculistica Totale		**3**	**€ 72,31**
Ortopedia e traumatologia	ALTRE PRESTAZIONI	10	€ 38,70
	CHIRURGIA GENERALE	6	€ 105,36
	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE DEI MOTULESI E NEUROLESI	803	€ 6.024,31
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.957	€ 33.135,95
Ortopedia e traumatologia Totale		**2.776**	**€ 39.304,32**
Ostetricia e ginecologia	ALTRE PRESTAZIONI	102	€ 1.316,82
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	231	€ 9.937,12
	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA-ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA-GENETICA-IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.	167	€ 1.036,56
	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE DEI MOTULESI E NEUROLESI	336	€ 2.291,52
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	899	€ 18.754,70
Ostetricia e ginecologia Totale		**1.735**	**€ 33.336,72**
Otorinolaringoiatria	ALTRE PRESTAZIONI	37	€ 250,38
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1	€ 3,87
	OTORINOLARINGOIATRIA	1.513	€ 22.151,67
Otorinolaringoiatria Totale		**1.551**	**€ 22.405,92**
Pediatria	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA-ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA-GENETICA-IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.	3	€ 12,50
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2	€ 72,30
Pediatria Totale		**5**	**€ 84,80**
Psichiatria	PSICHIATRIA	35	€ 675,95
Psichiatria Totale		**35**	**€ 675,95**
Radiologia	CARDIOLOGIA	270	€ 11.853,00
	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	6	€ 227,76
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	4.841	€ 174.068,12
	ENDOCRINOLOGIA	55	€ 1.562,55
	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	56	€ 2.892,40
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	46	€ 1.582,56
Radiologia Totale		**5.274**	**€ 192.186,39**
Recupero e riabilitazione funzionale	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE DEI MOTULESI E NEUROLESI	521	€ 4.085,56
Recupero e riabilitazione funzionale Totale		**521**	**€ 4.085,56**
Terapia intensiva	ANESTESIA	10	€ 206,60
	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA-ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA-GENETICA-IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.	13	€ 135,32
Terapia intensiva Totale		**23**	**€ 341,92**
Totale complessivo		**175.019**	**€ 1.078.859,76**

Allegato lettera c)

Consumo di farmaci

Nelle tabelle successive si riportano i dati sul consumo di farmaci (prodotti farmaceutici + emoderivati) degli anno 2012 e 2013. I consumi dei reparti di degenza sono stati incrociati con i dati di attività.

Reparti di degenza

CDR	Consumi 2012	Ricoveri 2012	gg degenza 2012	Fatturato DRG 2012	Consumi 2013	Ricoveri 2013	gg degenza 2013	Fatturato DRG 2013	Consumi/ gg degenza 2012	Consumi/ gg degenza 2013	Scost %	Consumi/ fatturato DRG 2012	Consumi/ Fatturato DRG 2013
CHIRURGIA GENERALE	53.248	797	3.556	2.145.008	44.042	732	3.124	1.747.236	15,0	14,1	-5,9%	2,5%	2,5%
MEDICINA GENERALE	60.381	887	6.461	2.248.668	104.309	891	7.803	2.782.513	9,3	13,4	43,0%	2,7%	3,7%
ORTOPEDIA	649	49	169	66.836	515	43	220	61.288	3,8	2,3	-39,1%	1,0%	0,8%

Servizi

CDR	Consumi 2012	Consumi 2013
ANESTESIA	16.054	12.959
BLOCCO OPERATORIO	4.764	8.922
DIREZIONE SANITARIA	1.711	863
LABORATORIO ANALISI	671	2.080
OSTETRICIA E GINECOL(	52	79
PRONTO SOCCORSO	10.485	10.344
SERVIZIO RADIOLOGIA	7.407	24.980

Allegato lettera c)

P.O. S. Giuseppe

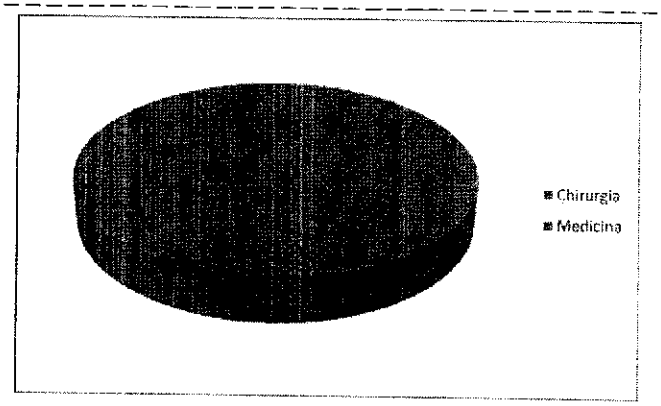
Il P.O. di Isili è l'unica struttura ospedaliera presente nel territorio Sarcidano–Barbagia di Seulo. Serve un bacino d'utenza di circa 30.000 persone. Costituisce l'unica struttura del territorio in grado di garantire il pronto soccorso H 24, i ricoveri ordinari internistici e chirurgici, le prestazioni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

Dati strutturali

	2012						2013					
Reparto dimissione	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.
Chirurgia	9	480	2.731	4	449	528	9	505	2.765	3	339	443
Medicina	25	1094	7.019	3	269	1685	25	1152	7.339	3	250	1727
Totale complessivo	**34**	**1.574**	**9.750**	**7**	**718**	**2.213**	**34**	**1.657**	**10.104**	**6**	**589**	**2.170**

Rispetto all'anno 2012 il numero dei ricoveri ordinari ha subito un aumento del 5,3% pari a circa 80 casi; per contro il numero dei ricoveri diurni e dei relativi accessi è diminuito da un anno all'altro.

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



Allegato lettera c)

Indicatori di efficienza

	2012		2013	
Reparto dimissione	DM	TOC	DM	TOC
CHIRURGIA	5,7	83,1%	5,5	84,2%
MEDICINA	6,4	76,9%	6,4	80,4%
Totale complessivo	**6,2**	**78,6%**	**6,1**	**81,4%**

Il Tasso di Occupazione del Presidio è aumentato rispetto all'anno 2012 del 2,8%, confermandosi ben al di sopra dei valori minimi imposti a livello regionale.
La degenza media è rimasta sostanzialmente invariata.

	2012		2013	
Reparto dimissione	IR	Turn Over	IR	Turn Over
CHIRURGIA	53,3	1,2	56,1	1,0
MEDICINA	43,8	1,9	46,1	1,6
Totale complessivo	**46,3**	**1,7**	**48,7**	**1,4**

Gli indici di rotazione dei posti letto nel corso del 2013 subiscono un aumento complessivo di 2,4 punti, *confermandosi anch'essi al di sopra della media regionale;* il dato relativo al *turnover*, evidenzia un calo dello 0,3%.

- ***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

	2012				2013			
Reparto dimissione	% Lea	% Sentinella	Degenza Media DRG Lea	Degenza Media DRG Sentinella	% Lea	% Sentinella	Degenza Media DRG Lea	Degenza Media DRG Sentinella
CHIRURGIA	37,9%	9,8%	3,85	8,51	38,2%	11,3%	3,86	10,14
MEDICINA	29,1%	18,0%	4,86	6,96	25,4%	22,0%	5,22	6,46
Totale complessivo	**31,8%**	**15,5%**	**4,50**	**7,26**	**29,3%**	**18,8%**	**4,68**	**7,14**

La percentuale di Drg Lea (calcolata in base all'elenco disposto nell'allegato B del Patto per la Salute 2010-2012) del Presidio ospedaliero ha avuto un decremento; è incrementata invece la percentuale di DRG Sentinella. Le relative degenze medie sono rimasta sostanzialmente invariate.

Allegato lettera c)

Indicatori di complessità

	2012				2013			
Reparto dimissione	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici
CHIRURGIA	1,02	27,0%	42,0%	58,0%	0,98	26,4%	39,6%	60,4%
MEDICINA	0,88	57,0%	0,0%	100,0%	0,88	62,9%	0,1%	99,9%
Totale complessivo	**0,92**	**44,0%**	**13,0%**	**87,0%**	**0,91**	**47,8%**	**12,2%**	**87,8%**

Nel 2013 il peso medio si mantiene costante, mentre la percentuale dei DRG complicati cresce complessivamente del 3,8%, per effetto della variazione in aumento consistente nel reparto di Medicina.

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

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

Allegato lettera c)

Assistenza specialistica

Di seguito si riportano le prestazioni ambulatoriali che dal File C risultano erogate presso il Presidio Ospedaliero.

Disciplina	Branca Special.	Quantità	Importo
Cardiologia	CARDIOLOGIA	443	€ 7.145,45
Cardiologia Totale		443	€ 7.145,45
Chirurgia generale	ALTRE PRESTAZIONI	13	€ 167,83
	CARDIOLOGIA	13	€ 570,70
	CHIRURGIA GENERALE	1.102	€ 16.659,30
	CHIRURGIA PLASTICA	102	€ 2.875,08
	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	459	€ 4.820,44
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	455	€ 19.242,73
	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	358	€ 20.756,95
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	15	€ 13.284,00
Chirurgia generale Totale		2.517	€ 78.377,03
Chirurgia toracica	PNEUMOLOGIA	2	€ 165,26
Chirurgia toracica Totale		2	€ 165,26
Ematologia	LAB. ANAL. CHIM. CLIN. E MICROBIOL.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. TRASF.	4	€ 50,60
Ematologia Totale		4	€ 50,60
Emodialisi	LAB. ANAL. CHIM. CLIN. E MICROBIOL.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. TRASF.	60	€ 186,00
Emodialisi Totale		60	€ 186,00
Laboratorio	LAB. ANAL. CHIM. CLIN. E MICROBIOL.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. TRASF.	116.847	€ 480.161,34
Laboratorio Totale		116.847	€ 480.161,34
Medicina generale	ALTRE PRESTAZIONI	46	€ 950,36
	CARDIOLOGIA	332	€ 14.791,64
	LAB. ANAL. CHIM. CLIN. E MICROBIOL.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. TRASF.	1	€ 12,91
Medicina generale Totale		379	€ 15.754,91
Neurologia	NEUROLOGIA	27	€ 627,48
Neurologia Totale		27	€ 627,48
Oncologia	ALTRE PRESTAZIONI	10	€ 206,60
	CHIRURGIA GENERALE	38	€ 583,60
	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE DEI MOTULESI E NEUROLESI	6	€ 46,50
	NEFROLOGIA	55	€ 851,95
	ONCOLOGIA	914	€ 13.908,99
Oncologia Totale		1.023	€ 15.597,64
Ortopedia e traumatologia	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE DEI MOTULESI E NEUROLESI	2	€ 15,50
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	422	€ 8.069,56
Ortopedia e traumatologia Tot.		424	€ 8.085,06
Ostetricia e ginecologia	ALTRE PRESTAZIONI	4	€ 51,64
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	109	€ 4.728,42
	LAB. ANAL. CHIM. CLIN. E MICROBIOL.-MICROBIOL.-VIROL.-ANAT. E ISTOL. PAT.-GENET.-IMMUNOEMATOL. E S. TRASF.	14	€ 104,76
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	458	€ 11.333,96
Ostetricia e ginecologia Tot.		685	€ 16.218,78
Pediatria	ALTRE PRESTAZIONI	3	€ 61,98
Pediatria Totale		3	€ 61,98
Radiologia	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	1	€ 32,02
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	6.289	€ 161.486,60
	ENDOCRINOLOGIA	477	€ 13.551,57
	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	127	€ 6.559,55
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5	€ 172,51
Radiologia Totale		6.899	€ 181.802,25
Terapia intensiva	ANESTESIA	1	€ 20,66
Terapia intensiva Totale		1	€ 20,66
Totale complessivo		129.214	€ 804.254,44

Allegato lettera c)

Consumo di farmaci

Nelle tabelle successive si riportano i dati sul consumo di farmaci (prodotti farmaceutici + emoderivati) degli anno 2012 e 2013. I consumi dei reparti di degenza sono stati incrociati con i dati di attività.

Reparti di degenza

CDR	Consumi 2012	Ricoveri 2012	gg degenza 2012	Fatturato DRG 2012	Consumi 2013	Ricoveri 2013	gg degenza 2013	Fatturato DRG 2013	Consumi/ gg degenza 2012	Consumi/ gg degenza 2013	Scost %	Consumi/ fatturato DRG 2012	Consumi/ Fatturato DRG 2013
CHIRURGIA GENERALE	26.330	929	3.259	1.959.693	41.875	844	3.208	1.763.454	8,1	13,1	61,6%	1,3%	2,4%
MEDICINA GENERALE	89.686	1.363	8.704	2.841.737	83.708	1.402	9.066	2.963.178	10,3	9,2	-10,4%	3,2%	2,8%
TOTALE	**116.016**	**2.292**	**11.963**	**4.801.430**	**125.583**	**2.246**	**12.274**	**4.726.632**	**9,7**	**10,2**	**5,5%**	**2,4%**	**2,7%**

Servizi

CDR	Consumi 2012	Consumi 2013
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	10.090	4.898
BLOCCO OPERATORIO	6.859	6.046
DIREZIONE SANITARIA	160	1.464
LABORATORIO ANALISI	136	131
PRONTO SOCCORSO	7.743	8.199
SERVIZIO RADIOLOGIA	10.862	10.080
OSTETRICIA E GINECOLOGIA (CENTRO DONNA)	30	24

Allegato lettera c)

Analisi della domanda di assistenza ospedaliera

La domanda di prestazioni ospedaliere espressa dai residenti ASL 8 è pari a circa 104,4 mila ricoveri per un valore complessivo di 271,6 milioni di €.

Azienda erogatrice	N.casi	Importo	% sul totale
Asl 101	95	244.024	0,1%
Asl 102	56	96.212	0,1%
Asl 103	179	366.747	0,2%
Asl 104	230	748.835	0,2%
Asl 105	267	789.362	0,3%
Asl 106	338	867.161	0,3%
Asl 107	1.218	2.608.867	1,2%
Asl 8 Pubblico	33.856	87.359.352	32,4%
Asl 8 Privato	20.278	45.485.388	19,4%
AO Brotzu	20.539	65.151.099	19,7%
AOU Sassari	74	202.473	0,1%
AOU Cagliari (con San Giovanni)	22.145	49.694.009	21,2%
Inrca	771	1.462.349	0,7%
Altre regioni	4.377	16.584.320	4,2%
Totale	**104.423**	**271.660.199**	**100,0%**

Dati 2012

Tale domanda è soddisfatta per il 52 % dalle strutture della Asl 8 (presidi ospedalieri interni e privati convenzionati) e, per il restante, dalle due aziende ospedaliere cagliaritane (AO Brotzu e AOU Cagliari). Solo una minima parte dei ricoveri viene invece erogata da altre aziende regionali e extraregione.

La "*governance*" dell'offerta, in questi anni, si è concentrata prevalentemente nei seguenti punti:

- riduzione dei ricoveri in regime ordinario e incremento dei ricoveri in regime diurno e delle attività ambulatoriali e territoriali;
- miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, come scelta del livello assistenziale più corretto e meno costoso per i bisogni di cura;
- razionalizzazione dei ricoveri ordinari non chirurgici per pazienti dai 65 anni in su e con degenza uguale a superiore a 12 giorni;
- concentrazione delle attività per acuti in un minore numero di ospedali.

L'adeguamento strutturale, infrastrutturale e tecnologico degli ospedali, la definizione di strategie condivise con le professionalità e gli operatori ed il rafforzamento dell'integrazione tra ospedale e

territorio rimangono invece gli obiettivi di più ampio raggio della Direzione aziendale per l'area ospedaliera.

Il forte rapporto con il territorio – sia attraverso il potenziamento del ruolo del distretto che attraverso l'integrazione tra sociale e sanitario – sono altri aspetti fondamentali per la qualificazione dell'assistenza ospedaliera. Da qui il consolidamento di modelli Hub & spoke tra presidi e servizi territoriali al fine di garantire una maggiore appropriatezza dei ricoveri, un forte raccordo tra i centri ad elevata specializzazione e le strutture di 1° livello ed il graduale spostamento della centralità dell'assistenza ospedaliera in favore delle prestazioni sul territorio, per un servizio più capillare e vicino ai bisogni del cittadino.

Allegato lettera c)

L'attività di Emergenza Urgenza

L'attività analizzata in questa relazione riguarda i quattro pronto soccorso aziendali: P.O. SS Trinità, P.O. Marino, P.O. San Marcellino (Muravera) e P.O. Isili.

Di fatto, gli Ospedali Aziendali che sono oggetto di analisi rilevano circa 70.000 accessi.

Si riportano nelle tabelle seguenti i dati di attività.

ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO - 2013									
	Bianco	%	Verde	%	Giallo	%	Rosso	%	
P.O. SS Trinità	2321	6.7	20428	70.8	11174	32.4	541	1.6	*34468
P.O . Marino	4285	18.7	15006	65.4	3595	15.7	55	0.2	22941
P.O. Muravera	678	11.1	4611	75.3	814	13.3	21	0.3	6124
P.O. Isili	289	6.6	3957	61.2	2172	33.6	49	0.7	**6468
	7573	**10.8**	**44002**	**62.8**	**17755**	**25.4**	**666**	**0.9**	**70001**

ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO - 2012									
	Bianco	%	Verde	%	Giallo	%	Rosso	%	
P.O. SS Trinità	2826	8.3	20295	60.0	10189	30.1	489	1.4	33812
P.O . Marino	5686	24.3	14732	63.O	2838	12.2	47	0.2	23304
P.O. Muravera	631	11.3	4112	73.8	802	14.4	23	0.4	5570
P.O. Isili	430	6.7	4078	64.4	1802	28.4	41	0.6	6353
	9573	**13.8**	**43217**	**62.6**	**15631**	**22.6**	**600**	**0.8**	**69039**

ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO - 2011									
	Bianco	%	Verde	%	Giallo	%	Rosso	%	
P.O. SS Trinità	3330	9.6	21864	63.3	8938	24.3	416	1.2	34551
P.O . Marino	7962	33.1	14333	59.5	2234	9.3	40	0.1	24070
P.O. Muravera	356	9.4	2898	77.0	487	13.0	22	0.5	3763
P.O. Isili	536	8.1	4627	70.6	1350	20.6	43	0.6	6556
	12211	**17.7**	**43722**	**63.4**	**13009**	**18.9**	**521**	**0.7**	**68940**

Dai dati delle tabelle riferite agli accessi del 2013, 2012 e 2011 emerge una tendenza all'aumento degli accessi in tutti i presidi eccezion fatta per il presidio del Marino. A questo riguardo si ritiene che il dato del 2011 risenta di una carenza di registrazione dei dati in PS WEB. Per quanto riguarda il presidio SS Trinità si è rilevato un aumento degli accessi del 2.0%. Se osserviamo gli accessi in base ai codici emerge una sensibile flessione dei codici bianchi (- 20,9%) ed un aumento dei codici rossi (11%) essenzialmente a

carico del P.S. SS Trinità (da 416 del 2011 a 541 del 2013 +30%). Significativo è anche l'aumento dei codici gialli (13.6%) e se andiamo ad analizzare la somma dei due codici si ha un incremento del 13.5%.
L'Ospedale Marino presenta un numero di accessi al di sotto dei 25.000 con una riduzione dal 2011 al 2012 del 3.2% per arrivare al 6,61% nel 2013 (con accessi al di sotto dei 23.000). Il dato più evidente è il numero dei codici bianchi che dal 2011 sono calati da 7962 a 4286 (- 46,17%). Non significativo è l'incremento dei codici rossi (da 47 a 50), mentre si conferma la tendenza dell' aumento dei i codici gialli passati da 2238 del 2011 a 3602 (36,87%). Altrettanto si può dire per l'incremento dei codici verdi. Questi dati necessitano di un'attenta analisi per cercare di capire soprattutto se sulla codifica dei codici bianchi sia necessaria una formazione sul personale.
Infine gli ultimi due presidi (Muravera e Isili) rappresentano un numero di accessi limitati, soprattutto per quanto riguarda Muravera.
Un dato che deve far riflettere è quello che è scaturito dall'analisi delle cartelle di triage, si rileva che al P.S. del Marino solo nel 19% dei casi risulta essere stata praticata una valutazione oggettiva e soggettiva, senza una significativa variazione negli ultimi tre anni di osservazione. La stessa analisi effettuata nei dati del SS Trinità ha rilevato il 50% del personale ha fatto le rilevazioni in oltre il 60% dei casi.
Questo elemento è certamente il risultato della presenza di protocolli operativi condivisi, ma rimane la necessità di rivalutazioni per tutto il personale sull'applicazione dei protocolli di triage anche alla luce delle ridefinizione, implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico (in via di approvazione in sede legislativ) e soprattutto la ridefinizione delle linee guida del Triage oggetto di un tavolo Ministeriale.
Un altro elemento che necessita attenta osservazione sono i tempi d'attesa. Focalizzando i dati dei Pazienti con codice giallo (e tenendo conto del Tempo massimo di attesa per le aree di trattamento secondo criteri universalmente accettati che per i codici gialli, l'accesso deve essere entro 15 minuti) vediamo che per quanto riguarda i Pronto Soccorso della Asl 8 entro questo tempo accedono in sala visita il 37% dei Pazienti al SS Trinità e il 18% dei Pazienti all'Ospedale Marino. Gli ingressi standard sono invece rispettati per il 94% dei Pazienti con codice bianco (180 min).
Per quanto riguarda i Ricoveri si osserva in tutti i Presidi la tendenza ad un aumento, questo dato necessita di attento monitoraggio. Se andiamo a vedere gli accessi per gruppi di malattia nel presidio SS Trinità si osserva che quelli più frequenti sono "Traumatismi e avvelenamenti" 17%, "Disturbi mentali" 5%, "Malattie dell'Apparato digerente" (5%) e Malattie dell'apparato circolatorio (4%). Purtroppo però la percentuale più elevata è rappresentata dal non indicato (36%) che rappresentano i casi che non giungono a conclusione per allontanamento volontario o non rientrato da consulenza.

Allegato lettera c)

	SS Trinità				Marino			
	2012		2013		2012		2013	
Ricoveri	5657	16.7 %	6174	17.9%	2790	12%	3041	13.3%

	Muravera				Isili			
	2012		2013		2012		2013	
Ricoveri	969	17.4 %	1013	16.5%	1361	21.4%	1432	22.1%

Analizzando i dati del Marino, considerando gli accesi per gruppi di malattia ICD9 emerge immediatamente il dato che la diagnosi non indicata è presente nel 7.9% e corrisponde ai casi "Non risponde a chiamata". Gli accessi più frequenti sono "Traumatismi e avvelenamenti" 59,30%, e nel 19% "Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo".

Per quanto riguarda i ricoveri per triage si osserva nei codici gialli un aumento dei ricoveri da 1318 del 2011 a 1947 del 2013 passando dal 50% al 64 % dei totali ed una diminuzione dei codici verdi da 1218 del 2011 a 1029 del 2013 passando dal 47% al 34% degli accessi

Gli accessi tramite C.O. 118 in aumento al P.S. del SS Trinità che hanno raggiunto nel 2013 i 10064 accessi (29.1%) del totale. Stabili al Marino, in crescita invece a Muravera e Isili dove gli accessi con il 118 sono rispettivamente del 13,0% e del 17,9 %.

	SS Trinità				Marino			
	2012		2013		2012		2013	
Totale accessi	33812		34584		23304		22976	
Decisione propria	22141	65,5 %	22034	63,7 %	17213	73,9 %	16839	73,3 %
C.O. 118	9400	27,8 %	10064	29,1 %	5133	22,0 %	5205	22,6 %
Specialista	196	0.50 %	260	0.75 %	44	0,20 %	42	0,18 %

	Muravera				Isili			
	2012		2013		2012		2013	
Totale accessi	5570		6152		6353		6479	
Decisione propria	4383	78.7%	4819	78.3%	4142	65,2 %	4111	63,4 %
C.O. 118	631	11.3 %	797	12.9 %	1056	16,6 %	1160	17,9 %
Specialista	61	1,0 %	71	1,1 %	86	1,30 %	81	1,20 %

Allegato lettera c)

Il dato che emerge è un aumento di utilizzo del servizio 118 che rappresenta il 30% degli accessi al SS Trinità, ma è in crescita anche negli altri presidi

Allegato lettera c)

4) Assistenza Territoriale

Assistenza Territoriale

Premessa

La programmazione dell'Azienda Sanitaria Locale di Cagliari non può prescindere dalle considerazioni sulle transizioni di carattere demografico, epidemiologico, sociale ed economico che caratterizzano lo scenario nazionale e regionale. I bisogni sanitari e sociosanitari e la nuova domanda di salute impongono una rivisitazione dell'organizzazione dell'offerta assistenziale che tenga conto, in particolare, dei seguenti determinanti di salute:

- l'invecchiamento progressivo della popolazione, che comporta la crescita esponenziale del bisogno di servizi sanitari e sociosanitari, legata alla naturale riduzione delle capacità di adattamento ed alla maggiore esposizione a condizioni di fragilità di tipo biologico, psicologico e sociale;
- il progressivo incremento delle patologie croniche e cronico-degenerative (cardiovascolari, dismetaboliche, respiratorie, tumorali) conseguenti all'allungamento della vita media della popolazione, che collocano il bisogno assistenziale e sanitario in una cornice di crescente complessità che condiziona, a sua volta, l'individuazione dei percorsi di intervento di carattere preventivo, terapeutico, riabilitativo e di reinserimento sociale;
- la progressiva destrutturazione del tradizionale sistema di protezione sociale, caratterizzato dall'aumento del carico assistenziale richiesto dalla maggiore presenza di anziani non autosufficienti, a cui si contrappone una riduzione della popolazione in età lavorativa, idonea a sopportare tale carico; a ciò si aggiunge una altrettanto progressiva modifica della struttura e della organizzazione familiare (aumento delle famiglie nucleari, monoparentali o costituite da persone sole), che complessivamente determinano la ridotta disponibilità del "soggetto famiglia" e del "sistema delle relazioni sociali" nei confronti dell'assistenza informale, con conseguente aumentata richiesta di interventi integrativi di carattere socio assistenziale e sociosanitario;
- la crescita del livello e della complessità degli stimoli ambientali e relazionali, che in presenza di insufficienti capacità di adattamento sono causa di disagio e di malessere sociale, specialmente nei più giovani e negli anziani;
- lo sviluppo di nuove e pressanti attese derivanti dalla difficoltà all'accettazione delle proprie imperfezioni, vere o presunte, ma sentite come tali rispetto ai modelli mediatici di salute, efficienza, bellezza, successo e appagamento;

- la crisi socio economica internazionale che si manifesta con carattere di drammaticità in Sardegna e i cui effetti agiscono ad un tempo sui determinanti di salute (stress, disoccupazione, povertà) e sul sistema di protezione (riduzione delle disponibilità economiche delle istituzioni locali ad esempio).
- la difficoltà della organizzazione sociale e sanitaria a dare risposte immediate e coerenti con le mutate esigenze a causa del ritardo nell'adeguare i modelli organizzativi e le risposte alle mutate esigenze;
- la persistente scarsa propensione all'integrazione delle istituzioni, delle organizzazioni e delle professionalità.

Tutti questi fattori impongono una riflessione sulla modalità di intendere la salute, la tutela del diritto alla stessa e di conseguenza sulle modalità con le quali garantire i Livelli Essenziali di Assistenza.

Le risposte complessivamente predisposte al livello internazionale, nazionale e regionale per far fronte alla mutata domanda di salute nel mutato scenario socio demografico ed economico prevedono una sua complessiva rimodulazione e riorganizzazione che implica:

- la promozione del Territorio-Distretto come sede elettiva di formulazione delle risposte alla domanda di salute del cittadino e di erogazione dell'offerta di servizi nei luoghi di vita delle persone;
- la promozione e sviluppo della rete sanitaria e sociosanitaria territoriale, che possa farsi carico delle necessità dovute alle patologie croniche e alla non autosuficienza che non richiedono di norma il ricovero ospedaliero ma un'offerta di servizi sanitari continuativa e di facile fruibilità;
- la promozione e sviluppo dell'integrazione degli interventi di carattere sanitario con quelli di carattere sociale, in modo da tutelare l'autonomia delle persone e fornire risposte articolate alle condizioni di non autosufficienza (persone con disabilità e anziani in particolare), laddove l'inestricabile intreccio di bisogni assistenziali e sanitari obbliga a valutazioni ed interventi congiunti da parte di istituzioni diverse (in particolare ASL ed Enti Locali);
- la riqualificazione della rete ospedaliera, laddove l'ospedale perde il carattere di polo sanitario onnicomprensivo, per specializzarsi negli interventi tecnologicamente più avanzati;
- la promozione e sviluppo dell'integrazione tra territorio e ospedale, in modo da assicurare la continuità della cura e la proposizione di nuovi percorsi di salute più adatti alle singole realtà locali dove l'ospedale acquisisce appunto dimensione territoriale .

La visione e gli obiettivi del nuovo PSN 2011-2013, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 18 novembre 2010, è coerente con lo scenario sopra rappresentato. Secondo il PSN, gli interventi di promozione e tutela della salute devono considerare che:

- la promozione del benessere e della salute dei cittadini ma anche delle comunità diventa macro obiettivo del Servizio Sanitario Nazionale nella consapevolezza che questa (la salute) sia la vera ricchezza del sistema sanitario;
- l'efficacia del PSN è strettamente correlata alla capacità dei diversi soggetti istituzionali di cooperare, tenendo in considerazione le specificità locali;
- le problematiche di assistenza sociosanitaria connesse alla non autosufficienza, l'elevata presenza di anziani e grandi anziani che richiedono un'efficace integrazione delle politiche, degli indirizzi e degli interventi da parte delle diverse aree del welfare, costituiscono una delle grandi sfide assistenziali presentate dall'epoca attuale;
- la sostenibilità del sistema risulta collegata ad azioni di governance volte al recupero di efficienza e appropriatezza nell'erogazione degli attuali LEA e al livello di coerenza tra gli indirizzi delle politiche sanitarie nazionali, regionali ed aziendali con il quadro delle risorse economiche rese disponibili;
- la rendicontazione (accountability) dell' accessibilità e della performance del Servizio Sanitario, a partire dal livello di sistema per arrivare a quello del singolo operatore, rappresenta un dovere nei confronti del cittadino e di tutti i portatori di interesse;
- la mutata domanda assistenziale legata alla prevalenza di patologie cronico-degenerative pone l'accento sulla necessità di sviluppare reti sociosanitarie "orizzontali", fondate su un sistema efficace di assistenza primaria.

Il Territorio-Distretto: luogo primario di erogazione dell'assistenza

Le mutate condizioni demografiche, epidemiologiche e sociali, sopra citate, richiedono un atteggiamento proattivo nella definizione dell'offerta assistenziale al fine di intercettare anche la domanda potenziale, non espressa o non adeguatamente rilevata, e ridurre il rischio di formulare interventi parziali, tardivi e inefficaci o addirittura inseriti in esclusivi contesti di urgenza-emergenza per carenza di pianificazione strategica e progettuale specifica.

D'altra parte, la reale appropriatezza degli interventi, può essere garantita solo adottando un approccio che consideri i bisogni delle persone nel loro complesso, attraverso il modello assistenziale della presa in carico globale della persona e della famiglia nel territorio di appartenenza e nei luoghi di vita. Questo modello è coerente con la necessità di ripensare l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari da parte dei cittadini in un'ottica di garanzia di equità, di continuità della cura-assistenza e di promozione della salute. La sanità di iniziativa, attraverso l'impegno professionale individuale e di sistema, appare funzionale allo sviluppo di questo modello di assistenza, in quanto basata:

- su un nuovo approccio culturale professionale, orientato alla presa in carico proattiva delle persone;
- su un nuovo approccio organizzativo, orientato alla promozione della salute prima dell'insorgere della malattia, alla gestione dei fattori di rischio e degli stili di vita con interventi educativi, assistenziali e sanitari personalizzati.

Il modella della "sanità di iniziativa" Il modello sulla falsariga di quello anglosassone del "Chronic Care Model" è fortemente basato sulla interazione tra il paziente, reso esperto da opportuni interventi di formazione e di addestramento, ed il team multi professionale composto da operatori sanitari e sociosanitari in coordinamento con il Medico di Medicina Generale. A questo riguardo bisogna osservare che le evidenze scientifiche dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato e un supporto all'autogestione e regolari follow-up, ottengono un miglioramento delle proprie condizioni, permanendo nel proprio ambiente di vita e ricorrendo meno alle cure ospedaliere.

La "sanità di iniziativa" si rivolge in particolare ai percorsi di prima presa in carico della persona nel suo contesto di vita. Essa richiede lo sviluppo di una organizzazione territoriale delle cure primarie e dell'assistenza sociosanitaria capace di superare la "medicina di attesa" e di farsi carico, soprattutto nell'ambito delle malattie croniche e cronico degenerative, delle opportune iniziative di prevenzione, assistenza e cura.

Il contesto normativo regionale

La normativa regionale di riferimento, in particolare la Legge Regionale (LR) n. 23/2005, la Legge Regionale n. 10/2006 e il Piano Sanitario Regionale (PSR) 2006-2009, contengono tutti gli elementi che consentono l'adeguamento della programmazione regionale alle linee di indirizzo nazionale in tema di Assistenza Territoriale.

In particolare, la LR n. 23/2005, con lo strumento operativo del Piano Locale dei Servizi alla Persona (PLUS) consente l'adozione di un sistema di programmazione integrata degli interventi sociali e sanitari, con il coinvolgimento degli Enti Locali e dell'ASL in primo luogo, nonché dei portatori di interesse e di bisogni oltre che di risorse (cittadini, associazioni, cooperative, altre istituzioni).

La legge 10/2006, con l'istituzione del Distretto Sociosanitario, avvia la costruzione di un sistema strutturato di intervento sul territorio, complementare a quello ospedaliero, che consente di fornire e commisurare le risposte sanitarie e sociosanitarie alle attuali necessità della persona.

Entrambi gli strumenti (PLUS e Distretto Sociosanitario) si caratterizzano per la localizzazione territoriale della prospettiva programmatoria e pianificatoria volta al governo dell'assistenza. Essi inoltre si fondano sull'integrazione degli interventi sul piano istituzionale e operativo.

Allegato lettera c)

Le linee direttive del Piano Sanitario Regionale, tutt'ora in vigore, evidenziano la necessità di interventi di sistema che riguardano:

- il lavoro di rete fra istituzioni, soggetti erogatori di cura e assistenza e operatori, in cui i processi centrati sulla persona garantiscono una reale presa in carico dei bisogni del cittadino e assicurano la continuità dell'assistenza;
- la personalizzazione degli interventi, attraverso processi assistenziali basati sulla validità tecnico-scientifica, sull'accettabilità e sulla pertinenza delle prestazioni erogate (appropriatezza);
- la centralità dello sviluppo delle attività territoriali in modo che i cittadini trovino risposta ai propri bisogni di salute prioritariamente ed elettivamente nel proprio ambiente di vita e nel territorio di appartenenza, luogo nel quale si realizza concretamente l'integrazione fra il sistema sanitario e quello sociale, con l'apporto dell'intera rete civica della cittadinanza attiva, del mondo dell'associazionismo, del terzo settore.

Articolazione organizzativa per aree di attività e competenze

L'assistenza territoriale è oggi articolata in maniera tale da assicurare i LEA distrettuali attraverso un'organizzazione incentrata su aree di bisogni e di intervento cui corrispondono le strutture organizzative del Distretto Sociosanitario. Le aree, individuate sono le seguenti:

- *Cure Primarie*: comprende le attività connesse con l'assistenza sanitaria di base, la continuità assistenziale, l'erogazione delle prestazioni integrative e protesiche, l'attività specialistica ambulatoriale e le attività e prestazioni relative al Sistema delle Cure Domiciliari (Cure Domiciliari Integrate e Cure Domiciliari Prestazionali);
- *Anziani Disabili e Soggetti Fragili*: interessa le attività e le prestazioni relative alla presa in carico delle persone anziane, delle persone adulte e con disabilità; attività connesse con le funzioni del Punto Unico d'Accesso e delle Unità di Valutazione Territoriale;
- *Riabilitazione Socio Sanitaria Area Territoriale*: riguarda le attività e le prestazioni di riabilitazione sanitaria e sociosanitaria, compreso il supporto alle attività di monitoraggio nei confronti dei soggetti accreditati che erogano suddette prestazioni;
- *Riabilitazione e Terapia Fisica Area Specialistica*: avviata nel 2010, interessa le attività specialistiche correlate alla branca di terapia fisica e riabilitazione erogate presso i poliambulatori territoriali; costituisce un supporto alle attività di monitoraggio nei confronti dell'attività erogata dai soggetti accreditati;

- *Nefrologia e Dialisi*: assicura l'accoglienza, la cura e l'assistenza delle persone con problemi di vario grado di nefropatia sino al trattamento dialitico; opera nel territorio tramite i centri di assistenza e le cure dialitiche domiciliari;
- *Consultori*: comprende le attività di tutela della maternità e di promozione della salute dell'infanzia e della famiglia, organizzate presso Unità Operative Consultoriali dei distretti;
- *Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza*: assicura la presa in carico dei bisogni sanitari e sociosanitari in ambito neuro psichiatrico in età evolutiva, attraverso le Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza localizzate presso ogni singolo distretto.

Ambiti e profili

Nello specifico del territorio provinciale nel quale opera la ASL di Cagliari, appare quanto meno opportuno, a distanza di sette anni dalla formulazione del primo Piano Strategico Aziendale 2006-2008, riproporre una riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale che tenga in debita considerazione sia le mutate esigenze delle persone e delle famiglie in relazione alle mutate condizioni demografiche e socio economiche sia le peculiarità geografiche, storiche e di organizzazione dei servizi sociosanitari che condizionano la programmazione degli interventi. In particolare:

- la complessità della configurazione territoriale provinciale, caratterizzata da estrema variabilità in termini di densità demografica, viabilità, dislocazione e configurazione delle infrastrutture e strutture sanitarie e sociali;
- le diversità storiche che caratterizzano l'organizzazione e l'erogazione dei servizi sanitari e sociali nei diversi ambiti territoriali, anche per la confluenza di diverse USL nella ASL di Cagliari e, più di recente, per l'acquisizione di territori omogenei provenienti da altre ASL;
- il diverso sviluppo socioeconomico dei singoli ambiti territoriali.

Il territorio della ASL di Cagliari si contraddistingue per l'estensione geografica e per la numerosità della popolazione, che la rendono tra le più grandi d'Italia.

Nell'anno 2013 la Asl di Cagliari, ha garantito il Livello Essenziale di Assistenza Distrettuale in maniera omogenea tramite l'organizzazione del Territorio nei 5 Distretti Sociosanitari.

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

L'intera popolazione della ASL di Cagliari al 1 gennaio 2013 ammontava a 551.077 abitanti di cui 107.817 (19,6%) anziani di età =/> a 65 anni.

Allegato lettera c)

DISTRETTI	*Popolazione*	*%*	*Popolaz. > 65 aa*
Distretto 1 Cagliari Area Vasta	249.371	45	
Distretto 2 Area Ovest	122.314	22	
Distretto 3 Quartu Parteolla	112.961	21	
Distretto 4 Sarrabus Gerrei	23.324	4,2	
Distretto 5 Trexenta- Sarcidano-Barbagia di Seulo	43.107	7,8	
Totale popolazione ASL	**551.077**	**100**	**107.817 (19,6 %)**

Una analisi di maggior dettaglio evidenzia che, a fronte di una concentrazione di comuni (circa 32) attorno alla grande area della Città di Cagliari, con vocazione di sviluppo urbano o sub-urbano, il restante territorio della Provincia è occupato da un ancor più elevato numero di comuni (39), distribuiti su aree geografiche distanti dalla città capoluogo, caratterizzato da una forte dispersione della popolazione e con forti similitudini sul versante socio-economico e culturale: Sarrabus-Gerrei (10 comuni), Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta (29 comuni).

I comuni che gravitano attorno alla grande area del capoluogo possono usufruire di una fitta rete di strutture, servizi e presidi sanitari e sociosanitari pubblici e privati e di una rete di Case di Cura e Ospedali tra i più importanti della Sardegna, l'accesso ai quali e la cui fruizione sono, peraltro, facilitati dallo sviluppo di una adeguata rete viaria.

Il secondo raggruppamento di comuni può, al contrario, usufruire esclusivamente di due piccoli presidi ospedalieri e di strutture e servizi sanitari, dislocali nel territorio, di dimensioni adeguate per la popolazione di riferimento, ma caratterizzati da uno scarso sviluppo tecnologico e specialistico.

Riorganizzazione dell'assistenza territoriale distrettuale: un modello in rete

In considerazione del contesto demografico, epidemiologico, sociale e normativo locale nel quale opera la ASL di Cagliari, si ritiene che il modello di assistenza territoriale di riferimento debba essere quello sociosanitario, caratterizzato per l'integrazione in rete con i servizi sociali e con gli ospedali, soprattutto nei territori extra-urbani dotati di presidio ospedaliero locale, capace di promuove la salute delle persone e della comunità specifica con l'erogazione di servizi di prossimità, organizzando l'offerta assistenziale in loco e nei luoghi di vita.

Secondo questo modello, l'offerta sanitaria e sociosanitaria é formulata attraverso una produzione diretta di prestazioni e servizi e attraverso la committenza esterna (verso il privato accreditato e verso l'ospedale).

Allegato lettera c)

Nel concreto delle scelte strategiche, date le citate peculiarità del territorio, la riorganizzazione dell'assistenza territoriale distrettuale della ASL richiede lo sviluppo organico di modalità di assistenza locali diversificate, che tengano conto delle diversità geografiche, demografiche, culturali, nonché della diversa organizzazione delle strutture e attività sanitarie e sociosanitarie storicamente documentate nei singoli ambiti territoriali.

Su queste basi è possibile delineare le seguenti due tipologie di assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria: quella *urbano-suburbana* e quella *territoriale pura*.

La prima tipologia, urbano-suburbana, si riferisce ai distretti 1-2-3; riguarda una popolazione di 489.052 abitanti; è costruita sulla base della disponibilità di una molteplicità di servizi sanitari e sociosanitari pubblici e privati, ospedalieri e territoriali, bene sviluppati in un'area con collegamenti viari adeguati, che include anche la rete dei Presidi Ospedalieri cittadini attualmente afferenti all'ASL di Cagliari, all'Azienda Ospedaliera Brotzu e all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari.

L'assistenza territoriale relativa alla prima tipologia si svolge, quindi, in un contesto caratterizzato da attività territoriali sanitarie e sociosanitarie specifiche, erogate in strutture e presidi territoriali pubblici e privati, e sviluppatesi in maniera soddisfacente. Essa, per poter rispondere al meglio ai bisogni sociosanitari delle persone, necessita, tuttavia, di una maggiore integrazione con le attività svolte dai presidi ospedalieri e dai soggetti accreditati. Una enfasi particolare va posta, inoltre, sull'integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali dei comuni, nonché con il mondo del volontariato e del privato sociale. L'obiettivo ultimo è far si che le persone ricevano l'assistenza nei luoghi di vita abituale, domicilio o residenze sociali e sociosanitarie, migliorando sia la qualità delle cure sia la qualità di vita complessive. Il ricorso all''assistenza ospedaliera dovrà essere garantita perseguendo la massima appropriatezza per i casi di acuzie e di quelli richiedenti alta specializzazione.

Secondo questa tipologia assistenziale, il Distretto sviluppa in maniera preponderante la propria funzione di committenza (e di garante) nei confronti delle strutture pubbliche e private per il livello di assistenza ospedaliera e territoriale e una forte integrazione sia tra i servizi erogati in proprio presso le strutture distrettuali sia con i servizi sociali dei comuni. Si tratta di avviare la "presa in carico integrata della persona" a partire dal Punto Unico d'Accesso che acquista anche una valenza di strumento per la governance sociosanitaria territoriale del sistema.

La seconda tipologia, territoriale pura, si riferisce ai distretti 4 e 5, riguarda una popolazione di 70.768 abitanti; è condizionato da una realtà di servizi territoriali sanitari e sociosanitari pubblici e privati poco sviluppati, distribuiti su una vasta area, con una popolazione dispersa, una rete viaria poco sviluppata e di difficile percorribilità, che può contare su un unico presidio ospedaliero territoriale di zona.

Allegato lettera c)

Nell'assistenza territoriale relativa a questa tipologia assistenziale, la scarsità della rete di presidi e servizi troverà compensazione nella strutturazione della "presa in carico integrata della persona" a partire dal Punto Unico d'Accesso, in collaborazione con il presidio ospedaliero di zona e attraverso una rete di unità organizzative locali potenziate in grado di sviluppare percorsi assistenziali su diversi livelli di assistenza: intensiva, estensiva e di lungo-assistenza sociosanitaria. Questi livelli di assistenza si sviluppano nei contesti domiciliari, ambulatoriali, residenziali.

In questa seconda tipologia di assistenza, il presidio ospedaliero territoriale si configura come Ospedale di continuità, capace di assicurare posti letto per condizioni sanitarie che non richiedono la complessità tecnologica ed organizzativa degli ospedali specialistici, mentre il Distretto e i Medici di Medicina Generale (MMG) acquistano un ruolo fondamentale per la gestione dei percorsi assistenziali, in una ottica di continuità di assistenza tra il livello ospedaliero e quello territoriale, passando per livelli di assistenza Intermedia, come più avanti verrà esplicitato.

Questa tipologia assistenziale richiede che il Distretto Sociosanitario sviluppi in maniera specifica la presa in carico dei bisogni delle persone potenziando la propria funzione di produzione e di integrazione. Tuttavia, data la ridotta presenza sul territorio di strutture e servizi accreditati, è necessario che la committenza venga opportunamente stimolata, per consentire il riequilibrio dei volumi di prestazione con le altre aree della ASL.

Aree di intervento in ambito aziendale

Le aree prioritarie di intervento afferiscono al livello Essenziale di Assistenza (LEA) Distrettuale nella sua articolazione in sub livelli: Assistenza Sanitaria di Base, Assistenza Specialistica, Assistenza Farmaceutica, Assistenza Protesica e Integrativa, Assistenza sociosanitaria domiciliare, residenziale e semiresidenziale, Assistenza Materno Infantile.

Si tratta di sub livelli di assistenza che possono trovare accorpamento funzionale nella riorganizzazione delle seguenti tipologie:

a. le *Cure Primarie* (Assistenza Sanitaria di Base, Assistenza Specialistica, Assistenza Protesica e Integrativa);
b. le *Cure di Lungo Termine* a sostegno della autonomia e non autosufficienza;
c. l' *Area Materno Infantile;*
d. le *Cure Domiciliari*, che attualmente sono ricompresse nelle Cure Primarie, ma che operano prevalentemente seguendo le modalità delle Cure a Lungo Termine e che, per il volume e la complessità del servizio offerto, potrebbero essere ricomprese in un ulteriore sublivello.

Allegato lettera c)

Cure Primarie: medicina d'iniziativa, case della salute

Lo sviluppo della sanità territoriale richiede un rilancio del ruolo dell'assistenza primaria e quindi delle Cure Primarie (assistenza sanitaria di base e assistenza specialistica), dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), nonché delle loro forme associative.

L' Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale vigente persegue appunto il rafforzamento del ruolo del MMG nel sistema sanitario regionale attraverso la piena integrazione con gli altri professionisti sanitari operanti nel distretto e lo sviluppo dell'associazionismo medico.

L'Assistenza Sanitaria di Base, erogata in forma proattiva, la cosiddetta "medicina d'iniziativa", o propositiva, richiede un contesto strutturato che faciliti l'associazione fra Medici di Medicina Generale e la presa in carico continuativa ed integrata della persona.

In quest'ottica, la Casa della Salute (CdS) rappresenta, al contempo, il luogo naturale per l'attuazione dell'integrazione strutturale e operativa dell'assistenza primaria e il laboratorio per la promozione e lo sviluppo delle forme di integrazione funzionale, obbligatorie per i MMG e per i Medici di Continuità Assistenziale (MCA).

La Casa della Salute si configura come una nuova forma di organizzazione funzionale-strutturale dell'assistenza sanitaria territoriale, orientata al perseguimento dei seguenti obiettivi strategici:

- *la centralità della persona*: la CdS nasce per dare risposte appropriate ai cittadini attraverso percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali, la presa in carico globale delle persone e delle famiglie e il loro orientamento nel sistema sanitario e sociosanitario;
- *la riconoscibilità e accessibilità*: la CdS è riconoscibile, sul territorio, come luogo fisico nel quale si concentrano attività spesso disperse e frammentate; diventa il punto di riferimento per la presa in carico e la continuità delle cure e dell'assistenza, fisicamente accessibile e organizzata in maniera da garantire l'informazione e l'offerta di prestazioni;
- *l'unitarietà e l'integrazione*: la CdS convoglia attività storicamente disperse sul territorio e garantisce l'integrazione con tutte le Unità Operative del Distretto Sociosanitario e le altre strutture dell'ASL, nonché con i servizi sociali dei Comuni;
- *la semplificazione*: la CdS concentra e integra i processi e i percorsi per l'accesso alle attività, operando la semplificazione burocratica.

La Casa della Salute è quindi una struttura territoriale dove si prevede che possa operare il personale del Distretto Sociosanitario nei diversi ruoli tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione.

Allegato lettera c)

Insieme al personale del Distretto operano i medici di medicina generale (MMG), i pediatri di libera scelta (PLS), i medici di continuità assistenziale (MCA), gli specialisti ambulatoriali, il personale dell'emergenza territoriale, nonché il personale dei servizi sociali dei comuni afferenti, dedicati alla pianificazione e gestione degli interventi sociali ad integrazione di quelli sanitari.

Le formule organizzative delle Case della Salute, debbono, tuttavia, essere diversificate sulla base delle criticità geografiche, logistiche ed assistenziali specifiche per i diversi distretti e sub-ambiti distrettuali. Compatibilmente con le opportunità offerte dai singoli ambiti distrettuali e le determinazioni del livello programmatorio regionale, le sperimentazioni aziendali si ritiene debbano seguire i seguenti criteri organizzativi:

- garantire la continuità assistenziale per 7 giorni alla settimana e per 24 ore al giorno, attraverso la piena integrazione delle attività di Medicina di Continuità Assistenziale (MCA) nella rete integrata dei servizi distrettuali;
- garantire l'integrazione dei Livelli Essenziali delle prestazioni sociosanitarie, con riguardo alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione e con particolare riferimento alle persone affette da patologie croniche o in condizioni di fragilità;
- promuovere il lavoro di equipe tra le varie figure professionali: MMG, PLS, MCA, specialisti ambulatoriali, personale tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale e dell'emergenza territoriale;
- promuovere l'utilizzo di linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici comuni e condivisi con tutti i professionisti dell'equipe territoriale che partecipano al processo di cura;
- sviluppare l'informatizzazione del sistema per consentire l'interrelazione fra i professionisti sanitari, e tra questi e i nodi della rete integrata dei servizi sociosanitari del distretto e dei servizi sanitari ospedalieri, così da favorire il massimo livello di integrazione e condivisione delle informazioni sanitarie;
- prevedere la presenza delle principali branche cliniche e quelle relative alla diagnostica di laboratorio (punti prelievo) e strumentale di base (ecografia, etc.);
- prevedere la presenza di uno sportello di accesso e orientamento all'insieme delle prestazioni sociosanitarie in un sistema di rete informatizzata e la possibilità di accedere alla prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero;
- prevedere la presenza di ambulatorio infermieristico e ambulatorio per piccole urgenze che non richiedano l'accesso al pronto soccorso ospedaliero;
- prevedere la presenza di un servizio di ambulanze per il pronto intervento sul territorio;

- prevedere la presenza di spazi adeguati per le attività delle associazioni di volontariato, di rappresentanza dei malati, di promozione sociale;
- prevedere l'organizzazione delle funzioni e delle attività, per quanto possibile, per aree omogenee di erogazione delle prestazioni e in coerenza con i percorsi interni facilitanti l'accesso e la presa in carico delle persone:
    - Area delle attività amministrative (uffici di back-office amministrativo);
    - Area degli sportelli integrati (scelta-revoca del medico; esenzione ticket; assistenza protesica e integrativa);
    - Area dell'accesso unitario: Punto Unico d'Accesso; prenotazione e accettazione (CUP);
    - Area delle attività sanitarie: prestazioni urgenti, prelievi; Cure Primarie (MMG, PLS, MCA, Nursing); degenze specialistiche; tecnologie diagnostiche; prevenzione;
    - Area delle attività sociosanitarie: Cure Domiciliari Integrate; Riabilitazione globale; Centro Diurno; RSA; Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza; Consultori Familiari; Servizi sociali;
    - Altre aree delle attività sociosanitarie ad alta integrazione sociosanitaria: Area della salute mentale; Area delle dipendenze.

Tuttavia, in considerazione della particolare configurazione geomorfologica che comporta una notevole dispersione della popolazione in alcune aree della ASL, si ritiene opportuno attivare anche strutture che, pur non rispondendo a tutti i criteri organizzativi del modello sopra indicato, soddisfino l'esigenza di aggregare e concentrare attività sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali per la tutela della salute della popolazione di tali ambiti territoriali.

Cure a Lungo Termine a sostegno dell'autonomia e della non autosufficienza

L'evoluzione del quadro socio demografico ed epidemiologico impone l'adozione di un modello di assistenza territoriale che veda impegnati i Distretti Sociosanitari in linee di azione specifiche per la promozione della autonomia delle persone, in particolare di quelle in situazione di riduzione o perdita della stessa, problema che caratterizzerà un numero sempre crescente di persone, anziane e non.

Il modello di assistenza e cura a sostegno della non autosufficienza si fonda sulla presa in carico della persona a partire dall'accesso presso il Punto Unico d'Accesso (PUA) dove sono garantiti accoglienza, ascolto, indirizzo, presa in carico e accompagnamento nei percorsi sanitari e sociosanitari in ambito territoriale attraverso la valutazione multidimensionale dei bisogni.

Allegato lettera c)

La promozione della autonomia delle persone e il sostegno alla non autosufficienza si pone l'obiettivo di mantenere le persone nel proprio ambiente di vita sostenendo la domiciliarità e la famiglia attraverso progettualità personalizzate formulate in maniera integrate tra l'ambito sociale e quello sanitario.
Il ricorso alla residenzialità sociale e/o sociosanitaria rappresenterà un momento transitorio del progetto personalizzato cui si ricorrerà in particolari situazioni di opportunità, ma configurandosi sempre come supporto e sostegno alla domiciliarità.

I Punti Unici di Accesso

I Punti Unici d'Accesso dell'ASL di Cagliari, pur rappresentando una realtà abbastanza consolidata sul versante del modello funzionale e, in parte, organizzativo dei processi, necessitano di una implementazione, conduzione a regime e consolidamento in tutti i Distretti dell'Azienda.
La sperimentazione avviata nel PUA del Distretto 1 Cagliari-Area Vasta, finalizzata alla costruzione di un modello regionale di intervento, implementata degli opportuni correttivi per il raggiungimento di un assetto funzionale definitivo, si è progressivamente estesa agli altri PUA dei distretti 2-3-4-5, con il coinvolgimento di tutti gli ambiti PLUS. Il modello iniziale è stato adattato, negli altri ambiti, alle esigenze e particolarità locali. A tale riguardo sono stati definiti accordi di programma con tutti gli ambiti PLUS per la condivisione del percorso di attivazione e di riorganizzazione delle attività in rete. Vedasi il paragrafo 5.2.2 "Perfezionamento dell'infrastruttura organizzativa preposta all'intercettazione dei bisogni sociosanitari" per la programmazione di dettaglio.

La rete sociosanitaria a sostegno dell'autonomia e della non autosufficienza

La logica di rete che si intende realizzare e valutare è rappresentata da un sistema in grado di attivare competenze diverse sulla singola persona creando moduli interdisciplinari (gruppi di lavoro e/o unità operative integrate) accorpati per aree omogenee di intervento (diagnosi, cura, riabilitazione) e per risorse utilizzate.
I Distretti sociosanitari, i Comuni, i soggetti accreditati, gli altri soggetti sociali, organizzati nella logica di rete si presentano come sistema organizzativo complesso in cui sono presenti professionalità, tecnologie e sottosistemi organizzativi che gestiscono processi complementari diversi all'interno di un unico ciclo erogativo di assistenza e cura.
Anche nelle ipotesi di esternalizzazione di attività sociosanitarie, la logica di rete si esplicita in una rete "governata" di soggetti formalmente autonomi, ma inseriti in un unico processo erogativo diffuso sul territorio, che ha come obiettivo unificante la tutela e la promozione della salute della persona.

La logica di rete permetterà anche in questi casi di individuare in maniera più approfondita gli aspetti di convenienza economica e di integrazione funzionale ed inoltre di superare rigidità comportamentali ed ostacoli di ordine organizzativo/burocratico.

Il budget socioanitario il fabbisogno, i volumi di attività e i tetti di spesa

Il Budget sociosanitario/Piano Preventivo delle attività sociosanitarie dell'Azienda rappresenta lo strumento di programmazione del sistema delle attività territoriali riguardanti l'area sociosanitaria, già attivo da diversi anni e fondato sulla necessità di rivedere gli investimenti economici, rimodulando le allocazioni storiche delle risorse sui settori coinvolti: le Cure Domiciliari (ex-ADI), la Riabilitazione, le RSA e i Centri Diurni Integrati (CDI). Tale rimodulazione, nell'ambito di ciascun periodo di riferimento programmatorio, deve essere funzionale alla riqualificazione dell'offerta, ridefinita sulla base della rivisitazione periodica della domanda e dei bisogni che la sottendono. Ciò comporta naturalmente la giusta modulazione dell'intero universo di offerta sanitaria e sociosanitaria a favore delle persone anziane e con disabilità: maggiore o minore offerta di interventi domiciliari integrati e/o di residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria specifica (RSA e CDI) e socioassistenziale (Case Protette), maggiore o minore offerta di riabilitazione.

Non autoufficienza: articolazione delle risposte a carattere domiciliare

Il Programma di implementazione delle Cure Domiciliari e Cure Domiciliari Integrate già avviato in questa azienda, negli ultimi anni è stato integrato con gli obiettivi della "premialità" previsti nel Quadro Strategico Nazionale (QSN) e nel Piano d'Azione Regionale di cui alla DGR 52/18 del 3.10.2008 *"Adozione del Piano d'Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio 2007-2013"*, allegato C, Premialità 2007-2013, *"Piano d'Azione tematico: servizi di cura per gli anziani"*.

Il suddetto Piano prevede in ogni singola ASL la declinazione e la sistematizzazione di obiettivi, strategie, azioni e strumenti finalizzati al raggiungimento del target di 3,5% ultra sessantacinquenni assistiti in Cure Domiciliari Integrate entro il 2013).

L'ASL di Cagliari, nel suo Programma specifico per il raggiungimento del Target di servizio riferito alla realtà aziendale (Deliberazione del Commissario Straordinario n. 440 del 30.04.2010 *"Programma di sviluppo delle Cure Domiciliari Integrate nella ASL di Cagliari (in attuazione delle DGR n. 52/18 del 3.10.2008 e n. 15/24 del 13.4.2010;* Deliberazione del Direttore Generale n. 541 del 04.05.2011 *"Linee di indirizzo sulla programmazione, organizzazione e potenziamento delle Cure Domiciliari Integrate"*;

Allegato lettera c)

Deliberazione del Direttore Generale n. 1528 del 16.11.2011 *"Cure Domiciliari Integrate: Azioni strategiche per il potenziamento del servizio"*; Deliberazione del Direttore Generale n. 718 del 29.04.2013 *"Cure domiciliari di terzo livello, ai pazienti terminali e in cure palliative: potenziamento del servizio di dimissioni protette e continuità delle cure ospedale-territorio"*) ha raggiunto e superato suddetto target.

La Tabella seguente descrive l'attività svolta nel corso dell'anno 2013

ASL Cagliari - Anno 2013							
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.	1.337	880	433	230	289	**3.169**	39,3
Cure Domiciliari 2° liv.	120	82	23	3	34	**262**	3,3
Cure Domiciliari 3° liv.	589	190	182	32	86	**1.079**	13,4
Cure Palliative	0	0	0	0	0	**0**	0
Cure Pazienti Critici	94	3	16	6	3	**122**	1,5
Totale parziale	**2.140**	**1.155**	**654**	**271**	**412**	**4.632**	**57,5**
Cure prestazionali	1.290	691	88	467	892	**3.428**	42,5
Totali Generale	**3.430**	**1.846**	**742**	**738**	**1.304**	**8.060**	100
Cure Domiciliari Integrate > 65 aa	1.855	978	561	238	372	**4.004**	3,7

Sono stati assistiti n. **8.068** persone di cui **4.004** anziani > 65 anni.

Di queste, **122** appartengono ad una "area critica" in quanto in stato di coma, in stato neurovegetativo o in fase terminale della vita, spesso provenienti dalle Unità Operative di Rianimazione e/o Terapia Intensiva, tra cui circa **50** persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e/o in ventilazione meccanica assistita; tale numero è in progressivo incremento.

Il Programma aziendale per il potenziamento delle Cure Domiciliari sopra citato impegna la ASL in azioni specifiche su priorità individuate per:

- la riorganizzazione delle Unità Operative Distrettuali per le cure domiciliari (UODI), finalizzata ad assicurare il miglioramento continuo della qualità dell'organizzazione;
- la riqualificazione dell'assistenza specialistica e di quella protesica per le cure domiciliari, in modo da contemperare le necessità di ordine amministrativo con quelle di ordine clinico-assistenziale e dare così efficienza al sistema;
- la riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza farmaceutica dedicata, richiesta dalla attivazione della distribuzione diretta dei farmaci e dal progressivo incremento della numerosità dei pazienti assistiti a domicilio;
- la formazione e aggiornamento del personale, anche in forma interistituzionale, commisurata alla priorità strategica assegnata in ambito aziendale alle tematiche relative alle Cure Domiciliari, alle rapide innovazioni che riguardano quest'area di intervento, alle diverse necessità dettate dall'erogazione di terapie anche complesse a domicilio;
- l'informazione e comunicazione (sia tra operatori, servizi e istituzioni coinvolte, che al cittadino), che costituiscono uno strumento fondamentale per facilitare la conoscenza e l'accesso al servizio delle persone/utenti e delle loro famiglie e le modalità erogative delle Cure Domiciliari.
- l'integrazione delle Cure Domiciliari Aziendali e del Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale dei Comuni, in quanto, mentre sul versante dell'ascolto della domanda, della valutazione dei bisogni e della attivazione di specifici percorsi sociosanitari (inserimenti in RSA, riabilitazione, deistituzionalizzazione con i progetti "Ritornare a Casa"), l'integrazione fra gli interventi ASL e quelli degli Enti Locali è stata perseguita ed in parte realizzata, lo stesso non è accaduto nello specifico delle cure domiciliari. Si sottolinea che l'integrazione sociosanitaria nelle cure domiciliari, particolarmente per la popolazione anziana, è essenziale per assicurare la gamma di interventi che consentono alla persona la permanenza al proprio domicilio.

Non autosufficienza: articolazione delle risposte alla disabilità

L'Assistenza Riabilitativa Globale sanitaria e sociosanitaria presso la ASL di Cagliari è già stata oggetto di una profonda riorganizzazione negli ultimi cinque anni, finalizzata al governo complessivo dell'intera area in termini di appropriatezza all'interno del budget complessivo sociosanitario.

La rete territoriale dell'offerta di Riabilitazione globale è definita da 10 strutture a gestione diretta e da 29 strutture private accreditate.

Allegato lettera c)

RIABILITAZIONE GLOBALE E SOCIO SANITARIA - ASL CAGLIARI Persone inserite in Riabilitazione - Anno 2013						
Tipologia/Profilo	Distretto 1 Cagliari Area Vasta	Distretto 2 Area Ovest	Distretto 3 Quartu Parteolla	Distretto 4 Sarrabus Gerrei	Distretto 5 Trexenta Sarcidano Barbagia Seulo	Totale utenti
Residenziale intensiva	8	8	4	1	5	26
Residenziale globale	30	7	6	3	5	51
Residenziale socio riabilitativo	39	33	17	3	5	97
Residenziale socio riabilitativo livello alto		2				2
Res extra regione	6	0	5	0	0	11
Diurno socio riabilitativo	157	52	73	2	12	297
Diurno socio riabilitativo ridotto	10	3	9	0	1	23
Ambulatoriale intensiva	124	27	49	0	2	202
Ambulatoriale estensiva	925	592	550	48	98	2.213
Ambulatoriale mantenimento	73	88	81	8	21	271
Domiciliare	641	249	247	57	138	1.326
Domiciliare mantenimento	164	111	83	19	51	428
Totale utenti	2.177	1.172	1.124	135	338	4.946

Si ritiene che la riqualificazione dell'offerta debba da un lato continuare a concentrarsi sul mantenimento e rafforzamento delle strutture di riabilitazione direttamente gestite dall'Azienda e dall'altro sulla regolamentazione contrattuale con i soggetti privati accreditati, a partire dal governo del sistema di committenza complessivo che riguarda circa il 94% della erogazione storica delle prestazioni di Riabilitazione globale sanitaria e sociosanitaria dell'ASL. Si ritiene inoltre strategico il riequilibrio dell'offerta che attualmente appare sbilanciata per una prevalenza nell'area metropolitana e carente nei distretti periferici 4 e 5.

Allegato lettera c)

Non autosufficienza: articolazione delle risposte alla residenzialità per anziani

Le risposte dell'Azienda alla non autosufficienza nei confronti degli anziani, oltre che in termini di Cure Domiciliari Integrate e di Riabilitazione globale ambulatoriale e domiciliare, si configurano anche come risposta di tipo residenziale e semiresidenziale sociosanitaria costituita dalle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e dai Centri Diurni Integrati (CDI) che insieme concorrono alla realizzazione del sistema organico della rete dei servizi sociosanitari.

L'assistenza nelle RSA e CDI è andata aumentando progressivamente a partire dagli anni 2005-2006. Un forte incremento si è avuto nell'anno 2007 (67%) proseguito negli anni 2008 (ulteriore 29%) e 2009 (ulteriore 10%).

Tab. 14 - ASL Cagliari Assistenza Residenziale Sociosanitaria in RSA Posti letto attivati	
RSA di proprietà ASL di Cagliari	***Posti letto attivati***
RSA Sestu	60
RSA Capoterra	100
RSA Selargius	72
Totali RSA di proprietà	**232**
RSA del Privato Accreditato (Asl Cagliari)	
RSA Fondazione Stefania Randazzo – Selargius (Loc. Su Planu)	78
RSA Fondazione Stefania Randazzo –Monastir	30 p. l.
RSA Mons. Virgilio Angioni	103 p. l.
RSA Villa degli Ulivi	60 p.l
Totali RSA privato accreditato Asl di Cagliari	**271**
RSA del Privato Accreditato altre ASL	
RSA RSA "San Nicola" (Sassari)	1 p.l.
RSA "Smeralda RSA" Padru (Olbia)	3 p.l.
RSA Rosa del Marganai (Iglesias)	7 p.l.
RSA Sant'Elia(Nuxis)	7 p.l.
RSA Villa San Giuseppe (Milis)	1p.l.
Totali RSA privato accreditato altre Asl	**19**
Totali	**328 p.l.**

E' a regime l'attivazione dei posti letto delle RSA di proprietà dell'Azienda che, con le ultime direttive regionali sono stati ridotti a 232. Con i soggetti privati accreditati si è operato in termini di committenza per l'acquisizione nel corso dell'anno 2013 di un totale di 218 posti letto così distribuiti: 271 acquisiti da soggetti privati accreditati le cui strutture insistono nel territorio della ASL di Cagliari e 19 da soggetti privati le cui RSA insistono nel territorio di altre ASL. La tipologia in termini di profilo assistenziale sociosanitario delle persone prese in carico nelle RSA nel corso dell'anno 2013 evidenzia la prevalenza di

situazioni che necessitano di interventi di cura e assistenza di complessità e intensità abbastanza elevate e che rappresentano oltre l'80% delle prese in carico e delle relative giornate di degenza. Ciò è indicativo del ruolo di struttura intermedia svolto dalle RSA in termini di impegno sanitario e assistenziale.

La tabella seguente riporta i dati riguardanti i costi delle prestazioni erogate in favore di persone non autosufficienti che hanno avuto accesso a trattamenti riabilitativi globali presso le strutture residenziali e semiresidenziali di Riabilitazione globale sanitaria e sociosanitaria, distinti per tipologia/profilo di prestazione, per l'anno 2012 e per l'anno 2013.

Riabilitazione Globale Sanitaria e Sociosanitaria - ASL Cagliari Prestazioni e valori – Anni 2012 -2013				
	Anno 2012		Anno 2013	
	Prestazioni	*Costi*	*Prestazioni*	*Costi*
Residenziale intensiva	1.606	344.240	1.689	570.882
Residenziale globale	6.101	890.746	3.498	598.158
Residenziale disabili psichici	1.122	149.226		
Residenziale socio riabilitativo	16.204	674.086	33.162	2.002.984
Residenziale socio riabilitativo livello alto	13.392	1.113.223	227	18.852
Res extra regione				
Diurno				
Diurno disabili psichici	5.978	514.108		
Diurno socio riabilitativo	49.128	2.304.103		
Diurno socio riabilitativo			51.708	3.800.538
Diurno socio riabilitativo maggiorato			4.330	413.731
Diurno socio riabilitativo ridotto			4.421	198.061
Ambulatoriale intensiva	7.953	445.368	6.944	465.248
Ambulatoriale estensiva	167.140	6.518.460	169.009	7.774.414
Ambulatoriale mantenimento	8.638	164.122	8.148	285.180
Domiciliare	139.367	5.714.047	112.775	5.074.875
Domiciliare mantenimento	15.061	391.586	16.768	637.184
Totale	**431.690**	**19.223.315**	**412.679**	**21.840.108**

I Centri Diurni Integrati per anziani hanno orientato la loro attività verso attività collegate alla gestione delle demenze. Un solo CDI è gestito in maniera diretta dalla ASL in stretto collegamento con il Servizio per le Demenze dell'U.O. di Geriatria del P.O. SS. Trinità. Altri 2 CDI sono gestiti da soggetti privati

accreditati: CDI "Mons. Virgilio Angioni" collegato alla medesima RSA situata a Flumini di Quartu e il CDI "Don Orione" situato a Selargius.

Le persone ospitate in RSA sono state 1.311 in regime residenziale e 22 i regime diurno.

ASL Cagliari - Anno 2013 Persone ospiti in RSA							
	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Distretto 5	Totale Distretti	%
Profilo 1-2-3-4-5	396	115	102	10	16	629	48
Profilo 6-7-8-9	71	28	7	0	5	111	8,5
Profilo A.14	262	76	74	13	21	433	33
Profilo SLA	26	7	9	0	4	46	3,5
Resid. Tempor. Hospice	52	0	40	2	0	92	7,02
Totale RSA	807	226	232	25	46	1.311	100
CDI profilo 1-2-3-4-5	4	0	6	0	0	16	72,7
CDI profilo 6-7-8-9	1	1	4	0	0	6	27,3
Totale CDI	5	1	10	0	0	22	100

La risposta organizzata è insufficiente rispetto alla domanda rappresentata dalla popolazione ed alla evoluzione prevista del fenomeno demenze, per cui necessitano interventi di ampliamento dell'offerta.

Si ritiene che una più appropriata modalità di utilizzo delle strutture sociosanitarie debba passare anche per un processo di verifica della rispondenza quantitativa e qualitativa, rispetto ala tipologia di bisogni da soddisfare, della residenzialità socioassistenziale (Case Protette, Comunità alloggio, etc.). Si ritiene che la valutazione dell'offerta complessiva residenziale sociosanitaria e socioassistenziale e la programmazione congiunta con gli Enti locali del fabbisogno per area territoriale debba costituire un programma specifico di attività da proporre in ambito PLUS.

Non autosufficienza: articolazione delle risposte ai bisogni di cure palliative e terminalità

La legge 38/2010 dal titolo *"Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"* promuove la costruzione di una rete delle cure palliative che sia idonea a tutelare il diritto del cittadino ad accedere a questo tipo di cure.

Storicamente le cure palliative sono state gestite presso la ASL di Cagliari, in analogia a quanto avveniva al livello nazionale) dai diversi servizi di cura ordinaria (ospedalieri, ambulatoriali e domiciliari) ai quali le persone si rivolgevano per le specifiche necessità di assistenza. Negli anni più recenti si è cominciata a strutturare una risposta più mirata ed articolata. Presso la ASL di Cagliari è attivo da diversi anni un Hospice di proprietà dotato di 16 posti letto che nel corso dell'anno 2013 ha ospitato circa 300 persone e le rispettive famiglie. Dal 2011 è attivo inoltre un Hospice privato accreditato nel Distretto di Quartu

Parteolla con un contratto per 10 p.l. Sono attive, infine, alcune unità operative di oncologia territoriale e domiciliare che svolgono attività anche nel campo della palliazione.

Perché il diritto alle cure palliative e la qualità delle stesse possano essere assicurati, è necessario, coerentemente con il dettato della legge 38/2010, istituire la rete aziendale delle Cure Palliative. Ciò richiede, ad un primo livello, l'istituzione di una struttura organizzativa di Cure Palliative con compiti di coordinamento, in grado di garantire una reale operatività della rete aziendale nei diversi contesti (ospedaliero, ambulatoriale, domiciliare). E' necessario, inoltre:

- riconoscere e valorizzare le professionalità esistenti in questo settore in azienda;
- prevedere la presenza di equipe specificamente formate nel campo delle cure palliative (formate da medici, infermieri e psicologi), in grado di assicurare la qualità del trattamento, sia direttamente che con il coinvolgimento delle risorse professionali ed umane idonee ad assicurare anche il supporto sociale e spirituale al malato e ai familiari;
- prevedere le modalità dell'integrazione con la rete aziendale di terapia del dolore;
- promuovere la formazione/aggiornamento di tutto il personale aziendale coinvolto nella erogazione, nonché degli MMG;
- assicurare la continuità delle cure al livello ospedaliero con quelle al livello territoriale (ospedale, hospice, RSA, domicilio). A questo riguardo si ritiene che le cure palliative debbano prevedere percorsi di qualità, definendo gli ambiti di integrazione con le altre strutture e servizi aziendali;
- assicurare le cure palliative domiciliari che per la loro natura e complessità devono costituire un livello specifico e specialistico di cure domiciliari;
- promuovere percorsi di integrazione utili ad assicurare il collegamento/coordinamento con gli interventi socioassistenziali degli Enti locali e con il mondo dell'associazionismo e del volontariato attivo o interessato.

In coerenza con i bisogni derivanti dall'aumento delle patologie tumorali è necessario provvedere alla organizzazione sistematica di interventi coordinati tra ospedale e territorio della terapia del dolore, attualmente sviluppata dall'Hospice e dal P.O. Businco.

Le tabelle seguenti riportano la situazione, in termini di n° di giornate di cura erogate in RSA e Hospice nell'anno 2013

Allegato lettera c)

Asl Cagliari – Anno 2013 Giornate RSA - Hospice							
Profilo	**Distretto 1**	**Distretto 2**	**Distretto 3**	**Distretto 4**	**Distretto 5**	**Tot.ASL**	**%**
Prof.1 (1-2-3-4-5)	60.122	16.585	12.565	671	1.280	**91.223**	52,10%
Prof.2 (6-7-8-9)	9.282	3.868	1.185	0	286	**14.621**	8,30%
Prof.3 (A.14)	35.063	11.562	9.219	1.534	2.738	**60.116**	34,30%
Profil.4 (Ventil.Ass.)	3.821	753	1.125	0	360	**6.129**	3,50%
Hospice	1.779	53	1.086	29	13	**2.980**	1,70%
Totali	**110.136**	**32.821**	**25.180**	**2.234**	**4.677**	**175.048**	**100%**

La tabella seguente riporta la situazione, in termini di costo per l'assistenza in RSA e Hospice nell'anno 2013

Asl Cagliari – Anno 2013 Costi RSA - Hospice						
Profilo	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Distretto 5	Tot. Distretto
Prof.1 (1-2-3-4-5)	3.873.856	1.052.288	795.296	42.752	81.504	5.845.696
Prof.2 (6-7-8-9)	550.440	226.796	69.354	0	16.667	2.863.258
Prof.3 (A.14)	4.879.863	1.584.654	1.260.630	210.519	375.291	8.310.957
Profil.4 (Ventil.Ass.)	754.205	138.795	209.095	0	67.325	1.169.450
Hospice	531.072	15.900	324.600	8.700	3.900	884.172
Totali	**10.589.436**	**3.018.433**	**2.658.975**	**261.971**	**544.717**	**17.073.533**

La tabella seguente riporta la situazione, in termini di n° di giornate di cura erogate in CDI e relativi costi nell'anno 2012 e nell'anno 2013

Asl Cagliari – Anno 2012 – 2013 Giornate e Costi in Centro Diurno Integrato				
	Anno 2012		Anno 2013	
Profilo	Giornate	Costi	Giornate	Costi
Prof.1 (1-2-3-4-5)	1.466	46.912	1.358	43.456
Prof.2 (6-7-8-9)	9.293	274.143	9.905	292.197
Totali	**10.759**	**321.055**	**11.263**	**335.653**

Non autosufficienza: articolazione delle risposte socio assistenziali alla non autosufficienza parziale

Allegato lettera c)

Le Comunità Integrate (ex Case Protette) rappresentano una valida opportunità per i percorsi di presa in carico delle persone parzialmente non autosufficienti nella rete sociosanitaria territoriale e per il proseguimento del percorso di cura alla conclusione del progetto di inserimento in RSA.

Come previsto da direttiva regionale, il sistema PUA-UVT, valuta sistematicamente la condizione di parziale non autosufficienza e l'impossibilità della permanenza presso il proprio domicilio della persona. La ASL partecipa al costo del personale infermieristico presente presso le strutture integrate con una quota giornaliera per ospite.

La dislocazione abbastanza diffusa delle Comunità Integrate in tutti i Distretti dell'Azienda permette di offrire una risposta articolata, ancorché ancora non sufficiente, a questa tipologia di bisogni. La rete è composta complessivamente da 32 strutture che hanno ospitato, nel corso dell'anno 2013, **745** persone residenti nella ASL di Cagliari: 26 strutture insistono nel territorio di competenza della ASL di Cagliari. Altre 6 strutture dislocate in territorio di altre ASL della Sardegna hanno offerto ospitalità a *30* persone residenti nella ASL di Cagliari

Ai sensi dell'art. 42 della LR 23/2005, il PLUS, tenuto conto del profilo sociale locale, delle priorità locali e delle risorse disponibili, è chiamato a definire il fabbisogno di servizi e prestazioni da acquistare. Si ritiene che il PLUS costituisca anche lo strumento idoneo a individuare il fabbisogno di strutture socioassistenziali in coerenza con i bisogni e le domande del singolo ambito territoriale.

Le tabelle seguenti e i rispettivi grafici riportano i posti attivati presso le Case Protette presenti nei vari distretti e la distribuzione degli ospiti per distretto di provenienza. Si nota una varietà di presenze degli ospiti nelle Case Protette non sempre ubicate nel territorio di provenienza e un incremento delle attività rispetto all'anno 2012.

ASL Cagliari - Anno 2012
Pesone Ospiti in Case Protette per distretto di residenza

	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Distretto 5	TOTALE
Persone	334	136	186	20	59	**735**
Giornate	81.569	35.329	45.730	5.276	18.192	**186.096**
Costi	848.318	367.422	475.592	54.870	189.197	**1.935.398**

ASL Cagliari - Anno 2013
Persone Ospiti in Case Protette per distretto di residenza

	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Distretto 5	TOTALE
Persone	**376**	**120**	**158**	**21**	**70**	**745**
Giornate	106.402	35.591	46.239	5.784	17.562	**211.578**
Costi	1.106.580,80	370.146,40	480.885,60	60.153,60	182.644,80	**2.200.411**

Allegato lettera c)

ASL Cagliari - Anno 2013 Persone anziane ospiti in Case protette per distretto di residenza						
	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Distretto 5	Totali
Aias Aritzo	2				2	3
Aias Capitana	3		10			13
Aias Cortoghiana	3	4	1			8
Aias Decimomannu	15	18	5	2		40
Aias Domusnovas	1	3			1	5
Casa della Mercede	35	1		1		37
Casa Famiglia – GHILARZA	2					2
Centro E. Jenner	57	6	4			67
Congregaz. Colonia Marina M. V. Angioni	2		21			23
Congregaz. Comunità Integrata "Mons. Angioni"	4	23		1		28
Congregaz. Piccola Casa	12	1	19			32
Congregaz. Sacro Cuore	1	4				5
Congregaz. San Giuseppe - Cagliari	28		1			29
Congregaz. Villa Maria	9		23	1		33
Dolianova - Beata M.Maddalena Starace	14	1	3	1		19
Dolianova-San Giuseppe	9	1	13	2		25
Il mio mondo - Il Fenicottero	14	1	11	1		27
Il mio mondo - San Giacomo - Mandas	2	1		2	16	21
KCS - Siurgus Donigala	2	3	1	3	14	23
KCS "BEATO Fra Nicola da Gesturi" Siurgus Donigala	1			1	11	13
Vittorio Emanuele II - Cagliari	56					56
Nuova Fenice - Elmas	8	13	1			22
Nuxis - Sant'Elia	2	4	1			7
Rosa del Marganai	3	4				7
San Lorenzo - Seui					1	1
Smeralda Padru	1		1			2
SS. Salvatore - Serdiana	9		7		1	17
V. Porceddu - Ortacesus	11	2	5	3	14	35
Vallermosa	4	13	2			19
Villa A.D.A.	32	37	3			72
Villa degli Ulivi	13		1		2	16
Villa Maria Antonietta	18	3	1	1		23
Casa San Giorgio - Cagliari	1		1			2
Via Aldo Moro - Gergei					2	2
Sacro Cuore - Borore	1					1
Don Tarcisio – Orroli	1			2	4	7
Via Circonvallazione, 2 - Nuragus					3	7
Totale	376	120	158	21	70	745
UVT	167	25	35	7	26	260
INSERIMENTI	89	18	29	6	19	161
DIMISSIONI	38	12	11	1	5	67
DECESSI	46	11	18	1	7	83

Allegato lettera c)

Non autosufficienza: articolazione delle risposte nella rete sociosanitaria territoriale

L'incremento della popolazione che si trova in situazione di riduzione più o meno marcata o perdita totale della autonomia personale e le previsioni di ulteriore incremento nei prossimi anni, trova riscontro nell' aumento delle richieste che pervengono all'attenzione dei Punti Unici di Accesso dei Distretti per la presa in carico delle persone "fragili".

Dalla prospettiva aziendale si osserva, inoltre, un continuo incremento delle persone assistite in Cure Domiciliari e in Cure Domiciliari Integrate, o inserite in RSA e nei CDI o prese in carico nei percorsi di Riabilitazione globale sanitaria e sociosanitaria.

Nel corso dell'anno 2013 presso la ASL di Cagliari sono state prese in carico più di **15.000** persone (il 2,7% della popolazione totale) con perdita parziale o totale della propria autonomia variamente distribuite nella Rete sociosanitaria territoriale.

Nel sistema Cure Domiciliari sono state prese in carico circa **8.000** persone non autosufficienti (di cui ***4.000*** anziani sopra i 65 anni di età), in Riabilitazione Globale sanitaria e sociosanitaria residenziale sono state prese in carico circa **5.000** persone nei diversi setting riabilitativi residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare. Le RSA e i CDI hanno preso in carico circa **1.300** persone, mentre l'Hospice dell'Azienda ha preso in carico circa 270 persone e le Case protette circa **745** persone.

ASL Cagliari – Anno 2013 Persone inserite nella Rete Sociosanitaria Territoriale	
Cure Domiciliari Integrate	8.060
Riabilitazione Globale	4.946
RSA - Hospice	1.311
Hospice ASL	270
Case Protette	745
Totale	**15.332**
Popolazione ASL 555.111	**% di popolazione assistita = 2,7%**

Non autosufficienza: articolazione delle risposte di residenzialità e a sostegno della domiciliarità

Considerato che gran parte delle prese in carico sono effettuate in regime di "residenzialità/degenza" presso strutture territoriali sanitarie e/o sociosanitarie (Strutture di Riabilitazione Globale, RSA, Hospice, Case Protetta) o al proprio domicilio, la disponibilità di posti letto nei vari distretti può essere assimilata a quella di un "*ospedale diffuso territoriale*" dotato di circa **8.526** posti letto di cui 8.060 domiciliari e 1.211

residenziali suddivisi tra Riabilitazione globale residenziale, RSA, Hospice e Case Protette che nel 2013 ha dato assistenza in una specie di *"ricovero diffuso"* a più di 10.000 persone non autosufficienti (pari allo 1,7 % della popolazione).

ASL Cagliari – Anno 2013 Posti letto della Rete Sociosanitaria Territoriale	
Cure Domiciliari Integrate	8.060
Riabilitazione Globale	112
RSA	328
Hospice	26
Case Protette	745
Totale	**9.271**
Popolazione ASL 555.111	**% di p.l. per popolazione = 1,7%**

La gestione del sistema complessivo di residenzialità e cure a domicilio è in capo, per la parte di competenza aziendale, al complesso delle Direzioni dei Distretti e della Direzione del Dipartimento di Coordinamento dei Distretti, che si pone in relazione per gli aspetti di indirizzo, valutazione e governo dell'integrazione socio sanitaria con la Direzione dei Servizi Sociosanitari.

Per assicurare la qualità degli interventi sociosanitari residenziali per la non autosufficienza ed evitare l'inappropriata ospedalizzazione per la mancanza di strutture alternative, ma anche l'inappropriato inserimento in RSA per la mancanza di opportunità residenziali di tipo socioassistenziale o di opportunità di assistenza domiciliare, sarà indispensabile che negli ambiti di programmazione sociale e sociosanitaria integrata e di valutazione della stessa (PLUS, Comitato di Distretto Sociosanitario, Conferenza Provinciale Sanitaria e Sociosanitaria), si configuri un range complessivo di strutture, di servizi e di interventi che possa offrire la gamma di risposte capace di soddisfare in maniera appropriata le necessità della popolazione.

Area Materno Infantile

Lo scenario sociale complessivo descritto nella premessa al presente documento manifesta la sua influenza anche in ambito materno infantile. I cambiamenti demografici e sociali avvenuti nel corso degli anni e i loro riflessi sull'assetto e sull'organizzazione familiare richiedono un adeguamento dei servizi e dei programmi complessivamente rivolti al sostegno, alla prevenzione e cura in ambito familiare ed

infantile - adolescenziale, laddove i Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA) e Consultori Familiari (CF) sono chiamati a rispondere a nuovi bisogni sociosanitari.

In particolare si ritiene strategica la prosecuzione delle azioni di coordinamento tra ASL, Comuni e Provincia per la riqualificazione della rete sociale e sociosanitaria relativa all'età evolutiva. Suddetta azione vede impegnati gli Uffici di Piano dei PLUS, i Distretti Sociosanitari delle ASL, il Centro per la Giustizia Minorile, per la definizione di accordi e intese sulle modalità della interazione e collaborazione nelle tematiche di maggiore rilevanza.

Consultori

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

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

Le attività dei 15 Consultori dell'Azienda sono stati 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 (DGR n 48/19 del 29/11/2007).

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

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

Allegato lettera c)

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

Le tabelle seguenti riepilogano i dati di attività dei consultori per l'anno 2013.

ASL Cagliari – Anno 2013 – Attività dei Consultori Prestazioni per raggruppamento di attività				
	Attività rivolte al singolo	Attività Rivolte a Gruppi	Educazione Sanitaria Scuole	Totale Distretto
Distretto 1	31.585	1.634	1.665	34.884
Distretto 2	23.503	671	208	24.382
Distretto 3	14.173	889	1.149	16.211
Distretto 4	3.830	284	570	4.684
Distretto 5	9.725	192	148	10.065
Totali ASL	**82.816**	**3.670**	**3.740**	**90.226**

Interventi per la salute neuropsichica in età evolutiva

Il mutare della struttura della famiglia e della sua capacità di contenimento del disagio, il moltiplicarsi dei fattori di rischio, l'aumentata percezione dei bisogni di natura sociale, culturale ed economica assumono frequentemente l'aspetto di domande di salute. In età evolutiva queste domande possono esprimersi in nuove forme patologiche del tipo tossicomanico, antisociale, deficitario, aggiungendosi ai disturbi e alle problematiche di interesse tradizionale delle Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (UONPIA) e modificandone anche caratteristiche e decorso.

Per quanto attiene alla ASL di Cagliari, le criticità ed esigenze di sistema (che riguardano il complesso delle attività per la salute neuropsichica in età evolutiva) e quelle che riguardano lo specifico delle UONPIA dei singoli distretti possono essere ricondotte alle seguenti problematiche:

- fragilità del sistema dei servizi in termini di organizzazione, integrazione e collegamento in rete, con personale distribuito in maniera disomogenea fra i distretti ed all'interno del singolo distretto;
- insufficiente dialogo fra le aree tecniche che si occupano della salute neuropsichica in età evolutiva e giovanile (area della Salute mentale, della Riabilitazione, della Neuropsichiatria infantile, delle attività consultoriali, pediatri di libera scelta, reparti ospedalieri);
- insufficiente livello di coordinamento con le istituzioni scolastiche e giudiziarie e con gli Enti locali.

Indicazioni su queste criticità sono emerse peraltro dalle osservazioni e rilievi spontanei provenienti dagli operatori, dalle famiglie e dalle istituzioni esterne che più frequentemente si interfacciano con questi servizi: scuole e tribunali in particolare.

Allegato lettera c)

A dette criticità si è già fatto fronte in parte con le scelte adottate in ambito aziendale. Fra queste rientrano:

- la promozione del dialogo e del confronto fra UONPIA e Consultori Familiari (CF);
- la promozione di una attività di collaborazione con le istituzioni e le associazioni interessate all'inserimento scolastico delle persone con disabilità (Deliberazione del Commissario Straordinario n. 741 del 8.7.2010 *"Approvazione accordo di programma-quadro tra Ufficio Scolastico Regionale per la Sardegna – Ufficio V ambito territoriale di Cagliari -, Provincia di Cagliari, Provincia di Carbonia-Iglesias, Provincia del Medio Campidano, ANCI, ASL di Cagliari, ASL di Carbonia, ASL di Sanluri, per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità"*);
- la promozione del coordinamento fra Uffici Giudiziari e attività distrettuali della ASL per garantire il raccordo nella gestione dei procedimenti giudiziari riguardanti l'età evolutiva (Deliberazione del Direttore Generale n. 1514 del 10.11.2011 *"Approvazione protocollo d'intesa tra la ASL di Cagliari, il Tribunale per i Minorenni di Cagliari, il Tribunale Civile di Cagliari, la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Cagliari, per la disciplina dei rapporti sugli interventi di rispettiva competenza relativi ai procedimenti giudiziari riguardanti l'età evolutiva"*);

Altre azioni sono da attivare in quanto strategiche per la riqualificazione dei servizi e riguardano:

- il completamento della ridefinizione della dotazione quali-quantitativa del personale in termini di quantità complessiva degli operatori, di bilanciamento delle diverse professionalità e allocazione per distretto, assicurando l'omogeneità interdistrettuale e la presenza delle figure professionali che consentono il regolare funzionamento delle equipe;
- la definizione di standard e di procedure operative, in modo da superare la disomogeneità tra le realtà territoriali dei diversi distretti e assicurare un coordinamento interdistrettuale che risponda alle esigenze sia di omogeneizzazione aziendale che di diversificazione per tutti gli aspetti per i quali la diversa realtà territoriale lo richiede;
- l'adozione di sistemi informativi ed informatici a sostegno dell'attività clinica e amministrativa;
- l'attivazione di programmi formativi riguardanti lo specifico professionale degli operatori delle UONPIA, le attività condivise, l'integrazione interprofessionale, l'integrazione tra i servizi del distretto e con i servizi e le istituzioni extraaziendali.

Vedasi anche il paragrafo 5.2.4 "Rete integrata dei servizi per l'età evolutiva" e il progetto 5.3.2 per la programmazione specifica in ambito sociosanitario.

Allegato lettera c)

Interventi sociosanitari di promozione della salute e delle responsabilità di cura delle persone e delle famiglie (ambito consultoriale)

I grandi cambiamenti in atto nella società occidentale relativamente all'instabilità dei legami familiari e coniugali, rendono necessario riformulare le offerte dei servizi, in modo da avvicinarli sempre più alle esigenze della popolazione e rispondere con puntualità e competenza ai bisogni espressi, anche in tema di disagio giovanile, familiare, mediazione familiare, adozione/affido, collaborazione con i Tribunali dei minori.

Si tratta di un ambito di intervento interistituzionale, nel quale operano sia i servizi sociali degli Enti Locali, sia i Servizi Distrettuali della ASL, CF in particolare. Dette strutture sono chiamate a porsi in rete fra loro per fornire in maniera integrata la gamma di interventi di carattere educativo, preventivo, tutelare e sanitario utili a creare un contesto di ascolto, protezione, assistenza e tutela della salute.

All'interno di questa prospettiva, la Regione Sardegna ha attivato un Programma regionale orientato a riaffermare il ruolo dei CF quali servizi orientati alla promozione del benessere della famiglia e dei suoi componenti e a promuovere e consolidare l'integrazione con le azioni previste dai Comuni al fine di predisporre e costruire un contesto interistituzionale più funzionale alla realizzazione di un accompagnamento sinergico delle famiglie.

In particolare, si è attivata, a partire dal 2009, una progettazione congiunta ASL - Enti locali all'interno degli ambiti PLUS del territorio Provinciale, orientata a realizzare interventi integrati negli ambiti del sostegno alla genitorialità (incluse le problematiche dell'affido e dell'adozione), dell'ascolto, sostegno e orientamento degli adolescenti, dell'attivazione della rete antiviolenza di genere, della formazione degli operatori.

Ulteriori progetti, orientati ad intervenire sugli ambiti di disagio familiare, infantile ed adolescenziale, sono stati concordati con risorse PLUS.

Tuttavia si ritiene che l'entità ed estensione delle problematiche, la ristrettezza delle risorse disponibili e la prospettiva economica generale che condiziona la programmazione locale obblighino ad un'analisi più profonda che, sulla base del complesso delle risorse in campo (della ASL e degli Enti Locali), conduca ad una efficiente ridefinizione degli ambiti di intervento curati dagli Enti locali, di quelli curati dalla ASL e di quelli obbligatoriamente condivisi in forma integrata dalle due istituzioni.

Nel campo specifico degli interventi di interesse giudiziario riguardanti l'età evolutiva, che richiedono un impegno consistente delle strutture distrettuale (CF e UONPIA), la ASL di Cagliari ha attivato un confronto interistituzionale con l'Autorità Giudiziaria volto ad individuare le finalità, le azioni e le

procedure operative utili a razionalizzare gli interventi di rispettiva competenza per gli ambiti di interesse sociosanitario rivolti ai minori (Deliberazione del Direttore Generale n. 1514 del 10.11.2011.

Riguardo alle problematiche ed agli interventi in età evolutiva è quanto mai necessario provvedere alla "manutenzione" della rete interistituzionale. Gli Enti Locali debbano essere coinvolti nella discussione, approfondimento e definizione dei ruoli e delle aree di rispettiva competenza e di integrazione interistituzionale nei percorsi sociali e sociosanitari e deve potersi costruire un efficiente ed efficace coordinamento, tale da assicurare l'unitarietà e linearità degli interventi.

Hospice

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.

Lo stabile è costituito da un piano terra, destinato in parte alle aree comuni di socializzazione e di svago (cucina, soggiorno e aree lettura) e in parte all'assistenza (ambulatori e studi medici). I due piani superiori sono dedicati alla degenza.

La struttura è dotata di 14 posti letto + 2 posti di day hospice con l'obiettivo di assicurare l'assistenza a circa 200 pazienti l'anno.

La dotazione organica prevede la costituzione di un ***equipe multidisciplinare*** formata da 3 medici, 1 psicologo, 18 infermieri, 2 fisioterapisti, 5 operatori sanitari in realtà nel corso del quinquennio la dotazione organica ha subito diverse modificazioni.

Attualmente la dotazione prevede la presenza di:

- 3 medici
- 1 psicologo
- 14 Infermieri
- 12 Operatore Socio Sanitario

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.

Si tratta di pazienti con bisogni assistenziali complessi, che richiedono un elevato livello di competenze professionali da parte di personale specializzato ed un elevato indice di rapporto tra numero di componenti l'equipe e ciascun paziente ricoverato, in quanto i malati possono avere ridotta autonomia funzionale e/o dello cognitivo.

Le ***caratteristiche funzionali*** della struttura dell'Hospice sono:

- Autonomia gestionale (propria èquipe).
- Separazione fisica dall'Ospedale.
- Comunità tra malato, famiglia e staff assistenziale.
- Dimensione e posti letto contenuti (8–20).
- Intervento sanitario limitato (contenuta intensità terapeutica e limitata medicalizzazione).
- Presenza di personale assistenziale specificamente formato e addestrato.
- Prioritario supporto psicosociale e sostegno spirituale.
- Rilevante presenza del volontariato (con ruolo/funzione essenziale).
- Localizzazione in zona urbana, protetta dal rumore cittadino e con buoni collegamenti in modo da favorire l'accessibilità da parte dei familiari.

Le stime nazionali prevedono un ***fabbisogno di posti letto*** per Hospice:15-20 P.L. per 100.000 abitanti.

L'analisi dell'***andamento epidemiologico*** regionale prevede circa 6.800 nuovi casi di tumore anno attesi in Sardegna e circa 3.000 decessi anno per neoplasia previsti (poco meno di 10 al giorno).

Circa l'80 % dei pazienti che muoiono per neoplasia hanno una fase terminale e quindi necessitano di cure palliative. La durata della fase terminale di malattia, può essere stimata in 3 mesi circa.

Per il 70 – 80 % dei malati in fase terminale (circa 2400 l'anno) potrebbe essere sufficiente l'erogazione di cure palliative in assistenza domiciliare.

Nei rimanenti casi, ovvero il 20–30% (circa 600 l'anno), può essere necessario un ricovero definitivo o temporaneo in hospice residenziale qualora ci si trovi in presenza di una delle seguenti condizioni:

- presenza di dolore o altri sintomi di difficile gestione a domicilio.

Allegato lettera c)

- rifiuto del malato o dei familiari all'assistenza domiciliare.
- inadeguatezza o assenza del nucleo familiare
- inadeguatezza del domicilio

Dati di Attività

L'Hospice, 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 2007-2013:

Etichette di riga	Pazienti
2007	80
2008	162
2009	258
2010	274
2011	300
2012	304
2013	257
Totale complessivo	1635

L'analisi delle ***modalità di dimissione*** evidenzia che il 74% delle dimissioni avviene per decesso del paziente, tale valore risulta in linea con i dati nazionali per tali tipologie di struttura, il dato rappresenta comunque una tendenziale riduzione dei decessi presso la struttura che passano dal 78% come valore registrato nel 2008 al 74% del 2013. Il restante 26% viene dimesso a domicilio con l'attivazione dell'assistenza domiciliare. Sono state negli ultimi anni ridotte le dimissioni verso la riospedalizzazione che erano pari, nel 2007, al 6% dei casi gestiti, tale importante risultato è significativo della raggiunta capacità del centro di gestire completamente il percorso di "fine vita".

La tabella seguente presenta i dati relativi alle dimissioni nel periodo 2007-2013:

Etichette di riga	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
DECESSO	45	126	196	202	221	221	190
DIMESSO	26	23	44	68	74	80	44
RIOSPEDALIZZATO	5	6	9	1	5	3	4
TRASF. RSA	2	7	7				

Allegato lettera c)

CASA DI CURA	2						
n.d.			2	3			
TRASERITO							19
Totale complessivo	80	162	258	274	300	304	257

L'età media del paziente ricoverato è pari a 69 anni e non ha subito significative variazioni nel corso degli anni.

La tabella seguente presenta i dati dell'***età media*** dei pazienti ricoverati nella struttura:

Etichette di riga	Media Età
2007	70
2008	66
2009	70
2010	68
2011	69
2012	71
2013	71
Totale complessivo	**69**

L'analisi dei dati di ricovero suddivisi per ***fasce d'età*** evidenzia un andamento costante negli anni ed indica che il 78,29% dei pazienti è compreso tra i 50 e i 90 anni.

L'analisi della ***provenienza del paziente*** al momento del ricovero evidenzia che la maggior parte dei pazienti accede all'Hospice direttamente dal proprio domicilio (circa il 39% dei casi) la restante parte viene per trasferimento da altri presidi ospedalieri regionali.

Tra i presidi ospedalieri regionali il 14% proviene dai due presidi dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari (S.Giovanni di Dio e Policlinico), il 13% dalle Case di Cura convenzionate, il 7% dal P.O. "Brotzu" e il 22% proviene da ospedali dell'Asl 8 di Cagliari, mentre il 15% è costituito da pazienti ricoverati nei presidi ospedalieri dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari.

La tabella sottostante presenta i dati analitici di provenienza dei pazienti ricoverati nella struttura:

PROVENIENZA	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
DOMICILIO	30	64	102	114	146	138	101
A.O. BROTZU	4	17	22	21	19	28	19

Allegato lettera c)

Altri ns. PP.OO.			1	1	1	2	
AOU Cagliari	3	15	34	50	43	48	
Asl 1 Sassari			1				
Asl 5 Oristano			1	1		1	
Asl 6 Sanluri					2		
Asl 7 Carbonia		1		1	1		
C.C. DECIMOMANNU							4
C.C. LAY							11
C.C. S. ANNA							16
C.C. S. ANTONIO							2
Casa di Cura	4	16	33	35	30	38	
CASA DI RIPOSO						1	1
COMUNITA DI MARACALAGONIS							1
HOSPICE DI QUARTU						1	
HOSPICE MADONNA DI FATIMA							2
INRCA			1		1	1	
P.O. BINAGHI	23	14	11	8	6	8	6
P.O. BUSINCO	8	15	28	27	22	19	20
P.O. extra nazione					1		
P.O. extra regione	1	1	1	1	2		
P.O. MARINO	3	7	5	1	8	8	7
P.O. SAN GAVINO N.S. BONARIA							1
P.O. SAN GIOVANNI DI DIO							10
P.O. SS.TRINITA	4	11	15	13	17	10	23
PO DI VERONA							1
PO SIRAI DI CARBONIA							1
POLIC UNIVERSIT MONSERRATO							27
POLICLINICO DI MONSERRATO							1
R.S.A MONSIGNOR ANGIONI							3
RSA		1	3	1	1	1	
Totale complessivo	80	162	258	274	300	304	257

L'analisi della degenza media dei pazienti congiunta alla modalità di dimissione degli stessi, evidenziata nella tabella sottostante, dimostra la necessità di mantenere i pazienti ricoverati impropriamente in Hospice pur essendo trasferibili in RSA.

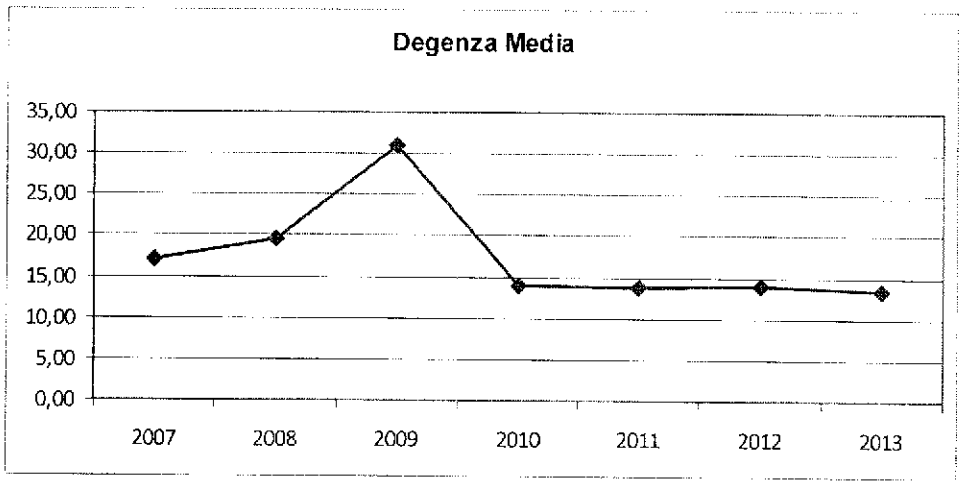
Difatti i lunghi tempi di risposta per il ricovero dei pazienti in RSA determinano dei tempi di degenza mediamente doppi rispetto alle altre forme di dimissione a domicilio o verso la riospedalizzazione.

Allegato lettera c)

Etichette di riga	2007	2008	2010	2011	2012	2013	Totale
CASA DI CURA	61						61
DECESSO	15.18	17.46	11.96	12.20	11.90	11.17	12.69
DIMESSO	16.19	29.22	19.63	18.41	19.19	9.43	18.22
RIOSPEDALIZZATO	6	14.17	7	15	18	10.75	12.25
TRASF. RSA	49.50	30.71				25.47	28.50
Totale complessivo	16.94	19.58	13.87	13.78	13.88	11.92	14.34

La ***degenza media*** del ricovero ha subito una sensibile riduzione nel corso degli anni anche al fine di migliorare la rotazione dei pazienti e l'accessibilità alla struttura. Si è difatti passato da un valore medio di 17-20 giorni registrato nei primi due anni agli attuali 12 giorni.

Il grafico rappresenta tale andamento nel corso degli anni:



Il ***bacino di utenti*** servito dall'Hospice di Cagliari sconta il fatto di essere insieme all'Hospice convenzionato di Quartu l'unica struttura presente nel territorio della Asl 8.

Il 56% dei pazienti sono residenti presso il Distretto di Cagliari, il 14% proviene dal Distretto Area Ovest, il 3% dal Distretto di Quartu, 1% dal Distretto Sarrabus Gerrei e il 2% dal Distretto Sarcidano Barbagia di Seulo.

La tabella seguente presenta i pazienti ricoverati per Distretto di residenza:

Distretto	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
D1-Cagliari Area vasta	42	99	142	147	172	156	159

Allegato lettera c)

D2-Area ovest	4	16	44	42	44	50	35
D3-Quartu-Parteolla	3	4	9	13	14	15	7
D4-Sarrabus-Gerrei	3	2	2	5	2	3	1
D5-Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta	1	8	4	5	11	14	5
Mobilità Attiva	15	15	31	38	33	45	25
n.d.	12	18	26	24	24	21	25
Totale complessivo	80	162	258	274	300	304	257

L'analisi del bacino di utenza ponderato per la popolazione residente nei diversi distretti territoriali evidenzia una concentrazione verso nel territorio più attigui alla struttura (distretto di Cagliari e dell'area Ovest).

La tabella sottostante presenta i tassi di ricovero ogni mille abitanti:

Distretto	**Anno 2013**	**Popolazione**	**Ricoveri per mille ab.**
D1-Cagliari Area vasta	159	246.794	0,644%
D2-Area ovest	35	122.314	0,286%
D3-Quartu-Parteolla	31	112.961	0,274%
D4-Sarrabus-Gerrei	1	23.324	0,040%
D5-Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta	6	45.684	0,131%
Totale ricoveri residenti	**207**	**551.077**	**0,375%**

La misura della ***mobilità attiva*** è di circa 20-25 pazienti/anno.

La provenienza dei pazienti ricoverati non residenti nella Asl 8 è rappresentata nella tabella sottostante:

Asl provenienza	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Asl 1 Sassari			2	1	1	1	
Asl 2 Olbia					1	2	1
Asl 3 Nuoro	2	3	2	2	2	4	1
Asl 4 Lanusei		1	2	1	4	3	
Asl 5 Oristano	4	2	6	8	3	7	3
Asl 6 Sanluri	6	7	13	14	15	15	12
Asl 7 Carbonia	2	2	4	10	7	9	8
extra regione	1		3	2		4	
Totale complessivo	15	15	32	38	33	45	25

Allegato lettera c)

Le Asl che inviano il maggior numero di pazienti alla struttura sono La Asl di Sanluri, la Asl di Carbonia e la Asl di Oristano.

5) Assistenza Dipartimentale

Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è una Macrostruttura articolata in n. 7 Strutture Complesse (Servizio di Promozione della Salute, Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Servizio Sanità Animale, Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche, Servizio Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati) e n. 2 Strutture Semplici a valenza Dipartimentale ("Medicina Legale" e "Salute e Ambiente"), con la funzione della prevenzione primaria ed il mantenimento dello stato di benessere fisico, psichico e sociale dell'individuo, attraverso la rimozione e correzione dei fattori di rischio, nonché la prevenzione secondaria, attraverso la diagnosi precoce di specifiche patologie in soggetti a rischio e campagne di *screening* e sensibilizzazione della collettività, in linea con quanto indicato dalle disposizioni normative (art. 7-ter del D.Lgs. n. 229/1999 - DPCM 29/11/01 sui Livelli Essenziali di Assistenza - Decreto del Ministero della Salute del 1.07.2004 - intesa Stato, Regioni e Province Autonome del 23.03.2005 - Piano Sanitario Regionale - Piano aziendale annuale per la Salute – 2010, ASL di Cagliari - nuovo Patto per la Salute 2010/2012), regolamentari ed aziendali.

Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Questa struttura cura la tutela della salute attraverso il controllo igienico sanitario degli alimenti e delle bevande, ivi incluso il controllo delle acque destinate al consumo umano; assicura la tutela della salute del singolo e della collettività attraverso il controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine vegetale, delle bevande, delle acque destinate al consumo umano e delle acque minerali; garantisce il sistema rapido di allerta, la sorveglianza delle acque di laguna e produzione dei molluschi bivalvi ed il controllo dei cosmetici; in ottemperanza al piano regionale triennale realizza un programma di controllo ufficiale sul commercio ed impiego dei prodotti fitosanitari;

Allegato lettera c)

è stata inoltre formalizzata l'attività di prevenzione delle intossicazioni e quella di vigilanza e controllo sul commercio dei funghi epigei. Per lo svolgimento di tale attività è stato costituito nel Servizio un apposito Ispettorato Micologico, che offre consulenza specifica alla popolazione. Realizza infine l'osservazione epidemiologica ed il monitoraggio degli aspetti nutrizionali dell'alimentazione umana partecipando ai programmi interdisciplinari di prevenzione delle patologie ad essa collegate.

Principali attività svolte	**2012**	**2013**
SCIA/DUAAP per notifica stabilimenti produzione vendita somministrazione trasporto alimenti	1.744	1.842
Partecipaz. a Commissioni, Conferenze dei Servizi con EE.PP., come organo tecnico rappresentante dell'Asl	17	10
Controllo delle acque destinate a consumo umano	5.700	5.891
Certificazione idoneità acque fornite al consumo umano	1	0
Sportello informativo, e consulenza agli utenti per le attività di servizio	1.477	1.520
Vigilanza nei settori della produz., commercializzaz., somministraz. alimenti e bevande	4.871	4.616
Distruzione alimenti a richiesta (kg.)	27.884	12.244
Rilevaz. caratteri organolettici e/o prelievo campioni alimenti per analisi, valutaz. esiti analisi	310	341
Parere su progetti edilizi relativi a locali da destinare a attività alimentari o deposito/ vendita di fitosanitari	148	151
Valutazione e approvazione tabelle dietetiche mense scolastiche e collettività	70	42
Assistenza per elaborazione di tabelle dietetiche per comunità predisposte da privati (colloqui e linee guida)	19	26
Valutazione diete differenziate per patologie in mense scolastiche	130	292
Certificazione di commestibilità funghi spontanei	336	382
Interventi di consulenza a seguito di intossicazione da ingestione di funghi	1	3
Vigilanza produzione e vendita di cosmetici	12	15
Sistema di Allerta-Allerta ricevuti/attivati	28	26
Sistema di Allerta-Sopralluoghi	154	167
SCIA/DUAAP locali deposito e vendita prodotti fitosanitari	2	1

Allegato lettera c)

Certificazione di abilitazione alla vendita prodotti fitosanitari	15	16
Vidimazione registri vendita prodotti fitosanitari	8	10
Contr. immissione in commercio ed utilizz. prodotti fitosanitari: a) controllo residui prodotti fitosanitari negli alimenti	10	29
b) controlli ispettivi su commercio/utilizzo prodotti fitosanitari	47	55
Corsi per l'autorizzazione all'acquisto, all'uso e alla vendita di prodotti fitosanitari	23	21
Corsi di formazione del personale	1	1
Piano di sorveglianza acque di laguna prod. molluschi bivalvi	523	986
Rilascio/rinnovo libretti idoneità sanitaria operatori alimentari	36	39
Notizie di reato	7	2
Ordinanze/prescrizioni	221	102
Sanzioni amministrative	182	77
Sedute ufficio di depenalizzazione	3	7

Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

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

Nel corso del 2013 è stato posto particolare impegno nella verifica sull'applicazione della normativa nell'ambito della sicurezza negli ambienti di lavoro ed è stato dato particolare risalto alle indagini sulle malattie professionali, sugli infortuni e all'attuazione del Piano Regionale di Prevenzione in Edilizia, mentre risulta ancora in fase organizzativa l'attivazione delle procedure relative alla tutela della salute dei lavoratori dal rischio relativo alla presenza di amianto.

Servizio Igiene e Sanità Pubblica

La S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) garantisce i compiti istituzionali previsti nell'ambito della profilassi delle malattie infettive, della medicina sportiva e della medicina scolastica e nel corso del 2013 ha provveduto alla riorganizzazione delle proprie attività in riferimento all'acquisizione delle nuove competenze transitate dal Servizio di Igiene Edilizia ed Urbanistica.

Ha il compito di tutelare la salute collettiva negli ambienti di vita attraverso la prevenzione delle malattie infettive e cronico-degenerative, il loro monitoraggio e la profilassi immunitaria, garantendo la

realizzazione dei programmi vaccinali; assicura inoltre le attività relative alle funzioni di tutela della salute delle attività sportive.

Vaccinoprofilassi

Questo Servizio, nel 2013, ha ulteriormente riorganizzato la propria attività di vaccinoprofilassi, riducendo le sedi vaccinali da 18 a 15 ed allestendo contestualmente le "*Hub*" di riferimento, coerentemente a quanto indicato dal Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 e 2012-2014 "Progetto Piano Vaccini: Riorganizzazione della rete vaccinale della Regione Sardegna".

Ciò ha consentito di ottenere:

- rispondenza alle norme sull'accreditamento di quasi tutti gli ambulatori;
- migliori condizioni di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e nella conservazione dei vaccini e dei farmaci;
- incremento delle giornate di apertura al pubblico con *feedback* positivo da parte dell'utenza;
- aumento dell'attività con miglioramento delle coperture vaccinali;
- miglior razionalizzazione dell'attività con notevoli risparmi gestionali (personale, utenze, attrezzature e manutenzioni).

Nel 2014 gli ultimi interventi di riorganizzazione delle sedi permetterebbero, per tale aspetto, il pieno raggiungimento degli obiettivi prefissati dal Piano di Prevenzione Regionale.

Nonostante il calendario vaccinale risulti sempre più esteso (inserimento di nuovi vaccini quali: varicella al 2° e 12° anno d'età, meningite meningococcica dal 2° anno d'età, *rota virus* al 1° anno d'età, pneumococco 13 valente per 5 coorti di nascita e per popolazione a rischio di tutte le età, vaccinazione contro il Papilloma virus nelle dodicenni), il residuo personale di ruolo - seppur gravato da sempre maggiori incombenze (stante il blocco pluriennale del *turnover*) - continua a supportare, nelle attività di medicina necroscopica e di certificazione medico legale, la SSD "Medicina Legale" del Dipartimento di Prevenzione.

Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate

In questo campo si è data piena attuazione ai Piani Nazionali ed ai Piani Regionali Vaccini mantenendo le coperture su ottimi livelli:

- circa il 95% per le vaccinazioni antidifterite, tetano, pertosse, polio, epatiteB, emofilo, pneumococco al 1° anno di vita;
- circa il 95% per morbillo, rosolia, parotite al 13° mese;
- intorno all'85% per la vaccinazione antivaricella offerta gratuitamente al 13° mese, in combinazione con il vaccino anti morbillo-rosolia-parotite;

- circa il 90% contro il meningococco C.

Anche i dati relativi ai richiami del vaccino antimorbillo, parotite, rosolia, e di quello antidifterite, tetano, polio, pertosse nei bambini di 5 anni con coperture intorno al 95%, sono in linea con il Piano Nazionale Vaccini.

Inoltre alla coorte dei dodicenni viene offerta la vaccinazione nei confronti di difterite-tetano-pertosse e contro la varicella per i suscettibili, oltre che l'anti HPV per le adolescenti.

Con riferimento alla vaccinazione antipapillomavirus va segnalato che le coperture ottenute per le prime dosi sono superiori al 98% per la coorte del 1996 e superiori al 97% per la coorte del 1997. Considerato che la media nazionale di copertura è del 65% nelle coorti del 1998, 1999 e 2000, i dati di questo Servizio confermano il "*trend*" positivo raggiungendo coperture, per le prime dosi, rispettivamente del 91%, 89% e 86%.

Le coorti d'età escluse dai livelli minimi d'assistenza possono accedere alla vaccinazione sotto forma di "*copayment*".

Per quanto riguarda la vaccinazione antipneumococcica, si è proceduto, oltre all'incremento delle coperture per i nuovi nati con il vaccino 13 valente, al recupero sierotipico dei bambini delle coorti dal 2006 al 2010. Le coperture ottenute si attestano all'84%, superiori al minimo stabilito dal Piano Regionale (80% di media richiesto per le coorti di recupero sierotipico).

Vaccinazioni e consulenze per i viaggiatori Internazionali

In tale ambito nell'ambulatorio ad esse dedicato, diventato punto di riferimento anche per gli utenti delle A.S.L. limitrofe, nel 2013 sono state erogate 1.412 consulenze, con un lieve incremento rispetto al 2012 (1.238). L'attenta attività previsionale e gestionale dei vaccini obbligatori e raccomandati ha inoltre garantito che potessero essere effettuati tutti i vaccini presenti in commercio, compresi quelli di ultima generazione.

Colloqui per rifiuti alle vaccinazioni e segnalazione al Tribunale dei Minori

Anche nella nostra A.S.L., sono sempre più numerosi i genitori che rifiutano le vaccinazioni di Legge per i propri figli. Ciò ha comportato un ulteriore e notevole aggravio lavorativo sia per l'effettuazione dei colloqui, che per l'attivazione ed attuazione del restante protocollo amministrativo per gli inadempienti.

Profilassi antirabbica, antiepatite B

Le denunce di morsicatura di animali risultano in linea con quelle degli anni precedenti, mentre sono in lieve flessione gli interventi di profilassi anti epatite B per le categorie a rischio, grazie al costante incremento, anno per anno, dei soggetti già vaccinati.

Allegato lettera c)

Vaccinazione antinfluenzale

Nel mese di Ottobre 2013 è stata avviata la campagna di vaccinazione antinfluenzale: rispetto alla precedente stagione si è osservata una inversione di tendenza, con un "*trend*" positivo nelle coperture pari al 15%. Come in passato detta vaccinazione è stata preceduta: da un'adeguata campagna informativa sui suoi benefici e sulle modalità di accesso; dall'acquisizione, per tempo, delle dosi necessarie; dall'accordo sindacale con i medici di famiglia ed i pediatri di libera scelta. Questa sinergia ha migliorato la qualità dell'offerta vaccinale sia riducendo i tempi di attesa per sovraffollamento degli ambulatori SISP, che dando l'opportunità ai pazienti a rischio di farsi vaccinare dal proprio medico nelle cosiddette "occasioni opportune", (visite mediche e prescrizioni di farmaci già programmate) con vantaggi reciproci per medici e pazienti. Devesi sottolineare che la campagna di vaccinazione antinfluenzale è un obiettivo dell'intera Azienda, non solo del SISP cui compete la relativa programmazione: la scelta dei vaccini, la predisposizione degli atti per la loro acquisizione, la consulenza e l'informazione dei portatori di interesse, la sorveglianza, la statistica, il monitoraggio e la denuncia di reazioni avverse, nonché l'effettuazione delle vaccinazioni residuali, cioè di quelle che - per qualsivoglia motivo - non sono state praticate ai rispettivi assistiti dai medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, personale delle Direzioni sanitarie di nosocomi, case di cura ed RSA.

Anagrafica vaccinale: Attività di registrazione, archiviazione, trascrizione, certificazione, convocazione per le vaccinazioni, segnalazione eventi avversi alle vaccinazioni, richiesta rimborsi altre A.A.S.S.LL. per vaccinazioni di loro residenti

Queste attività sono rapportate alle nascite e non mostrano significativi scostamenti rispetto agli anni precedenti: persistono le criticità dovute alla mancanza di un sistema informatizzato di anagrafe vaccinale, con i conseguenti disguidi gestionali, incremento del carico di lavoro anche per la crescente offerta di nuovi vaccini e riduzione degli standard qualitativi

Epidemiologia Profilassi e Prevenzione delle Malattie Infettive

Nel 2013 sono pervenute al SISP 494 (445 nel 2012) segnalazioni di malattie infettive; 405 riferite a residenti nella nostra A.S.L., 88 a residenti in altre A.S.L. Sono state effettuate 346 inchieste epidemiologiche ed assunte le conseguenti misure di profilassi e di sorveglianza sanitaria nei conviventi/contatti, ad eccezione dei casi in cui l'intervallo temporale tra il manifestarsi del caso e la ricezione della segnalazione abbia superato il periodo massimo di incubazione della malattia, vanificando di fatto l'adozione dei provvedimenti di Sanità Pubblica.

Allegato lettera c)

Segnalazioni malattie infettive pervenute al SISP nel 2013

Malattie Infettive	ASL 8	extra ASL	non noto	totale	inchieste epidemiologiche
ascaridiosi	1			1	1
cellulite, sepsi	1			1	1
colite clostridium difficile	2	6		8	2
creutzfeldt-jakob	3			3	3
dermatofitosi	5			5	4
emintiasi	1			1	1
epatite A	8	1		9	
epatite B	4	1		5	16
epatite C	3	1		4	
infezione da anisakis	3			3	3
infezione da HPV	8	3		11	8
infezione vie urinarie da E. coli	1			1	1
legionellosi	2	2		4	4
malaria	3	1		4	2
meningiti, meningoencefaliti, MIB	16	4		20	12
mononucleosi	19	4		23	8
morbillo	2	2		4	2
pediculosi	26	1		27	7
Polmonite da klebsiella pneumoniae	1	1		2	2
polmonite da micoplasma		1		1	
rickettsiosi	6	1		7	7
rosolia	3			3	3
rosolia congenita	1			1	1
salmonellosi	40	7		47	42
scabbia	34	6		40	35
scarlattina	56			56	32
sifilide	16	4	1	21	12
tubercolosi	55	36		91	91
uretrite gonococcica	3			3	3
varicella	81	6		87	42

west nile disease	1			1	1
totale	405	88	1	494	346

EVENTI SENTINELLA:

9 casi di Epatiti acute HAV riconducibili, ragionevolmente, oltre che al consumo dei soliti alimenti a rischio, anche a quello di frutti di bosco congelati, come peraltro verificatosi in altri Paesi europei;

8 casi di colite da Clostridium difficilis;

2 casi di polmoniti da Klebsiella Pneumoniae resistenti ai carbapenemi;

27 casi di malattie sessualmente trasmesse (esclusa la scabbia), con notevole impennata rispetto agli anni scorsi, manifestatesi soprattutto in soggetti con *partners* omosessuali;

3 segnalazioni di infestazioni, confermate in laboratorio, da Anisakis Simplex da consumo di aringhe affumicate;

40 segnalazioni di casi di Scabbia, legati a focolai epidemici.

FOCOLAI EPIDEMICI

focolai di TB	3
Epatite acuta HAV	3
Scabbia	3
Scarlattina	2
Pediculus capitis	2
Varicella	13
Clostridium difficilis	2
Lue	2
Phthirus pubis, Tinea capitis, Rosolia, Anisaxis simplex e Salmonella	1

TUBERCOLOSI

Sinteticamente si presenta un approfondimento sulla Tubercolosi (TB) che da sola rappresenta 1/5 di tutte le segnalazioni ricevute.

Nel 2013 sono stati notificati al SISP 91 casi di tubercolosi, ben superiori non solo ai 65 casi del 2012, ma anche a quelli registrati annualmente nell'ultimo quinquennio. Le segnalazioni hanno interessato i

residenti della A.S.L. n. 8 nel 60% dei casi; i restanti casi, seppur diagnosticati in presidi ospedalieri aziendali, si sono manifestati in residenti in altre A.S.L.

Segnalazioni pervenute	ASL 8	Extra ASL	Totale
Femmine	20	10	30
Maschi	35	26	61
Totale	55	36	91

Come già detto, al 01.01.2013 (fonte ISTAT) la popolazione della A.S.L. n. 8 ammontava a 551.077 residenti (267.743 maschi e 283.334 femmine); calcolando il tasso di notifica si ottiene un valore pari a 10 casi per 100.000 abitanti, tasso nettamente al di sotto della soglia (20 casi per 100.000 abitanti) definita dall'ECDC per i paesi a bassa endemia tubercolare, quale è l'Italia. Suddividendo il dato per genere, il tasso di notifica è pari a 7,1 casi per 100.000 abitanti nelle femmine ed a 13,1 nei maschi.

Nel 79% dei casi notificati si è riscontrata una localizzazione polmonare.

L'infezione ha colpito nel 64% cittadini italiani, nel 29% cittadini extracomunitari e nel 7% cittadini comunitari.

Segnalazioni per cittadinanza nei residenti ASL 8	comunitaria	extracomunitaria	italiana	Totale
Femmine	4	4	12	20
Maschi		12	23	35
Totale	4	16	35	55

Casi Confermati

Il numero dei casi di TB confermati, rispetto a quelli segnalati, varia secondo i criteri (per la definizione di caso) utilizzati. Pertanto, applicando ai 55 casi segnalati i criteri del DM 29/7/98 (segni clinici suggestivi di TB attiva + almeno 2 tra: indagini strumentali, risposta alla terapia antitubercolare, test tubercolinico positivo) otteniamo 38 casi confermati, che si riducono a 28, se utilizziamo, invece, quelli introdotti dall'Unione Europea nel 2012 (criteri clinici + identificazione dell'acido nucleico o isolamento di M. *tubercolosis complex* da un campione clinico insieme a microscopia positiva per bacilli acido resistenti).

Segnalazioni nei residenti ASL 8 confermate laboratoristicamente	extrapolmonare	polmonare	Totale
Femmine	1	7	8
Maschi	4	15	20
Totale	5	22	28

Allegato lettera c)

I 28 casi confermati, in base alla cittadinanza, risultano così distribuiti:

Proporzione di cittadini italiani residenti notificati e confermati sul totale	57% (16)
Proporzione di cittadini comunitari residenti notificati e confermati sul totale	7% (2)
Proporzione di cittadini extracomunitari residenti notificati e confermati sul totale	36% (10)

La stima di incidenza nel nostro territorio calcolata applicando la definizione UE per la conferma dei casi, risulta pari a 5,1/100.000 abitanti, che suddiviso per genere è pari a 7,5 per i maschi e a 2,8 per le femmine.

Considerando il differente rischio cui è esposta la popolazione immigrata, è stata inoltre calcolata la stima d'incidenza nei cittadini stranieri ed in quelli italiani.

Da tale calcolo è risultata un'incidenza pari a 101,5/100.000 abitanti (M 151,6; F 61,1) negli immigrati del nostro territorio, ben superiore al 3,0/100.000 (M 4,6; F 1,4) riscontrata nella popolazione indigena.

La seguente tabella evidenzia che l'età media dei casi di TB, alla data di segnalazione, è estremamente più bassa nelle popolazioni immigrate, rispetto alla popolazione autoctona.

Cittadinanza	Età Media in Anni
comunitaria	20
extracomunitaria	39
italiana	53

Si segnale infine che nel 2013 si sono presentati 3 focolai epidemici di TB, tutt'ora in fase di studio per le loro peculiarità. Nel mese di novembre 2013 inoltre il SISP è intervenuto, effettuando lo *screening* su tutti gli 84 contatti scolastici di una Scuola Statale dell'Infanzia cittadina, per una sospetta TB (poi disconfermata) in un alunno.

EPIDEMIOLOGIA

Questo Servizio, che produce e detiene importanti informazioni sullo stato di salute della propria popolazione (mortalità, malattie infettive, vaccinazioni, sistemi di sorveglianza, progetti di prevenzione), nel 2013 ha proseguito la riorganizzazione dei propri archivi, per la costruzione di *database* completi, omogenei e costanti, portando avanti studi descrittivi di mortalità, con l'obiettivo di realizzare un flusso

costante, completo e uniforme d'informazioni sulla mortalità comunale per causa, rendendo così disponibile un potente strumento di analisi epidemiologica della salute della popolazione e dei rischi associati.

Il dato epidemiologico di mortalità e di morbosità è il motore indispensabile di riflessione e di azione per una conoscenza più precisa e dettagliata dello stato di salute della popolazione residente. Il monitoraggio puntuale e progressivo di questi indicatori, il miglioramento e l'implementazione dei *database* che elaborano i record individuali, consentono di fotografare le modificazioni nel tempo di questi fenomeni e confrontarli fra le diverse realtà comunali del territorio aziendale, al fine di dare risposte adeguate ai bisogni della popolazione, orientando gli interventi di prevenzione.

In sintesi si riportano i dati più significativi delle attività svolte in questo ambito dal Servizio.

L'archivio ReNCaM

Il SISP gestisce l'archivio cartaceo di mortalità (ReNCaM) Aziendale curando la raccolta, codifica e trasmissione delle informazioni riportate nelle schede di morte dei soggetti residenti nei 71 comuni della Asl di Cagliari. Nel 2013 è stato implementato il *database* informativo dei deceduti nel periodo 2002-2010, divisi per singolo comune, ed è stata codificata la relativa causa di morte utilizzando i codici della IX Classificazione Internazionale delle Malattie, dei Traumatismi e delle Cause di Morte (ICD IX).

In via sperimentale, dal Marzo 2012, le schede di morte, previa codifica delle cause di morte secondo la Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD-10), sono state inserite nel modulo ReNCaM del SISAR; si prevedeva che tale attività andasse a regime a partire dal 2013, ma così non è stato. Infatti, per il mancato adeguamento dei codici contenuti nel *database* è stato possibile inserire nel SISAR i soli dati anagrafici relativi a 5.837 schede di morte ed il protrarsi della carenza (nonostante gli innumerevoli solleciti) difficilmente permetterà nel 2014 di recuperare il pregresso, stante anche le sempre più esigue risorse umane.

Nel 2013 sono pervenute al Servizio 5.006 schede di causa di morte dei deceduti nel nostro territorio, residenti e no e sono stati rilasciati 184 certificati di causa di morte.

MORTALITÀ

Nel corso del 2013 il Servizio ha proseguito l'analisi della mortalità nei comuni circostanti i poli industriali. Pertanto, facendo seguito allo studio della mortalità del Comune di Sarrroch già presentato in azienda nel 2012, è stato ultimato e presentato quello sull'analisi descrittiva della mortalità, riferita al periodo 2002-2010, nei comuni circostanti i poli industriali di Sarroch e Assemini-Macchiareddu.

Allegato lettera c)

Anche questo studio è stato preceduto dall'identificazione delle Schede ReNCaM e successivo loro confronto con i dati anagrafici comunali di mortalità, reso possibile grazie alla fattiva collaborazione delle Amministrazioni coinvolte.

Degno di nota e meritevole di ulteriori approfondimenti è il dato riscontrato nel Comune di Pula. Per i residenti di questo Comune è infatti emerso che:

1. le neoplasie maligne hanno causato più decessi, sia come numero assoluto che come mortalità proporzionale, rispetto alle malattie del sistema circolatorio;
2. le neoplasie maligne hanno causato nelle donne più decessi rispetto alle malattie del sistema circolatorio;
3. sono stati registrati, per i tumori del sistema emolinfopoietico, 16 decessi nelle donne e 2 nei maschi con un rapporto M/F uguale a 8 a favore dei maschi.

Questi dati rappresentano una prima tappa per la valutazione dello stato di salute della popolazione residente nei comuni di Sarroch e Pula.

Sistemi di Sorveglianza e Progetti di Prevenzione

Il Servizio ha attivato stabilmente già dal 2010 il "Sistema di Sorveglianza Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI) e PASSI d'Argento.

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

PASSI d'Argento è un sistema di sorveglianza analogo rivolto alla popolazione ultrasessantacinquenne, che prende in considerazione alcuni aspetti di salute e di malattia e li segue nel tempo.

Nel 2013 i risultati ottenuti dal SISP nella gestione del PASSI hanno posto la A.S.L. di Cagliari ai vertici nazionali. Le osservazioni, che hanno superato del 40% quelle stabilite dal protocollo nazionale, sono state determinanti, a livello regionale per compensare le insufficienze di altre A.S.L.

Nonostante l'analisi del *database* 2013 sia stata conclusa, non è stato ancora possibile poter pubblicare i dati sul sito web aziendale e comunicarli ai numerosi *stakeholder*, come fatto finora, stante la mancata condivisione delle procedure da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione.

Per quanto riguarda il sistema "**PASSI d'Argento**", questo Servizio una volta ricevuto ad ottobre 2013 il *database* regionale del 2012 (generato soprattutto con le 381 rilevazioni fatte dallo stesso SISP della A.S.L. di Cagliari), ha effettuato - su mandato dell'Assessorato Regionale Igiene e Sanità - l'analisi e l'interpretazione dei suddetti dati, i cui risultati sono stati presentati nel novembre 2013 in un *workshop* regionale riservato ai coordinatori delle A.S.L. della Sardegna.

Allegato lettera c)

Il *database* PdA-2012 relativo alle rilevazioni aziendali, inviato dall'ISS a Gennaio 2014, sarà analizzato quanto prima ed il relativo *report* è stato ultimato ai primi di Marzo.

Nel 2013 il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica ha svolto anche il ruolo di coordinamento regionale, partecipando ai *workshop* nazionali dell' ISS su sviluppi e miglioramenti da proporre in ambito nazionale.

Sorveglianza e Prevenzione degli Incidenti Domestici, SICURVIA-Programma d'intervento sull'infortunistica stradale

L'attività svolta dal SISP in questo settore si può così sintetizzare:

- Pubblicizzazione del progetto sul sito aziendale,
- Progettazione e stampa di supporti didattici (poster, cartoline) formativi e informativi;
- Formazione dei docenti scolastici con compiti di facilitatori nella cascata formativa degli alunni tramite l'utilizzazione di giochi didattici e di laboratori scolastici (ricerca, creazione di spot, rappresentazioni teatrali, attività di peer education, etc);
- Formazione degli operatori sanitari aziendali per azioni di counselling da rivolgere ai genitori in occasione dell'accesso agli ambulatori di vaccinazione;
- Formazione dei MMG quali moltiplicatori del messaggio di promozione della salute;
- Formazione degli operatori geriatrici e dei soggetti ultra 65enni;
- Formazione degli operatori delle autoscuole del territorio aziendale per la funzione di facilitatore;
- Realizzazione di un Osservatorio Aziendale degli Incidenti Domestici e degli Incidenti Stradali mediante l'analisi dei flussi dei Pronto Soccorso, SDO, ReNCaM;
- Realizzazione di una mostra espositiva dei lavori realizzati nelle scuole dell'infanzia;
- Realizzazione di eventi dimostrativi sulle attività svolte nei laboratori scolastici degli istituti superiori, rilevatori del completamento della cascata formativa a favore del target.

Etiologia, monitoraggio e valutazione delle Patologie Tiroidee in età pediatrica

Nel corso del 2013 è proseguita l'attività di misurazione dell'indicatore "Incremento dell'utilizzo del sale iodato attraverso idonee campagne di educazione" mediante la distribuzione alla popolazione bersaglio di 3.526 questionari.

Igiene Urbanistica, Edilizia ed Ambienti Confinati

Anche nel settore dell'Igiene Edilizia, Urbanistica ed Ambienti Confinati, il SISP ha cercato di soddisfare sia la domanda espressa che quella inespressa dell'utenza con l'erogazione di prestazioni orientate alla qualità, nel rispetto della tempistica prevista. Infatti, nonostante la complessità della materia, l'estensione del territorio, l'ulteriore riduzione del personale assegnato, la presenza di una rete

Allegato lettera c)

informatica inadeguata e la carenza di strumentazione tecnica idonea, è stato possibile comunque effettuare la mole di interventi meglio specificati nella seguente tabella:

Verifiche igienico-sanitarie su progetti edilizi	1876
Verifiche igienico-sanitarie su agibilità edilizia	760
Commissioni di pubblico spettacolo prefettizie e comunali	116
Conferenze di servizi	147
Idoneità: strutture ricettive, socio-assistenziali, stabilimenti balneari; locali per acconciatori, estetisti e tatuatori; ambulanze; carri funebri	83
Lezioni conseguimento patentino per l'utilizzo fitofarmaci	23
Sopralluoghi per inconvenienti igienici	1442
Commissione ASL autorizz. e vigilanza studi medici ispezioni, pareri per avvio attività	27 18
Commissione ASL autorizz. e vigilanza farmacie: pratiche	18
Commissione ASL Igiene Cimiteriale: pratiche	
Gestione fuori norma acque di piscina	88
Gestione fuori norma legionella impianti strutture ricettive	37
Sopralluoghi per inconvenienti igienici	1542
Sopralluoghi rilevazione condizioni igieniche abitazioni	186
Sopralluoghi scuole e strutture socio assistenziali prima infanzia	335
Campioni acque di balneazione	798
Controlli e campionamenti acque di piscina	447
Controlli attività strutture ricettive e socio assistenziali	316
Controlli attività acconciatori, estetisti, tatuatori , ecc.	319
Sopralluoghi per verifica igiene cimiteriale	51
Assistenza estumulazioni	688
Pratiche e interventi di polizia mortuaria	2910
Richieste parere smaltimento sottoprodotti origine animale	126
Sopralluoghi istituti di pena	2
Monitoraggi strutture ricettive per legionella	114
Campionamenti strutture ricettive per legionella	325
Notizie di reato ed altre comunicazioni alla procura	16

Allegato lettera c)

Verifiche sulle disinfestazioni e derattizzazioni	1467
Interventi per allarme bioterrorismo	4
Ispezioni notturne con la Questura ed altre forze di Polizia	8

Servizio di Promozione della Salute

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

- prevenzione secondaria, attuata mediante programmi di *screening* rivolti ad una *target* di popolazione ben individuato;
- Medicina delle migrazioni, che richiede un approccio interdisciplinare ed una visione complessiva con una programmazione interistituzionale degli interventi.

La novità del fenomeno migratorio non sempre trova nel sistema sanitario un'adeguata collocazione organizzativa, con gravi conseguenze di ordine sociale e sanitario e quindi attraverso gli strumenti offerti dalla Medicina delle Migrazioni, il Dipartimento di Prevenzione - nell'ambito di questo Servizio - garantisce i necessari interventi.

L'anno 2013 è stato caratterizzato inoltre dall'avvio di una nuova attività che riguarda l'ambulatorio di Strada, quale servizio dell'ambulatorio STP portato all'esterno. Il Servizio Promozione della Salute ha progettato e posto in essere questo nuovo servizio dedicato agli immigrati senza dimora attraverso un mezzo mobile che offre assistenza di base: un'autoambulanza del 118, con un medico ed un infermiere della ASL percorrono le strade della città e raggiungono i senza fissa dimora direttamente sul posto, offrendo assistenza di base ed orientamento alla fruizione dei Servizi.

Progetti di Prevenzione 2013

Screening del carcinoma del colon retto

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

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

L'ASL di Cagliari ha concluso il primo *round* nel corso del 2012; nel medesimo anno è stato avviato il secondo *round* con l'invito della popolazione *target* del Distretto del Sarrabus – Gerrei; successivamente

nel 2013 gli inviti sono stati estesi alla città di Cagliari, al Distretto di Cagliari Area Vasta ed al Distretto di Area Ovest. Attualmente sono in corso gli inviti alla popolazione del Distretto del Sarcidano – Barbagia di Seulo e Trexenta.

Nel 2014 si concluderà il secondo *round* con l'invito alla popolazione del Distretto di Quartu – Parteolla.

Screening carcinoma colon retto	Anno 2013
Target annuale ASL di Cagliari	79.997
Esclusi prima dell'invito	23
Invitati	71.596
Inviti inesitati	5.558
Esclusi dopo invito	6
Screenati	25.044

Indicatori progetto	Valore osservato al 31/12/2013 - Dato aziendale
Estensione effettiva	**82,55%**
Adesione grezza	**37,92%**
Adesione corretta	**37,93%**
Tasso di positività uomini	**53,53%**
Tasso di positività donne	**46,47%**
Compliance alla colonscopia dei soggetti FOBT positivi (uomini)	**76,15%***
Compliance alla colonscopia dei soggetti FOBT positivi (donne)	**77,55%***
Proporzione di colonscopie complete	**98%***
Tasso medio di adesione della popolazione target	**34,98%**

* I valori rilevati per gli indicatori evidenziati non possono considerarsi ancora definitivi.

Screening del carcinoma della cervice uterina

Tale *screening* aziendale ha preso avvio nel dicembre 2007: attualmente i *Pap-test* vengono effettuati nel Centro Donna e nei 16 Consultori aziendali dislocati nel territorio della ASL. Presso il Centro Donna è ubicato anche il Laboratorio Analisi accreditato, per la lettura e refertazione dei test, oltre gli eventuali approfondimenti diagnostici (accertamenti, colposcopie e biopsie) necessari sino al completamento dell'intero percorso di *screening*. A partire dal 14.06.2011 è iniziata la collaborazione con la A.O.U. di Cagliari. Secondo le indicazioni del GISCi, dal marzo 2012 è stato introdotto il test HPV-HR.

Come previsto dalle linee guida, nel 2013, il Pap-test tradizionale è stato sostituito dall'esame citologico su strato sottile "*thin prep*", metodica che ha favorito la riduzione percentuale dei preparati inadeguati. Tale metodica consente, inoltre, di procedere al test molecolare dell'HPV-HR senza richiamare la donna, semplicemente utilizzando il materiale residuo.

Attualmente è in corso il terzo *round*; nel 2014 si prevede il raggiungimento dei risultati attesi dal Piano Regionale di Prevenzione.

Allegato lettera c)

Screening carcinoma cervice uterina	Anno 2013
Target annuale ASL di Cagliari	57.287
Escluse prima dell'invito	
Invitate	55.848
Inviti inesitati	6.532
Escluse dopo invito	412
Screenate	26.605

Indicatori progetto	Valore osservato al 31/12/2013 - Dato aziendale
Estensione effettiva	86,09%
Adesione grezza	53,95%
Adesione corretta	54,40%
Recupero non responders (% donne che non hanno mai eseguito pap test di screening)	N.R.

Progetto di screening per la prevenzione secondaria del carcinoma della mammella

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

Il modello organizzativo predisposto nell'ASL di Cagliari prevede la presenza di una struttura centrale altamente specializzata - Unità di Refertazione Centralizzata (U.R.C.) ubicata nella Cittadella della Salute a Cagliari e 3 strutture dislocate nel territorio - Distretti del Sarrabus-Gerrei, di Quartu Parteolla e del Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta - che si raccordano con l'U.R.C. per la lettura dei radiogrammi mammografici e per gli approfondimenti. L'U.R.C. ed i Distretti sono tra loro collegati telematicamente al fine di consentire il trasferimento in tempo reale delle immagini radiografiche digitali.

Il Piano Regionale della Prevenzione per il triennio 2010-2012 ha previsto il coinvolgimento delle AOU di Cagliari e Sassari nelle attività di *screening*; pertanto in considerazione del contributo, nel caso specifico, dell'AOU di Cagliari si è proceduto alla ridefinizione delle modalità operative del progetto in esame ed alla riprogrammazione dell'attività in funzione della distribuzione, fra le due Aziende, delle prestazioni da eseguire. L'AOU di Cagliari, ha svolto attività di *screening* nei mesi di Gennaio e Febbraio 2013; dal successivo mese di marzo a tutt'oggi ha interrotto l'attività di *screening*.

L'ASL di Cagliari, impegnata nell'acquisizione delle apparecchiature previste dal Piano Operativo, ha garantito la propria attività raggiungendo nel 2013 circa il 35% della popolazione *target*.

Allegato lettera c)

Nel 2014, risolti definitivamente tutti gli aspetti di ordine tecnologico, si prevede il raggiungimento dei risultati attesi dal Piano Regionale della Prevenzione.

Screening carcinoma mammella	Anno 2013
Target annuale ASL di Cagliari	41.189
Escluse prima dell'invito	
Invitate	14.380
Inviti inesitati	719
Escluse dopo invito	1.614
Screenate	5.364

Indicatori progetto	Valore osservato al 31/12/2013 - Dato aziendale
Estensione teorica	34,91%
Estensione effettiva	33,17%
Adesione grezza	39,27%
Adesione corretta	44,53%
Recupero non responders (% donne che non hanno mai effettuato mammografia preventiva)	N.R.

Prevenzione del Diabete Mellito di Tipo 2 e delle Malattie Cardiovascolari nella popolazione ad alto rischio attraverso la correzione dei fattori di rischio

L'ASL di Cagliari ha affidato al Servizio Promozione della Salute nel corso del 2012 la gestione del progetto e costituito il Gruppo di Coordinamento Aziendale dei tre progetti di prevenzione del diabete e delle sue complicanze, in ottemperanza alle indicazioni impartite dall'Assessorato Regionale alla Sanità. Il Progetto di Prevenzione del Diabete di Tipo 2 e delle Malattie Cardiovascolari si pone come obbiettivo la valutazione del rischio diabete nella popolazione di riferimento attraverso un programma di prevenzione che va ad incidere sullo stile di vita nei soggetti ad alto rischio.

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

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

- Campagna di informazione/sensibilizzazione: il Direttore Generale, presenterà il progetto attraverso i *mass-media* ed altri mezzi di comunicazione;

- Distribuzione del questionario agli utenti di età superiore ai 35 anni: il questionario sarà reso disponibile presso le strutture sanitarie del territorio (Ambulatori MMG, *Equipe* medico infermieristica itinerante e Servizi di Diabetologia,)e sul sito internet aziendale;

a. Compilazione consegna ed analisi del questionario di Tuomiletho: l'*equipe* itinerante formata da diabetologi e infermieri professionali sarà disponibile nei singoli Comuni e/o gruppi di Comuni identificati, presso una sede individuata di concerto con il Direttore del Distretto, a ricevere quanti vorranno avere un sostegno per la compilazione del questionario;

b. Piano di intervento personalizzato: il M.M.G. ed il Diabetologo, sulla base del risultato valuteranno l'eventuale necessità di un controllo glicemico del paziente, ovvero proporranno un piano educativo personalizzato finalizzato all'adozione di uno stile di vita che possa efficacemente prevenire l'insorgenza del diabete incidendo sulle abitudini alimentari e sull'attività motoria. L'adesione a questo progetto consentirà quindi di fare una diagnosi precoce della malattia e di adottare la terapia appropriata prima che si presentino le complicanze;

c. Raccolta ed elaborazione dati: attraverso un *software* dedicato sarà possibile la raccolta ed elaborazione dei dati, nonché l'inserimento dei soggetti a maggior rischio all'interno del programma informatico dedicato alle Diabetologie, che consentirà all'Azienda ed alla Regione di studiare il fenomeno dal punto di vista epidemiologico e, conseguentemente, di adottare le migliori politiche sanitarie per il futuro.

Nel corso dell'anno 2013, in concomitanza con la "giornata mondiale di prevenzione del diabete", presso il Servizio di Diabetologia del P.O. SS. Trinità è stato organizzato un evento pilota durante il quale sono stati distribuiti alla popolazione n. 100 questionari di Tuomiletho; ad Ottobre 2013 sono state acquisite le risorse professionali da dedicare al progetto con modalità itinerante.

Entro il primo trimestre 2014 è previsto l'avvio del progetto a partire dal Distretto Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta.

Indicatori progetto	Valore osservato al 31/12/2013 - Dato aziendale
N° questionari compilati/N° questionari distribuiti	100/100
N° sogg. screenati per diabete e malattie cardiovascolari/totale sogg. individuati a rischio	100/42
N° sogg. a rischio in educazione strutturata/totale sogg. a rischio	12/42

Prevenzione complicanze del diabete attraverso la gestione integrata (G.I.)

Come già anticipato nel punto precedente, l'ASL di Cagliari nel 2012 ha provveduto ad affidare al Servizio Promozione della Salute la gestione del progetto e nel contempo a costituire il Gruppo di Coordinamento Aziendale dei tre progetti di prevenzione del diabete e delle sue complicanze, in ottemperanza alle

indicazioni impartite dall'Assessorato Regionale alla Sanità: il Gruppo di Coordinamento Aziendale dei tre progetti di prevenzione ha ritenuto opportuno procedere prioritariamente alla predisposizione del Piano Operativo Aziendale denominato "Prevenzione del diabete mellito di tipo 2 e delle malattie cardiovascolari nella popolazione ad alto rischio attraverso la correzione dei fattori di rischio" ed occuparsi del progetto in argomento successivamente.

Nell'ambito del progetto "Prevenzione delle complicanze del diabete attraverso la Gestione Integrata (GI)", l'ASL di Cagliari ha realizzato, nel 2009, un corso di formazione rivolto ai MMG convenzionati. Nel corso del 2013 non sono stati realizzati ulteriori eventi formativi.

Prevenzione complicanze del diabete attraverso la gestione integrata (G.I.)	Anno 2013
MMG aderenti alla G.I.	16
Totale MMG appartenenti all'Azienda	420

Indicatori progetto	Valore osservato al 31/12/2013 - Dato aziendale
N. operatori formati/n. operatori da formare	108/420
N. pazienti con protocollo assistenziale/n. pazienti reclutati	363/363

Estensione della carta del rischio cardiovascolare

Il Piano Regionale della Prevenzione per il triennio 2010-2012, nell'ambito del Progetto "Estensione della carta del rischio cardiovascolare", si propone di completare il programma previsto nel Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007, ponendo particolare enfasi sull'utilizzo capillare ed estensivo delle carte di rischio cardiovascolare da parte dei MMG e dei Cardiologi ambulatoriali, e nel contempo prevedendo la realizzazione di interventi educativi rivolti alla popolazione, attraverso campagne di sensibilizzazione sulle tematiche relative agli stili di vita e la prevenzione degli eventi cardiovascolari.

Nel 2012 l'ASL di Cagliari ha approvato il Piano Operativo Aziendale denominato "Estensione della carta del rischio cardiovascolare" elaborato dalla Commissione appositamente costituita nell'ambito del Servizio Promozione della Salute.

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

L'attivazione del Progetto di Prevenzione – "Estensione della Carta del Rischio Cardiovascolare" ha richiesto un particolare impegno nella costruzione di un programma informatico capace di sostenere il percorso del progetto in tutte le sue fasi di attuazione. Non avendo altri modelli di riferimento in campo nazionale, si evidenzia l'assoluta originalità dell'iniziativa. Sulla base dei tempi di attivazione programmati si presume di poter avviare l'attività di prevenzione entro il primo semestre 2014. Pertanto

i dati relativi all'uso della carta del rischio cardiovascolare sono attualmente relativi all'accordo integrativo regionale di cui alla D.G.R. n. 19 del 12.05.2010.

Indicatori progetto	Valore osservato al 31/12/2013 - Dato aziendale
% persone che conosce il proprio punteggio	7% (13.671/200.000)
n. MMG che utilizzano la carta/n. totale MMG	46/420

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

L'ASL di Cagliari, già nel 2011, ha provveduto a costituire la Commissione di Coordinamento Aziendale dei progetti di prevenzione delle patologie cardiovascolari, in ottemperanza alle indicazioni impartite dall'Assessorato Regionale alla Sanità.

Tale Commissione ha ritenuto opportuno procedere prioritariamente alla predisposizione del Piano Operativo Aziendale denominato "Estensione della carta del rischio cardiovascolare" ed occuparsi del progetto in argomento successivamente.

Nell'ambito del progetto "Prevenzione e riduzione delle recidive dello Scompenso Cardiaco Cronico (SCC) secondario a patologie cronico-degenerative", nel corso del 2013, non sono stati realizzati eventi formativi. Attualmente si stanno attivando tutte le procedure amministrative necessarie per l'avvio dei corsi di formazione rivolti ai MMG, internisti, cardiologi ospedalieri ed ambulatoriali, diabetologi e nefrologi.

Indicatori progetto	Valore osservato al 31/12/2013 - Dato aziendale
N. MMG formati/N. totale di MMG	N. R.
N. specialisti territoriali formati/n. totale di specialisti territoriali	N. R.
Numero PO che adottano la lettera di dimissione ospedaliera/n. totale di PO	N. R.

Servizio Sanità Animale

Tale struttura garantisce i compiti istituzionali previsti dalla normativa vigente attraverso programmi di vigilanza e controllo sulla sanità degli allevamenti, lotte contro le malattie infettive e diffusive, in particolare con l'attuazione dei piani di risanamento o di eradicazione; assicura inoltre l'anagrafe zootecnica, con l'identificazione degli animali e la rintracciabilità degli alimenti.

Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti di Origine Animale

Allegato lettera c)

Esso assicura il controllo e la vigilanza sulla produzione, trasformazione, conservazione degli alimenti di origine animale garantendone la salubrità. Tale attività avviene nell'ambito degli stabilimenti di macellazione, degli stabilimenti per la produzione di carne e degli stabilimenti per la produzione di prodotti per la pesca; assicura inoltre la vigilanza sulle strutture soggette a registrazione ai sensi del Reg. CE 852/04.

Il Servizio veterinario è strutturato in 4 settori: settore macelli, settore stabilimenti carni, settore stabilimenti prodotti ittici e settore vigilanza.

Settore I mattatoi

Nel corso del 2013 è cessata l'attività di un macello di carni bianche ed alla fine del 2013 sono rimasti attivi tutti i macelli di carni rosse, pur subendo una parziale riduzione dell'attività, determinata sia dalla crisi economica che dalla sospensione dell'attività per l'adeguamento delle strutture ai requisiti previsti dalla normativa vigente.

Nei mattatoi sono stati eseguiti campioni per la ricerca di sostanze vietate nelle carni, prelievi nei bovini per la BSE fino a giugno 2013 e negli ovi-caprini per TSE nell'ambito del piano scrapie; sono stati eseguiti campioni per ricerca delle Trichine nei suini, equini e cinghiali, oltre i campioni per ricerca di antibiotici e contaminazione batterica.

Sono state effettuate ispezioni documentali finalizzate alla tutela del benessere animale durante il trasporto e al macello ed eseguiti regolarmente i controlli UVAC, al fine di vietare la macellazione di animali non conformi alla normativa sanitaria e così escludere che le loro carni potessero entrare nel circuito commerciale del consumo umano.

Non sono state riscontrate lesioni anatomopatologiche riferibili a malattie infettive su animali avviati alla normale macellazione, né casi di tubercolosi, cisticercosi bovina e suina ed encefalopatie spongiformi trasmissibili all'uomo.

Settore II stabilimenti carni

Nel corso del 2013 i veterinari del SIAOA del settore stabilimenti hanno effettuato ispezioni presso gli stabilimenti riconosciuti del settore carni, secondo quanto previsto dal Piano Regionale di Controllo Ufficiale degli alimenti della Regione Sardegna, rilevando in alcuni stabilimenti scostamenti in negativo, rispetto a quanto programmato, a causa di un'attività molto ridotta o addirittura la cessazione temporanea dell'attività, mentre altri stabilimenti (salumifici) hanno richiesto un incremento dei sopralluoghi per certificare carni e prodotti a base di carne suina destinati all'esportazione (954 certificazioni export).

Allegato lettera c)

Controlli programmati	582
Controlli effettuati	750
NC rilevate	107
Richieste di controllo da parte dell'UVAC	52
Controlli UVAC effettuati	52

Settore III Servizio vigilanza e controllo commercializzazione prodotti ittici

Nel settore ittico l'attività del 2013 è stata svolta presso 16 stabilimenti, di cui uno è un mercato ittico all'ingrosso; la programmazione dei controlli si è basata sulla classificazione del rischio delle singole attività produttive.

Controlli ufficiali	434
NC rilevate	13

Settore IV vigilanza

Nell'anno 2013 il settore è stato coinvolto in innumerevoli allerta alimentari, attivati oltre che dalla stessa ASL anche da altri enti: Asl, Ministero della Salute; le cause di tali attivazioni sono diverse: si evidenziano la rilevazione di germi patogeni in carni e prodotti a base di carne e della pesca (salmonella app. e listeria m.), metalli pesanti e solfiti, oltre che parassiti in prodotti della pesca. Il numero dei controlli ha raggiunto e, per taluni distretti, superato quanto previsto dal piano aziendale.

Per quanto concerne le NC rilevate a seguito di indagini di laboratorio, si segnalano alcune problematiche con particolare riferimento al settore delle carni (preparazioni). In particolare sono stati isolati germi patogeni in salsicce fresche e salumi stagionati di produzione locale; è stata rilevata la presenza di additivi chimici non dichiarati od oltre i limiti consentiti in prodotti carnei ed in prodotti della pesca.

Non conformità rilevate	**Anno 2013**
Macellerie	59
Pescherie	21

L'eliminazione delle autorizzazioni sanitarie e l'introduzione della DUAAP, ora SCIA tramite i Comuni/Suap ha comportato una fase di transizione ancora in atto, in cui agli operatori ed utenti coinvolti non sono chiare le novità introdotte ed i flussi informativi ed operativi introdotti.

Allegato lettera c)

Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche

Nell'ambito dei compiti istituzionali assegnati dalle norme e dai regolamenti il Servizio veterinario Area C svolge attività di controllo e vigilanza sull'igiene e qualità delle produzioni animali, in particolare sulla filiera lattiero-casearia; si occupa della protezione dei consumatori dai contaminanti ambientali e dai presidi chimico-farmacologici i cui residui possono persistere negli alimenti; assicura l'implementazione dell'anagrafe canina, presupposto indispensabile per la lotta al randagismo, anche attraverso la sterilizzazione delle cagne sia di proprietà che randagie.

L'attività del servizio è in costante espansione a causa dell'aumento continuo delle attività che il servizio di prevenzione regionale affida ad esso. Lo scorso anno non è stato assegnato alcun obiettivo di *budget* specifico al settore in oggetto: sono comunque stati raggiunti gli obiettivi prefissati dal programma di inizio anno.

Il piano regionale residui è stato portato a termine con l'effettuazione di n. 130 campionamenti su 130 previsti, più 15 campionamenti effettuati in relazione all'extrapiano aflatossine. E' stata inoltre effettuata la ricerca di sostanze farmacologiche sul latte in aziende di produzione primaria in seguito a segnalazione. Tutti gli esami hanno dato esito favorevole. In seno al piano nazionale alimentazione animale sono stati effettuati n. 83 campionamenti su 83 previsti, riscontrando un caso OGM; è stata effettuata la vigilanza sulla corretta conservazione e somministrazione di mangimi con l'effettuazione di 344 controlli ufficiali in aziende zootecniche e 21 in stabilimenti riconosciuti e/o registrati per la produzione di mangimi, elevando n. 3 sanzioni amministrative e con la sospensione dell'attività di uno stabilimento.

Per quanto attiene la sorveglianza sul farmaco veterinario, sono state esaminate 5.634 ricette di cui 3.914 riguardanti animali produttori di alimenti; sono stati effettuati i seguenti controlli ufficiali:

	2012	**2013**
In allevamenti	311	451
In farmacie	34	54
In ingrossi e/o depositi di farmaci	16	20
In strutture di cura veterinarie	5	16
Canili	2	4

Sono state irrogate n. 2 sanzioni amministrative.

Allegato lettera c)

L'igiene degli allevamenti è stata verificata in 475 aziende zootecniche. E' stata eseguita una costante sorveglianza sulla produzione qualitativa del latte nelle aziende zootecniche ed un controllo permanente sui dati forniti dalle aziende lattiero casearie.

La vigilanza sulla riproduzione animale è stata costante; nell'ambito del piano nazionale benessere animale sono stati ispezionati 534 allevamenti ed irrogate n. 2 sanzioni amministrative.

Igiene delle produzioni zootecniche:

Per quel che riguarda le attività svolte negli stabilimenti di trasformazione del latte queste hanno riguardato vari aspetti quali:

Controlli ufficiali;

Certificazioni per l'esportazione;

Istruttoria apertura nuovi caseifici.

Per quanto attiene l'ambito della gestione dei sottoprodotti di origine animale, l'attività dei controlli ufficiali ha dato luogo a n. 22 sopralluoghi in impianti di pretrattamento o di magazzinaggio; sono state inoltre istruite 3 pratiche di riconoscimento comunitario legate ad attività di cui al REG n. 1069/2009.

Tutti i 7 stabulari di animali da esperimento presenti nella Asl sono stati sottoposti ad almeno un'ispezione.

Il crescente interesse verso gli animali da compagnia, anche in seguito alle modifiche nella fisionomia della compagine sociale, porta ad una sempre maggiore attenzione da parte del legislatore, con conseguente aumento della richiesta di prestazioni in questo settore.

L'attività generale rispetto all'anno precedente è aumentata, a causa dell'aumento delle richieste relative all'esportazione di prodotti lattiero-caseari, l'aumento di richieste relative all'anagrafe canina, dovute ad una maggiore sensibilità della popolazione al problema del randagismo; il miglioramento dell'attività grazie ad una maggiore razionalizzazione delle stesse, all'implementazione dello strumento informatico, alla proceduralizzazione delle attività.

Altre attività:

Pratiche SUAP	114
Interventi presso la Casa di detenzione di Isili	103
Visite cliniche per sospetto peste suina africana	2
Visite cliniche per sospetto blue tongue	1
Macellazioni uso famiglia	8

Allegato lettera c)

Interventi su richiesta delle forze dell'ordine	5

Salute e Ambiente

Tale struttura predispone specifici programmi di indagine mirati all'individuazione degli elementi che caratterizzano ogni fenomeno di inquinamento ambientale per poter addivenire ad una valutazione dell'impatto che le sue componenti determinano sulla salute della popolazione, in coerenza con le attività promosse dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, di censimento/mappatura dei siti interessati dalla presenza di amianto per la precisa conoscenza dell'entità del fenomeno al fine di promuovere gli interventi di prevenzione. Si occupa inoltre della promozione ed implementazione della collaborazione con i soggetti istituzionali deputati al controllo ambientale.

Medicina Legale

La SSD Medicina Legale si occupa delle problematiche legate alle certificazioni e valutazioni nell'ambito dell'invalidità civile e del riconoscimento dello stato di *handicap*: essa è stata inserita nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione in quanto si è reso strategicamente indispensabile superare la visione di una medicina legale operante solo nell'ambito dell'igiene pubblica e dedicata quasi esclusivamente alle certificazioni e alla valutazione nell'ambito dell'invalidità civile e del riconoscimento dello stato di *handicap*.

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

La Medicina Legale garantisce le seguenti prestazioni ed attività organizzative:

Ufficio Invalidi (organizzazione e coordinamento delle commissioni medico-legali della ASL Cagliari per gli accertamenti di invalidità civile, cecità civile, sordità, stato di *handicap*, per l'inserimento lavorativo degli invalidi e accertamenti collegati, quali la verifica della permanenza dello stato invalidante e dell'idoneità lavorativa; attività di collaborazione ed *interfacie* con l'INPS per l'implementazione ed ottimizzazione del nuovo flusso procedurale in vigore dal 01.01.2010; attività di informativa e supporto all'utenza per le pratiche di competenza);

Certificazioni Medico-Legali (idoneità patenti di guida; idoneità patenti nautiche; idoneità porto d'armi; certificazioni per richiesta prestiti; certificati ad uso elettorale; idoneità al lavoro e corsi professionali; idoneità alla adozione; inidoneità vendita generi di monopolio; esenzione uso cinture di sicurezza;

certificazioni ad uso militare; certificazioni per capacità deambulatoria sensibilmente ridotta; altre certificazioni medico-legali);

Medicina Necroscopica (certificati necroscopici; interventi medico-legali su richiesta dell'Autorità Giudiziaria per rinvenimento di cadaveri; procedure e certificazioni per la cremazione; trattamenti antiputrefattivi delle salme);

Attività di Medicina Fiscale (visite fiscali di controllo per lavoratori dipendenti temporaneamente assenti per malattia; valutazione "ora per allora" sugli atti; visite fiscali per studenti);

Collegio Medico Legale (valutazioni medico-legali per Enti Pubblici o privati, previste da norme, regolamenti, specifiche discipline):

a. visite ai sensi dell'art. 5 Legge n. 300/1970 e normative collegate, per verifica idoneità/inidoneità lavorativa, cambio mansioni, risoluzione rapporto di lavoro per infermità non dipendenti da causa di servizio;

b. Consulenze Tecniche d'Ufficio di pensionistica privilegiata e di inabilità, per la Corte dei Conti ex L. n. 658/1984, art. 2 u. c.;

c. verifiche di idoneità/inidoneità al porto d'armi da fuoco, per le Autorità di Pubblica Sicurezza ed esame ricorsi avverso giudizi di inidoneità ex DM 28.04.1998 art. 4;

d. istruzione pratiche ex DPR n. 461/2001 e ss. mm., per l'accertamento di infermità dipendenti da causa di servizio;

e. pareri medico-legali di riconoscimento dell'inabilità lavorativa, per la concessione della pensione di reversibilità o di altri benefici previdenziali, su richiesta dell'INPDAP;

f. esame ricorsi avverso giudizi di organi medico-legali monocratici dell'Azienda USL;

g. ogni altra valutazione medico-legale collegiale, disposta dall'Autorità Giudiziaria, da regolamenti della Pubblica Amministrazione o di altri organismi);

Altre valutazioni medico-legali collegiali (istruzione pratiche e emissione di pareri medico-legali per: concessione dei benefici previsti da leggi, regolamenti o CCNL: benefici per "gravi patologie soggette a terapie invalidanti"; congedi straordinari per cure connesse a invalidità riconosciute);

Pareri, consulenze e relazioni medico-legali (previste da leggi e/o regolamenti o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, di Uffici Giudiziari, Pubbliche Amministrazioni);

Altre attività medico-legali sul territorio (assistenza medico-legale, su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, negli sgomberi coatti);

Visite e relazioni su richiesta del Tribunale e/o dell'Ufficio di Sorveglianza;

Allegato lettera c)

Istruzione medico-legale e amministrativa delle istanze ai sensi della L. n. 210/1992 e procedure di liquidazione degli indennizzi;

Verifica delle procedure per i trapianti d'organo, ai sensi della L. n. 458/1967 e normative collegate, in materia di prelievo di organi da vivente a fini di trapianto;

Collaborazione medico-legale con l'Area Legale dell'ASL Cagliari, relativa ai ricorsi previdenziali e ai procedimenti risarcitori per responsabilità professionale (Inchieste interne aziendali per i casi di presunta *malpractice* sanitaria; partecipazione in qualità di consulente tecnico di parte alle operazioni peritali nel contenzioso civile, previdenziale e penale);

Supporto professionale e logistico alla Commissione Medica Locale ex art. 119 Codice della Strada;

Collaborazione medico-legale con la U.O.C. aziendale di "Progettazione Strategica, Qualità e Risk Management";

Attività di formazione interna ed esterna;

Progetti obiettivo per intervento su attività prioritarie e/o criticità.

Per garantire tali prestazioni ed attività organizzative, questa SSD è così articolata: sono istituite le Unità Operative Semplici: "Ufficio Invalidi", "Attività Ambulatoriale", "Collegio Medico", "Collaborazione Area Legale e Verifica procedure trapianti".

L'attività di medicina legale è così svolta sul territorio della ASL Cagliari:

Sede centrale, c/o Cittadella della Salute, via Romagna 16, Cagliari, padiglione D;

Sedi distrettuali di Quartu S. Elena, Muravera, Senorbì, Isili;

Ambulatori periferici (nuova organizzazione 2013):

SEDI	Ambulatori periferici
Sede centrale	Siliqua, Teulada, Villasor
Quartu S. Elena	Dolianova, Sinnai, Villasimius
Muravera	Castiadas, San Nicolò Gerrei, San Vito
Senorbì	========
Isili	Escalaplano, Nurri, Sadali

Nella Sede centrale si svolge operativamente l'insieme delle prestazioni di competenza, mentre nelle sedi distrettuali o negli ambulatori periferici il ventaglio di prestazioni offerto è più limitato; inoltre, non in tutte le sedi o gli ambulatori periferici opera personale di diretta pertinenza di questa SSD.

Allegato lettera c)

Medicina Legale: attività svolta e confronto rispetto agli anni precedenti:

Invalidità civile

L'informatizzazione della gestione delle pratiche e degli accertamenti, introdotta con la L. n. 102/2009, art. 20 c. 3, è stata quasi del tutto implementata. Permangono, peraltro, alcune criticità del sistema operativo INPS, che comunque non influenzano i tempi di esecuzione delle visite. Si deve segnalare, in particolare, l'incremento delle richieste di valutazione ai sensi della L. n. 68/1999, in materia di collocamento obbligatorio dei disabili, per impulso del Comitato Tecnico, istituito presso la Provincia di Cagliari ai sensi della medesima norma. Le richieste sono aumentate negli ultimi anni in modo esponenziale: ciò ha comportato un sovraccarico sia per le Commissioni che si occupano delle pratiche ex L. n. 68/1999, sia per il complesso delle Commissioni.

Legge n. 210/1992

Il trasferimento - ai sensi del DPCM 05.10.2007 - alla Regione Sardegna delle risorse necessarie all'esercizio delle funzioni amministrative (ex D. Lgs. n. 112/1988) in materia di "salute umana e sanità veterinaria" è stato recepito con la L. R. n. 3/2009, il cui art. 8 annovera - tra le competenze trasferite alle ASL - anche quelle in materia degli indennizzi relativi alla L. n. 210/1992. In ottemperanza alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 20/8 del 19.05.2010 e la Disposizione attuativa dell'Assessore della Sanità in data 18.06.2010, la ASL Cagliari ha istituito presso questa SSD l'ufficio delegato al trattamento della materia e alle pratiche liquidatorie. Nell'anno in esame si è proceduto all'istruzione delle pratiche di liquidazione, alle verifiche di merito ed alle liquidazioni degli indennizzi vitalizi e *una tantum*, nonché ai relativi rendiconti.

Collegio Medico

La SSD ha aderito - nell'ambito dell'informatizzazione generale disposta dalla Direzione aziendale - al sistema informativo SISaR; mentre sono state implementate buona parte delle procedure relative alle certificazioni medico-legali, meno adeguata è risultata l'*interfacie* per le visite mediche collegiali. Dal 2013, è stata posta in attività la casella di posta elettronica del Collegio Medico, che progressivamente sostituirà - per quanto possibile - la trasmissione per via cartacea e consentirà di rispettare quanto stabilito dall'art. 14 c. 1 bis della L. n. 98/2013, relativo alla informatizzazione delle comunicazioni tra le pubbliche amministrazioni. Dal 2013, inoltre, si è potuta utilizzare la competenza acquisita da personale amministrativo, in materia di sistemi informatici di fatturazione e di pre-fatturazione, per il recupero degli oneri derivanti dalle visite collegiali.

Allegato lettera c)

Attività ambulatoriale

È stata quasi del tutto completata l'implementazione del rilascio per via informatica di un gruppo di certificazioni medico-legali, nell'ambito del progetto "Sistema informativo sanitario regionale integrato" (SISAR) della Regione Sardegna; ciò, in prospettiva, consentirà sia l'omogeneizzazione delle soluzioni informatiche attualmente in uso presso le Asl sarde, sia la sperimentazione di una cartella medico-legale informatizzata degli utenti.

Medicina necroscopica

In considerazione del minor numero di sanitari a disposizione è stata confermata la ripartizione in 2 ambiti dei territori delle ex USL 20, 21, 22.

Attività amministrativa relativa alle viste mediche di controllo

Attraverso l'informatizzazione dell'attività e con il contributo di personale interinale di supporto, si è raggiunto l'obiettivo del contenimento dei tempi di attesa per l'invio dei referti delle visite mediche ex art. 5 della L. n. 300/1970 e delle rivalse economiche ai privati.

Progetti-obiettivo e formazione

Il personale ha continuato a partecipare agli incontri formativi aziendali, organizzati dalla S.C. aziendale Pianificazione e Controllo Strategico Qualità e *Risk Management*, in particolare nella predisposizione di *Alert-Report*.

Attività di collaborazione medico-legale con altre Aree Aziendali

Si è incrementata, rispetto agli anni precedenti, l'attività di collaborazione con l'Area Legale dell'ASL, relativa ai ricorsi previdenziali ed ai procedimenti risarcitori per responsabilità professionale (Inchieste interne aziendali per i casi di presunta *malpractice* sanitaria).

Non in tutte le sedi distrettuali è presente personale della SSD, per cui necessariamente le attività medico-legali sono ancora svolte da personale di altri Servizi. Anche le visite mediche di controllo domiciliari (c.d. "fiscali") sono svolte da personale non strutturato, attingendo dalla graduatoria della Continuità Assistenziale. La carenza di personale si manifesta particolarmente critica per gli adempimenti di polizia mortuaria in reperibilità (visite necroscopiche, trattamenti antiputrefattivi delle salme, medicina legale c.d. "d'urgenza").

Attività erogate dal Dipartimento di Prevenzione nell'esercizio 2013

Attraverso le strutture suindicate il Dipartimento di Prevenzione ha adottato una organizzazione volta a realizzare:

- l'unitarietà delle attività di prevenzione, avendo presente che l'obiettivo principale è la salute della persona nell'ambiente di vita e di lavoro;

- l'interdisciplinarietà intesa come coordinamento ed integrazione delle strutture e delle professionalità;
- la programmazione delle attività per un razionale utilizzo delle risorse ed un più efficace ed efficiente servizio al cittadino ed alle istituzioni.

Per quanto riguarda le risultanze dell'attività dei Servizi che fanno capo al Dipartimento rispetto alla situazione evidenziata nei piani programmatici, nell'esercizio 2013 non viene evidenziato alcuno scostamento, in termini qualitativi, ma si nota un sensibile incremento dei volumi prodotti in termini quantitativi. I Servizi hanno operato in piena autonomia tecnico-funzionale e responsabilità in relazione all'erogazione delle prestazioni professionali di competenza specifica; hanno perseguito finalità comuni in modo integrato fra loro, nell'ambito delle direttive disposte dalla Direzione Aziendale e con il coordinamento della Direzione del Dipartimento.

I fattori produttivi impiegati non differiscono da quelli impiegati nell'esercizio precedente e nessuna modifica organizzativa sostanziale è avvenuta nel corso del 2013, nelle varie strutture.

La mobilità del personale, nelle singole strutture dipartimentali, è stata quasi sempre compensata con l'arrivo di altri dipendenti di pari qualifica di quelli in uscita.

Attività trasversali dipartimentali esercizio 2013

Nel 2013 si conferma la dinamica evolutiva della struttura Dipartimentale e delle sue articolazioni di *Staff*, in presenza dell'incremento delle attribuzioni generali e trasversali poste in capo alla Direzione del Dipartimento dalla L.R. n. 3/2008 oramai a regime, quali:

Ufficio di Depenalizzazione

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

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

Risulta pertanto pienamente operativa l'attività dell'Autorità Amministrativa prevista dalla normativa di cui sopra, posta in capo all'Area legale della ASL. Tale Autorità - denominata "Ufficio Depenalizzazione" - opera in stretto coordinamento con la Direzione del Dipartimento di Prevenzione, nell'ambito del quale è stata costituita un'apposita Commissione per l'esame dei ricorsi ex art. 18 della L. n. 689/1981 ed un

ufficio che istruisce i procedimenti. Durante l'esercizio 2013 tale commissione ha costantemente collaborato, per quanto previsto dal regolamento, con l'Ufficio Depenalizzazione della ASL.

Coordinamento endoprocedimenti SUAP

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

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

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

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

Ciò è avvenuto attraverso il protocollo operativo interno, formulato nelle riunioni interservizi coordinate dalla Direzione del Dipartimento e reso formale con deliberazione n. 1056 del 10.09.2009, che garantisce la unicità del procedimento ed il rispetto dei termini stabiliti dalla norma.

Nel corso del 2013 le Strutture Operative afferenti al Dipartimento di Prevenzione hanno operato attraverso lo strumento regolamentare interno, in coerenza con le disposizioni normative soprarichiamate.

Attività varie

Formazione

Nel 2013 il Dipartimento ha – tra l'altro - coordinato l'attività di formazione ed aggiornamento obbligatorio del personale, incentivando e favorendo la partecipazione dei dipendenti all'aggiornamento facoltativo, in considerazione del fatto che la prevenzione è caratterizzata da una notevole evoluzione scientifica e normativa, con la conseguente necessità di costanti e frequenti aggiornamenti.

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

Allegato lettera c)

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

Nello sviluppo dell'analisi delle esigenze formative, nel 2013 è stata valorizzata la realizzazione di attività formative *"interservizi"*; nel corso del 2013 il gruppo dei referenti ha proseguito nel dialogo avviato elaborando alcune proposte formative trasversali destinate agli operatori delle Strutture dipartimentali.

Gestione crisi Salto di Quirra e Poligono di Teulada

Nel 2013 è proseguita a livello dipartimentale l'emergenza del Poligono Militare del Salto di Quirra; le vicende che hanno interessato il Poligono hanno reso necessario attivare - sotto il coordinamento regionale – azioni a tutela della salute della popolazione residente.

Nell'ambito di tali azioni è stato elaborato un piano generale di monitoraggio, suddiviso in una serie di piani specifici, quali:

Piano Straordinario di Monitoraggio per la ricerca di contaminanti ambientali su alcuni alimenti di origine animale e su alimenti provenienti da allevamenti situati in Località Quirra, extrapiano Residui su alcuni alimenti di origine animale provenienti situati nel PISQ, extrapiano Alimentazione Animale su alcuni alimenti per animali provenienti da allevamenti situati in Località Quirra, Piano di Azione PISQ, predisposto dal Servizio di sanità Animale, Piano di Monitoraggio acque potabili e alimenti ad uso umano ed il Biomonitoraggio della popolazione residente nel comune di Villaputzu e di un comune di raffronto.

Sulla base di tale esperienza, nel corso del 2013, è stato valutato che nel territorio di competenza della ASL di Cagliari insiste un altro Poligono Militare - ubicato nel Comune di Teulada - che verosimilmente necessita delle medesime azioni utili ad avviare interventi a tutela della salute della popolazione ivi residente.

Anche sulla base della considerazione che l'attività di monitoraggio di cui trattasi può essere ottimizzata attraverso il confronto con l'analisi della mortalità riferita ai vari ambiti territoriali, l'attività della *Task Force* attivata per le problematiche riguardanti il PISQ è stata estesa al territorio del Comune di Teulada, con particolare riferimento agli eventuali effetti derivanti dalle attività svolte nel Poligono Militare.

Controllo Ufficiale degli alimenti

L'esercizio 2013 si è caratterizzato inoltre per la piena attuazione del Regolamento (CE) 882/2004/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 24.04.2004, relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti ed alle norme sulla salute e sul benessere degli animali.

Allegato lettera c)

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

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

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

Tale piano è stato attuato nel corso del 2013 con le integrazioni previste dal nuovo piano regionale in materia di controllo Ufficiale degli Alimenti relativo al periodo 2012/2014.

Le corrette prassi operative prevedono che tale attività venga standardizzata e omologata attraverso la predisposizione di un Piano Integrato Aziendale dei controlli ufficiali degli alimenti, puntualmente predisposto dal Dipartimento di prevenzione con i servizi ad esso afferenti, adottato formalmente dall'azienda sulla base di quanto stabilito dal PRIC 2007/2009 e tutt'ora in corso di aggiornamento in base al nuovo piano regionale 2012/2014.

Con lo stesso provvedimento sono state adottate n. 9 procedure operative relative al controllo ufficiale degli alimenti.Il Dipartimento di Prevenzione - nel corso del 2013 - ha coordinato la elaborazione di tale programma e la messa a sistema degli *Audit* in esso previsti e monitorato l'applicazione delle procedure operative di cui trattasi.

Allegato lettera c)

Dipartimento Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è preposto alla programmazione, coordinamento e monitoraggio in ordine alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nell'ambito dell'assistenza psichiatrica distrettuale ed ospedaliera ed alla promozione e partecipazione attiva e responsabile di utenti, familiari e cittadini. Il DSM si articola in 7 Unità Operative Complesse territoriali (6 C.S.M. - Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol-correlati), 2 Unità Operative Complesse Ospedaliere (SPDC 1 - SPDC 2) ubicate nel P.O. SS.Trinità di Cagliari, infine 2 Strutture Semplici Dipartimentali (Servizio di Psichiatria Forense - Servizio Riabilitazione, Residenzialità e Semiresidenzialità).

Le UU.OO.CC. operanti a livello distrettuale e sovra distrettuale, anche tramite l'apertura periodica di 15 ambulatori periferici, assicurano livelli qualitativi di assistenza uniformi nel territorio aziendale e si coordinano con gli altri servizi aziendali, con i servizi sociali dei Comuni e con la rete formale ed informale presente sul territorio (Provincia, Forze dell'ordine, Uffici giudiziari, Associazioni di volontariato, Privato sociale, cittadinanza attiva).

Vengono attivati programmi d'intervento socio-sanitari integrati - soprattutto per i casi psichiatrici gravi e complessi - al fine di superare la frammentarietà degli interventi e prevenire le ricadute. Il DSM ha partecipato attivamente alla definizione e condivisione degli obiettivi sulla salute mentale, previsti all'interno dei P.L.U.S. La valutazione psichiatrica viene garantita immediatamente al primo contatto presso il CSM ed il Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol Correlati o, in caso d'urgenza, al domicilio del paziente. Nelle ore notturne e nei giorni festivi il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura assicura le consulenze per gli interventi d'urgenza (TSO e ASO), in collaborazione con la Centrale operativa del 118, i medici di continuità assistenziale ed il P.S. del P.O. SS. Trinità.

Presso la Direzione del Dipartimento trova sede il Servizio Riabilitazione, Residenzialità, Semiresidenzialità ed il coordinamento degli inserimenti lavorativi, i progetti di formazione ed il sistema informativo dipartimentale.

Centri di Salute Mentale

Come si può osservare nella tabella sottostante, i Centri di Salute Mentale sono strutture socio sanitarie che operano in una determinata area territoriale distrettuale o sovradistrettuale, a favore della cui popolazione erogano - tramite *equipe* multidisciplinari (psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori) ed in collaborazione con le agenzie e le reti informali che insistono sul territorio di competenza - prestazioni mediche, infermieristiche, psicologiche, sociali, riabilitative, di tipo individuale,

familiare e di gruppo, attraverso singole prestazioni o progetti di cura, riabilitazione ed inserimento sociale.

UNITA' OPERATIVA	ABITANTI PER BACINO D'UTENZA
CSM ASSEMINI	80.623
CSM CA A	96.937
CSM CA OVEST	119.337
CSM CLINICA PSICHIATRICA	74.927
CSM ISILI-SENORBI'	47.027
CSM QUARTU S. ELENA	136.617
TOTALE	555.468
SPDC1 (ricovera dai CSM Ca Ovest, Isili-Senorbì, Quartu)	302.981
SPDC2 (ricovera dai CSM Assemini, Ca A, Clinica Psich.)	252.487

Ciascun CSM è aperto 6 giorni alla settimana; sono inoltre aperti 15 ambulatori periferici per venire incontro ai pazienti con maggiore difficoltà di spostamento nei territori con elevata dispersione di popolazione. Intensa è stata l'attività psicodiagnostica e medico legale ed altresì gli interventi familiari e di auto mutuo aiuto. L'attività territoriale comprende ordinariamente assistenza domiciliare medica, infermieristica, educativa e le valutazioni previste dalla L.R. n. 20/97 per la predisposizione di progetti individualizzati e/o la concessione di sussidi economici in accordo con i Comuni di residenza dei pazienti. I Centri di Salute Mentale svolgono anche attività di presa in carico di soggetti autori di reato con disturbo mentale e con il supporto del Servizio di Psichiatria Forense sviluppano i programmi per le dimissioni dei pazienti ristretti in O.P.G. In caso di necessità di trattamento ospedaliero, volontario o obbligatorio, i due servizi psichiatrici , attivi presso il P.O. SS. Trinità, ma strutturalmente appartenenti al DSM, hanno offerto la possibilità di effettuare ricoveri e/o consulenze secondo la ripartizione territoriale riportata nelle ultime due righe della stessa tabella.

Allegato lettera c)

Attività dei Centri di Salute Mentale

CENTRI DI SALUTE MENTALE	ANNO	CARTELLE ATTIVE *	UTENTI IN CARICO **	VISITE AMBULATORIALI MEDICI	VISITE AMBULATORIALI PSICOLOGI	SEDUTE DI PSICOTERAPIA
CA A 96.937 ab.	2012	1.618	2.090	9.776	969	2.687
	2013	1.892	2.234	9.667	581	2.724
Variazioni		16,93%	6,89%	-1,11%	-40,04%	1,38%
CA OVEST 119.337 ab.	2012	1.964	1.964	9.000	974	804
	2013	1.837	2.030	9.189	775	365
Variazioni		-6,47%	3,36%	2,10%	-20,43%	-54,60%
CLINICA PSICHIATRICA 74.927 ab.	2012	1.713	1.885	9.687	782	729
	2013	1.848	2.010	9.913	880	760
Variazioni		7,88%	6,63%	2,33%	12,53%	4,25%
ASSEMINI 80.623 ab.	2012	942	1.475	4.710	283	539
	2013	980	1.483	6.408	346	220
Variazioni		4,03%	0,54%	36,05%	22,26%	-59,18%
QUARTU S.E. 136.617 ab.	2012	2.251	2.912	13.007	850	3.071
	2013	2.200	2.950	11.985	420	2.854
Variazioni		-2,27%	1,30%	-7,86%	-50,59%	-7,07%
ISILI SENORBI' 47.027 ab.	2012	928	928	4.555	744	530
	2013	845	845	4.630	739	544
Variazioni		-8,94%	-8,94%	1,65%	-0,67%	2,64%
TOTALI	2012	9.416	11.254	50.735	4.602	8.360
TOTALI	2013	9.602	11.552	51.792	3.741	7.467
TOTALI VARIAZIONI		1,98%	2,65%	2,08%	-18,71%	-10,68%

*almeno 3 contatti negli ultimi 12 mesi; ** almeno 1 contatto negli ultimi 12 mesi

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

Nel 2013 le unità operative territoriali, nonostante la marcata carenza di alcune figure professionali (assistenti sociali ed educatori professionali), hanno mantenuto lo stesso volume di attività del 2012 per quasi tutte le prestazioni, anzi si registra un incremento degli utenti in carico (+2,65%), delle cartelle attive (+1,98 %) e delle visite ambulatoriali psichiatriche (+2,08%). E' proseguito il *trend* positivo della riduzione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori nel triennio (2013 vs 2011: -10,8%) e dell'incremento dei

Ricoveri Volontari che nel 2013 sono stati l'84,9% dei ricoveri totali, mentre i ricoveri totali nel triennio si sono ridotti del 4,22%. Risulta interessante l'aumento degli interventi di gruppo (a breve e medio termine) e delle attività di auto mutuo aiuto (n. 23 gruppi) nella maggior parte dei Centri di Salute Mentale; ciò indica una modalità di cura più impegnativa ed approfondita e a lungo termine ed una disponibilità verso un numero maggiore di familiari ed utenti, sempre più coinvolti e responsabilizzati nei programmi di cura e riabilitazione.

Una considerevole ed innovativa esperienza, qualitativamente degna di nota e rappresentata in convegni nazionali ed internazionali, è stata la prosecuzione e l'ampliamento della terapia dei gruppi di psicoanalisi multifamiliare in quattro CSM (212 pazienti e familiari in cura) che ha favorito l'integrazione degli interventi nel Dipartimento e la notevole maturazione professionale delle *equipe* coinvolte, con vasta soddisfazione da parte di utenti e familiari. Risultano in decremento le prestazioni psicologiche a causa della prolungata assenza di alcuni psicologi per motivi di salute.

Programmi sviluppati dal D.S.M. nel 2013

Formazione

Il programma formativo dell'anno 2013 ha consentito la realizzazione di numerosi corsi, tra cui alcuni iniziati l'anno precedente. Si sono realizzati solo progetti formativi senza accreditamento ecm, privilegiando tra quelli programmati, i corsi che sostenessero le nuove attività di cura dei Centri di Salute Mentale (come la terapia multifamiliare).

Informatizzazione servizi

Sistema Informativo Salute Mentale

Si è garantita la continuità alle azioni intraprese negli anni precedenti, finalizzate all'attivazione del sistema informativo dipartimentale. In particolare la registrazione dei dati, chiamata anagrafica, dati di contatto e delle prestazioni alla persona, su file in *excel* di supporto alla registrazione cartacea, avvenuta fino a quest'anno solo in forma cartacea (preceduto da un lavoro sulla condivisione del glossario nazionale sulle attività e prestazioni nell'ambito della salute mentale, per superare le criticità rappresentate dall'assenza di un sistema omogeneo di rilevazione e monitoraggio delle attività). Il lavoro, fondato sulle indicazioni del D.M. 2010 ed in collaborazione con il Servizio Informatico aziendale (secondo il disciplinare tecnico indicato nel citato Decreto Ministeriale), ha visto la sperimentazione di un *database* uniforme in tutti i centri.

Servizio Riabilitazione, Residenzialità e Semiresidenzialità

A consuntivo dell'attività dell'anno 2013, si rileva che si è avviata una attenta analisi del sistema "residenzialità" per spostare l'accento dalle strutture come contenitori ai percorsi di cura personalizzati e

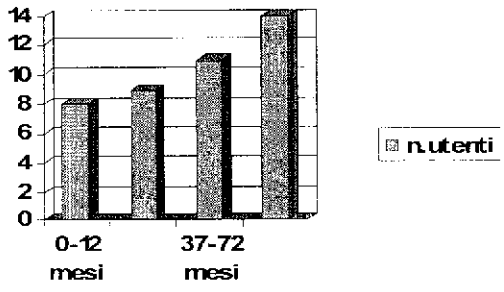
agli esiti in termini di autonomie esercitate (sul versante personale, sociale, abitativo e lavorativo). Gli inserimenti - effettuati tramite Piano terapeutico abilitativo personalizzato - nelle Residenze psichiatriche ASL (gestite in partenariato con cooperative sociali di tipo A) denominate "abitare assistito" sono stati di n. 41 utenti (7 strutture per un max di 6 posti).

Gli inserimenti nelle Residenze psichiatriche convenzionate regionali ed extraregionali, sono di 45 utenti (16.383 giornate); inserimenti in Residenze psichiatriche AIAS: n. 34 utenti (per la maggioranza ex internati OP). Sono state in particolare definite tipologie, finalità e criteri dei programmi riabilitativi nelle residenze e identificate le tre principali aree funzionali a cui ricondurre i programmi riabilitativi delle persone che necessitano di trattamento residenziale:

1. Area Riabilitativa;
2. Area Assistenziale;
3. Residenzialità leggera e sostegno all'autonomia abitativa.

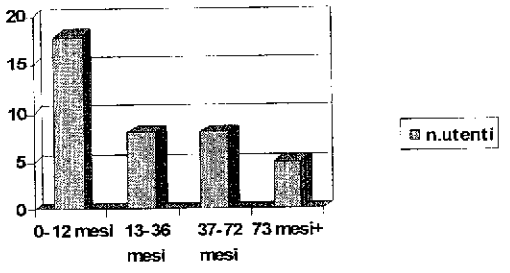
Dalle tabelle seguenti si può osservare come nel corso del 2013 è aumentato sensibilmente il *turnover* nelle residenze psichiatriche della ASL (dimissioni, con conseguenti nuovi ingressi), i cui bassi livelli costituivano una forte criticità.

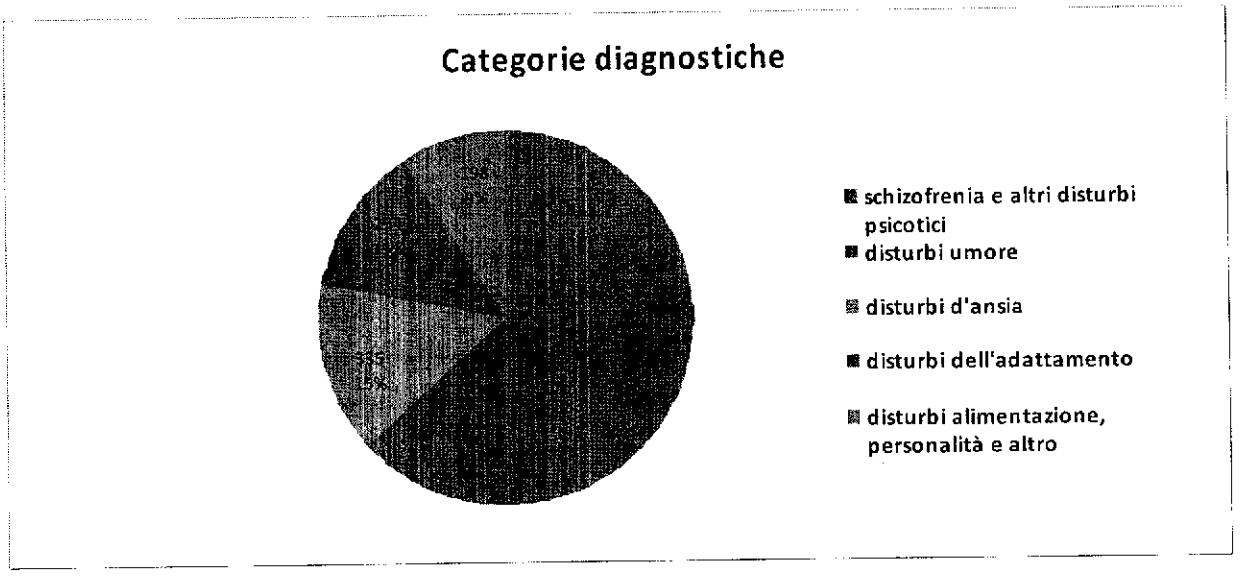
Periodo di permanenza degli utenti in residenza psichiatrica ASL "abitare assistito" - dicembre 2012



Allegato lettera c)

Periodo di permanenza degli utenti in residenza psichiatrica ASL "abitare assistito"- dicembre 2013





Da un campione costituito da 2.257 cartelle di utenti in carico nei CSM (1/6 degli utenti in carico al DSM) si rileva che il 24% dei pazienti risulta affetto da Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici e il 39% da Disturbi dell'Umore; 170 utenti sono diagnosticati come affetti da disturbo dello spettro schizofrenico e altri disturbi psicotici, hanno un'età tra i 35 e i 55 anni, sono in carico ai CSM da almeno 10 anni, sono celibi o nubili, sono disoccupati e con tutta probabilità vivono con genitori avanti negli anni. Costituiscono pertanto un indicatore del bisogno di interventi assistenziali a lungo termine sul versante delle autonomie e dell'abitare. Considerando 12.000 gli utenti in carico nel DSM, quest'area critica di utenti comprende circa 600 persone.

Il Dipartimento, con la collaborazione del Servizio Riabilitazione residenzialità/semiresidenzialità, ha proposto la riorganizzazione dell'assistenza residenziale e di supporto domiciliare, in partenariato con il privato sociale, denominato "Interventi di supporto alla persona e di promozione delle autonomie, in contesto domiciliare e nelle semiresidenze psichiatriche", approvato dalla Direzione generale e attualmente oggetto di bando di gara pubblica. Il servizio ha lo scopo di fornire risposte concrete al

bisogno di molti utenti di completare il percorso riabilitativo, fuori dal circuito della residenzialità psichiatrica sulle 24h, attraverso soluzioni abitative che permettano livelli crescenti di autonomia e inclusione sociale, con un minimo supporto sul versante assistenziale e psicologico. Questa modalità di intervento, prevenendo il ricorso a forme di inserimento improprio in strutture residenziali psichiatriche regionali ed extraregione sulle 24h ad elevata intensità, permetterà inoltre un risparmio di risorse economiche.

INSERIMENTI IN STRUTTURE RESIDENZIALI - Anno 2013						
STRUTTURE RESIDENZIALI	Numero Strutture		Numero utenti		MISURE altern. OPG e/o carcere	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Regionali	6	7	56	61	16*	4
Extra regionali	9	8	10	12	0	4
AIAS	3	3	37	37	0	0
Strutture ASL	7	7	42	42	3	2
Totali	25	25	145	152	19	10

Progetto "Abitare Condiviso"

Durante il corso dell'anno è proseguita la collaborazione con il comune di Cagliari e l'ERSU nel progetto "Abitare condiviso", un percorso riabilitativo di residenzialità leggera, per persone con disagio mentale, in piccoli gruppi di convivenza con studenti universitari per favorire l'acquisizione di abilità sul versante abitativo e preparare esperienze di convivenza in piccoli gruppi appartamento a maggiori livelli di autonomia. Il 12.03.2013 è stato attivato un gruppo che ha coinvolto 4 pazienti donne e 2 studentesse universitarie. Il percorso è giunto al termine e le pazienti stanno prendendo casa insieme per proseguire in totale autonomia. Il 16.10.2013 è stato attivato un gruppo formato da 4 pazienti uomini e 1 studente universitario: il loro percorso terminerà a metà ottobre 2014. Il progetto è coordinato da uno psicologo-psicoterapeuta del Servizio Riabilitazione Residenzialità e coinvolge i referenti dei CCSSMM con compiti specifici ed una cooperativa finanziata dal Comune di Cagliari con fondi regionali.

Centri Diurni

Oltre al Centro Diurno di Quartu e di Cagliari A, dai primi mesi del 2013 è attivo un nuovo Centro Diurno ubicato a Selargius, aperto a tutti gli utenti del DSM, dietro invio dei Centri di Salute Mentale. Nel corso del 2013 si sono registrate le presenze di 64 utenti, coinvolti nei differenti percorsi riabilitativi. Le attività del C.D. sono individuali e di gruppo e vengono svolte anche all'esterno utilizzando la rete sociale e le risorse del territorio. Gli interventi psicosociali per le persone con disturbo mentale severo, finalizzati alla promozione delle autonomie personali, della vita di relazione dell'abitare e del lavoro, costituiscono un imprescindibile elemento del processo di cura e riabilitazione. Numerosi studi mostrano come un

approccio multidimensionale (bio-psico-sociale) migliori l'alleanza terapeutica e l'adesione ai trattamenti, prevenga ricadute e ricoveri in ambito ospedaliero. La possibilità di usufruire di programmi terapeutici riabilitativi in regime semiresidenziale contribuisce inoltre ad evitare il ricorso ad inserimenti residenziali impropri. Gli interventi vanno ad interfacciarsi con quelli utili a supportare gli utenti nella domiciliarità, a favorire e mantenere l'attività lavorativa, a sostenere le proprie relazioni affettive e la propria vita sociale.

Inserimenti Lavorativi

Nel 2013 l'attività riabilitativa in contesto lavorativo, che si realizza ininterrottamente dal 2007 con lo strumento AFL (Assegno di Formazione al Lavoro), ha coinvolto complessivamente 84 pazienti, 48 dei quali avevano iniziato il percorso nel 2012. Su 36 AFL attivati nel 2013 circa la metà (17) si sono conclusi nel corso dello stesso anno, mentre 19 proseguono nel 2014. Più frequentemente rispetto agli anni scorsi è stata utilizzata la massima flessibilità dello strumento.

L'attività è coordinata da uno psicologo-psicoterapeuta e coinvolge i referenti dei CCSSMM con compiti specifici.

Psicoterapia Multifamiliare

Nel 2013 4 CSM (Cagliari A, Cagliari Ovest, Quartu e Assemini) hanno proseguito l'attività di Psicoterapia di Gruppo Multifamiliare, iniziata nel 2011; è inoltre proseguita per i quattro CSM la supervisione clinica esterna, mentre la conduzione del gruppo di terapia è stata gestita in autonomia dagli operatori.

Nel corso del 2013 è stata avviata la formazione del quinto gruppo Multifamiliare, nel CSM Clinica Psichiatrica. L'attività di Psicoterapia di Gruppo è iniziata nel 2014, con incontri bimensili, alternando (come negli altri CSM nel 2011-12), incontri condotti in autonomia dagli operatori con altri in co-conduzione con il supervisore.

Allegato lettera c)

GRUPPI MULTIFAMILIARI ANNO 2013					
	Cagliari A	**Cagliari Ovest**	**Assemini**	**Quartu S.E.**	**TOTALE**
Totale partecipanti (pz + fam)	38	49	65	60	**212**
Pazienti	20	28	30	32	**110**
Familiari	18	21	35	28	**102**
Nuclei familiari	19	18	26	30	**93**
Nuovi ingressi 2013 (pz +fam)	17	12	12	21	**62**
Numero operatori	8	5	6+ 1 clinica psich.	6	**26**
Numero incontri	21	45	21	29	**116**
Media frequenza per incontro	15	12	15	15	**14,25**
Frequenza	bimensile	settimanale	bimensile	bimensile fino ad ott. 2013 - poi settimanale	
Nuovi ingressi operatori 2013	2	nr	nr	nr	**2**

Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

RICOVERI SPDC 1 E SPDC 2

	Anno	**TSV**	**TSO**	**TOTALI**
SPDC 1	**2012**	374	89	463
	2013	401	77	478
SPDC 2	**2012**	424	68	492
	2013	389	63	452
TOTALI	**2012**	798	157	955
	2013	790	140	930

CONTENZIONI spdc1: 46

CONTENZIONI spdc2: 24

I ricoveri ospedalieri si riferiscono evidentemente alle situazioni più acutamente critiche gestite nel territorio del DSM e che necessitano di trattamenti più intensi. La tabella soprastante riassume il loro andamento (diviso tra ricoveri volontari: TSV, ed obbligatori: TSO) nel corso dell'anno 2013, comparato con l'anno precedente; si può notare che i ricoveri ospedalieri sono lievemente in calo rispetto al 2012. Il numero dei TSO scende ed i trattamenti sanitari volontari raggiungono l'84,9% dei ricoveri.

Salute Mentale Penitenziaria

Le prestazioni presso la Casa Circondariale di Buon Cammino, garantite da due dirigenti medici psichiatri, nel corso del 2013 sono state n. 2.333. Sono state inoltre svolte dalla psicologa attività di *counseling*, valutazione dei nuovi giunti ed attività di psicoterapia di gruppo.

Allegato lettera c)

CSM Cagliari A

L'Unita Operativa Complessa CSM Cagliari A (ambiti territoriali di competenza: circoscrizioni 4, 5 e parte della circoscrizione 1 del Comune di Cagliari; Comuni di Capoterra, Sarroch, Villa San Pietro, Pula, Domus de Maria e Teulada; gruppo di convivenza ad alta intenzionalità terapeutica via Satta, Cagliari e corso Gramsci, Capoterra) ha in corso già da tempo programmi rivolti ai familiari di informazione, sostegno e riduzione del carico, promuovendo e sostenendo il coinvolgimento attivo dell'utente nel proprio progetto riabilitativo. Nel 2012 in collaborazione con l'SPDC 2 è iniziato specificamente per i primi ricoveri ad esordio psicotico un progetto avente come obiettivo il sostegno ai familiari ed al paziente con programmi di informazione e psicoeducazione; nel 2013 è stata potenziata questa attività di sostegno alle famiglie durante i ricoveri ospedalieri. Si ritiene opportuno potenziare questo tipo di attività così come le attività terapeutiche di gruppo in quanto hanno trovato particolare gradimento da parte dell'utenza e dei familiari e permettono agli operatori del CSM di intervenire in modo più terapeutico, accurato ed incisivo. La residenzialità riveste un ruolo importante nei programmi personalizzati nei pazienti in carico del CSM Cagliari A; è necessario poter disporre di strutture residenziali differenziate per livello assistenziale ove poter eseguire i programmi terapeutico-ribilitativi necessari.

Le prinicipali attività del CSM sono: visite psichiatriche – valutazione diagnostica multidisciplinare – progetti riabilitativi di gruppo ed individualizzati – somministrazione di terapie farmacologiche – colloqui psicologici-clinici – psicoterapia (individuale,di gruppo, di coppia, familiare) – colloqui e attività di sostegno alla famiglia – gruppi di sostegno per pazienti e loro familiari (ad es. gruppi a.m.a. e psicoeducazione) – interventi sulla rete sociale informale e formale – consulenza specialistica per i reparti ospedalieri ed i servizi distrettuali territoriali – interventi d'urgenza (Trattamenti Sanitari Ospedalieri) – inserimenti e dimissioni in strutture residenziali – interventi terapeutici riabilitativi a favore dei soggetti internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari – interventi terapeutici nell'ambito di rapporti convenzionali con l'amministrazione penitenziaria – assistenza alle persone interventi sociali in collaborazione con i Comuni e nell'ambito del *P.L.U.S.* – monitoraggio delle prestazioni e delle attività di tutoraggio per medici e psicologi.

CSM Isili - Senorbì

Il contesto di riferimento del servizio è costituito da n. 29 Comuni dell'ambito territoriale del Distretto Socio Sanitario della Trexenta e del Sarcidano Barbagia di Seulo, caratterizzato da una bassa intensità demografica e difficoltà orografiche oggettivabili in scarsa disponibilità di trasporti pubblici, disagiate condizioni della viabilità generale e distanze medie di percorrenza che incidono negativamente nella fruizione dei servizi.

Allegato lettera c)

L'unità Operativa è composta da 2 strutture CSM, una con sede a Isili, dove l'attività è articolata nelle 24 ore e dotata di 6 posti letto, con attività ambulatoriale/territoriale e attività residenziale e semi residenziale; un'altra situata a Senorbì, con attività ambulatoriale/territoriale per 12 ore al giorno dal lunedì al venerdì.

Le attività erogate nelle due strutture riguardano la prevenzione nella salute mentale del territorio, la cura e la riabilitazione delle persone affette da sofferenza mentale, mediante la presa in carico da parte delle *equipe* multidisciplinari con attività ad alta integrazione di tipo sanitario, psicologico e socio-riabilitativo.

Tali attività si sviluppano in programmi interni alla struttura (ambulatoriali) e nella rete territoriale.

Rispetto all'anno precedente sono state rafforzate e sviluppate le seguenti attività:

1. Sport terapia con il progetto in collaborazione con l'Associazione Team Kajak;
2. Attività legata alla sperimentazione del progetto Laboratorio Teatrale;
3. Attività di auto mutuo aiuto e per il FareAssieme;
4. Attività di raccordo con gli altri servizi territoriali.

CSM Ca Ovest

Il contesto di riferimento è invariato rispetto al 2012.

Le attività sono rimaste invariate rispetto al 2012, eccetto la chiusura dell'ambulatorio periferico di Monserrato per inagibilità dei locali. Nel corso del 2013 è ulteriormente migliorata la capacità di monitorare con dati sempre più affidabili la domanda afferente al servizio, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo. Conseguentemente migliora la possibilità di individuare i prevalenti percorsi assistenziali dell'utenza e di poterne valutare gli esiti. Ugualmente migliora la possibilità di definire i carichi di lavoro in termini sia quantitativi che qualitativi.

I dati attestano un discreto assestamento circa il numero dei pazienti in carico, il loro *turnover* ed il numero delle richieste che annualmente arrivano al CSM; il numero dei ricoveri ospedalieri è lievemente aumentato, ma è notevolmente diminuita la percentuale di TSO; è diminuito il numero dei pazienti che hanno subito ricoveri ripetuti. I posti letto extraospedalieri nell'abitare assistito di Capoterra ad alta intensità e nell'abitare assistito di Cagliari a bassa intensità sono stati utilizzati quasi a pieno regime e con discreto *turnover*. Infine, nel corso del 2013 sono state incrementate le attività terapeutiche-riabilitative-socializzanti gruppali e le collaborazioni con enti e associazioni del territorio, nell'ottica di un servizio di salute mentale comunitario.

Allegato lettera c)

Centro per i Disturbi Psichiatrici Alcol Correlati

Nel corso del 2013 il Centro per i Disturbi Psichiatrici Alcol Correlati, anche a fronte della crescente rilevanza dell'abuso alcolico e delle patologie comportamentali e psichiatriche ad esso correlate, ha notevolmente incrementato le proprie prestazioni, anche sul versante qualitativo, rispetto al 2012. Al Centro afferisce tutto il bacino d'utenza aziendale.

CENTRO PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI PSICHIATRICI ALCOL CORRRELATI	2012	2013
Visite Psichiatriche	5.730	4.765
Interventi Domiciliari	16	3
Consulenze Ospedaliere	2	4
Interventi d'urgenza (TSO)	0	1
Associaz. socio educativa/riabilitativa	677	508
Prestazioni infermieristiche	3.500	2.900
Intervento con le famiglie	1.750	1.098
Consulenze psicologiche psicoterapie	800	408
Consulenza sociale	1.405	1.400
Prestazioni tipo DH	382	186

Servizio di Psichiatria Forense

Il Servizio ha implementato le attività ricomprese nella convenzione con gli Uffici Giudiziari di Cagliari (accertamenti psichiatrico-forensi) e garantito ordinariamente le prestazioni psichiatriche e la continuità della presa in carico - in collaborazione con i Centri di Salute Mentale - ai detenuti reclusi presso la Casa Circondariale di Cagliari, provenienti dai territori di competenza dei CSM. Il Servizio opera per la tutela della salute mentale dei cittadini affetti da disturbi mentali autori o vittime di reato, in coordinamento con le altre UU.OO. del DSM. L'attività comporta la messa in atto di provvedimenti giudiziari inerenti l'applicazione di misure di sicurezza alternative all'internamento in OPG o ad altre forme di custodia detentiva. Le attività sono rivolte al recupero e reinserimento sociale degli autori di reato affetti da disturbi mentali. Grazie a tale attività, nel periodo considerato sono state applicate misure alternative all'OPG per numerosi sofferenti mentali, tramite inserimento in strutture residenziali territoriali. Si registra un notevole incremento delle attività svolte rispetto al 2012.

SERVIZIO DI PSICHIATRIA FORENSE	2013
Accertamenti P-Forensi Trib. Cagliari (Visite, somm. test..)	648
Partecipazione udienze Trib. Cagliari Incarichi	213
Partecipazione udienze Trib. Cagliari Discussioni	263
Interventi per pz. Extra-udienze (magistrati, legali, medici, operatori, familiari, OPG)	1.287
Accertamenti in loco: luogo di detenzione	64

Allegato lettera c)

CSM Quartu S.Elena e Sarrabus-Gerrei

Il CSM di Quartu S.E. e Sarrabus Gerrei è una U.O.C. di grandi dimensioni sia come bacino d'utenza, sia come estensione, con un territorio caratterizzato dalla dispersione geografica di molti piccoli centri con difficoltà di collegamento con mezzi pubblici.

Per questo motivo comprende - oltre la sede di Quartu S.E. - diversi ambulatori periferici con apertura variabile secondo l'utenza e la distanza dalla sede centrale (Dolianova, Donori, Ninnai, Burchi, Villasimius, S.Nicolò Gerrei, Muravera).

Nella U.O.C. sono in funzione:

- Centro Diurno a cui si accede sulla base di un progetto riabilitativo personalizzato concordato con le *equipe*, con sede nei locali del CSM ma con le attività che si svolgono soprattutto nel territorio, con prestazioni di supporto educativo e le necessarie attività risocializzanti.
- Un abitare assistito di 6 posti letto affidato ad una cooperativa, con la supervisione di un dirigente e di un referente del CSM, utilizzato soprattutto per percorsi residenziali temporanei con finalità terapeutico-riabilitative, con l'obiettivo di evitare fenomeni di istituzionalizzazione.

L'accesso al CSM è organizzato con le modalità della "accoglienza": non vi è lista d'attesa, il primo colloquio con psichiatra e\o psicologo avviene al momento della richiesta e viene seguito, in caso di presa in carico dell'utente, dal passaggio all'*equipe* del territorio di riferimento; questa modalità organizzativa permette un filtro efficace e tempestivo della richiesta e dà la possibilità di proseguire il rapporto con l'utente in maniera personalizzata, basata su una analisi immediata del bisogno.

L'U.O., oltre alle visite psichiatriche e psicologiche, ambulatoriali e se necessario domiciliari, svolge attività di supporto domiciliare infermieristico, somministrazione di terapia ed esecuzione prelievi ematici se utili alla terapia farmacologia in atto, attua interventi psicoterapici individuali e di gruppo, gestisce gruppi psicoeducazionali per utenti e per familiari, organizza e incoraggia il costituirsi di gruppi AMA.

Dal confronto con i dati dell'anno precedente non risultano sostanziali differenze nel numero delle prestazioni, nonostante varie criticità (per es.: carenza di personale).

CSM QSE	2013
Cartelle attive (almeno 3 contatti negli ultimi 12 mesi)	2.200
Utenti in carico (almeno 1 contatto negli ultimi 12 mesi)	2.950
Visite psichiatriche totali	11.985
Visite psicologiche	420
Sedute di psicoterapia individuale + gruppi	2.854

Allegato lettera c)

CSM Clinica Psichiatrica

Il CSM Clinica Psichiatrica dell'Università di Cagliari ha operato anche nel corso del 2013 nella ormai cronica situazione di carenza del personale, sia medico che non medico.

L'UOC opera presso 2 unità organizzative: la sede centrale di via Liguria, 13 (che opera prevalentemente ma non esclusivamente per gli utenti dell'area urbana di Cagliari), e la sede di Sestu (via di Vittorio, 44), che opera per gli utenti di Sestu, Ussana e Monastrir. Presso le due articolazioni organizzative si svolgono tutte le attività proprie del CSM (visite ambulatoriali, consulenze, colloqui psicologici psicoterapie, assistenza sociale, attività di tipo riabilitativo, attività domiciliare, urgenze territoriali). Le attività sono organizzate per ambiti subterrioriali. La sede di Cagliari è anche sede di un'attività di DH territoriale.

Afferisce all'UOC la Struttura Residenziale della ASL per pazienti psichiatrici ubicata a Selargius, per la quale viene garantita la direzione sanitaria, la supervisione delle attività svolte in appalto dalla Cooperativa Agape, e l'assistenza specialistica psichiatrica, psicologica e infermieristica.

L'UOC svolge attività cliniche specifiche:

- programma per i pazienti all'esordio psicotico;
- programma per i pazienti affetti da disturbi alimentari;
- programma di trattamento psicoterapia dinamica multifamiliare;
- programma riabilitativo in cooperazione con il Volontariato Vincenziano ed il Comune di Cagliari.

In quanto sede a direzione universitaria, il CSM è sede di formazione (scuola di specializzazione in psichiatria, sede di tirocini formativi per studenti dei diversi CL in Medicina e Chirurgia, di Psicologia e di laureati tirocinanti in Psicologia, Servizio sociale, nonché della scuole, accreditate di psicoterapia), nonché di ricerca clinica applicata.

CSM CLINICA PSICHIATRICA	2012	2013
CARTELLE ATTIVE (ALMENO 3 CONTATTI NEGLI ULTIMI 12 MESI)	1.713	1.848
UTENTI IN CARICO (ALMENO 1 CONTATTO NEGLI ULTIMI 12 MESI)	1.885	2.010
VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI	9.205 + 404*	9.913 + 471*
VISITE PSICOLOGICHE AMBULATORIALI	782	880
SEDUTE DI PSICOTERAPIA	729	760

*VISITE DOMICILIARI

Come si può evincere dalla tabella, le attività complessive si sono mantenute a livello elevato ed addirittura in aumento, nonostante le carenze di organico riferite in premessa. In effetti per il 2013, il numero di cartelle attive è superiore al 2012 (+7,3%); il numero degli utenti in carico è in aumento

(+6,6%), così come il numero visite psichiatriche ambulatoriali (+6,7%), con un incremento anche per le visite di tipo domiciliare (+16,6%); in discreto aumento il numero di visite psicologiche (+12,5%) ed in lieve aumento le sedute di psicoterapia (+4,2%).

CSM Assemini

Il CSM Assemini è una Unità Operativa Complessa di medie dimensioni, sia relativamente al bacino d'utenza (circa 81.000 ab.) che come estensione, con un territorio relativamente raccolto sul quale insistono 10 Comuni, ma caratterizzato da scarsi collegamenti pubblici con il Comune di Assemini. I Comuni afferenti sono: Assemini, Uta, Decimomannu, S. Sperate, Siliqua, Vallermosa, Decimoputzu, Elmas, Villasor, Villaspeciosa. La sede centrale, trasferita dal 2012 ad Assemini, ha migliorato l'accessibilità al Centro e le attività domiciliari. E' rimasto attivo l'ambulatorio periferico di San Sperate. Inoltre si sono realizzati - in base alle richieste o a progetti personalizzati - numerosi interventi domiciliari di verifica e controllo. L'unità operativa ha finora coordinato le attività riabilitative come quelle di sport terapia e mantenuto le attività di auto mutuo aiuto con 3 gruppi ama (gruppo familiari e gruppo donne) che si sono incontrati a cadenza settimanale per 11 mesi. Inoltre il Centro ha attivato e coordinato i progetti riabilitativi residenziali presso due strutture residenziali di 6 p.l. ciascuna, site nei Comuni di Assemini e Decimomannu, gestite dalla Coop. Sociale CTR.

Il CSM ha accolto e valutato tutte le richieste di intervento sia dirette da parte dei pazienti e sia di familiari e/o della rete istituzionale ed informale presente sul territorio di competenza. L'utente preso in carico è stato seguito dall'*equipe* (psichiatra, psicologo, assist. sociale, infermiere, educatore) del territorio di riferimento. Le richieste con carattere d'urgenza hanno ricevuto una risposta immediata sia in ambulatorio che sul territorio. L'U.O., oltre alle visite psichiatriche (incrementate del 36% rispetto al 2012) e psicologiche (incrementate del 22,26%), ambulatoriali e domiciliari, ha svolto attività di supporto domiciliare infermieristico, somministrazione di terapia ambulatoriale e domiciliare ed esecuzione di prelievi ematici se indicati per la terapia farmacologica in atto. Ha attuato interventi psicoterapici di gruppo. Sono lievemente incrementati i pazienti in carico (0,54%) con un aumento del 4% del numero di contatti per pazienti gravosi. Dal punto di vista qualitativo si è sviluppato con successo il progetto di psicoterapia multifamiliare, in collaborazione con altri CSM, rivolto a gruppi di pazienti e familiari particolarmente problematici e si sono implementate le attività di auto mutuo aiuto (36 incontri annuali presso il CSM). Sono proseguite le attività di sport terapia (calcio e piscina) che hanno coinvolto mediamente 20 utenti.

Allegato lettera c)

CSM ASSEMINI	2012	2013
CARTELLE ATTIVE	942	980
(almeno 3 contatti negli ultimi 12 mesi)		
UTENTI IN CARICO	1.475	1.483
(almeno 1 contatto negli ultimi 12 mesi)		
Visite ambulatoriali medici	4.710	6.408
Visite ambulatoriali psicologi	283	346
Sedute di psicoterapia	539	220

Il CSM nel 2013 ha continuato a presentare alcune criticità relativamente alle risorse umane. In particolare è proseguito il *turnover* dei dirigenti medici a tempo determinato con conseguenti interruzioni della continuità terapeutica nei confronti di casi gravi e complessi.

Allegato lettera c)

Servizio per le Dipendenze

E' ormai assodato nel campo scientifico che la dipendenza da sostanze stupefacenti - come la dipendenza alcolica e le patologie alcol-correlate - siano vere e proprie malattia psichiatriche. Alle dipendenze da sostanze si sono aggiunte poi le c.d. dipendenze comportamentali, in particolare il disturbo del gioco d'azzardo patologico e le dipendenze tecnologiche, dove non sono in causa sostanze ma comportamenti.

L'uso di sostanze è particolarmente rischioso in età evolutiva, per la peculiare plasticità del cervello che non ha ancora raggiunto la maturità, in particolare le zone che controllano la razionalità, le funzioni sociali, la capacità decisionale; considerato che l'approccio alle sostanze d'abuso tende ad abbassarsi sempre più, diventa indispensabile intervenire quanto prima sia per ritardare l'età del primo contatto, che per evitare il progredire del comportamento assuntivo, mettendo in atto campagne di promozione della salute e ricerca di stili di vita sani, in una logica di prevenzione nella consapevolezza - ormai quasi generale - che le sostanze psicotrope assunte in periodi adolescenziali provocano alterazioni fisiche strutturali e distorsioni cognitive condizionanti il comportamento futuro, la capacità di attenzione, una corretta percezione della realtà.

Il mercato delle sostanze è diventato estremamente aggressivo e competitivo, con un'offerta di sostanze spesso non contemplate nella tabella ministeriale delle droghe (*smart drugs*), utilizzando canali di diffusione sempre più accessibili come *internet* e proponendo prezzi accessibili anche ai giovanissimi, con un "ingaggio" facile e precoce.

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

Se il mercato propone ai giovani sostanze sempre più diverse, nello stesso tempo si assiste ad una ripresa del consumo di eroina ed ad una crescita della diffusione e uso di cocaina, che non risparmiano alcuna fascia d'età, né alcun ceto sociale.

Già in età preadolescenziale si osserva l'utilizzo di bevande a basso contenuto alcolico o con stimolanti (caffeina, taurina, confezionate con dolcificanti per essere più appetibili); in età adolescenziale è particolarmente diffuso l'uso di alcolici con modalità *binge drinking*, associati a cannabinoidi e droghe eccitanti e disinibenti (metanfetamine, ketamina, fenciclidina).

Allegato lettera c)

Nel contesto locale come in quello nazionale si osserva una massiva diffusione di cocaina sia tra i giovani che tra gli adulti.

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

Per quanto riguarda l'alcol, è altamente diffuso il consumo sia a scopo ricreazionale e occasionale, ma pur sempre a rischio, sia come abuso e dipendenza.

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

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

Per quanto riguarda le caratteristiche sociodemografiche dell'utenza, rimane costante la predominanza del sesso maschile rispetto a quello femminile (rapporto 9/1); lieve ma costante l'aumento dell'età dei soggetti in trattamento in particolare per gli ultra quarantenni; il titolo di studio maggiormente rappresentato - come negli anni precedenti - è la licenza media, mentre è in aumento come nell'anno precedente la disoccupazione ed in diminuzione l'occupazione stabile.

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

L'assistenza nell'area delle Dipendenze è assicurata nella ASL di Cagliari attraverso 3 strutture complesse (Ser.D):

a. Ser.D di via Liguria;
b. Ser.D di via dei Valenzani;
c. Ser.D di Quartu S. Elena.

È stata soppressa invece la struttura semplice dipartimentale "Attività amministrative e legali", in precedenza compresa nel Dipartimento delle Dipendenze; le attività sono state concentrate nel Dipartimento dei servizi amministrativi, e, occorrendo, in strutture dello *staff* della direzione.

E' stata inoltre garantita:

Allegato lettera c)

1) l'assistenza ai detenuti con dipendenza presso gli Istituti di Pena di Buoncammino in Cagliari, l'Istituto Penale per i Minorenni in Quartucciu, la Casa di Reclusione di Isili, attraverso specifiche convenzioni tra la ASL e gli Istituti;
2) la collaborazione con gli Enti Locali, Magistratura, U.E.P.E, USSM, per programmi di affidamento in alternativa alla detenzione;
3) l'attività di prevenzione presso gli Istituti Scolastici per cercare di ridurre il più possibile il danno dell'impatto precoce delle sostanze con l'età preadolescenziale.

L'accesso al servizio è diretto, senza impegnativa e senza lista d'attesa; viene garantito, se richiesto, l'anonimato.

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

Nell'anno 2013 è proseguita l'attività di progetti specifici, iniziati nell'anno 2012 e realizzati con appositi finanziamenti:

Progetto RELI

Con l'acronimo "RELI" (Reinserimento lavorativo integrato) si indica il progetto di reinserimento lavorativo degli ex tossicodipendenti promosso dal DPA (Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga) il cui coordinamento è stato affidato alla Regione Sardegna e che ha avuto inizio nel 2013. Il progetto ha una durata di 2 anni, con possibilità di finanziamento per un'altra annualità sulla base dei risultati raggiunti. Tra gli obiettivi vi è l'attivazione di una rete di comunità e di cooperative sociali in grado di promuovere concrete opportunità lavorative, anche con metodi e gestioni d'imprenditoria sociale finalizzati alla creazione di condizioni di autofinanziamento. Il Progetto RELI ha inoltre lo scopo di rilanciare, promuovere e diffondere un nuovo modello di riabilitazione delle persone tossicodipendenti presenti all'interno delle comunità terapeutiche e dei Ser.D, delle Cooperative Sociali di tipo B e loro Consorzi, delle Fondazioni, delle Associazioni Onlus, delle Associazioni di promozione sociale che abbiano unità operative interne o programmi specifici di reinserimento e che contemporaneamente sappiano coniugare imprenditorialità e solidarietà sociale per creare nel medio e lungo periodo condizioni virtuose di autofinanziamento.

Allegato lettera c)

Progetto Prevenzione Sardegna.it

Il progetto è stato finanziato nel 2012 alla Regione Sardegna dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza Consiglio dei Ministri ed affidato come ente gestore alla ASL 8, pur essendo indirizzato alla prevenzione delle dipendenze in tutto l'ambito regionale.

Ha la finalità di favorire contatti precoci anche informali ed anonimi tra tutta la comunità regionale ed i Servizi per le dipendenze al fine di superare difficoltà e paure che possano essere causa di ritardi nelle richieste d'aiuto. Il progetto ha avuto avvio in data 24.09.2012 e, in seguito a 2 proroghe, avrà termine il 24.05.2015.

Progetto "Non fumarti la vita"/Protocollo operativo "*Drugs on the street*"

Si tratta di un progetto territoriale finanziato alla Regione Sardegna dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza Consiglio dei Ministri, da realizzare insieme al Comune di Cagliari, con l'obiettivo di prevenzione e contrasto del fenomeno della guida in stato di alterazione psicofisica determinata dall'assunzione di alcol o sostanze stupefacenti. Il progetto, della durata di un anno, ha avuto inizio il 13.08.2013. Il Progetto - con il coordinamento della Prefettura di Cagliari e coinvolgimento delle Forze dell'Ordine – è volto anche a:

- incremento dei controlli sul territorio da effettuarsi nei presidi, discoteche e locali notturni, con accertamenti clinico-tossicologici aventi valore medico-legale;
- realizzazione di controlli su strada eseguiti nel territorio del Comune di Cagliari in prossimità di posti di blocco delle Forze dell'Ordine con l'allestimento di un'area sanitaria attrezzata con autoambulanza e personale infermieristico.

Il Servizio si occupa di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, reinserimento sociale e lavorativo e *follow-up* di soggetti legati direttamente ed indirettamente all'abuso di sostanze psicoattive - legali ed illegali - ed alle malattie ad esso correlate, utilizzando protocolli clinici consolidati e validati secondo il metodo di intervento multimodale integrato.

Le strutture del Servizio hanno garantito tutte le attività previste dal DPR n. 309/90, per le problematiche connesse all'uso di droghe illegali; in particolare l'attività svolta è rivolta a:

1. soggetti che usano, abusano o dipendono da sostanze psicoattive illegali (eroina, cocaina, cocaina, cannabis, droghe sintetiche e, quando in comorbilità, alcool e altre dipendenze, sia da sostanze che comportamentali);
2. soggetti che attuano comportamenti a rischio di abuso e/o dipendenza da sostanze psicoattive;

3. soggetti affetti da "doppia diagnosi", cioè la contemporanea presenza di "Disturbi da uso e/o abuso e/o dipendenza da sostanze" e "Disturbi psichiatrici";
4. soggetti affetti da infezioni droga correlate (epatiti e infezioni da HIV soprattutto);
5. soggetti con problemi legati alle "dipendenze comportamentali" (gioco d'azzardo, videogiochi, *internet* etc.);
6. soggetti con patologie correlate all'uso ed abuso di sostanze psicoattive;
7. prevenzione e promozione della salute;
8. formazione.

Sono state erogate le attività previste dai LEA senza ricorso a liste d'attesa, con offerta di prestazioni diagnostiche e trattamenti integrati medico farmacologici, psichiatrici, psicologici, educazionali, interventi socio riabilitativi a favore di 2.466 persone con problemi correlati all'uso di sostanze o comportamenti d'abuso (3.376 persone nel 2012).

La diminuzione degli utenti in carico è da correlare con il trasferimento in toto degli operatori e delle aree di interesse del Nucleo Operativo Alcool, Tabacco e Gioco d'Azzardo Patologico al Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcolcorrelati.

Gli utilizzatori di droghe illegali sono stati 2.466 (2.444 nel 2012), 120 inviati dalle prefetture perché trovati in possesso di sostanze stupefacenti (127 nel 2012).

La ripartizione tra le 3 unità operative è stata la seguente:

	2012	2013
Ser.D v. Liguria	844	843
Ser.D v. Valenzani	860	896
Serd Quartu S. E.	747	746

Il dato complessivo relativo al numero di utenti è sostanzialmente sovrapponibile all'anno precedente, pur in considerazione della diminuzione degli utenti con problematiche alcol, nicotina e GAP correlati, conteggiati solo per il primo trimestre.

	2012	2013
Utenti che hanno ricevuto trattamento in regime residenziale in comunità terapeutiche del privato sociale	431	298
Detenuti cui è stata prestata assistenza presso istituti Cagliari	278	164
Detenuti cui è stata prestata assistenza presso Colonia Penale Isili	36	46
Detenuti cui è stata prestata assistenza presso Istituto Penale Minorile Quartucciu	10	12

Allegato lettera c)

I Ser.D hanno garantito i seguenti interventi:

- prevenzione primaria, secondaria e terziaria per tossico-alcoldipendenze, tabagismo, *gambling*, altre dipendenze comportamentali, HIV nelle scuole, nei posti di lavoro, nelle famiglie;
- accettazione, accoglienza e valutazione della domanda di aiuto;
- visite di primo ingresso e di reingresso in trattamento;
- visite e terapie psichiatriche;
- visite e terapie internistiche;
- trattamenti farmacologici sia in ambito tossicologico che psichiatrico e internistico;
- somministrazione e affidamenti di farmaci stupefacenti;
- disintossicazioni domiciliari;
- rivalutazioni periodiche e adeguamento dei programmi terapeutici;
- controlli ematochimici ed immunologici per patologie infettive correlate alla dipendenza;
- colloqui psicologici;
- psicoterapia individuale, familiare e di gruppo;
- attività infermieristica;
- prelievi controllati delle urine per il monitoraggio dell'uso di sostanze d'abuso;
- *screening* malattie infettive;
- vaccinazioni per epatite virale B e antinfluenzali;
- *screening* con test di Mantoux per la TBC;
- colloqui motivazionali;
- *counseling* individuale e di gruppo;
- interventi socio-assistenziali;
- interventi psico-educazionali;
- sostegno familiare e terapia familiare;
- *tutoring*;
- prevenzione ed informazione sulle patologie droga-correlate;
- informazione ed orientamento ai pazienti, familiari, cittadini ed istituzioni in relazione alle problematiche della tossicodipendenza;
- consulenze specialistiche per reparti ospedalieri, medici di medicina generale, comunità terapeutiche, centri di pronta accoglienza;
- collaborazioni con il CSSA;

Allegato lettera c)

- invio di pazienti in comunità terapeutica, valutazioni e rivalutazioni del progetto terapeutico e relativa attuazione;
- assistenza a pazienti segnalati dalle Prefetture, loro valutazione, inserimento in programma terapeutico, stesura ed invio di relazioni periodiche, ai sensi degli artt. 75 e 121 del DPR n. 309/90;
- valutazione, predisposizione, attuazione e verifica dei programmi di affidamento al Servizio Sociale per tossicodipendenti in sospensione della pena ai sensi degli artt. 89, 90 e 94 del DPR n. 309/90 ed invio delle relazioni di verifica all'UEPE ed alla Magistratura di Sorveglianza;
- reinserimenti sociali e lavorativi;
- Progetti educativi;
- Segretariato sociale, con informazione all'utenza sulle attività del Servizio e sulle risorse presenti nel territorio;
- sostegno sociale degli utenti e del loro nucleo familiare;
- valutazione clinica e laboratoristica finalizzata all'esclusione dell'uso di droghe in coppie che fanno istanza di adozione e certificazioni;
- prelievi urinari per gli esami di laboratorio per la ricerca di cataboliti delle droghe d'abuso finalizzati al rilascio della patente di guida e porto d'arma (oneri a carico del richiedente);
- collaborazione con il Tribunale per i Minorenni, sia per i casi segnalati, sia nell'ambito del protocollo per l'assistenza alle donne tossicodipendenti in stato di gravidanza, operativo dal 2007, in collaborazione con l'Amministrazione provinciale di Cagliari e altri servizi sanitari aziendali e dell'azienda ospedaliera universitaria;
- certificazioni, lettere di trasferimento temporaneo di pazienti ad altre USL;
- pronto intervento per intossicazioni acute da sostanze, overdoses, traumi, affezioni mediche o psichiatriche acute;
- incontri organizzativi periodici;
- discussione di casi clinici in equipe e in riunioni generali;
- incontri con gli Operatori delle Comunità Terapeutiche in cui sono inseriti nostri Utenti;
- attività di infomazione e consulenza per le scuole e per gli esterni;
- attività di ricerca;
- rilevazione dati statistici per Ministero, Regione, Prefettura, ASL;
- formazione per gli operatori e per gli esterni, con incontri periodici, seminari, lezioni etc.;
- partecipazione a congressi regionali e nazionali;
- progettazione di interventi preventivi nelle scuole;

- trattamento e recupero dei detenuti presso la struttura carceraria di Buon Cammino e la Colonia Penale di Isili.

Sono stati inoltre garantiti:

1. accertamenti di II livello sui lavoratori addetti a mansioni che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute dei terzi ai sensi dell'Intesa Stato/Regioni del 30.10.2007 e 18.09.2008;
2. assistenza medico farmacologica di base per i detenuti non residenti nella Asl di Cagliari e collaborazione con i Ser.D di provenienza per coloro che hanno richiesto un programma terapeutico in alternativa alla detenzione per le valutazioni cliniche attuali e le indicazioni per la predisposizione del programma;
3. prestazioni terapeutiche richieste dai SerT di provenienza per pazienti trasferiti temporaneamente da altre AA.SS.LL., secondo quanto previsto dal DPR n. 309/90;
4. collaborazione con i medici di base, per il trattamento della tossicodipendenza e delle patologie correlate;
5. collaborazione con i Centri di salute mentale, i SPDC e i reparti di malattie infettive;
6. prevenzione ed educazione alla salute (attività nelle scuole medie inferiori);
7. collaborazioni interistituzionali con Comuni, Scuole, Privato Sociale, Tribunale, Prefettura;
8. lavoro di rete interistituzionale con Enti Pubblici e del Privato Sociale;
9. *tutoring* e formazione per tirocini volontari e obbligatori di medici e laureandi in Scienza della Riabilitazione Psichiatrica;
10. *tutoring* per studenti in psicologia laurea triennale e laurea quinquennale, per specializzandi in psicoterapia e per coloro che attivano un tirocinio volontario;
11. rilevazione dati a fini statistici ed epidemiologici per ministeri, prefettura, regione e monitoraggio dei flussi informativi;
12. adesione al Progetto di ricerca "Sanità di genere: un approccio innovativo per un sistema sanitario regionale in linea con l'Europa", in collaborazione con l'Università di Sassari;
13. partecipazione al gruppo di lavoro "Violenza di genere", in collaborazione con i Consultori familiari e altri servizi della ASL;
14. inserimenti in strutture riabilitative e terapeutiche accreditate, con verifiche dei trattamenti e relativi adempimenti amministrativi;
15. convocazione ed eventuale presa in carico di persone segnalate dalla Prefettura perché trovate in possesso di sostanze stupefacenti, con invio delle relazioni periodiche di verifica;

16. predisposizione e attuazione di programmi di affidamento al Ser.D in alternativa alla detenzione ed invio delle relazioni di verifica all'UEPE ed alla Magistratura di Sorveglianza;
17. progetti educativi e reinserimento sociale e lavorativo;
18. informazione, orientamento, prevenzione per familiari e cittadini in relazione alle dipendenze;
19. collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale per la presa in carico congiunta di pazienti con patologia psichiatrica e abusatori di sostanze stupefacenti;
20. attività di informazione e prevenzione sulle patologie infettive droga correlate;
21. prevenzione ed educazione alla salute negli istituti scolastici: centri di informazione e consulenza negli istituti superiori e interventi informativi nelle scuole medie;
22. collaborazioni interistituzionali con i Comuni per progetti individualizzati, attività di prevenzione e riabilitazione, trasmissione dati;
23. attività amministrativa;
24. formazione e aggiornamento degli operatori (partecipazione a congressi e convegni);
25. partecipazione a Convegni inerenti il tema delle dipendenze da parte di Operatori dei Ser.D in qualità di relatori.

Presso la Casa Circondariale di Buoncammino sono state effettuate circa 1.200 prestazioni da parte di medici e circa 600 da parte di psicologi.

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

Il *budget* attribuito dalla RAS per l'anno 2013 è stato di € 4.981.631, di cui € 3.638.957,60 per le comunità regionali, ed € 1.342.673,40 come *budget* extraregionale.

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

Già dalla fine del 2012 il Ser.D di via Liguria aveva iniziato ad utilizzare la cartella informatica proposta dalla Regione Sardegna. Ai fini delle realizzazione di un sistema informativo in linea con i debiti informativi nazionali ed europei anche gli operatori dei Ser.D di via dei Valenzani e di Quartu S.Elena hanno partecipato alla formazione regionale per l'utilizzo di una cartella clinica informatizzata che in questi 2 Ser.D verrà utilizzata tra breve.

L'utilizzo della cartella clinica informatica nel Ser.D di via Liguria rende non confrontabili i dati tra i Servizi.

Allegato lettera c)

Le attività del Nucleo Operativo per il trattamento dei Disturbi da alcol, fumo e Gioco d'Azzardo Patologico sono state attribuite a partire dal 30.06.2013 al Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcolcorrelati afferente al Dipartimento di Salute Mentale.

DATI BUDGET ANNO 2013						
Descrizione	**Ser.D. Liguria**	**Ser.D. Valenzani**	**Ser.D. Quartu**	**Centro Alcol Cagliari**	**Centro Alcol Senorbì Muravera**	**Totale**
Utenti in carico comprensivi di tossicodipendenti e alcoldipendenti	813	896	727			2.434
di cui nuovi utenti per il Ser.D. specif.	90	80	79			249
di cui nuovi utenti per il Servizio	90	80	79			249
di cui già in carico	795	816	648			2.259
di cui alcoldipendenti	0	0	3			0
di cui detenuti I.P.M.	0	2	0			2
di cui detenuti C.C. Buoncammino	69	40	55			164
di cui detenuti C.R. Isili	0	0	37			37
di cui inseriti in comunità terapeutica (toss)	90	104	92			298
di cui inseriti in comunità terapeutica (alcol)	0					0
di cui non residenti ASL 8	56	25	0			25
Totale utenti con GAP						0
di cui nuovi utenti						0
Totale utenti con NIC	1					1
di cui nuovi utenti NIC	1					1
Utenti trasferiti temporaneamente altra ASL		24				24
Utenti segnalati art. 121 DPR 309/90	130	132	98			360
di cui presentatisi	35	40	30			105
di cui presi in carico	0	0	8			8
Utenti segnalati art. 75 DPR 309/90	1	3	1			5
di cui presentatisi	0	3	1			4
di cui presi in carico	0	2	1			3

Allegato lettera c)

Variazioni rispetto all'anno 2012

Descrizione	Ser.D. Liguria	Ser.D. Valenzani	Ser.D. Quartu	Centro Alcol Cagliari	Centro Alcol Senorbì Muravera	Totale
Utenti in carico comprensivi di tossicodipendenti e alcoldipendenti	-31	36	-19	-305	-157	-448
di cui nuovi utenti per il Ser.D. specif.	53	-6	-11	-118	-25	-105
di cui nuovi utenti per il Servizio	53	-6	-11	-118	-25	-105
di cui già in carico	-12	48	-8	-187	-132	-295
di cui alcoldipendenti	0	0	-3	-305	-157	-465
di cui detenuti I.P.M.	0	-8	0	0	0	-8
di cui detenuti C.C. Buoncammino	-58	-21	-3	-30	-1	-113
di cui detenuti C.R. Isili	0	0	1	0	0	1
di cui inseriti in comunità terapeutica (toss)	-46	-1	37	0	0	-10
di cui inseriti in comunità terapeutica (alcol)	0	0	0	-85	-3	-88
di cui non residenti ASL 8	16	6	-19	-10	-21	-18
Totale utenti con GAP	0	0	0	-93	-2	-95
di cui nuovi utenti	0	0	0	-41	-2	-43
Totale utenti con NIC	1	0	0	-172	-9	-180
di cui nuovi utenti NIC	1	0	0	-84	-9	-92
Utenti trasferiti temporaneamente altra ASL	-30	-11	-10	0	0	-51
Utenti segnalati art. 121 DPR 309/90	56	68	24	0	0	148
di cui presentatisi	8	-19	4	0	0	-7
di cui presi in carico	0	-29	5	0	0	-24
Utenti segnalati art. 75 DPR 309/90	2	-1	-2	0	0	-1
di cui presentatisi	2	-1	-2	0	0	-1
di cui presi in carico	0	-1	-2	0	0	-3

Allegato lettera c)

Questi valori si modificano non prendendo in considerazione l'alcologia (Cagliari, Muravera e Senorbì) in quanto questi dati sono di competenza, come già detto, del Dipartimento di Salute Mentale.

Di conseguenza i valori effettivi dei 3 Ser.D sono i seguenti:

Descrizione	Ser.D. Liguria	Ser.D. Valenzani	Ser.D. Quartu	Totale
Utenti in carico	-31	36	-19	-14
di cui nuovi utenti per il Ser.D. specifico	53	-6	-11	36
di cui nuovi utenti per il Servizio	53	-6	-11	36
di cui già in carico	-12	48	-8	24
di cui alcoldipendenti	0	0	-3	-3
di cui detenuti I.P.M.	0	-8	0	-8
di cui detenuti C.C. Buoncammino	-58	-21	-3	-82
di cui detenuti C.R. Isili	0	0	1	1
di cui inseriti in comunità terapeutica (toss)	-46	-1	37	-10
di cui inseriti in comunità terapeutica (alcol)	0	0	0	0
di cui non residenti ASL 8	16	6	-19	3
Totale utenti con GAP	0	0	0	0
di cui nuovi utenti	0	0	0	0
Totale utenti con NIC	1	0	0	1
di cui nuovi utenti NIC	1	0	0	1
Utenti trasferiti temporaneamente altra ASL	-30	-11	-10	-51
Utenti segnalati art. 121 DPR 309/90	56	68	24	148
di cui presentatisi	8	-19	4	-7
di cui presi in carico	0	-29	5	-24
Utenti segnalati art. 75 DPR 309/90	2	-1	-2	-1
di cui presentatisi	2	-1	-2	-1
di cui presi in carico	0	-1	-2	-3

Dipartimento del Farmaco

Il governo delle dinamiche di spesa del farmaco si è concentrato principalmente su alcuni interventi:

1. ***dal lato della domanda*** attraverso la promozione di iniziative di formazione, informazione incontro e "confronto tra pari" tali da consentire la conoscenza e la conseguente diffusione a livello aziendale di comportamenti virtuosi codificati in base anche all'analisi di "*best practice*" a livello nazionale ed internazionale. Tali incontri si sono ripetuti con cadenza periodica, sia nei confronti dei Medici di Medicina Generale che nei confronti degli specialisti ospedalieri e ambulatoriali.
2. ***dal lato dell'offerta*** attraverso il potenziamento della:

Allegato lettera c)

a) distribuzione per conto: in relazione a quanto previsto nella DGR n. 5/18 del 08.02.06 l'Azienda - nel ruolo di capofila regionale - si è attivata per dare immediato avvio alle attività previste dall'accordo già nel corso dell'anno 2007.

b) distribuzione diretta: potenziamento dell'attività di distribuzione diretta presso le strutture della Azienda, con particolare riferimento alle farmacie ospedaliere (con l'apertura di sportelli *ad hoc*).

c) distribuzione primo ciclo di terapia alla dimissione: potenziamento dell'attività di distribuzione del primo ciclo di terapia alla dimissione del paziente. L'obiettivo dell'"attivazione della distribuzione diretta" è stato assegnato a 70 strutture ospedaliere e territoriali, garantendo una totale copertura delle dimissioni per patologie croniche o comunque con terapie "lunghe". L'ulteriore miglioramento possibile per gli anni prossimi è legato all'estensione della distribuzione diretta anche alla dimissione da prestazioni relativa a ricoveri diurni e ambulatoriali.

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

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

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

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

"In ordine alla carenza regolamentare si è preso atto dei regolamenti adottati che enunciano prescrizioni particolarmente aderenti alle raccomandazioni di questa Corte. Inoltre, a seguito dell'adozione dei regolamenti è stata svolta puntuale attività di informazione/formazione a vantaggio degli operatori. ..... Pertanto, gli operatori medico/sanitari risultano tenuti al rispetto di regole d'azione/comportamento nello svolgimento dei rispettivi compiti di servizio afferenti alla conservazione, alla somministrazione dei beni farmaco-sanitari e alla rilevazione delle giacenze, ovvero risultano chiarite le diverse fasi del processo di consumo dei beni sanitari e le relative responsabilità, ora definite con chiarezza. La piena operatività del quadro regolamentare, delineando con chiarezza la configurazione dei ruoli, dei compiti e delle responsabilità - rispettivamente del Responsabile della Farmacia e del Coordinatore Infermieristico – consentirà finalmente sul piano fattuale che il Responsabile della Farmacia sia in grado di conoscere e

documentare non solo le movimentazioni dei beni dalla Farmacia a Reparti, ma anche i percorsi interni ai Reparti fino all'utilizzazione/somministrazione ai pazienti.
Tale impianto regolamentare ed operativo, assicurando la puntuale attribuzione dei compiti in capo alle diverse figure professionali, è altresì in grado di avviare la gestione verso canoni di correttezza, trasparenza e regolarità amministrativa-contabile".

Difatti nel corso del 2013 il Dipartimento del Farmaco ha proseguito l'azione di sensibilizzazione e informazione della classe medica in relazione all'andamento della spesa farmaceutica ed all'appropriatezza prescrittiva.
A tal fine sono stati organizzati incontri aventi ad oggetto le prescrizioni di farmaci erogati in regime convenzionale, invitando sia i medici di medicina generale che i medici ospedalieri, in qualità sia di primi prescrittori che di induttori di spesa.
Per quanto riguarda la farmaceutica ospedaliera durante l'anno si è proseguito con l'informatizzazione del processo di approvvigionamento dei reparti con la predisposizione e l'avvio degli armadietti di reparto.
Allo stato attuale tutti i reparti di tutti i presidi sono stati predisposti per l'utilizzo degli stessi armadietti e la quasi totalità sono attivi.
Sempre nell'ambito della farmaceutica ospedaliera uno dei principali obiettivi perseguiti nel corso del 2013, è stato l'attivazione del progetto di centralizzazione dell'allestimento delle terapie antitumorali per l'Ospedale Oncologico Businco.
A settembre del 2013 ha poi preso avvio - in qualità di struttura semplice con personale dedicato - l'attività della "Distribuzione Diretta", con il compito di riorganizzare e implementare l'attività di distribuzione del farmaco direttamente al paziente in modo da garantire un risparmio rispetto al regime convenzionale.

- **Distribuzione diretta**

Con Deliberazione n. 1231 del 08.07.2013 è stata formalmente istituita la struttura semplice Distribuzione Diretta nell'ambito del Dipartimento del Farmaco, al fine di proseguire con la sua incentivazione anche tramite una riorganizzazione che tenesse conto dell'incremento dei pazienti in carico, anche a seguito dell'attribuzione alla Asl delle competenze relative alla sanità penitenziaria.
Nelle pagine seguenti sono riportati i dati relativi alla distribuzione diretta a pazienti, anche di altre ASL, effettuata dai presidi interni alla Azienda, dalla struttura Distribuzione diretta tramite le sue articolazioni territoriali e dalla Nuova Casa di Cura di Decimo per quanto riguarda i farmaci oncologici ad alto costo.

Allegato lettera c)

Oltre alla consegna dei farmaci per il 1° ciclo terapia in dimissione da ricovero ex L. n. 405/2001, la distribuzione riguarda anche i pazienti in RSA, ADI e - come sopra detto - i pazienti presenti negli istituti penitenziari dislocati nel territorio della Asl di Cagliari.

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

Distribuzione diretta	2012	2013
CLASSE A	33.272.855	35.076.299
CLASSE C	341.057	622.150
CLASSE H	29.903.121	27.207.602
FARMACI ESTERI	10.055	285.993
Totale	**63.527.088**	**63.192.043**

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

Mobilità attiva distribuzione diretta		
ASL RESIDENZA	2012	2013
CAGLIARI	**43.393.462**	**41.603.814**
MOBILITA' EXTRA-REGIONE	**362.071**	**307.398**
MOBILITA' INTRA-REGIONE	**19.771.556**	**21.280.832**
CARBONIA	5.148.766	5.576.889
LANUSEI	1.479.342	1.682.864
NUORO	1.608.346	1.808.482
OLBIA	824.897	878.566
ORISTANO	5.099.315	5.385.028
SANLURI	4.818.382	5.009.861
SASSARI	792.508	939.142
TOTALE	**63.527.089**	**63.192.044**

- **Distribuzione per conto**

Nel 2012 la distribuzione per conto aveva subito una battuta d'arresto, nel corso dei primi mesi, dovuta allo scadere dell'accordo con *Federfarma* e delle gare di aggiudicazione dei farmaci in DPC. Solo con la proroga sia dell'accordo che dei contratti, in attesa delle nuove stipule, si era potuti ripartire con i nuovi approvvigionamenti. Nel corso sempre del 2012 si era addivenuti alla stipula di un nuovo accordo con

Federfarma, che a seguito di alcuni rinvii ha avuto decorrenza dal dicembre dello stesso anno, che prevedeva importanti novità tra le quali:

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

Nel corso del 2013 pertanto la DPC, seppur seguita come Azienda capofila dall'Asl di Sassari, ha avuto nuovamente regolare corso, come si può evincere dai dati consuntivi delle ricette elaborate dalla società Marno di seguito riportati.

Distribuzione per conto	2012	2013
Numero pezzi	165.917	329.153
Costo d'acquisto	7.444.726	11.745.817
Aggio farmacie + distributori	1.529.567	2.899.408
Costo DPC	8.974.294	14.645.226

FARMACEUTICA TERRITORIALE

- **Farmaceutica convenzionata**

Per quanto riguarda la farmaceutica convenzionata, la ripartizione della spesa per classi terapeutiche della Asl 8, riflette l'andamento a livello nazionale: le classi ATC relative al sistema cardiovascolare (C), l'apparato gastrointestinale e metabolismo (A) e il sistema nervoso (N) sono le più prescritte e da sole assorbono circa il 65% dell'intera spesa lorda della farmaceutica convenzionata. I dati forniti dalla società Marno, incaricata dell'elaborazione delle ricette consegnate al Servizio Farmaceutico, consentono lo studio dell'andamento della spesa farmaceutica territoriale dell'ultimo biennio.

Farmaceutica convenzionata						
2012		2013		Decr. % Spesa netta	Scostamenti 2013/2012	
Numero pezzi	Spesa netta	Numero pezzi	Spesa netta	2013/2012	Effetto prezzo	Effetto consumo
11.147.197	110.903.268	11.291.226	101.584.558	-8,40%	-9,57%	1,29%

E' da notare come, nel 2013, a fronte di un aumento dei pezzi consumati pari al 1,29%, la spesa complessiva netta ha subito un decremento pari al 8,40%.

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 9,57%.

Allegato lettera c)

Nel canale convenzionale, e quindi al di fuori dei percorsi previsti per la Distribuzione Diretta e la Distribuzione in nome e per conto, nel 2013, residuano farmaci del PHT per un importo lordo pari ad € 4.463.473, con una incidenza sulla spesa lorda convenzionata totale, del 3,77%. L'incidenza, rispetto al 2012 si è ridotta di quasi 2/3 e ciò è dovuto al fatto che, nel 2013, la DPC è ripartita a pieno regime rispetto all'anno precedente.

Farmaci del PHT residuali nel canale convenzionale				
2012		2013		Decr. % Spesa netta
Numero Pezzi	Spesa Lorda	Numero Pezzi	Spesa Lorda	2013/2012
282.750	€ 12.128.400	148.090	€ 4.463.473	-63,20%

Per quanto riguarda la mobilità attiva, rilevata dal flusso della farmaceutica convenzionata, risulta un decremento sia della spesa per residenti extra regione (-18%), che della spesa sostenuta per i residenti delle altre province della Sardegna (-14%), così come evidenziato nella tabella sottostante.

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

Mobilità attiva farmaceutica convenzionata	Spesa Netta 2012	Spesa Netta 2013
Mobilità extra-regione	€ 528.855	€ 431.446
Mobilità intra-regione	€ 1.703.549	€ 1.471.542
Totale	**€ 2.232.404**	**€ 1.902.988**

Mobilità attiva e passiva Infrareg. Spesa netta	Netto SSN (Mob. Passiva)	Netto SSN (Mob. Attiva)	Saldo
ASL SASSARI	63.994	119.621	55.627
ASL OLBIA	97.274	73.481	-23.793
ASL NUORO	118.647	226.229	107.582
ASL LANUSEI	98.950	147.756	48.806
ASL ORISTANO	282.021	250.672	-31.349
ASL SANLURI	375.998	364.980	-11.018
ASL CARBONIA	353.565	288.803	-64.762
TOTALE	**1.390.451**	**1.471.542**	**81.091**

Allegato lettera c)

FARMACEUTICA OSPEDALIERA

La revisione e riorganizzazione della rete delle farmacie ospedaliere presentata nel mese di dicembre 2010 dal Responsabile della S.C. Farmaceutica Ospedaliera prevedeva una reingegnerizzazione dei processi in funzione di una razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera.

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

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

Il processo avviato sostanzialmente nel 2011, ha trovato piena realizzazione nel corso del 2012 e 2013.

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

L'alimentazione costante dei flussi ha consentito una razionalizzazione delle attività ed una riduzione delle risorse umane ad esse dedicate.

In virtù dei flussi aggiornati quotidianamente è stato possibile proseguire con il governo clinico della spesa farmaceutica ospedaliera tramite alcune leve di intervento quali:

1. Aderenza rigida al Prontuario Terapeutico Regionale;
2. Incontri periodici con i clinici per valutazioni sulla spesa farmaceutica ospedaliera;
3. Analisi dati di spesa farmaceutica e proposte di scelte terapeutiche in base ad analisi di minimizzazione dei costi;
4. Promozione dell'impiego dei farmaci biosimilari.

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

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

Allegato lettera c)

Al fine di ottemperare alle disposizioni dettate dalla Corte dei Conti e per una completa tracciabilità economica dei beni farmaceutici e sanitari consegnati ai Centri di Costo, è stata avviata, in collaborazione con le Direzioni Sanitarie l'implementazione del sistema *SISAR* relativa agli armadietti di reparto. I centri di costo degli Ospedali Marino, Binaghi, SSTrinità, Businco e Microcitemico provvedono ad alimentare i flussi di scarico del farmaco e del dispositivo medico al fine di consentire un'esatta valutazione delle giacenze di reparto.

Ma uno dei principali obiettivi perseguiti nel corso del 2013 è stato l'attivazione del progetto di centralizzazione dell'allestimento delle terapie antitumorali per l'Ospedale Oncologico Businco. La centralizzazione prevista già con Provvedimento del 5.08.1999 ed in ottemperanza a quanto disposto dalla raccomandazione Ministeriale n. 14/ottobre 2012, ha consentito una razionalizzazione della spesa farmaceutica con una riduzione media della stessa di circa € 50.000/MESE. La centralizzazione permetterà di garantire maggiore qualità della preparazione con conseguente maggiore sicurezza per i pazienti, per gli operatori sanitari, ed un importante contenimento della spesa farmaceutica, in quanto trattasi di farmaci innovativi ad alto costo, la cui posologia viene calcolata in base al peso o alla superficie corporea. Considerato il dato sul contenimento della spesa derivante dalla riduzione degli sprechi riguardanti le quote residue di farmaco, si è provveduto anche per l'Oncologia dell'Ospedale S. Marcellino e per i Centri dell'Ospedale S.S. Trinità.

Nel corso del 2013 sono proseguiti gli incontri con il Servizio Acquisti e l'Unità Farmaceutica Centrale al fine di monitorare ciascuna procedura di gara ed effettuare un monitoraggio dei contratti con *alert* da inviare alle farmacie ospedaliere in caso di scadenza contrattuale imminente od in casi di esaurimento dell'importo.

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

UNITA' CENTRALE FARMACEUTICA

La Struttura Semplice Dipartimentale "Unità Centrale Farmaceutica" ha il compito di governare il processo di approvvigionamento dei farmaci e dei D.M. di competenza farmaceutica a livello aziendale - riconducendo all'unicità tutto il percorso di acquisto - e contribuisce alla programmazione strategica del processo di fornitura per ottimizzare le procedure con il Servizio Acquisti.

A quanto suddetto si aggiunge il controllo dell'anagrafica dei prodotti trattati, compresi nel sistema informatico utilizzato dall'Azienda (*SiSAR*), con particolare riferimento all'inserimento e/o cancellazione, o completamento della descrizione anagrafica dei prodotti in uso.

Allegato lettera c)

L'attività complessiva dell'anno 2013 è schematizzata nella seguente tabella.

Sono state espletate in totale n. 870 pratiche suddivise per tipologia:

PRATICHE UFF. VARI E DIREZIONE	CHIARIMENTI	RICHIESTE	RICHIESTE RELAZ. UNICO OPER. ECONOMICO	PRATICHE GESTITE X CONGRUITA'	PRATICHE CONCLUSE (CONTRATTO INFORMATICO)
50	208	413	59	137	131

Le pratiche indicate rappresentano la programmazione di fabbisogni unificati per tutte le strutture ospedaliere e territoriali della A.S.L., sono scaturite dalla raccolta delle esigenze di ogni singolo P.O. e dei Servizi Territoriali aziendali, assemblandole - quando possibile - e predisponendo i capitolati per l'indizione di eventuali gare d'appalto e/o trattative negoziali. Tutte le pratiche impegnano direttamente questa Unità per le valutazioni tecniche, di conformità, di congruità prezzi, e per le indagini di mercato, in particolare per la valutazione dei requisiti di unicità e infungibilità delle relazioni ad Unico Operatore Economico.

Nell'ultimo quadrimestre è stata elaborata la richiesta di proroga della "Gara Farmaci", prevista nella delibera di aggiudicazione n. 931/2010 e delle successive delibere dei lotti non aggiudicati in gara e dei cosiddetti "principi attivi unici". Sono state valutate con il Dipartimento del Farmaco un totale di 7 macrodelibere di farmaci. Analogamente è stata esaminata la situazione delle delibere di altre gare aziendali prossime alla scadenza di D.M. per la valutazione della richiesta di proroga, nelle more dell'espletamento delle Gare Regionali per gruppi omogenei di CND da parte della Azienda capofila. Sono state gestite un totale di 8 delibere di gare aziendali di D.M.

Gare Regionali – Delib. n. 51/13 del 28.12.2013: sono stati raccolti, elaborati ed unificati i fabbisogni aziendali di 8 gare, redatti secondo il *format* predisposto dalla Azienda capofila. Di queste gare, 6 sono state completate e trasmesse - per i successivi provvedimenti di competenza - al Servizio Acquisti, altre 2 sono in fase di completamento CND M04 -ASL Nuoro e CND R – A.O.U. Cagliari.

Dal raffronto dei dati 2012-2013 - relativamente alle pratiche espletate - si evidenzia:

- un aumento del numero di richieste valutate (del 30 % circa);
- una significativa riduzione delle richieste *in privativa* ad unico operatore economico;
- una riduzione delle pratiche totali gestite per conformità e congruità.

Di fatto molte richieste *valutate* sono confluite ed assemblate in uniche procedure negoziali aggregate per CND che hanno condizionato e determinato la riduzione delle *pratiche gestite*, oppure negli elenchi delle Gare Regionali

La riduzione delle richieste *in privativa* va attentamente valutata e monitorata nel tempo.

Infatti, molte pratiche (forniture *in service*) vengono espletate con validità biennale e già questo giustifica in parte la riduzione; inoltre, questa Unità nel corso dell'anno ha cercato di assemblare le richieste in privativa, previa valutazione, non solo per identica tipologia di prodotti ma anche per Operatore Economico, ottenendo per lo meno la riduzione dei successivi provvedimenti di indizione e gestione pratica.

Viene costantemente implementato il rapporto di collaborazione interdisciplinare con gli attori del complesso sistema degli approvvigionamenti aziendali per la definizione delle procedure in uso e per concordare eventuali modifiche in relazione alle attuali esigenze ed alle innovazioni legislative, al fine di razionalizzare ed ottimizzare i tempi di risposta ai bisogni di salute della popolazione.

Dipartimento del Acquisto Servizi Sanitari

Il Dipartimento funzionale "Acquisti Servizi Sanitari", istituito con deliberazione n. 611 del 23.05.2007, con funzioni di supporto alla Direzione Generale ed alle articolazioni organizzative con funzioni di committenza (Distretti e Dipartimenti), si articola in 2 strutture complesse: U.O.C. Assistenza Ospedaliera, U.O.C. Assistenza Territoriale e la S.S.D. "Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari".

Assistenza Territoriale

L'attività specialistica ambulatoriale viene erogata dalle strutture a gestione diretta (Poliambulatori e Presidi Ospedalieri), da altre strutture pubbliche situate nel territorio aziendale (Azienda Ospedaliera Brotzu e Azienda Ospedaliero Universitaria), dalle strutture private accreditate e dalle altre Aziende, regionali ed extraregionali.

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

Per l'anno 2013 non è stato possibile verificare l'attività della mobilità passiva in quanto i dati relativi non sono in possesso del Servizio.

Allegato lettera c)

Domanda espressa e soddisfatta

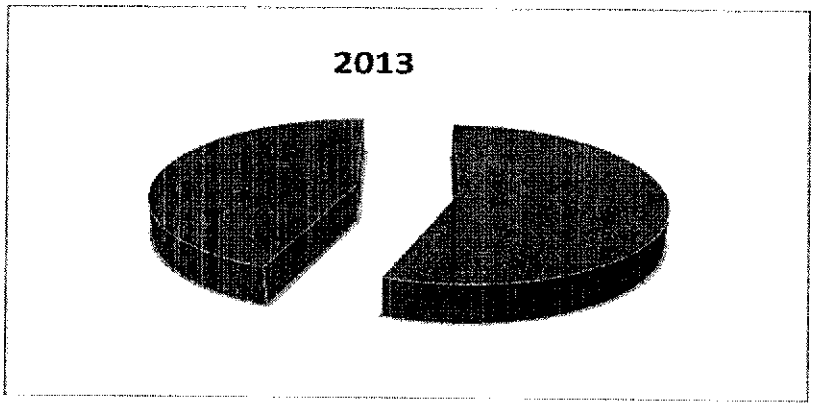
La domanda espressa nell'anno 2013 dai residenti nella ASL n. 8 è stata soddisfatta dalle strutture a gestione diretta e dalle strutture private accreditate.

COD. BRANCA	DESCRIZIONE	PRIVATO	PUBBLICO	Totale
01	ANESTESIA		12.886	12.886
02	CARDIOLOGIA	118.383	89.142	207.525
03	CHIRURGIA	1.128	21.292	22.420
04	CHIRURGIA PLASTICA		4.464	4.464
05	ANGIOLOGIA	894	1.251	2.145
06	DERMATOLOGIA	6.483	27.891	34.374
07	MEDICINA NUCLEARE		28.274	28.274
08	RADIOLOGIA	259.144	63.688	322.832
09	ENDOCRINOLOGIA		32.355	32.355
10	GASTROENTEROLOGIA	7.007	8.510	15.517
11	LABORATORIO	1.665.043	1.748.367	3.413.410
12	FISIOCHINESITERAPIA	903.713	88.991	992.704
13	NEFROLOGIA E DIALISI	41.548	48.056	89.604
14	NEUROCHIRURGIA		2.565	2.565
15	NEUROLOGIA	14.933	20.335	35.268
16	OCULISTICA	37.993	50.306	88.299
17	ODONTOSTOMATOLOGIA	50.015	26.669	76.684
18	ONCOLOGIA	222	11.720	11.942
19	ORTOPEDIA	9.331	34.680	44.011
20	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	7.455	16.600	24.055
21	OTORINOLARINGOIATRIA	7.089	32.177	39.266
22	PNEUMOLOGIA	4	23.290	23.294
23	PSICHIATRIA		4.507	4.507
24	RADIOTERAPIA		6.914	6.914
25	UROLOGIA	5.395	11.544	16.939
26	ALTRE BRANCHE		80.537	80.537
Totale		**3.135.780**	**2.497.011**	**5.632.791**

Di seguito si riportano le percentuali tra le strutture pubbliche e private riferiti alle prestazioni erogate nel 2013 per i cittadini residenti nella ASL di Cagliari.

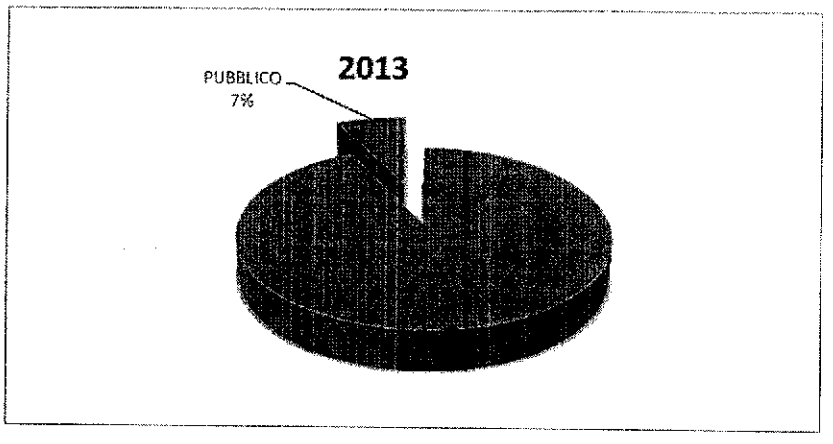
Allegato lettera c)

Prestazioni



Come si evince dal grafico sopra riportato la percentuale assoluta del numero di prestazioni è svolta dalle strutture private accreditate.

Importo prestazioni

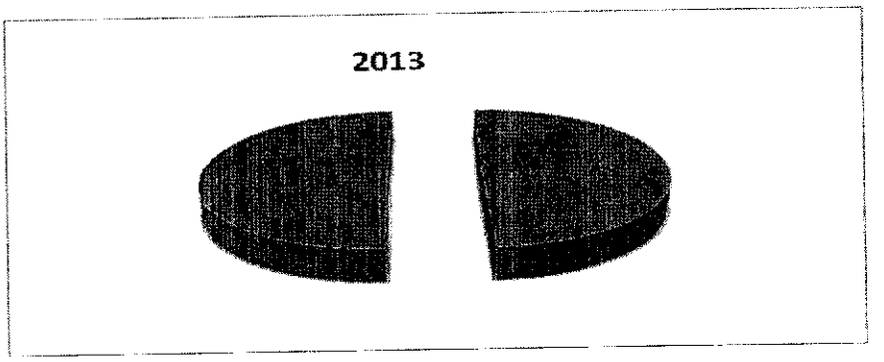


Il grafico sopra riportato evidenzia il fatturato lordo, su questo livello assistenziale tra pubblico e privato. L'enorme discrepanza tra pubblico è privato è dovuta al fatto che alcune prestazioni - quali la RMN e la TAC - presenti nei Presidi Ospedalieri sono rivolte principalmente ai pazienti ricoverati, con riduzione dell'attività rivolta al paziente esterno.

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

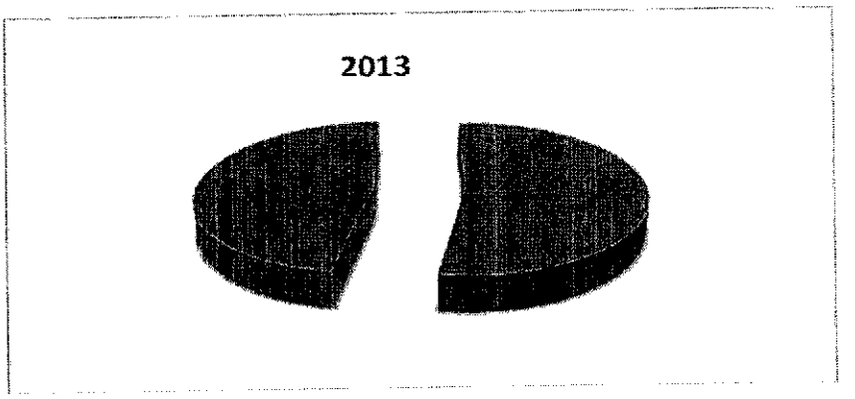
Allegato lettera c)

Diagnostica di laboratorio

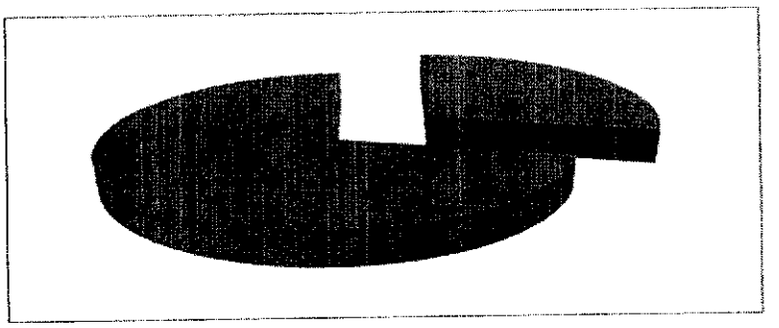


Il numero di prestazioni viene ripartito equamente tra le strutture a gestione diretta ed il privato accreditato.

Nefrologia e dialisi



Branca a visita

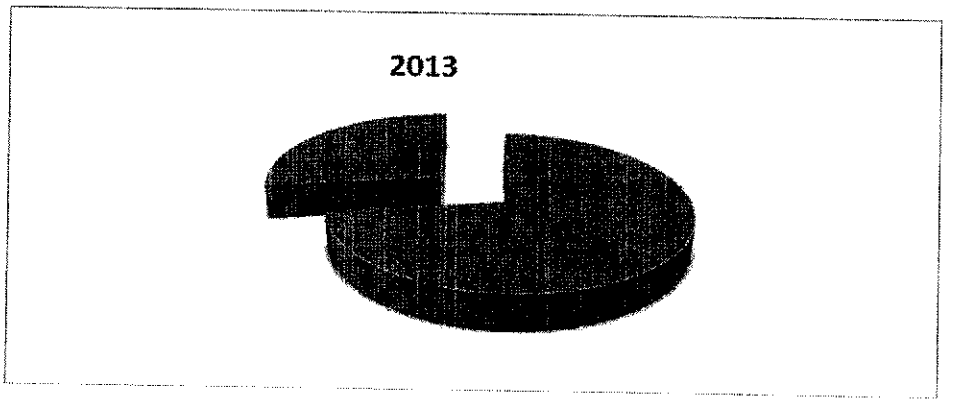


Le strutture pubbliche a gestione diretta erogano il 71% delle prestazioni "branche a visita" rispetto al privato accreditato con una più ampia offerta di branche specialistiche, come si evince dalla tabella sotto riportata.

Allegato lettera c)

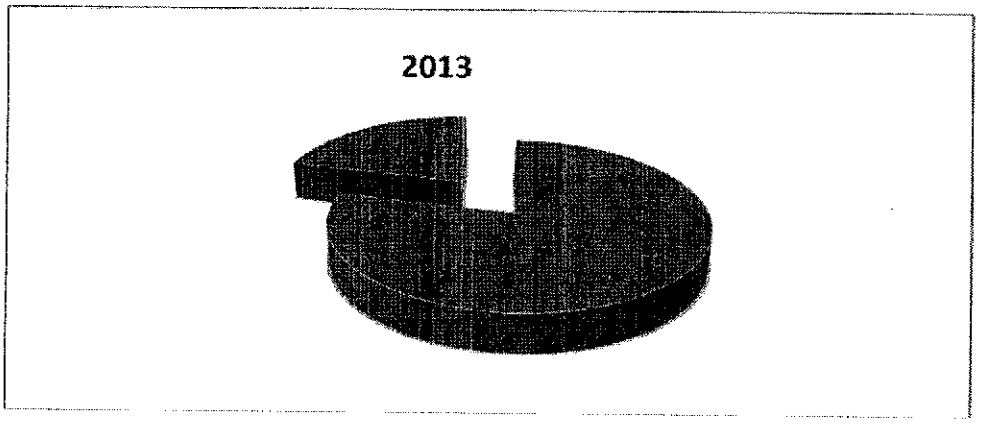
BRANCA	PUBBLICO	PRIVATO
ALTRE BRANCHE	80.537	
ANESTESIA	12.886	
ANGIOLOGIA	1.006	
CARDIOLOGIA	78.966	75.653
CHIRURGIA	21.292	1.046
CHIRURGIA PLASTICA	4.464	
DERMATOLOGIA	27.891	6.483
ENDOCRINOLOGIA	23.558	
GASTROENTEROLOGIA	6.376	7.005
MEDICINA NUCLEARE	3.217	
NEUROCHIRURGIA	2.565	
NEUROLOGIA	20.335	14.933
OCULISTICA	50.297	33.349
ODONTOSTOMATOLOGIA	26.669	50.015
ONCOLOGIA	11.720	222
ORTOPEDIA	32.208	8.882
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	14.251	3.799
OTORINOLARINGOIATRIA	32.177	7.089
PNEUMOLOGIA	23.290	4
PSICHIATRIA	4.507	
RADIOTERAPIA	6.882	
UROLOGIA	11.539	3.840
Totale	**496.633**	**212.320**

Radiologia tradizionale



Allegato lettera c)

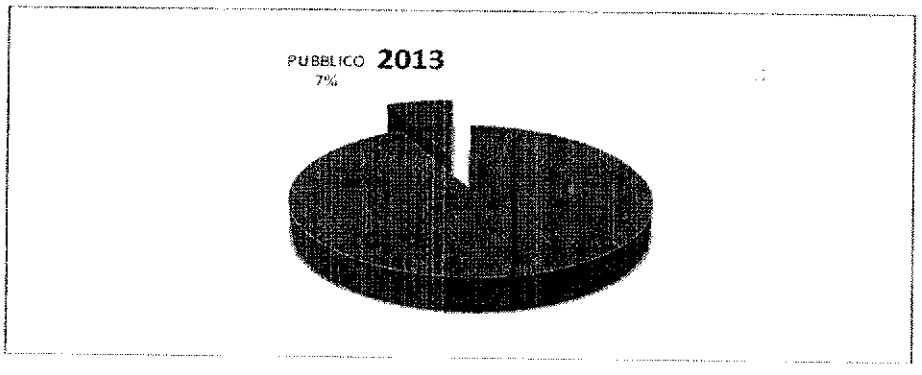
RMN E TAC



Per quanto riguarda la diagnostica per immagini, il privato eroga una percentuale più marcata rispetto al pubblico, in particolare per le RMN e TAC.

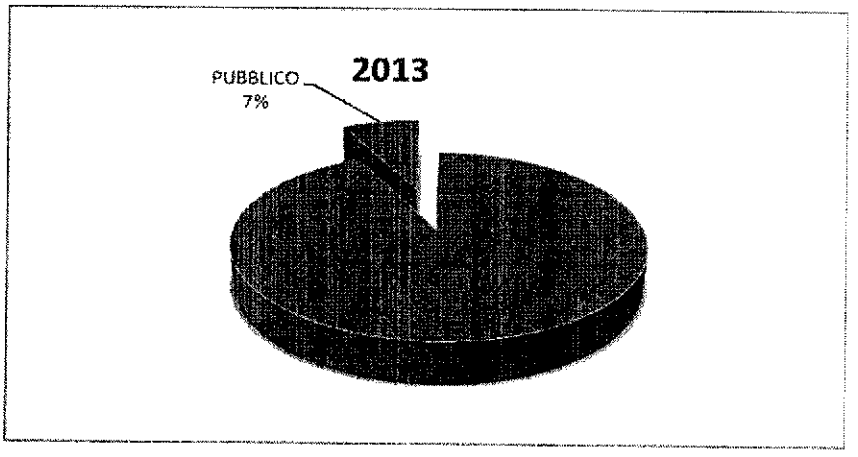
Questo dato è da attribuire alla politica Aziendale che ha scelto di indirizzare la grossa tecnologia a favore dei pazienti ricoverati al fine di ridurre le giornate di degenza.

Fisiokinesiterapia



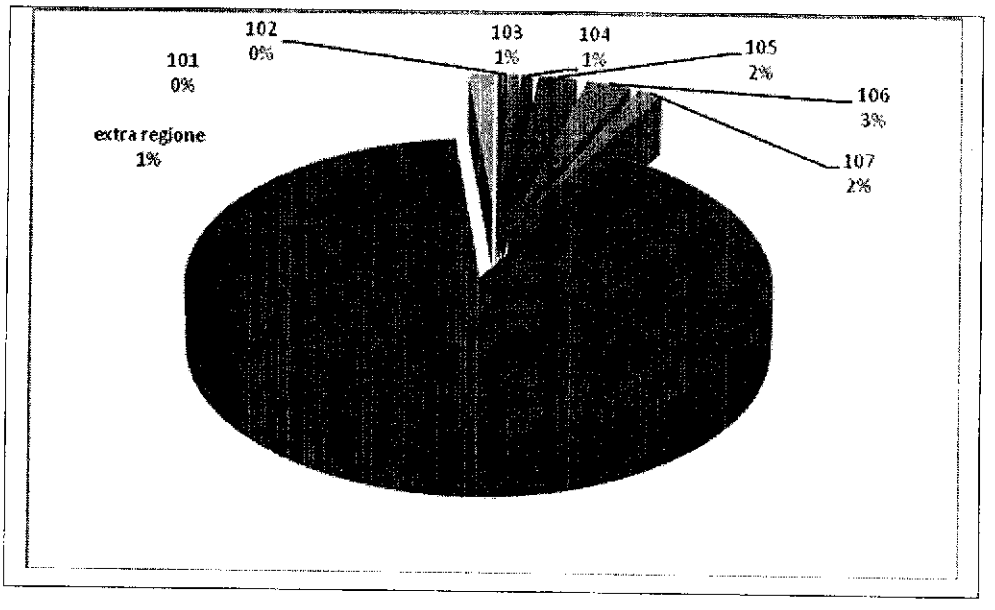
Allegato lettera c)

Day Service



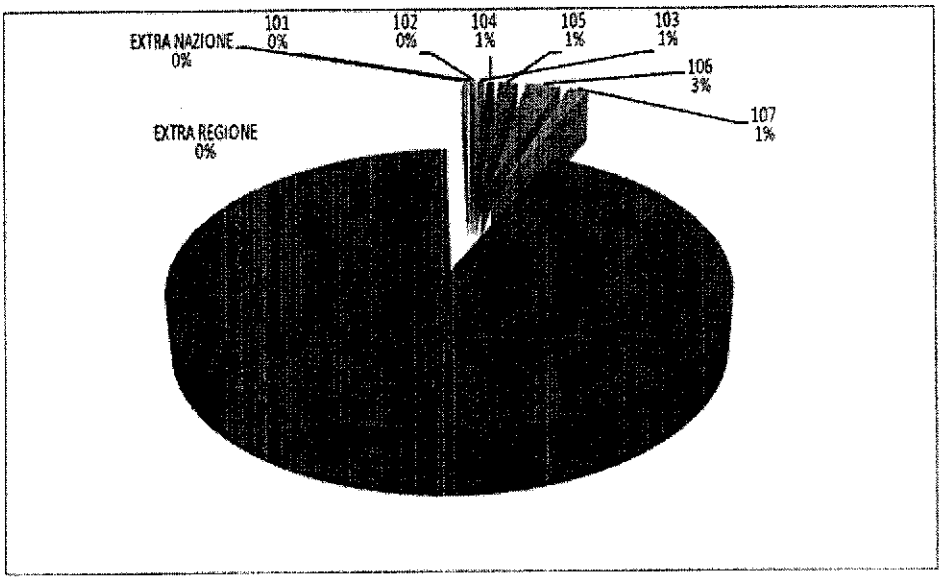
Le strutture aziendali - pubbliche e private accreditate - erogano prestazioni, sia per i cittadini residenti che per i non residenti nel territorio aziendale.

2012



Allegato lettera c)

2013



L'Azienda eroga prestazioni anche a favore di cittadini residenti in altre Aziende sanitarie.

Di seguito si riporta il numero di prestazioni e relative tariffe erogate dalle strutture pubbliche e private dell'Azienda nell'anno 2013 suddivise per macroaggregato e per ASL richiedente.

Allegato lettera c)

		PRIVATO		PUBBLICO		n totale	lordo totale
ASL	AGGREGATO	n	lordo	n	lordo		
101	1.Diagnostica per immagini	442	15.955	554	14.104	996	30.059
	1A.Diagnostica per immagini - RMN e TAC	317	72.142	107	16.606	424	88.748
	2.Diagnostica di laboratorio	1.978	8.906	7.429	139.157	9.407	148.063
	3.FKT	830	6.766	206	2.266	1.036	9.032
	4.Nefrologia e Dialisi			28	1.405	28	1.405
	5.Altro	452	10.631	2.122	40.963	2.574	51.594
	6.DAY SERVICE	64	56.242	1	240	65	56.482
101 Totale		**4.083**	**170.642**	**10.447**	**214.741**	**14.530**	**385.383**
102	1.Diagnostica per immagini	261	8.687	398	10.386	659	19.073
	1A.Diagnostica per immagini - RMN e TAC	140	32.729	46	7.124	186	39.853
	2.Diagnostica di laboratorio	888	4.401	3.355	56.655	4.243	61.056
	3.FKT	646	4.221	77	950	723	5.171
	4.Nefrologia e Dialisi			21	2.419	21	2.419
	5.Altro	183	4.548	1.357	29.982	1.540	34.530
	6.DAY SERVICE	75	75.733	4	3.764	79	79.497
102 Totale		**2.193**	**130.319**	**5.258**	**111.280**	**7.451**	**241.599**
103	1.Diagnostica per immagini	1.370	46.345	1.970	56.744	3.340	103.089
	1A.Diagnostica per immagini - RMN e TAC	675	144.812	262	40.812	937	185.624
	2.Diagnostica di laboratorio	4.672	22.850	12.603	141.011	17.275	163.861
	3.FKT	3.287	25.435	879	8.052	4.166	33.487
	4.Nefrologia e Dialisi	2	324	110	21.128	112	21.452
	5.Altro	1.190	32.475	5.589	118.036	6.779	150.511
	6.DAY SERVICE	148	144.079	12	8.048	160	152.127
103 Totale		**11.344**	**416.320**	**21.425**	**393.831**	**32.769**	**810.151**
104	1.Diagnostica per immagini	1.257	44.650	1.064	33.209	2.321	77.859
	1A.Diagnostica per immagini - RMN e TAC	547	117.064	329	51.770	876	168.834
	2.Diagnostica di laboratorio	3.289	16.267	12.642	108.416	15.931	124.683
	3.FKT	3.854	28.981	352	4.185	4.206	33.166
	4.Nefrologia e Dialisi	85	13.397	1.006	144.964	1.091	158.361
	5.Altro	899	24.078	5.827	128.067	6.726	152.145
	6.DAY SERVICE	115	110.863	4	1.606	119	112.469
104 Totale		**10.046**	**355.300**	**21.224**	**472.217**	**31.270**	**827.517**
105	1.Diagnostica per immagini	3.517	123.010	4.068	108.594	7.585	231.604
	1A.Diagnostica per immagini - RMN e TAC	2.614	544.040	819	125.642	3.433	669.682
	2.Diagnostica di laboratorio	5.583	26.042	34.704	259.081	40.287	285.123
	3.FKT	4.990	40.006	2.917	27.140	7.907	67.146
	4.Nefrologia e Dialisi	561	137.087	1.077	152.867	1.638	285.954
	5.Altro	2.192	48.628	16.155	349.565	18.347	398.193
	6.DAY SERVICE	326	328.401	32	26.634	358	355.035
105 Totale		**19.783**	**1.243.214**	**59.772**	**1.049.523**	**79.555**	**2.292.737**

Allegato lettera c)

		PRIVATO		PUBBLICO		n totale	lordo totale
ASL	AGGREGATO	n	lordo	n	lordo		
106	1.Diagnostica per immagini	7.007	251.732	6.170	164.682	13.177	416.414
	1A.Diagnostica per immagini - RMN e TAC	5.391	1.043.253	825	125.370	6.216	1.168.623
	2.Diagnostica di laboratorio	11.886	57.572	47.312	293.787	59.198	351.359
	3.FKT	26.413	212.773	3.572	38.468	29.985	251.241
	4.Nefrologia e Dialisi	2.289	443.802	1.551	218.012	3.840	661.814
	5.Altro	7.884	171.662	26.966	560.193	34.850	731.855
	6.DAY SERVICE	798	770.867	34	20.654	832	791.521
106 Totale		**61.668**	**2.951.661**	**86.430**	**1.421.166**	**148.098**	**4.372.827**
107	1.Diagnostica per immagini	3.452	126.253	5.081	172.153	8.533	298.406
	1A.Diagnostica per immagini - RMN e TAC	2.986	603.658	706	95.374	3.692	699.032
	2.Diagnostica di laboratorio	7.857	40.253	29.250	240.975	37.107	281.228
	3.FKT	4.257	32.963	1.298	15.275	5.555	48.238
	4.Nefrologia e Dialisi	273	57.967	112	4.857	385	62.824
	5.Altro	5.080	118.958	22.446	465.924	27.526	584.882
	6.DAY SERVICE	1.046	997.281	47	38.412	1.093	1.035.693
107 Totale		**24.951**	**1.977.333**	**58.940**	**1.032.970**	**83.891**	**3.010.303**
108	1.Diagnostica per immagini	271.623	8.973.830	105.005	2.955.259	376.628	11.929.089
	1A.Diagnostica per immagini - RMN e TAC	34.851	6.504.936	9.404	1.414.215	44.255	7.919.151
	2.Diagnostica di laboratorio	1.665.043	7.053.062	1.748.367	8.672.419	3.413.410	15.725.481
	3.FKT	903.713	6.836.066	88.991	837.237	992.704	7.673.303
	4.Nefrologia e Dialisi	41.548	8.017.214	48.055	6.395.454	89.603	14.412.668
	5.Altro	212.320	4.269.743	496.633	9.585.277	708.953	13.855.020
	6.DAY SERVICE	6.682	6.516.443	556	318.210	7.238	6.834.653
108 Totale		**3.135.780**	**48.171.294**	**2.497.011**	**30.178.071**	**5.632.791**	**78.349.365**
EXTRA NAZIONE	1.Diagnostica per immagini	6	231	21	606	27	837
	1A.Diagnostica per immagini - RMN e TAC	1	172	3	395	4	567
	2.Diagnostica di laboratorio	20	117	376	2.035	396	2.152
	3.FKT	170	1.562	18	208	188	1.770
	4.Nefrologia e Dialisi	75	11.582			75	11.582
	5.Altro	8	110	65	1.153	73	1.263
	6.DAY SERVICE	1	1.106			1	1.106
EXTRA NAZIONE Totale		**281**	**14.880**	**483**	**4.397**	**764**	**19.277**
EXTRA REGIONE	1.Diagnostica per immagini	873	30.419	487	14.478	1.360	44.897
	1A.Diagnostica per immagini - RMN e TAC	197	35.692	41	5.799	238	41.491
	2.Diagnostica di laboratorio	4.505	21.490	8.530	58.242	13.035	79.732
	3.FKT	3.334	25.350	454	3.619	3.788	28.969
	4.Nefrologia e Dialisi	320	50.488	169	25.217	489	75.705
	5.Altro	499	10.478	1.735	34.080	2.234	44.508
	6.DAY SERVICE	31	33.133	1	886	32	34.019
EXTRA REGIONE Totale		**9.759**	**207.000**	**11.417**	**142.321**	**21.176**	**349.321**
Totale		**3.279.888**	**55.637.963**	**2.772.407**	**35.020.517**	**6.052.295**	**90.658.480**

Allegato lettera c)

Attività anno 2013 -Tetti di spesa

Con nota Prot. n. 0031924 del 31.12.2012, la Regione Autonoma della Sardegna – Direzione Generale della Sanità, informava i Direttori Generali delle ASL e - per conoscenza - i rappresentanti delle maggiori sigle sindacali, della pubblicazione sul sito istituzionale della RAS della DGR n. 51/19 del 28.12.2012, contenente il nuovo schema di contratto e la determinazione dei tetti di spesa per l'acquisto - dalle strutture private accreditate - delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il triennio 2013/2015.

Tale nota invitava le Aziende Sanitarie - nelle more degli atti finalizzati alla contrattazione triennale - a:

- stipulare contratti transitori, con decorrenza 01.01.2013 e durata non superiore a 90 giorni:
- determinare il tetto di spesa per singolo operatore in misura non superiore ai 3/12 dell'importo contrattato per l'anno 2012, così come rideterminato ai sensi della DGR n. 49/4 del 17.12.2012 (legge Monti);
- redigere i contratti transitori secondo lo schema di contratto precedentemente individuato dalla RAS con DGR n. 31/14 del 06.08.2010;
- redigere i nuovi contratti per il triennio 2013/2015 secondo il nuovo schema approvato con DGR n. 51/19 del 28.12.2012, considerando - nella determinazione dei volumi di attività da acquistare dai singoli operatori - non più soltanto il fatturato storico ma anche, in linea con l'orientamento dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, la capacità erogativa** delle strutture ed i nuovi fabbisogni indicati nei rispettivi piani preventivi aziendali;
- **vedasi nota RAS prot. n. 0025021 del 10.10.2012 che reca precisazioni circa la"rimodulazione volumi attività accreditati" e offre spunti per addivenire al concetto di "capacità erogativa della struttura" da valutare in sede di programmazione aziendale, dal momento che tale capacità ora costituisce uno dei tre parametri su cui basare la determinazione del *Budget*.
- determinare per l'anno 2013 il tetto delle singole strutture al netto dell'importo già stabilito nel contratto transitorio.

La DGR n. 51/19 del 28.12.2012, indicava il tetto di spesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale per gli anni 2013-2014-2015, distinti per Azienda ed il nuovo schema di contratto.

DGR 35/23 28.10.2010 2010/2012	€ 40.166.930,92
DGR 30/62 12.07.2011 Liste d'attesa	€ 2.830.370
DGR 51/19 28.12.2012	2013: € 39.011.430,18 2014/2015: € 38.605.735,09

Allegato lettera c)

Come si evince dalla tabella sopra riportata, per questa Azienda si è registrata un'importante riduzione del tetto di spesa; inoltre è venuto meno il finanziamento per l'abbattimento delle liste d'attesa (DGR n. 233/26 del 10.08.2011) a favore delle strutture private che erogano prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - per il triennio 2010/2012 - pari ad € 2.830.370. Pertanto il finanziamento tra l'anno 2012 e il 2013 ha avuto una riduzione del 3,89%.

Alla luce delle suddette decurtazioni, essendo il finanziamento RAS insufficiente a garantire i volumi di attività degli anni precedenti, l'Azienda ha deciso, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza di:

- mantenere invariato il volume complessivo e relativo tetto, contrattato nell'anno 2012 per le prestazioni di dialisi (all'eventuale incremento di fabbisogno si farà fronte con le strutture a gestione diretta);
- mantenere invariato il volume di prestazioni e relativo tetto della Fisiokinesiterapia, per le quali attualmente non si registrano tempi d'attesa e che vengono erogate al 90% dalle strutture private;
- ridurre gradualmente il volume di prestazioni di laboratorio in quanto erogate in misura superiore a quella prevista dagli indicatori (all'eventuale incremento di fabbisogno si farà fronte con le strutture a gestione diretta);
- ridurre il numero di prestazioni di radiologia, in particolare RMN e TAC in quanto, pur essendo necessarie al fine del contenimento delle liste d'attesa, presentano un costo unitario elevato, per cui il soddisfacimento completo del fabbisogno non consentirebbe la copertura del fabbisogno delle altre tipologie di prestazioni;
- ridurre le prestazioni di branca a visita nel territorio cittadino con contestuale incremento, nei limiti delle possibilità, delle stesse prestazioni in altri territori aziendali scoperti.

Di seguito si riportano i tetti da contrattare nel prossimo triennio sulla base della programmazione Aziendale.

TETTO LORDO DA CONTRATTARE PER IL PROSSIMO TRIENNIO

	2013	2014	2015
DIALISI	8.558.403,00	8.558.403,00	8.558.403,00
FKT	6.445.547,00	6.445.547,00	6.445.547,00
LABORATORIO	5.258.448,92	5.058.448,99	4.858.448,95
RADIOLOGIA	14.161.932,08	13.711.932,01	13.911.932,05
VISITE	4.587.099,18	4.831.404,09	4.831.404,09
Totale	39.011.430,18	38.605.735,09	38.605.735,09

Allegato lettera c)

Visti i nuovi criteri emanati dalla DGR per la distribuzione tra le diverse strutture dei tetti e relativi volumi, l'Azienda ha operato le seguenti scelte:

1. ad ogni struttura viene garantito il volume di prestazioni erogate ai cittadini del proprio distretto nell'anno 2012 più le prestazioni erogate a cittadini extra aziendali. Qualora il totale delle prestazioni fosse superiore a quelle previste nel *budget* 2012, si conferma quest'ultimo anche per il triennio 2013/2015;
2. le prestazioni residue (erogate da strutture per utenti appartenenti a distretti diversi da quelli in cui sono localizzati) sono riconducibili alla mobilità intra-aziendale (tra distretti). Le stesse, in parte verranno utilizzate in nuovi contratti, in parte saranno ripartite tra gli erogatori della medesima branca, in ragione della percentuale di attrazione dell'utenza del distretto di competenza (ovvero si è tenuto conto della capacità della strutture di limitare la mobilità verso altri distretti, il che rappresenta indirettamente un indice di gradimento espresso della popolazione residente rispetto al servizio offerto);
3. verifica soglie di accreditamento: il volume di prestazioni così determinato, non potrà mai portare al superamento dei volumi in accreditamento.

Correttivi apportati:

per le strutture che hanno iniziato l'attività nel corso dell'anno 2012 si è tenuto conto della media mensile proiettata su 12 mensilità.

Nel corso degli anni 2010/2012 e nel 1° semestre 2013 le Case di Cura hanno contribuito all'erogazione di assistenza specialistica ambulatoriale a valere sul tetto di spesa ospedaliero per le seguenti attività: cardiologia, chirurgia, gastroenterologia, ostetricia e ginecologia, ortopedia, oculistica e urologia.

Verosimilmente dette attività hanno continuato ad essere erogate anche nel 2° semestre dell'anno 2013 sempre a carico del tetto ospedaliero in via di definizione per l'anno in corso e per il prossimo biennio.

Considerata la necessità di acquistare alcune delle prestazioni afferenti alle branche specialistiche su riportate, l'Azienda si riserva di preventivare una quota di *budget* di assistenza specialistica, da destinare all'acquisto di parte di tali prestazioni.

Sulla base di queste premesse, la ASL n. 8 ha provveduto a stipulare con i privati accreditati:

- contratto aggiuntivo (aggiornamento tetto di spesa) per l'acquisizione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'anno 2012 in attuazione della DGR n. 49/4 del 17.12.2012 (Disposizioni urgenti del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica Decreto Monti);

- contratto transitorio per l'acquisizione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per il 1° trimestre 2013.

Vista la pubblicazione del Nuovo Nomenclatore Tariffario, pubblicato in G.U. n. 8 del 28.01.2013, che avrebbe modificato le tariffe di numerose prestazioni permettendo all'Azienda una ridistribuzione dei volumi di attività, in attesa del suo recepimento da parte della Regione Sardegna e conseguente pubblicazione del nuovo nomenclatore tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale, l'Azienda ha ritenuto opportuno stipulare un ulteriore contratto transitorio per l'acquisizione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per i mesi di aprile e maggio 2013, in attuazione della DGR n. 51/19 del 28.12.2012.

Visto il mancato recepimento di tale Nomenclatore da parte della RAS nei tempi sperati, l'Azienda convocava i rappresentanti sindacali di ASSO.LAB, FEDERLAB, CONFAPI, SAPMI, ANISAP per illustrare i criteri aziendali adottati dalla ASL n. 8 per la contrattazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il 2013. In tale occasione venivano presentate le linee di indirizzo ed i criteri adottati dall'Azienda al fine della sottoscrizione dei contratti per il triennio 2013/2015 qui sotto riportate:

- dal luglio 2013, sottoscrizione contratti per l'acquisizione di prestazioni di specialistica ambulatoriale per il triennio 2013/2015 in attuazione della DGR n. 51/19 del 28.12.2012 limitatamente alle strutture regolari con i versamenti contributivi INPS/INAIL (DURC).

Relativamente alla proposta di contratto (consegnata anticipatamente ai fini della preventiva visione) la maggioranza delle strutture comunicava la propria intenzione di sottoscrivere il contratto con "riserva di impugnare nanti il TAR competente" praticamente tutte le clausole contrattuali, precisando che la sottoscrizione non costituiva "acquiescenza, nemmeno implicita, alla proposta di contratto".

A riscontro di tale posizione (con apposita nota) il DASS invitava alla sottoscrizione del suddetto contratto senza condizioni e/o allegazioni di documenti o note di varia natura (posto che il ricorso al giudice amministrativo, contemplato dalla Costituzione, non necessita di essere espresso con riserva) con precisazione che, in caso contrario, le prestazioni eventualmente erogate dal 1° agosto, non sarebbero state liquidate poiché non giustificate da apposito legame contrattuale.

Nel mese di ottobre 2013, 26 strutture contrattate hanno impugnato nanti il TAR Sardegna il contratto sottoscritto e gli atti propedeutici.

Il Tar si è espresso accogliendo il ricorso di una delle strutture attrici. L'Azienda ha impugnato la sentenza del giudice amministrativo nanti il Consiglio di Stato.

ATTIVITA' EROGATA NELL'ANNO 2013 DALLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

Allegato lettera c)

Di seguito vengono riportati i dati riferiti al tetto contrattato ed al fatturato nell'anno 2013:

	FATTURATO AL NETTO DEL TICKET	TETTO NETTO 2013	TETTO LORDO 2013	FATTURATO NOTE DI CREDITO SANITARIE	LIQUIDATO DENTRO TETTO LORDO
ACCONTO DIALISI	8.729.242	8.308.124	8.723.530	8.677.479	8.541.279
BRANCA A VISITA	4.762.794	4.158.438	4.366.359	4.722.978	4.468.643
STRUMENTALE	26.577.625	24.275.382	25.489.151	26.295.931	24.896.079
Totale	40.069.661	36.741.944	38.579.041	39.696.388	37.906.001

La DGR n. 51/19 del 28.12.2012 stabilisce, tra l'altro: "nei limiti dei tetti di spesa aziendali annuali, che rappresentano un vincolo insuperabile, le prestazioni che le strutture eventualmente decideranno di erogare oltre il tetto lordo contrattato potranno essere remunerate, con la decurtazione del 20%, attraverso le somme disponibili a seguito del mancato utilizzo da parte degli altri erogatori aziendali nell'anno di riferimento. Le risorse disponibili da parte della ASL saranno ripartite tra gli erogatori che hanno superato il tetto lordo, in misura proporzionale ai tetti assegnati per l'anno di riferimento".

Pertanto sono state accantonate le somme di cui sopra, quantificate complessivamente per voci di bilancio e sotto riportate, in attesa dell'espressione del TAR sui restanti ricorsi e del Consiglio di Stato.

VOCE BILANCIO	Totale
ACCONTO DIALISI	56.200,64
BRANCA A VISITA	239.212,37
STRUMENTALE	1.036.334,05
Totale	**1.331.747,06**

Il Servizio effettua regolarmente i controlli amministrativi e sanitari sulle ricette presentate dalle strutture private accreditate.

Allegato lettera c)

Le motivazioni delle revisioni sono schematizzabili come segue:

Tipologia di contestazioni	%
ALTRO	53,5%
CODICE RICETTA SBAGLIATO	0,6%
ERRATA CODIFICA DELLA ASL DI RESIDENZA NEL FILE C	12,7%
ERRORE ATRIBUZIONE PRESTAZIONI CON ESENZIONE	6,1%
ERRORE CODICE FISCALE FILE C	3,1%
ERRORE INCONGRUENZA DATI FILE C E RICETTA	2,0%
ERRORE NELLA COMPILAZIONE DELLA RICETTA SSN	2,8%
LEA	6,6%
MANCA RICETTA	0,2%
NAVIGANTI	0,1%
NON DOCUMENTATA INDICAZIONE CLINICA	1,1%
PRESTAZIONE DUPLICATA	1,9%
PRESTAZIONE NON CONTRATTATA	0,1%
PRESTAZIONE NON EROGATA	4,7%
PRESTAZIONE NON RICHIESTA	4,3%
Totale	100,0%

I suddetti controlli hanno sviluppato delle note di credito pari ad € 373.273.

VOCE DI BILANCIO	Note di credito sanitarie
ACCONTO DIALISI	-51.762
BRANCA A VISITA	-39.816
STRUMENTALE	-281.694
Totale	-373.273

Allegato lettera c)

Servizio Assistenza Ospedaliera - Attività Case di Cura

I contratti per l'anno 2013 sono stati stipulati sulla base dei seguenti atti regionali:

1) DGR n. 51/21 del 28.12.2012 di autorizzazione, nelle more della sottoscrizione dell'Accordo AIOP - Regione e della definizione dei tetti di spesa per il triennio 2013-2015, alla stipula di un contratto di natura transitoria per l'acquisto da soggetti privati accreditati di prestazioni di assistenza ospedaliera, a decorrere dalla scadenza dei contratti in essere e per un periodo massimo di 60 giorni, riportante i medesimi contenuti dei contratti in scadenza al 31.12.2012 sottoscritti in base al precedente accordo AIOP – Regione 2010-2012. Relativamente alla parte economica, il *budget* da contrattare con ciascuna Casa di Cura, per il periodo suddetto, non potrà essere superiore a 2/12 del tetto assegnato per l'anno 2012 decurtato dell'1,66%", secondo quanto previsto dalla legge n. 135 del 7.08.2012.

Si è quindi provveduto alla stipula di un primo contratto bimestrale con tutte le Case di Cura;

2) DGR n. 16/04 del 9.04.2013, di autorizzazione alla proroga dei contratti di natura transitoria per l'acquisto da soggetti privati accreditati di prestazioni di assistenza ospedaliera per il triennio 2013-2015: "Delibera di autorizzare le ASL a prorogare fino al 30.06.2013 i contratti di natura transitoria stipulati ai sensi della DGR n. 51/21 del 28.12.2012 per l'acquisto da soggetti privati accreditati di prestazioni prevalentemente di assistenza ospedaliera. Relativamente alla parte economica, il *budget* da contrattare con ciascuna Casa di Cura, per gli ulteriori 4 mesi, non potrà essere superiore a 4/12 del tetto assegnato per l'anno 2012 decurtato dell'1,66%".

Si è quindi proceduto alla stipula del secondo contratto con tutte le Case di Cura;

3) DGR n. 33/33 del 08.08.2013, che autorizza le ASL a prorogare fino al 31.12.2013 i contratti di natura transitoria stipulati ai sensi della DGR. n. 51/21 del 28.12.2012, per l'acquisto da soggetti privati accreditati di prestazioni prevalentemente di assistenza ospedaliera. Relativamente alla parte economica, il *budget* da contrattare con ciascuna Casa di Cura, per gli ulteriori 6 mesi, non potrà essere superiore a 6/12 del tetto assegnato per l'anno 2012 decurtato dell'1,66%. Inoltre recepisce l'accordo AIOP- AISSP/ Regione Sardegna per il triennio 2013-2015, il quale prevede per l'anno 2013 che "qualora non tutti gli erogatori provvedano ad utilizzare la totalità del *budget* assegnato, lo stesso potrà essere ridistribuito agli altri erogatori, nell'ambito della medesima ASL, che abbiano prodotto una attività in misura superiore al *budget* assegnato".

Si è proceduto quindi alla stipula del contratto annuale omnicomprensivo dei tetti di spesa assegnati con i primi 2 contratti.

Relativamente agli erogatori privati afferenti al *Gruppo Kinetika*, la DGR n. 33/33 autorizza la contrattazione 2013, sulla base della rimodulazione delle attività come definite a seguito

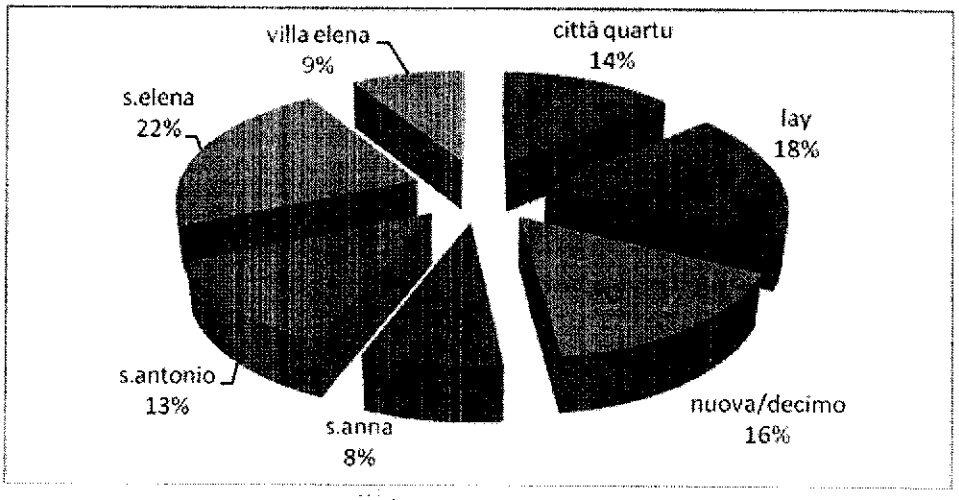
dell'accreditamento istituzionale. Il tetto complessivo del *Gruppo Kinetika* non potrà comunque essere superiore a 6/12 del tetto assegnato per l'anno 2012 decurtato dell'1,66%.

Anno 2013 - Importi Fatturati – Budget

Casa di Cura	Tetto di spesa anno 2013	Fatturato lordo totale sul tetto Ospedaliero (ricoveri + specialistica)	Fatturato oltre tetto
Casa di Cura Lay	€ 14.200.000	€ 14.357.180,12	€ 157.180
Sant'Anna	€ 5.969.238	€ 6.118.813,46	€ 149.575
Policlinico Città di Quartu	€ 10.850.000	€ 10.920.172,07	€ 70.172
Sant'Antonio	€ 9.834.000	€ 9.843.584,64	€ 9.585
Villa Elena	€ 6.785.460	€ 7.096.112,98	€ 310.653
Nuova Casa di Cura	€ 10.915.740	€ 12.450.674,42	€ 1.534.934
Sant'Elena	€ 17.500.000	€ 17.653.609,69	€ 153.610
Totale	**€ 76.054.438**	**€ 78.440.147,38**	**€ 2.385.709**

La differenza aritmetica tra il fatturato lordo ed il tetto di spesa è complessivamente di € 2.385.709,38 (in lieve incremento rispetto al superamento *budget* del 2012 che ammontava ad € 2.210.514.85).
Nel 2013 quindi tutte le Case di Cura hanno erogato prestazioni oltre il *budget* contrattato.

% Fatturato totale per casa di cura 2013



Allegato lettera c)

In base all'accordo tra l'AIOP/AISSP e la Regione, le Case di Cura sono autorizzate ad effettuare attività ambulatoriale (specialistica e *day service*) a valere sul tetto indistinto ed omnicomprensivo assegnato per l'assistenza ospedaliera.

Il tetto di spesa contrattato non è suddiviso per livello assistenziale se non come previsione di spesa, per cui può essere utilizzato indifferentemente per la copertura dei costi dei diversi livelli assistenziali (acuti, post acuti, specialistica e *day service*) senza limitazioni di sorta. Poiché allo stato attuale le prestazioni di specialistica ambulatoriale vengono liquidate senza un "aggancio" in procedura con le fatture di riferimento, il controllo del consumo del tetto di spesa viene effettuato mensilmente con modalità extra contabile; quindi gli eventuali importi extra *budget* possono essere relativi sia a fatture per prestazioni di ricovero (gestite integralmente tramite il SISAR) che a prestazioni di specialistica e *day service*.

Per la valutazione ed analisi dell'attività ambulatoriale si rimanda alla parte relativa a tale livello assistenziale.

Fatturato suddiviso per livello assistenziale

Totale acuti	59.447.959,19
Totale Post acuti (Lungodegenza + Riabilitazione)	9.529.834,13
Totale Specialistica (Day Service + Ambulatoriale)	9.462.354,06
Totale	**78.440.147,38**

Fatturato suddiviso per tipologia di attività e per casa di cura

Casa di Cura	Acuti	Lungodegenza	Riabilitazione	Day Service	Spec. Amb.	Totale
CITTA QUARTU	9.268.864,95			1.651.307,12		10.920.172,07
LAY	5.862.801,00	2.697.017,70	2.696.577,17	2.864.116,77	236.667,48	14.357.180,12
NUOVA/DECIMO	10.958.595,16		565.520,59	694.911,92	231.646,75	12.450.674,42
S. ANNA	5.623.294,48		495.518,98			6.118.813,46
S. ANTONIO	7.358.996,13	233.309,88	1.020.057,96	1.180.710,32	50.510,35	9.843.584,64
S. ELENA	13.729.674,06	144.867,15	1.676.964,70	2.101.289,67	814,11	17.653.609,69
VILLA ELENA	6.645.733,41			391.636,47	58.743,10	7.096.112,98
TOTALE	**59.447.959,19**	**3.075.194,73**	**6.454.639,40**	**8.883.972,27**	**578.381,79**	**78.440.147,38**

Gli importi relativi ai ricoveri in Post Acuti (ovvero Lungodegenza e Riabilitazione) afferiscono entrambi al conto di costo "lungodegenza".

Allegato lettera c)

Liquidabile al netto dei controlli ed importi extra Budget

Casa di Cura	Fatturato	Note Credito	Liquidabile	Liquidato entro Budget	Budget Annuale	Extra Budget
Lay	14.357.180,12	€ 458.334,10	€ 13.898.846,02	€ 13.898.846,02	€ 14.200.000,00	
Sant'Anna	6.118.813,46	€ 174.332,32	€ 5.944.481,14	€ 5.944.481,14	€ 5.969.238,00	
Città di Quartu	10.920.172,07	€ 122.648,10	€ 10.797.523,97	€ 10.797.523,97	€ 10.850.000,00	
Sant'Antonio	9.843.584,64	€ 365.453,20	€ 9.478.131,44	€ 9.478.131,44	€ 9.834.000,00	
Villa Elena	7.096.112,98	€ 196.457,98	€ 6.899.655,00	€ 6.785.460,00	€ 6.785.460,00	114.195,00
Nuova Casa di Cura	12.450.674,42	€ 919.628,61	€ 11.531.045,81	€ 10.915.740,00	€ 10.915.740,00	615.305,81
Sant'Elena	17.653.609,69	€ 381.126,33	€ 17.272.483,36	€ 17.272.254,76	€ 17.500.000,00	
Totale	**78.440.147,38**	**€ 2.617.980,64**	**€ 75.822.168,74**	**€ 75.092.437,33**	**€ 76.054.438,00**	

Come detto, nell'accordo tra la Regione e AIOP/AISSP per l'anno 2013 è stata reintrodotta la possibilità di distribuire gli importi non utilizzati da alcune Case di Cura tra quelle che invece hanno superato il tetto di spesa; ciò ha consentito la liquidazione di tutto l'*extra Budget* dovuto alla chiusura dell'esercizio 2013 (ovvero della quota di fatturato al netto delle note di credito emesse a seguito dei controlli sanitari ed amministrativi, eccedente il tetto di spesa assegnato inizialmente con il contratto).

Le note di credito registrate nel Bilancio sono inferiori a quelle richieste in quanto non emesse per gli importi di seguito indicati, oggetto di contenzioso promosso dalle Case di Cura con richiesta di intervento da parte della commissione paritetica della RAS, come previsto dal contratto in caso di non accettazione delle revisioni a seguito dei controlli:

note credito non emesse ACUTI

Casa di cura Sant'Anna: € 1.913,36 per revisione a seguito dei controlli non accettata (non contestata formalmente);

Nuova Casa di Cura: € 500.276,25 il cui storno è stato richiesto per prestazioni in DH erogate oltre il 100% di occupazione dei posti letto; la richiesta di nota di credito è stata contestata;

note credito non emesse POST ACUTI

Casa di cura Lay: € 133.501,10 il cui storno è stato richiesto per prestazioni in lungodegenza erogate oltre il 100% di occupazione dei posti letto; la richiesta di nota di credito è stata contestata;

ANALISI DELL'ATTIVITA' DI RICOVERO DELLE CASE DI CURA

Viene esaminata di seguito la sola attività di ricovero per livello assistenziale (Acuti e Post Acuti) e per regime di ricovero (ordinario e diurno), limitatamente all'attività erogata con oneri a carico del SSN. L'analisi è condotta sulla base dei dati registrati nel *file* A, in cui sono riportati in maniera codificata i dati salienti di ogni singolo ricovero effettuato, con l'indicazione del relativo importo; la sommatoria di questi ultimi corrisponde quindi al fatturato.

Allegato lettera c)

Gli importi riportati nel *file* A differiscono lievemente da quelli registrati in contabilità in quanto la fattura n. 369 del 5.11.2013 di € 137.347,35 del mese di ottobre, emessa dalla casa di cura Lay, è stata interamente stornata per errori formali e riemessa corretta, per cui tale importo è registrato due volte in contabilità (di cui una stornata) ma ovviamente nel flusso dei ricoveri risulta un unico importo corretto per il mese di ottobre; inoltre sono presenti circa € 69 per l'imposta di bollo registrata solo in contabilità.

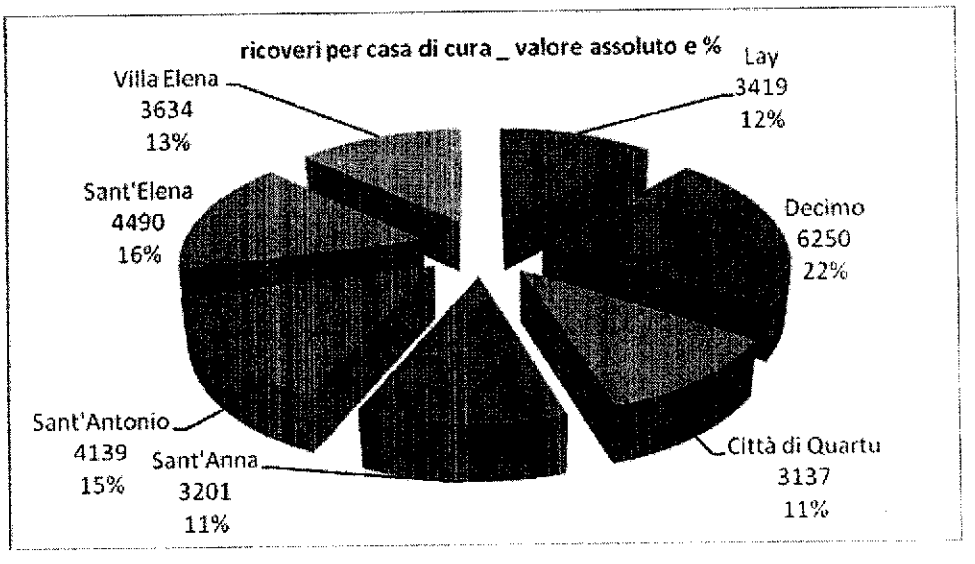
Attività e fatturato per regime di ricovero

Livello Assistenziale	Ricoveri ordinari	Ricoveri diurni	Totale ricoveri	Fatturato ricovero ordinario	Fatturato ricovero diurno	Fatturato Totale
Acuti	15.708	10.123	25.831	46.511.559	12.798.627	59.310.186
Post Acuti	2.439		2.439	9.529.811		9.529.811
Totale	**18.147**	**10.123**	**28.270**	**56.041.055**	**12.798.627**	**68.839.997**

L'attività di ricovero assorbe l'87,8% del fatturato totale delle Case di Cura, mentre il 12,2% è riferito alle attività ambulatoriali e di *day service*.

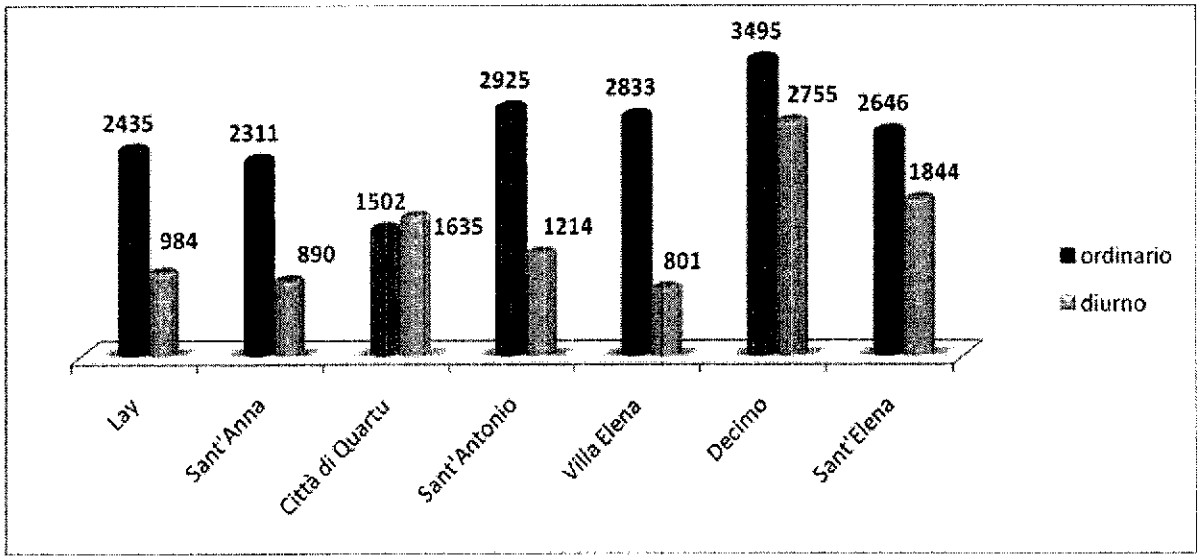
I ricoveri in reparti per post acuti determinano un consumo di risorse pari al 14% del fatturato totale, mentre i ricoveri per acuti incidono per l'86%: con riferimento a questi ultimi il 18,6% è relativo ai ricoveri diurni (nel 7% dei casi si tratta di DRG diurni di tipo medico - nel 93% di DRG diurni di tipo chirurgico).

L'attività di ricovero in post acuti è erogata esclusivamente in regime di ricovero ordinario.



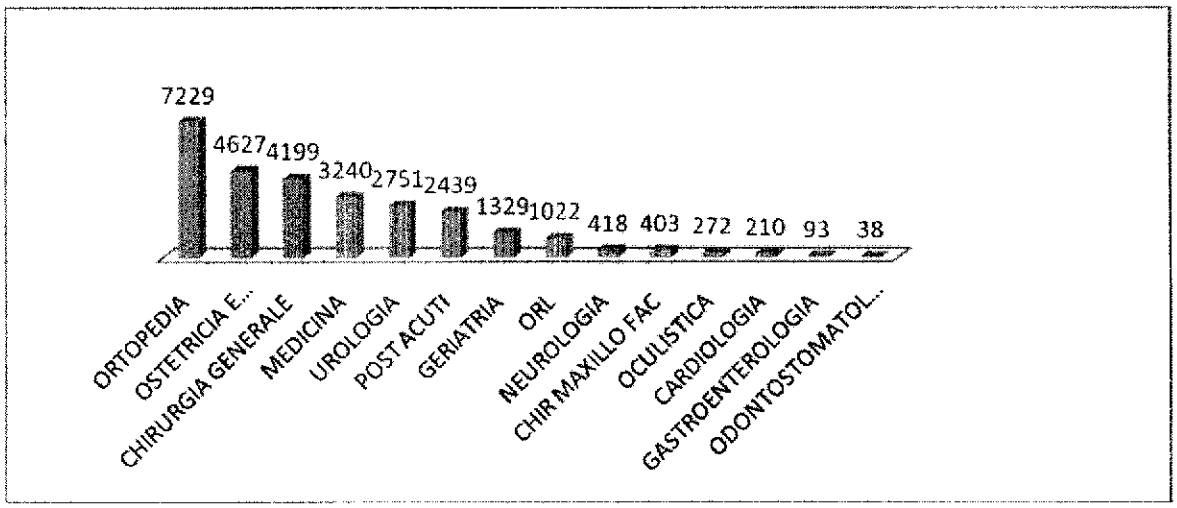
Allegato lettera c)

Numero di ricoveri per casa di cura suddivisi per regime

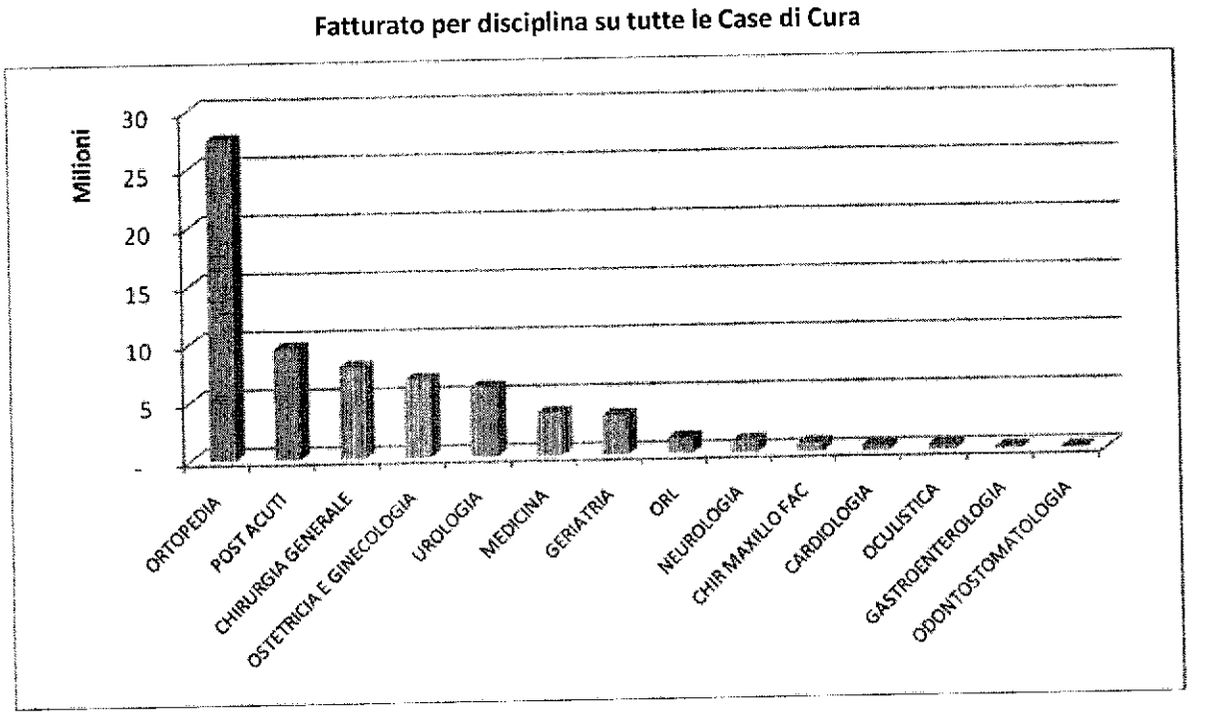


L'elevato numero di ricoveri della Nuova Casa di Cura, è dovuto per il 44% ai ricoveri diurni; di questi il 69% è di tipo medico: questa struttura effettua l'86% del totale dei DH medici di tutte le strutture, (si tratta in massima parte di trattamenti chemioterapici il cui DRG è pari a € 344,99/die).

N. ricoveri per disciplina su tutte le Case di Cura (ordinari e diurni)



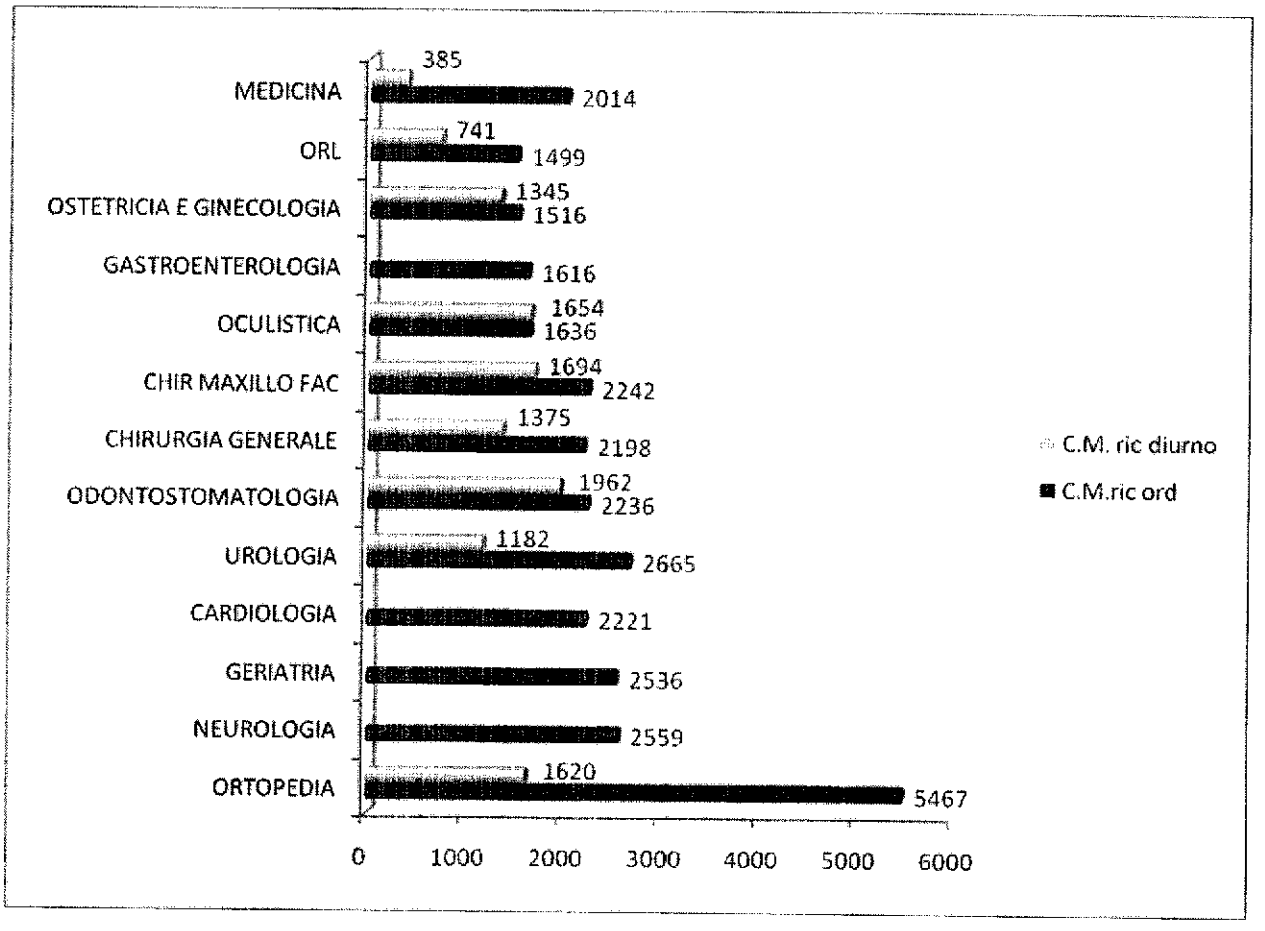
Allegato lettera c)



L'attività di ortopedia risulta essere quella maggiormente rappresentata sia come numero totale di ricoveri (ordinari/DH) che come importi. Al proposito si evidenzia che la disciplina è presente in tutte le Case di Cura tranne una e che il costo medio dei ricoveri è il più elevato, grazie ai ricoveri di alta complessità (protesi e artrodesi vertebrale).

Allegato lettera c)

Costo medio DRG per disciplina



Per quanto riguarda l'ortopedia risulta anche degno di nota l'incremento del DRG 500, per intervento di distruzione disco intervertebrale con laser, radiofrequenza , ozono, etc (cod."8059").

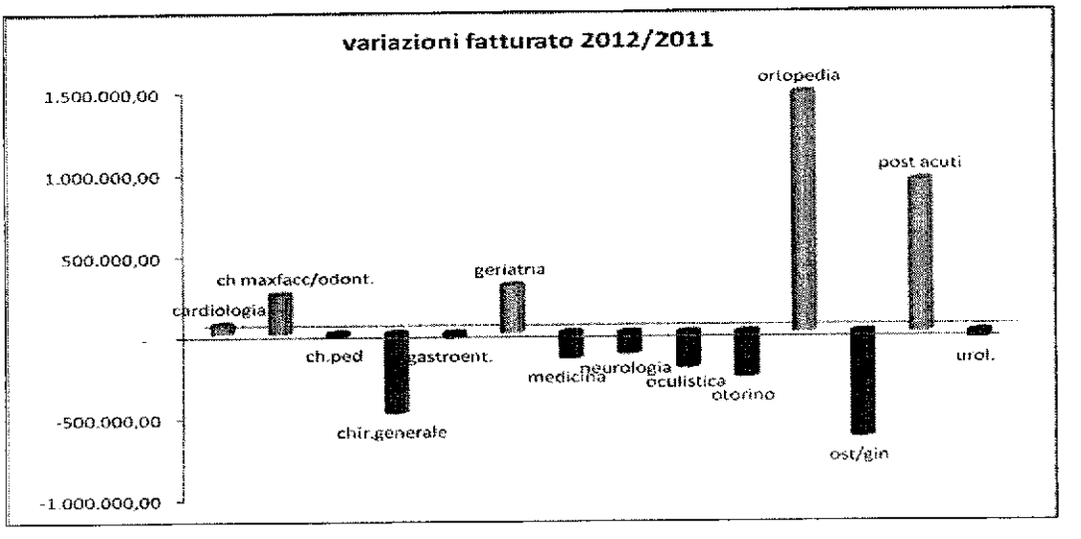
L'intervento viene eseguito generalmente in *day surgery* e remunerato, in base alle tariffe RAS attualmente in vigore, con l'importo € 2.035. Si tratta di una procedura mini invasiva, alla quale il Testo unico sulla mobilità sanitaria per l'anno 2010, approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella riunione del 5.05.2011, attribuisce una tariffa di € 500 per caso trattato. La tematica è stata segnalata alla RAS affinché venga valutata nell'ambito della ridefinizione del tariffario di prossima adozione.

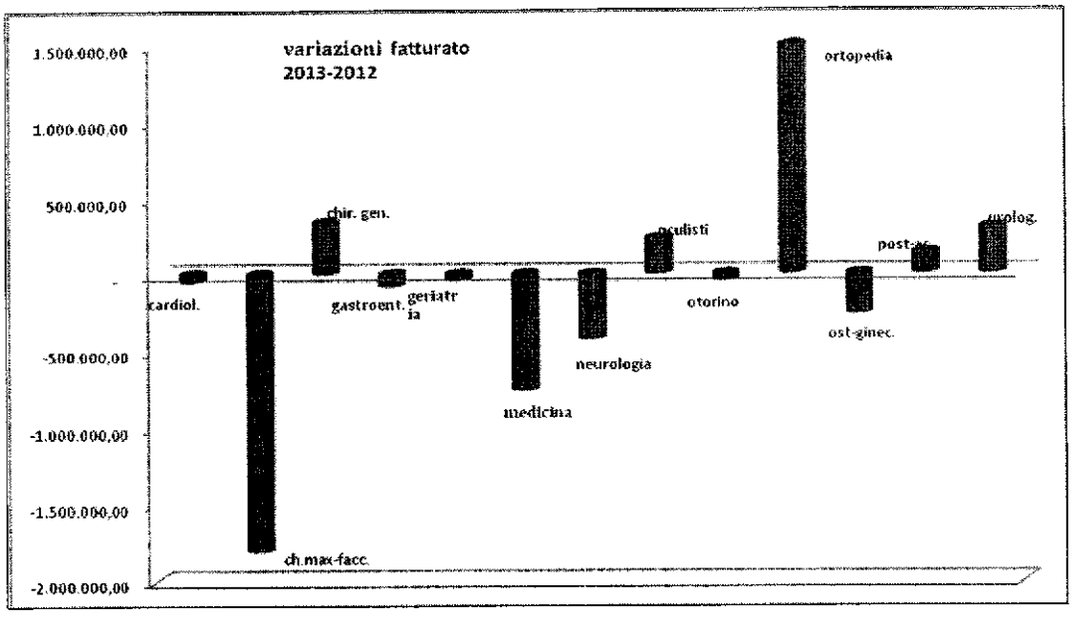
DRG 500 con intervento 8059

Anno	Casi	Importo RAS	Importo TUC
2011	84	170.940,00	42.000,00
2012	260	531.008,14	130.000,00
2013	300	613.213,36	150.000,00

Allegato lettera c)

Comparazione attività anni 2011/2013 per disciplina





Si evidenzia una netta riduzione del fatturato per la chirurgia maxillo-facciale, conseguente all'adozione delle linee guida regionali sulla codifica delle prestazioni; l'attività di neurologia di una casa di cura è stata interrotta nel corso dell'anno per variazione dell'accreditamento e quella di medicina ridimensionata per il dimezzamento dei posti letto; per il reparto di ostetricia e ginecologia si conferma il *trend* del biennio precedente per il costante decremento del numero dei parti. Si conferma infine il progressivo netto incremento dell'attività di ortopedia, i cui ricoveri costituiscono il 25% del totale dei casi ed impegnano il 40% del fatturato.

Allegato lettera c)

ATTIVITÀ DI CONTROLLO

L'attività di controllo sulle prestazioni di ricovero erogate dalle Case di Cura private, prevede:

- verifica preventiva, con modalità informatiche, sulla corretta attribuzione del DRG e del relativo importo;
- controlli di tipo sanitario, effettuati sulla documentazione clinica da personale medico, volti essenzialmente a verificare la congruenza della codifica utilizzata nella definizione di ciascun episodio di ricovero rispetto alla documentazione clinica e l'appropriatezza del livello assistenziale nel quale sono state erogate le prestazioni.

L'attività di controllo ha origine dall'esame di tutte le Schede di Dimissione Ospedaliera; successivamente si procede all'esame della documentazione clinica dei casi selezionati sulla base delle disposizioni normative nazionali/regionali e secondo i criteri stabiliti nelle linee guida definite dal Servizio Assistenza Ospedaliera della ASL, che tengono conto anche di particolari evidenze locali.

Note di credito richieste/emesse a seguito dei controlli

Totale NC richieste	Totale NC emesse e registrate a bilancio	Importo per revisione contestate
€ 2.582.030,05	€ 1.946.339,34	€ 635.690,71

Come già detto, non sono state emesse note di credito per un importo complessivo di € 635.690,71.

Dettaglio contestazioni

Casa di cura	Importo	Motivo revisione
Lay	133.501,10	Superamento % occupazione massima possibile nei P.L. Lungodegenza
Sant'Anna	1.913,36	Trasferimento improprio in altra casa di cura
Decimo	500.276,25	Superamento % occupazione massima possibile nei P.L. DH medico

Nei prospetti che seguono vengono schematizzate le risultanze emerse dall'esame della casistica trattata nel corso del 2013.

La normativa vigente prevede il controllo di almeno il 10% dei ricoveri: nel 2013 sono state sottoposte a controllo presso le Case di Cura n. 10.618 cartelle, pari al 37% della casistica trattata, di cui 1.921 revisionate, pari al 7% del totale dei ricoveri ed il 18% dei casi controllati.

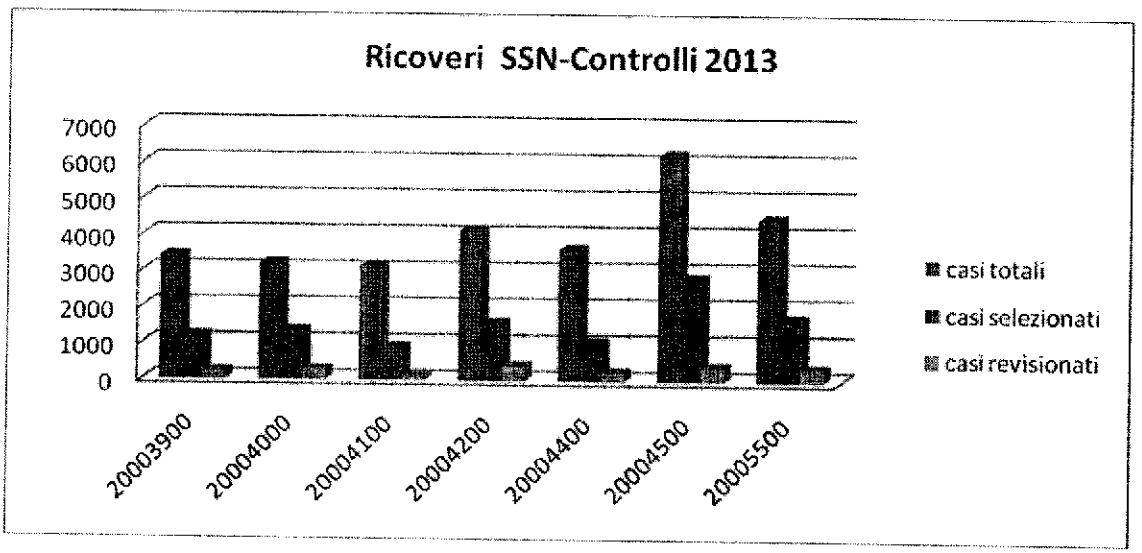
Allegato lettera c)

Controlli sanitari ed effetti economici

Descrizione	Valori	%
Numero ricoveri totali	28.466	100%
Numero cartelle verificate	10.618	37%
Numero casi revisionati	1.921	7%
Fatturato iniziale per ricoveri	68.839.682	
Note di credito per anomalie	1.808.980	3%

Le note di credito registrate nel *file* A differiscono da quelle registrate nel bilancio per € 137.347,35 (relativi alla fattura n. 369 e relativa nota di credito emessa dalla casa di cura Lay).

Controlli sanitari per casa di cura

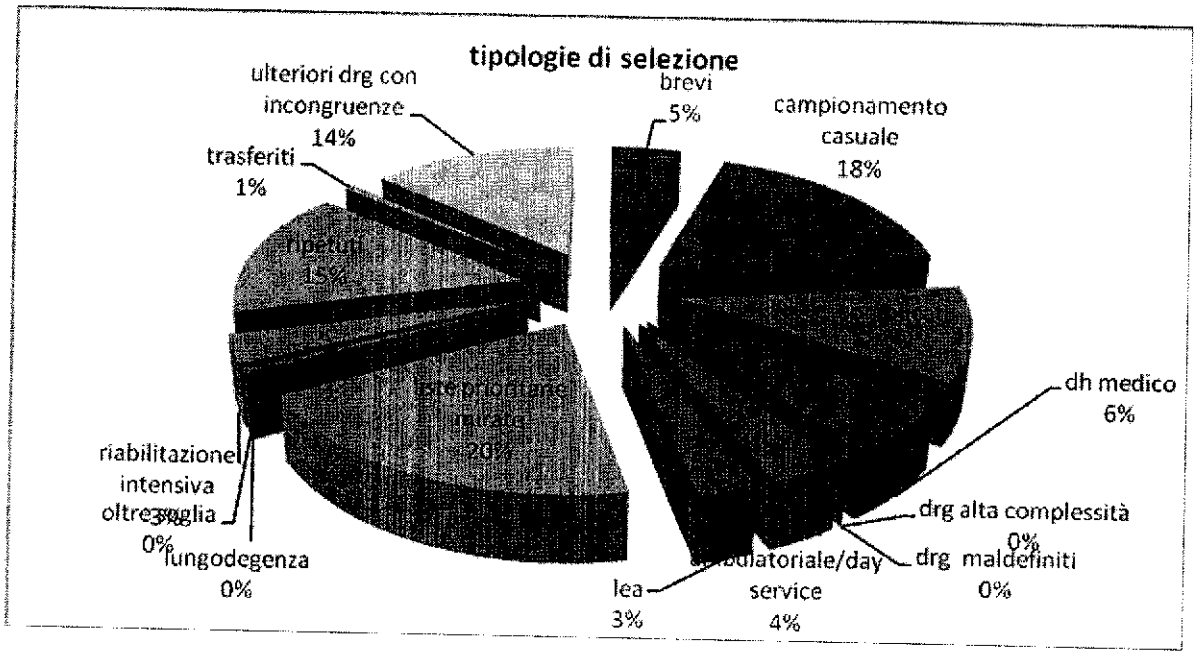


Allegato lettera c)

Selezione della casistica suddivisa per parametro di controllo valori assoluti

Liste Prioritarie	2.131
Campionamento Casuale	1.944
Ricoveri Ripetuti	1.598
Ulteriori DRG con incongruenze	1.450
DRG Complicati	1.177
DH Medico	645
Brevi	492
Effettuabili In Regime Ambulatoriale/Day Service	384
Riabilitazione Intensiva	345
Lea	305
Trasferiti	72
Oltre Soglia	56
Lungodegenza	12
DRG Maldefiniti	5
DRG ad Alta Complessità in Day Surgery	2

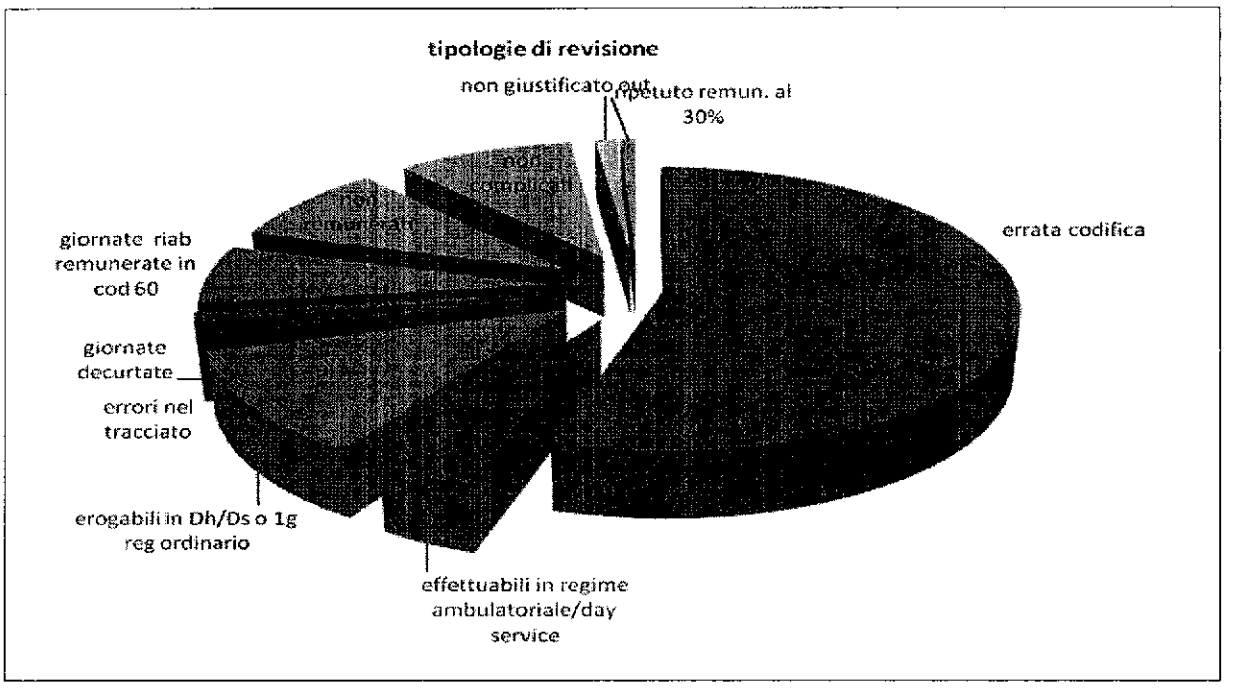
Selezione della casistica suddivisa per parametro di controllo - valori %



Come si evince dallo schema su riportato il motivo di selezione maggiormente rappresentato è costituito dai DRG ricompresi in apposita lista di cui alle linee guida su citate, per i quali sulla base dell'esperienza maturata nell'attività di controllo è stato rilevato frequentemente un utilizzo non corretto della codifica, seguito dal campionamento casuale e dai ricoveri ripetuti.

Allegato lettera c)

E' necessario precisare che le revisioni apportate alla casistica possono essere riferite a motivazioni diverse da quelle per cui la stessa è stata selezionata. Nella tabella seguente sono schematizzati i motivi di revisione.



Revisione della casistica per tipo di anomalia

Descrizione revisione	Numero casi
Errata codifica	1.054
Erogabile in DH/DS o 1 g di ricovero ordinario	224
Non complicato	180
Nessuna remunerazione	170
Giornate di riabilitazione da remunerare in lungodegenza	130
Effettuabili in regime Ambulatoriale/ Day Service	77
Errori nel tracciato	26
Giornate di degenza non documentate e non remunerate	22
Giornate oltre soglia non confermate	22
Ricovero ripetuto da remunerare al 30 % del DRG	15

Il numero di casi revisionati è pari al 18% dei casi selezionati ed al 7% dei ricoveri totali.

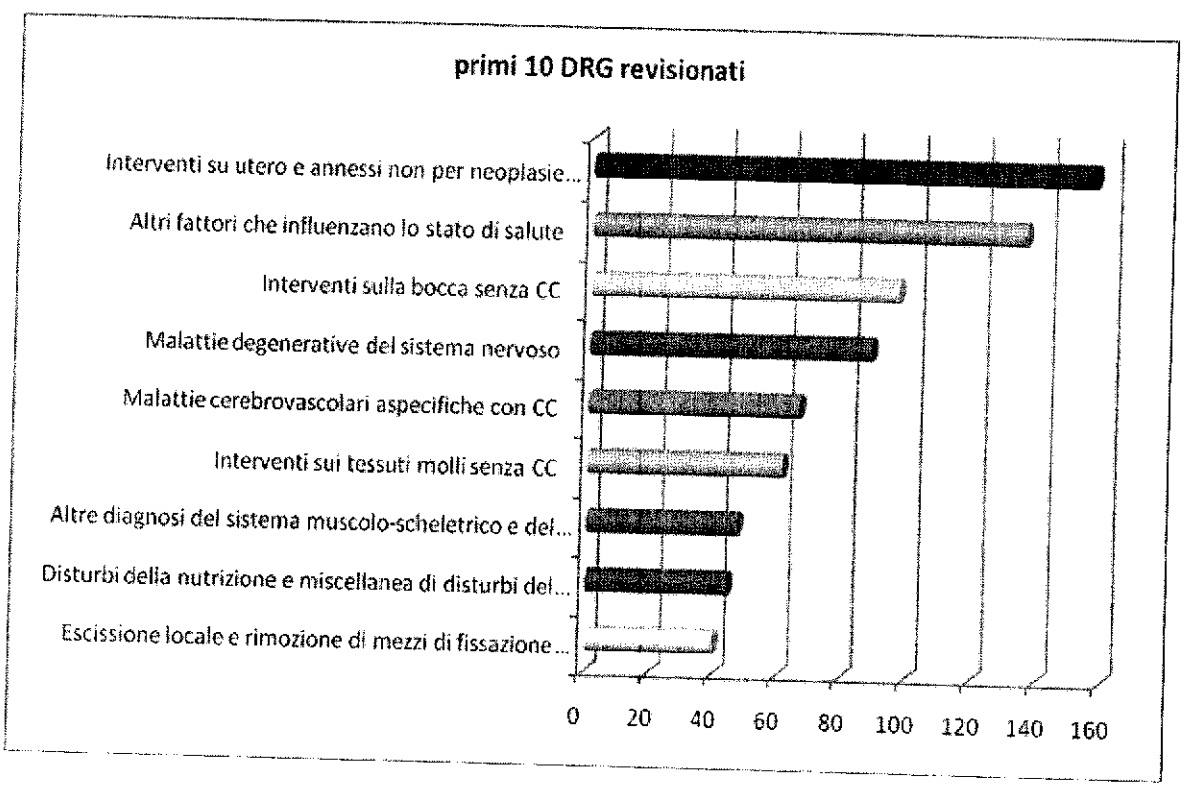
I principali motivi di revisione sono nell'ordine:

Allegato lettera c)

1. errata codifica: l'attività di controllo ha portato all'identificazione di codici di diagnosi/procedure maggiormente rispondenti a quanto riportato nella documentazione clinica, con conseguente attribuzione di un DRG diverso da quello inizialmente assegnato;
2. prestazioni erogabili in un livello assistenziale inferiore;
3. DRG la cui complicanza non è stata confermata dai controlli;
4. non sussistenza di necessità del ricovero o frammentazione in più ricoveri di uno stesso episodio di cura, per cui tali ricoveri non sono ammessi al rimborso.

Il 48 % delle revisioni ha riguardato DRG di tipo chirurgico ed il 52 % DRG di tipo medico.

CASI REVISIONATI PER DRG



Il DRG maggiormente revisionato per errata codifica è il n. 359, relativamente all'intervento di asportazione dei polipi endometriali. Sussiste da tempo una "criticità" legata al ricorso al ricovero per le prestazioni in argomento, talora effettuabili ad un livello assistenziale inferiore, ragione per cui nel contratto 2014 sono state definite le condizioni che consentono il trattamento in regime ambulatoriale, secondo quanto previsto dalle linee guida delle società scientifiche.

Allegato lettera c)

A seguito della piena applicazione delle linee guida di codifica regionali, si è avuta una netta riduzione delle revisioni relative al DRG di "rinoplastica", ai trattamenti delle varici con endolaser ed al DRG n. 169 "interventi sulla bocca", il cui numero totale di ricoveri si è notevolmente ridotto (2012: 1.308 ricoveri – 2013: 358).

Oltre all'attività di ricovero viene controllata anche l'attività di *day service* erogata dalle Case di Cura accreditate: viene esaminato il 10% circa della documentazione clinica relativa ai pacchetti ambulatoriali erogati in *day service*, al fine di verificarne la completezza, la cui analisi è effettuata nell'ambito dell'attività ambulatoriale.

Allegato lettera c)

6) andamento della gestione

Dinamica complessiva dei principali aggregati economici

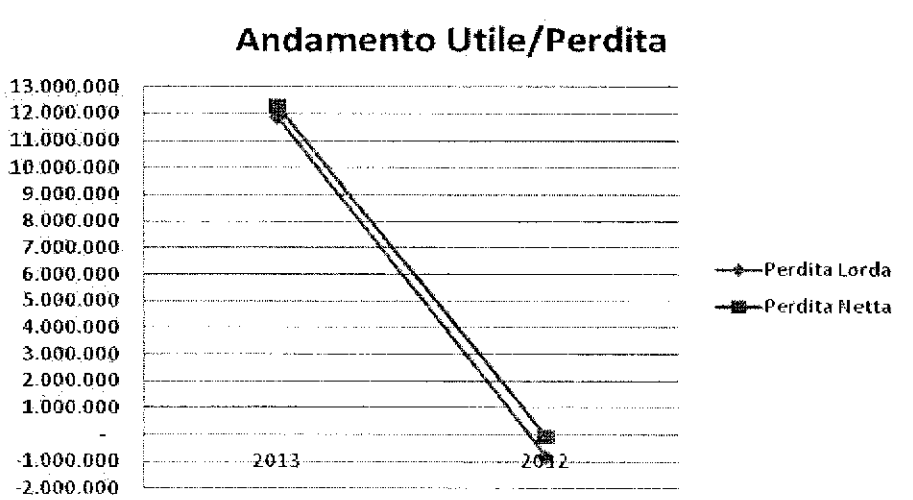
I dati di chiusura del Bilancio 2013 evidenziano un utile pari a € 11.889.820, che genera - al netto degli ammortamenti, della sterilizzazione e dell'interesse di computo sul patrimonio netto - un utile netto pari a € 12.322.439.

Di seguito si riporta il prospetto relativo ai macroaggregati da Bilancio 2013 ed il confronto con il Bilancio 2012.

VOCI	2013	2012
Valore della produzione	947.808.482	960.358.914
Costi della produzione	927.170.534	918.432.055
Differenza tra valore e costi di produzione (A–B)	20.637.948	41.926.859
Proventi e oneri finanziari	- 737.422	- 958.320
Rettifiche di valore di attività finanziarie	-	-
Partite straordinarie	- 1.588.198	- 21.659.486
Imposte sul reddito dell'esercizio	6.422.508	20.100.402
Utile/Perdita di esercizio	**11.889.820**	**- 791.349**

Di seguito si riporta il confronto tra perdita lorda e perdita netta negli anni considerati.

	2013	2012
Perdita Lorda	11.889.820	- 791.349
Perdita Netta	12.322.439	- 42.065



Allegato lettera c)

Analisi della quota del finanziamento regionale

Il quinquennio di riferimento è stato caratterizzato dall'avvio di un percorso di razionalizzazione della spesa al fine di riportare l'Azienda su una dinamica di sostenibilità economica. Tale obiettivo è stato raggiunto grazie ad una significativa riduzione del trend di crescita dei costi di produzione che si è attestato nell'ultimo triennio su una percentuale media pari all'1,8%, 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 e delle azioni di razionalizzazione della spesa che si sono concentrate sul alcuni fattori produttivi che avevano evidenziato negli ultimi anni incrementi rilevanti; in particolare, come meglio si vedrà, molta attenzione è stata dedicata alle dinamiche di spesa dell'assistenza farmaceutica, sia territoriale che ospedaliera.

Andamento dei costi

Dal lato dei costi, come risulta dalla tabella di seguito riportata, rispetto all'anno 2012, si registra un incremento di € 8.738.479.

	2013	2012	Scost.	Scost. %
Costi della produzione	927.170.534	918.432.055	8.738.479	0,95%

Il dettaglio dei costi viene di seguito riportato:

Voci	2013	2012	Scost.	Scost. %
4) Per beni di consumo:	151.139.918	138.207.206	12.932.712	9,36%
5) Per servizi	477.491.462	483.188.755	- 5.697.293	-1,18%
6) Per godimento di beni di terzi	9.981.063	9.685.241	295.822	3,05%
7) Per il personale	270.198.475	270.291.330	- 92.855	-0,03%
8) Ammortamenti e svalutazioni	10.159.000	9.625.998	533.002	5,54%
9)Variazioni delle rimanenze	- 4.586.406	- 3.519.437	- 1.066.969	30,32%
10) Accantonamento per rischi e oneri	9.670.445	8.073.559	1.596.886	19,78%
11) Altri accantonamenti	-	-	-	
12)Oneri diversi di gestione	3.116.577	2.879.404	237.173	8,24%
Totale costi della produzione	**927.170.534**	**918.432.055**	**8.738.479**	**0,95%**

Acquisti di beni

La voce "Acquisto di beni" ha subito un aumento rispetto al 2012 di € 12.932.712, con un incremento in termini percentuali pari al 9,4%%.

	2013	2012	Scost.	Scost. %
Acquisto di beni sanitari	147.266.353	134.279.086	12.987.267	9,7%
Acquisto di beni non sanitari	3.873.565	3.928.120	- 54.555	-1,4%

Allegato lettera c)

Acquisti di beni sanitari

Rispetto all'anno 2012 gli acquisti di beni sanitari sono incrementati di € 12.986.886.

Tale incremento è principalmente da imputare alla crescita del consumo di farmaci acquistati in DPC per circa 6.300.000 di euro a cui va aggiunto un incremento dei farmaci di consumo pari a circa 4,7 milioni di euro. La crescita del conto relativo all'acquisto di farmaci in DPC non rappresenta un anomalia ma è stato generata dal fatto che nel 2012 la distribuzione per conto ha subito una interruzione dovuta allo scadere dell'accordo con *Federfarma* e delle gare di aggiudicazione dei farmaci in DPC. Solo con la proroga sia dell'accordo che dei contratti, in attesa delle nuove stipule, si era potuti ripartire con i nuovi approvvigionamenti. Nel corso sempre del 2012 si era addivenuti alla stipula di un nuovo accordo con *Federfarma*, che a seguito di alcuni rinvii ha avuto decorrenza dal dicembre dello stesso anno, che prevedeva importanti novità tra le quali:

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

Nel corso del 2013 pertanto la DPC, seppur seguita come Azienda capofila dall'Asl di Sassari, ha avuto nuovamente regolare corso riportandosi a valori normali.

Per quanto riguarda invece l'acquisto di prodotti farmaceutici è necessario precisare che l'incremento è dovuto a:

- L'introduzione a fine 2012 di un nuovo farmaco contro la Sclerosi Multipla (Gylenia) di efficacia e comodità nell'assunzione (il farmaco si assume per via orale) superiore a quelli precedentemente in commercio. L'elevato costo di tale nuova entità terapeutica e l'esponenziale crescita di nuovi pazienti affetti da malattie neuro degenerativa hanno da soli portato a un incremento del consumo di farmaci pari a circa 2,2 milioni di euro.
- L'esclusione da parte dell'AIFA, nell'ottobre del 2012, dalla lista dei farmaci "off label" dell'Avastin ha portato un incremento del costo di acquisto del farmaco sostitutivo (ben 10 volte superiore) per la cura della maculopatia senile di circa 571 mila euro.
- Una grossa parte della spesa per farmaci sorge dalla crescente disponibilità di prodotti oncologici sempre più innovativi, selettivi, ad alta valenza terapeutica e, di conseguenza, ad alto costo.

L'arrivo di nuove entità chimiche e biologiche, tra i quali in particolare i prodotti biofarmaceutici per la cura del cancro e altre patologie, si traduce in un cambiamento radicale delle dinamiche di spesa legate all'acquisto di tali beni. La Asl di Cagliari avendo al proprio interno il Presidio Ospedaliero Businco, centro di riferimento regionale per la diagnosi e la cura di tutte le patologie tumorali, risente particolarmente di questo fenomeno che tradotto in cifre ha causato e continuerà a produrre incrementi di spesa che sfiorano il milione di euro l'anno.

Le altre voci di spesa non subiscono significative variazioni.

Acquisti di beni non sanitari

Come mostra la tabella sottostante, la spesa per l'acquisto di beni non sanitari è diminuita del 1,4% rispetto a quanto riportato in Bilancio 2012, confermando il trend di riduzione dell'anno precedente (già nel 2012 tale voce aveva registrato un decremento del 2,2%).

Acquisti di servizi

L'ammontare totale dell'acquisto di servizi nel 2013 è pari ad €477.491.462, con una riduzione del 1,2%.

Acquisti di servizi sanitari

L'analisi sull'andamento dell'acquisto di servizi sanitari effettuata sui conti riclassificati come da prospetto del CE evidenzia una importante riduzione pari a quasi 5,5 milioni.

VOCE	ANNO 2012	ANNO 2013	DIFFERENZA	%
Acquisti servizi sanitari	407.857.445	413.300.182	-5.442.737	-1,3%

Tale riduzione è in tutto dovuta alla farmaceutica convenzionata che rispetto al 2012 registra un meno 8,4% a fronte però di un aumento dei pezzi consumati pari al 1,29%. L'aumento del consumo in termini di pezzi erogati, ai fini della spesa, è stato quindi più che compensato dalla forte diminuzione dei prezzi di rimborso che sono diminuiti in media del 9,57%.

Nel conto "Acquisti di altre Prestazioni sociosanitarie a rilevanza sanitaria" vengono registrate le quote sociali delle prestazioni sociosanitarie che nel corso dell'anno vengono rimborsate alla Asl direttamente dalla Regione Sardegna. Come si vede dalla tabella sopra nel corso del 2012 i rimborsi di tali quote sono stati pari circa a 3,6 milioni a fronte di rimborsi del 2013 pari a 4,8 milioni. Il maggior costo è dovuto al

fatto che il reale importo delle quote sociali del 2012 era di circa 4,7 milioni. Pertanto nel 2013 è stato rilevato come sopravvenienza attiva l'importo residuo che la Regione ha provveduto ha trasferire all'azienda.

Acquisti di servizi non sanitari

Nella tabella seguente si riportano le principali voci di spesa relative ai servizi non sanitari. Si precisa che come nel caso dei servizi sanitari l'aggregato sotto riportato presenta le voci che da CE e non da Bilancio alimentano tale macro conto.

VOCE	ANNO 2012	ANNO 2013	DIFFERENZA	%
Acquisti servizi non sanitari	50.917.760	53.101.595	+2.183.835	+4,3%

Si evidenzia un incremento totale di tali costi a pari a circa 2 milioni di euro. Tale incremento è in buona parte generato dalla voce "Costi per altri servizi non sanitari" dove confluiscono i costi relativi all'esternalizzazione di servizi di back office, caricamento dati, manutenzione degli spazi versi, trasporti e servizi anti incendio.

Godimento beni di terzi

I costi totali per il godimento di beni di terzi hanno subito una lieve variazione fisiologica in incremento pari a 295.822 rispetto al Bilancio 2012.

VOCE	ANNO 2012	ANNO 2013	DIFFERENZA	%
Godimento Beni di Terzi	9.685.241	9.981.063	+295.822	+3,1%

Tale incremento è determinato principalmente dall'aumento per 328.912 dei canoni per noleggi di attrezzature sanitarie

Allegato lettera c)

Costi per il personale

La spesa per il personale alla fine dell'anno 2013 è pari ad € 270.198.475, registrando per la prima volta un decremento di 92.000 euro.

Personale per ruolo	2013	2012	Scost.	Scost. %
a)personale del ruolo sanitario	228.892.471	227.966.237	926.233	0,4%
b) personale del ruolo professionale	954.026	905.551	48.476	5,4%
c) personale del ruolo tecnico	24.201.195	24.770.858	- 569.664	-2,3%
d) personale del ruolo amministrativo	16.150.784	16.648.684	- 497.900	-3,0%
Totale	**270.198.475**	**270.291.330**	**- 92.855**	**0,0%**

Come mostra la tabella sopra tale decremento è da attribuire principalmente al calo del costo del personale amministrativo. Dal 2010 ad oggi infatti la spesa per il personale di questo ruolo ha subito un decremento di circa 8 punti percentuali pari a quasi 1,5 milioni di euro che gravano per lo più sul personale del comparto.

Anche le voci di spesa riguardanti il ruolo tecnico sono in decremento mentre il ruolo sanitario (sia comparto che dirigenza) non subiscono significative variazioni in termini percentuali.

Allegato lettera c)

Ammortamenti

Rispetto all'anno 2012 le voci di costo relative agli ammortamenti hanno subito variazioni pari al 5,5%, con un incremento di circa 500.000 euro dovuto in buona parte all'acquisto di nuove attrezzature sanitarie.

Voci	2013	2012	Scost.	Scost. %
a) Ammortamento e svalutazione delle immobilizzazioni immateriali	625.185	601.870	23.315	3,9%
b) Ammortamento e svalutazione dei fabbricati	3.391.836	3.386.765	5.070	0,1%
c) Ammortamento e svalutazione delle altre immobilizzazioni materiali	6.074.533	5.574.467	500.066	9,0%
d) Svalutazioni dei crediti e delle altre voci comprese nell'attivo circ.	67.446	62.895	4.551	7,2%
Totale	**10.159.000**	**9.625.998**	**533.002**	**5,5%**

Variazione delle rimanenze

Nella tabella che segue si analizza l'andamento delle rimanenze sanitarie e non sanitarie, a confronto con l'esercizio 2012.

Si ricorda che le rimanenze di magazzino, relative ai magazzini farmaceutici ed economali e agli armadietti di reparto, sono state valutate al costo medio ponderato.

Voci	2013	2012	Scost.	Scost. %
a) sanitarie	- 4.652.263	- 3.554.667	- 1.097.597	30,9%
b) non sanitarie	65.857	35.230	30.628	86,9%
Totale	**- 4.586.406**	**- 3.519.437**	**- 1.066.969**	**30,3%**

Accantonamenti dell'esercizio

Complessivamente gli accantonamenti per rischi e oneri sono cresciuti di oltre 1,5 milioni di euro: andando ad analizzare le singole voci, si evidenzia come tale incremento riguardi esclusivamente i fondi riguardanti le cause civili e processuali. L'importo residuo del relativo fondo è stato ridotto durante l'esercizio per effetto dell'utilizzo di somme liquidate per quote maturate negli esercizi precedenti. Per tale ragione sono stati effettuati maggiori accantonamenti in via presuntiva, su base statistica, per fronteggiare il rischio derivante dall'esito infausto di cause per risarcimento danni insorte durante l'esercizio, nonché gli oneri processuali relativi a incarichi legali conferiti nell'anno.

Allegato lettera c)

Voci	2013	2012	Scost.	Scost. %
Acc.ti al F.do equo indennizzo	-	-	-	
Acc.ti al F.do oneri differiti per attività libero professionale	140.793	139.287	1.506	1,1%
Acc.ti al F.do per imposte	-	-	-	
Acc.ti al F.do rischi per cause civili ed oneri processuali	3.337.980	1.885.000	1.452.980	77,1%
Acc.ti al F.do rischi per contenzioso personale dipendente	1.150.000	1.074.000	76.000	7,1%
Acc.ti al F.do rischi per interessi moratori	1.000.000	1.000.000	-	0,0%
Acc.ti altri fondi per rischi	3.229.892	3.179.528	50.364	1,6%
Acc.ti al F.do oneri personale in quiescenza	50.000	50.000	-	0,0%
Acc.ti al F.do oneri per rinn. contratt. - Ruolo sanitario dirigenza med-vet	-	-	-	
Acc.ti al F.do oneri per rinn. contratt. - Ruolo sanitario dirigenza SPTA	-	-	-	
Acc.ti al F.do oneri per rinn. contratt. - Ruolo professionale dirigenza SPTA	-	-	-	
Acc.ti al F.do oneri per rinn. contratt. - Ruolo Tecnico dirigenza SPTA	-	-	-	
Acc.ti al F.do oneri per rinn. contratt. - Ruolo amministrativa dirigenza SPTA	-	-	-	
Acc.ti al F.do oneri per rinn. contratt. - Ruolo sanitario comparto	-	-	-	
Acc.ti al F.do oneri per rinn. contratt. - Ruolo professionale comparto	-	-	-	
Acc.ti al F.do oneri per rinn. contratt. - Ruolo tecnico comparto	-	-	-	
Acc.ti al F.do oneri per rinn. contratt. - Ruolo amministrativo comparto	-	-	-	
Acc.ti al F.do oneri per rinn. contratt. - Personale universitario	-	-	-	
Acc.ti al F.do rinn. convenz. per assistenza sanitaria di base	-	-	-	
Acc.ti al F.do rinn. convenz. per assistenza specialistica interna	-	-	-	
Acc.ti al F.do premio operosità (SUMAI)	761.781	745.745	16.036	2,2%
Acc.ti al F.do trattamento di fine rapporto	-	-	-	
Altri accantonamenti	-	-	-	
Totale	**9.670.445**	**8.073.559**	**1.596.886**	**19,8%**

Allegato lettera c)

Investimenti e disinvestimenti

Investimenti

Come negli anni precedenti, conformemente agli indirizzi aziendali, nel periodo di riferimento sono stati eseguiti investimenti tesi a realizzare processi di ristrutturazione e rimodulazione della rete ospedaliera e di tutte le strutture sanitarie territoriali, nell'intento di perseguire le trasformazioni di destinazione d'uso, gli accorpamenti, le riconversioni e riqualificazioni necessarie, finalizzate al raggiungimento di criteri di economicità e di efficienza di gestione, al fine di consentire a servizi affini e complementari di operare in forma coordinata per evitare ritardi, disfunzioni e distorto utilizzo delle risorse finanziarie e, fondamentalmente, nell'intento di pervenire al raggiungimento di soluzioni e di modelli operativi finalizzati a garantire una offerta qualitativamente e quantitativamente adeguata e diretta a soddisfare i bisogni di salute della popolazione.

In tal senso, la ASL di Cagliari ha intrapreso un processo di ristrutturazione e rimodulazione della rete ospedaliera e di tutte le strutture sanitarie, operando trasformazioni di destinazione, accorpamenti, riconversioni e riqualificazioni necessarie, nell'intento di perseguire criteri di economicità e di efficienza di gestione, al fine di consentire a servizi affini e complementari di operare in forma coordinata per evitare ritardi, disfunzioni, oltre che un utilizzo distorto delle risorse finanziarie.

In questa logica, tutti gli investimenti programmati sono stati finalizzati al perseguimento della qualità dell'assistenza, al perseguimento della sicurezza delle cure, all'uso appropriato delle tecnologie elettromedicali; particolare attenzione è stata posta ai bisogni di una popolazione anziana e/o non autosufficiente, e prioritariamente a quei servizi e quelle prestazioni che maggiormente incidono sulla qualità dell'assistenza sia in termini di efficacia che di efficienza.

Quanto sopra inciderà anche sulla riduzione del tasso di occupazione dei posti letto, sulla durata della degenza media ed del tasso di ospedalizzazione, consentendo il perseguimento di incrementi di produttività nel rispetto delle risorse programmate.

Il raggiungimento di tali obiettivi ha imposto la realizzazione di un sistema strutturale sanitario basato da un lato sull'integrazione tra i vari servizi sanitari presenti negli ospedali della ASL di Cagliari; dall'altro ha imposto il potenziamento della rete dei servizi territoriali.

Tutti gli investimenti programmati, sia quelli sulle strutture e impianti, sia quelli riguardanti l'acquisizione di tecnologie medicali, sono stati finalizzati al perseguimento di obiettivo primario: da un lato rendere

altamente specifica la *mission* assistenziale affidata agli ospedali, in modo da consentire a tutte le professionalità di lavorare ai massimi livelli, garantendo performance ottimali nei processi di presa in carico dei pazienti tenuto conto delle realtà presenti nel contesto regionale (vedasi potenziamento della rete oncologica, attivazione di un polo pediatrico di eccellenza).

Per questi motivi, la ASL di Cagliari con una visione integrata dell'assistenza sanitaria, ha definito investimenti per consentire agli ospedale di assolvere a funzioni specifiche, con capacità di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da patologia tumorali, ha avviato il potenziamento e rinnovamento delle tecnologie dei servizi di medicina nucleare, dei servizi di radiologia diagnostica e interventistica, il potenziamento delle tecnologie a servizio e supporto diretto dei servizi di cardiologia.

Nel contempo sono stati fatti importanti investimenti per i settori della chirurgia con l'acquisizione di tecnologie per le sale operatorie (nuove apparecchiature di anestesia e per le tecniche laparoscopiche).

Innovazione e aggiornamento tecnologico. L'innovazione tecnologica presuppone un idea di sviluppo e la capacità di prevederlo e di indirizzarlo, ovvero è necessario gestire la capacità di fare esplicite previsioni nelle scelte tecniche che saranno successivamente operate.

Per questi motivi, la programmazione degli investimenti in tecnologie medicali è soggetta ad un'intrinseca incertezza informativa, caratterizzata dalla combinazione di molti fattori.

Tale complessità ha imposto l'individuazione di una metodologia di pianificazione, che negli intendimenti della ASL di Cagliari è stata ricondotta a due dimensioni fondamentali:

- dove investire: nell'intento di mantenere l'uniformità dell'accesso alle strutture sanitarie nel territorio aziendale da parte di tutti gli utenti;
- per chi e per quali settori/servizi: nell'intento di promuovere, animare e di sostenere il servizio che propone, come portatore di innovazione, un progetto concreto di miglioramento delle performance nella assistenza sanitaria.

Il programma per l'anno corrente (2014) prevede il rinnovamento delle tecnologie ad ultrasuoni (ecografi di base e specialistici) l'acquisizione di tecnologie per la tomosintesi toracica e l'acquisizione tecnologie di grande impatto per l'attività oftalmologica.

Allegato lettera c)

L'acquisizione di attrezzature tecnologicamente ed organizzativamente così articolato è stato fatto per consentire di affrontare in maniera adeguata le patologie e i bisogni di pazienti con problemi di salute di grande gravità ovvero, per assicurare la gestione del percorso diagnostico terapeutico sia all'interno del presidio che all'interno della stessa rete ospedaliera e delle strutture sanitarie nel territorio, nell'intento di assicurare, anche nelle fasi di follow-up, livelli assistenziali coerenti con le complessità assistenziali erogate.

In ogni caso gli investimenti sono stati programmati e hanno seguito le indicazioni epidemiologiche delle diverse discipline, in funzione dei bacino di utenza della ASL e dei territori limitrofi, statisticamente attratti dai servizi sanitari del capoluogo.

Fondamentale per un adeguata individuazione delle nuove tecnologie elettromedicali è stata l'attività di valutazione preliminare dell'innovazione attraverso la definizione e delimitazione delle potenzialità cliniche e assistenziali in uno con l'analisi delle ricadute ottenibili con l'utilizzo della apparecchiatura all'interno di protocolli diagnostici definiti e valutati per obiettivi, criticità e risultati attesi.

Da un certo punto di vista, quindi, il governo dell'innovazione costituisce il cuore e l'anima della programmazione aziendale nella ricerca del soddisfacimento della domanda di salute dell'utenza.

Solo a seguito dell'analisi delle ricadute assistenziali, organizzative ed economiche la Direzione Generale Aziendale dava il nulla osta all'inserimento delle acquisizione nei programmi di spesa.

Particolari e importanti investimenti sono stati fatti nell'ambito dell'organizzazione del sistema dell'emergenza urgenza, riqualificando la centrale Operative 118 e i sistemi di supporto tecnologico per la rete territoriale di soccorso.

La Centrale operativa del 118 è stata completamente rinnovata e trasferita presso la Cittadella della Salute. Il nuovo modello organizzativo dell'assistenza ha richiesto l'implementazione di sistemi tecnologicamente avanzati, in grado di affrontare le emergenze e di condividere le procedure con tutte le unità operative del territorio, con la rete ospedaliera per garantire costantemente una reale continuità dell'assistenza in regime di emergenza-urgenza, anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti tra strutture sanitarie regionali.

La creazione della continuità assistenziale attraverso l'ospedale-territorio. La riorganizzazione della rete ospedaliera della ASL di Cagliari ha individuato negli Ospedali S. Marcellino di Muravera e S.Giuseppe di Calasanzio a Isili due strutture ospedaliere territoriali.

Allegato lettera c)

A tal fine sono stati avviati e ultimati importanti lavori di riqualificazione strutturale e sono state acquisite specifiche attrezzature sanitarie, per consentire alle equipe sanitarie operanti di garantire la piena copertura dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, ferma restando l'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere del capoluogo.

Al riguardo è stato promosso il potenziamento del numero dei mezzi di soccorso per il trasferimento/collegamento tra le strutture principali e quelle territoriali in termini di mezzi e personale.

Quanto premesso è funzionale anche al perseguimento delle attività di rimodulazione dei posti letto, con particolare attenzione alle caratteristiche del territorio di competenza e al possibile utilizzo di quota parte delle strutture ospedaliere esistenti per funzioni alternative al ricovero ospedaliero, ovvero integrative del processo assistenziale.

Per quanto sopra la ASL è intervenuta per:

- razionalizzare il "sistema dell'emergenza", con priorità per la ripartizione dei posti letto di rianimazione, con particolare attenzione alla determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza, in funzione della rete ospedaliera esistente, considerate le diverse esigenze delle aree territoriali della ASL di Cagliari.
- migliorare la rete delle strutture di lungodegenza post acuzie in ambito ospedaliero.
- completare il sistema delle strutture distrettuali, attraverso il completamento del modello organizzativo-funzionale dei distretti, attivando strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento da attuare al fine di realizzare, in ambito extraospedaliero, un elevato livello di integrazione tra i servizi sanitari e tra questi e i servizi socio-assistenziali.
- completare e migliorare la rete dei consultori, verificandone lo stato di attuazione fornendo un forte impulso innovativo nel campo tecnologico e strutturale;
- attuare e potenziare le strutture preposte alla prevenzione e allo screening;
- attuare l'accesso alle tecnologie complesse attraverso un sistema a rete integrato.

Interventi presso gli ospedali. Uno degli obiettivi prioritari è senz'altro il programma di riqualificazione del patrimonio edilizio ospedaliero e del parco tecnologico. A tal fine la ASL di Cagliari è voluta intervenire per eliminare gli squilibri dovuti a organismi che per carenze strutturali non sono in grado di soddisfare la domanda di ricovero e assistenza.

Allegato lettera c)

Di particolare riguardo è stato lo sforzo economico intrapreso per adeguare alle norme di sicurezza gli impianti delle strutture sanitarie, nell'intento di raggiungere un miglioramento della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro, con riferimento anche alle norme di prevenzione incendi; in questo modo si è intenso garantire soluzioni tecniche per l'eliminazione dei materiali e dei rifiuti contaminati, sistemi di protezione antincendio, acustica, sicurezza elettrica e continuità elettrica, sicurezza antinfortunistica, protezione dalle radiazioni ionizzanti e pronto soccorso in casi di emergenza, la protezione da agenti cancerogeni, la protezione da agenti biologici, le misure specifiche per i laboratori in genere.

Stanti i finanziamenti ricevuti in materia di Energie Rinnovabili, la ASL di Cagliari ha avviato tutti i progetti per l'installazione dei pannelli solari termici e fotovoltaici, nell'intento di aumentare la propria efficienza e autonomia energetica.

Per ultimo si rammentano tutti gli interventi inseriti nei programmi di finanziamento tesi al raggiungimento dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie, di cui alle Deliberazioni di GR n° 47_42 (requisiti minimi autorizzativi) e n° 47_43 (requisiti ulteriori accreditamento), tenuto conto dell'obbligatorietà nel caso di attivazione di nuove strutture, ovvero nel caso di ampliamento e riqualificazione di strutture esistenti.

Nell'intento di pervenire al raggiungimento di soluzioni e di modelli operativi finalizzati a garantire una offerta qualitativamente e quantitativamente adeguata e diretta a soddisfare i bisogni di salute della popolazione, è stato adeguato e reso costante in tutti i posti letto ospedalieri il livello di qualità delle sistemazioni alberghiere, tenuto conto della complementarietà esistente tra sistemazioni alberghiere e qualità delle cure; il miglioramento degli aspetti dell'accoglienza e dell'assistenza medica hanno evidenziato la necessità di porre attenzione alla "qualità percepita" dagli utenti, da attuarsi attraverso un costante monitoraggio della "qualità erogata", anche in termini strutturali e di dotazioni strumentali.

Allegato lettera c)

SCHEDA A : PROGRAMMA TRIENNALE DELLE OPERE PUBBLICHE

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA - AZIENDA ASL DI CAGLIARI

ANNUALITA' 2013 - 2014 - 2015

DESCRIZIONE INTERVENTO		Priorità	STIMA DEI COSTI DELL'INTERVENTO (NETTO IVA)
UBICAZIONE	UNITA' OPERATIVA		2013
SS.TRINITA'	REALIZZAZIONE HUB FARMACIA (INIZIO)		
	AREA LABORATORI (PAD. MAL. INFETTIVE)		
	INSTALLAZIONE PANNELLI SOLARI (INIZIO)		
	RIQUALIF./REALIZZ.NE CENTRALE TERMICA		
	INTERVENTI DI COMPLETAMENTO E RIQUALIFICAZIONE INTERO OSPEDALE		
	TOTALI PARZIALI		€ -
OSP.ONCOLOGICO	RIQUALIFICAZIONE ANATOMIA PATOLOGICA		€ 600.000,00
	U.MA.CA. - PROD. CENTR. ANTIBLASTICI		€ 160.000,00
	EMATOLOGIA - CRIOCONSERVAZIONE		€ 220.000,00
	ZONA HALL - ATTESA PAZIENTI/AUTISTI		€ 60.000,00
	ZONA HALL - RECEPTION AREA		
	AREA ENDOSCOPIA - STERILIZZAZIONE		€ 550.000,00
	AREA CHIRURGIA - B (3° PIANO)		
	AREA CHIRURGIA - C (3° PIANO)		€ 120.000,00
	AREA CHIRURGIA - D (3° PIANO)		€ 250.000,00
	INTERVENTI MESSA A NORMA VVF		€ 170.000,00
	INSTALLAZIONE PANNELLI SOLARI		€ 280.000,00
	RIQUALIFICAZIONE CARDIOLOGIA		
	RIQUALIFICAZIONE RIANIMAZIONE		
	RIQUALIFICAZIONE CENTRALE TERMICA (disp. CONF. SERV. PROV.)		
	NUOVO BLOCCO OPERATORIO		
	TOTALI PARZIALI		€ 2.410.000,00
OSP. R.BINAGHI	REALIZZAZIONE PALESTRA C. SCLEROSI MULTIPLA		€ 50.000,00
	REALIZZAZIONE LABORATORIO C.S.MULTIPLA		€ 60.000,00
	REALIZZAZIONE CAMERE MORTUARIE		€ 120.000,00
	REALIZZAZIONE UNITA' SCREENING MAMMOGRAFICO		
	INTERVENTI MESSA A NORMA VVF		
	INSTALLAZIONE PANNELLI SOLARI (INIZIO INST.NE)		€ 250.000,00
	REALIZZAZIONE RIABILITAZIONE CARDIOLOGIA		
	REALIZZAZIONE RIABILITAZIONE PNEUMOLOGICA		
	RIQUALIFICAZIONE LOCALI EX DEP. FARMACIA/DIABETOLOGIA		€ 200.000,00
	RIQUALIFICAZIONE AREA EX CENTRALE TERMICA		
	TOTALI PARZIALI		€ 680.000,00
OSP. MARINO	RIQUALIFICAZIONE AREE DEGENZA		
	RIQUALIFICAZIONE AREA DEGENZA UNITA' SPINALE		
	COPERTURA		
	INTERVENTI MESSA A NORMA VVF		€ 350.000,00
	SOSTITUZIONE ASCENSORI A NORMA VVF		€ 250.000,00
	INSTALLAZIONE PANNELLI SOLARI		€ 240.000,00
	RIQUALIFICAZIONE AREA RADIOLOGIA		
	RISTRUTTURAZIONE AREA ACCOGLIENZA/TICKET		
	INTERVENTI MESSA IN SICUREZZA PROSPETTI		
	SISTEMAZIONE AREE ESTERNE		
	MESSA A NORMA E RIQUALIFICAZIONE BLOCCO OPERATORIO		
	AMPLIAMENTO UNITA' SPINALE		
	TOTALI PARZIALI		€ 840.000,00
CITTADELLA DELLA SALUTE	REALIZZAZIONE NUOVA SEDE OPERATIVA 118		€ 200.000,00
	REALIZZAZIONE RIPARTIZIONE TECNICA		€ 70.000,00
	SOSTITUZIONE DELLE FINITURE CONTENENTI AMIANTO		
	REALIZZAZIONE LOCALI POSTAZIONE AVANZATA 118		
	REALIZZAZIONE SEDE GUARDIA MEDICA DI CAGLIARI		
	TOTALI PARZIALI		€ 270.000,00
OSP. S.GIUSEPPE ISILI	MESSA A NORMA RETE DISTR.NE GAS MEDICINALI		
	RIQUALIFICAZIONE CENTRALE TERMICA		
	RIQUALIFICAZIONE CABINA ELETTRICA GENERALE		
	INTERVENTI MESSA A NORMA VVF		
	INSTALLAZIONE PANNELLI SOLARI (INIZIO INST.NE)		€ 260.000,00
	INTERVENTI MESSA IN SICUREZZA PROSPETTI		€ 650.000,00
	TOTALI PARZIALI		€ 910.000,00
OSP. MURAVERA	RIQUALIFICAZIONE AREA RADIOLOGIA		
	RIQUALIFICAZIONE AREA LABORATORIO		
	RIQUALIFICAZIONE AREA PRONTO SOCCORSO E GUARDIA MEDICA		
	TOTALI PARZIALI		€ -

Allegato lettera c)

Disinvestimenti.

Si richiama che un fondamentale assetto sul quale il legislatore è intervenuto negli ultimi anni è rappresentato dalla necessità per tutte le amministrazioni pubbliche di fornire adeguate risposte in tema di valorizzazione del proprio patrimonio immobiliare quale momento di concreta applicazione dei principi generali di efficienza, efficacia ed economicità cui deve ispirarsi l'azione amministrativa. Tenuto conto che l'attuale situazione economico-finanziaria impone azioni mirate al riequilibrio dei conti della finanza pubblica e al conseguimento del pareggio di bilancio, in considerazione del fatto che per gli esercizi futuri è prevedibile una accentuata contrazione nella disponibilità di risorse da destinare agli investimenti in tecnologie e interventi strutturali in ambito sanitario.

In questo senso, la ASL di Cagliari ha inteso comunque perseguire una politica di investimenti sanitari che consenta di garantire l'elevato livello di qualità raggiunto dal proprio sistema sanitario mantenendo, nel contempo, standard assistenziali di eccellenza ed il sostanziale equilibrio finanziario anche mediante la dismissione di parte del proprio patrimonio immobiliare non ritenuto indispensabile ai fini di un loro utilizzo sanitario.

Dopo una attenta ricognizione, sono stati individuati una serie di edifici e terreni che non rientrano nelle ipotesi del piano di utilizzo e riassetto logistico anzidetto, di cui è riportato l'elenco degli immobili ritenuti alienabili:

indirizzo	*quartiere*	*importo stimato*
Via Logudoro	SAN BENEDETTO	€ 2.300.000,00
via Quesada	SAN BENEDETTO	€ 850.000,00
Via San Lucifero	SAN BENEDETTO	€ 2.000.000,00
Via Tigellio	MARINA STAMPACE	€ 2.500.000,00
Via Buragna	CASTELLO	€ 135.000,00
Via Canelles	CASTELLO	€ 30.000,00

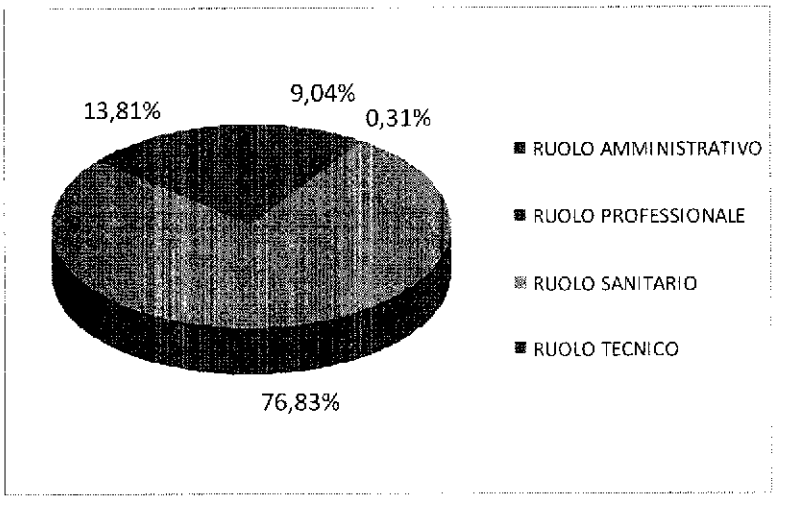
Allegato lettera c)

Andamento del Personale

Il personale in forza all'Azienda sanitaria Locale n. 8 durante l'anno 2013 è pari a 5.141 unità.

Attraverso il primo grafico si va ad analizzare la suddivisione per ruolo del personale in servizio.

Utilizzando la classica ripartizione per ruolo si evidenzia che il personale è impiegato per il 76.83% nel ruolo sanitario, il 13,81% nel ruolo tecnico, il 9,04% nel ruolo amministrativo e lo 0,31% nel ruolo professionale.



Il personale della ASL di Cagliari

Entrando nel dettaglio il personale diviso per posizione e per tipologia di contratto risulta distribuito come segue:

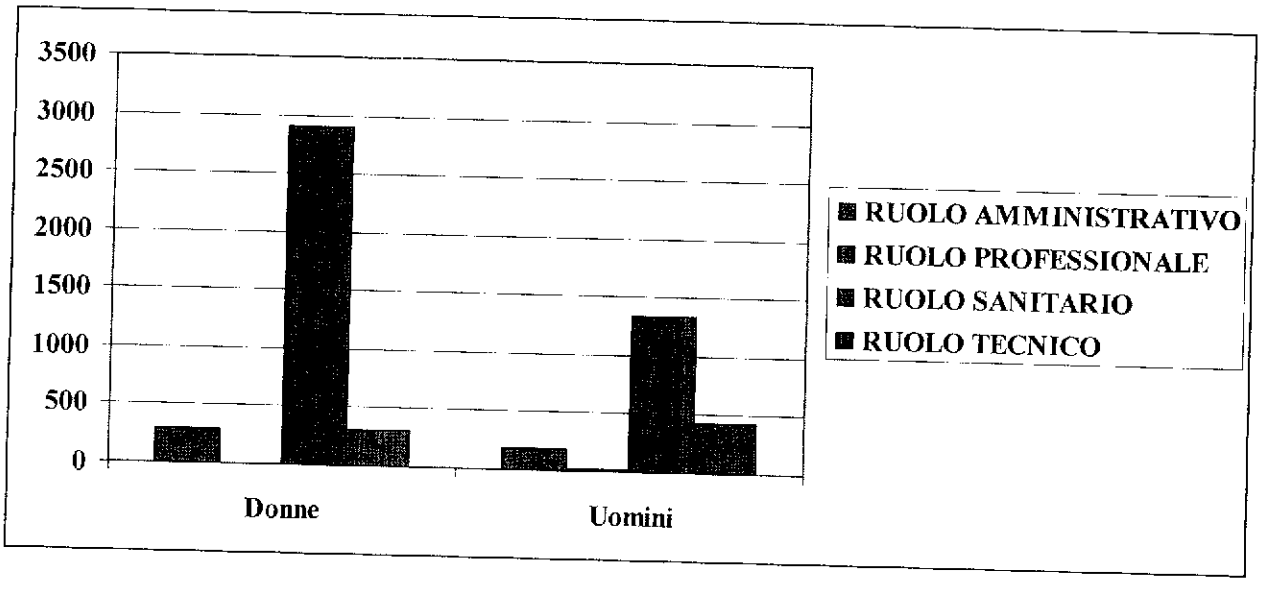
Ruolo/Comparto	Numero persone
RUOLO AMMINISTRATIVO	**465**
Comparto	454
Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	11
RUOLO PROFESSIONALE	**16**
Comparto	8
Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	8
RUOLO SANITARIO	**3950**
Comparto	2633
Dir. delle Profess. Sanitarie	1
Dirig.Medico/Veterinaria	1107
Dirig.Sanitaria non medica	209
RUOLO TECNICO	**710**
Comparto	708
Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	2
Totale complessivo	**5141**

Allegato lettera c)

Nella Tabella che segue il personale in servizio viene suddiviso per ruolo giuridico e con la specificazione dell'età media:

Ruolo	N.	Età media
Comparto	3803	50
Dir. delle Profess. Sanitarie	1	50
Dirig.Medico/Veterinaria	1107	51
Dirig.Prof.le/Amm.va/Tecnica	22	54
Dirig.Sanitaria non medica	209	51
Totale complessivo	**5141**	**51**

Su 5.141 dipendenti 3.503 sono donne (68%) e 1.638 uomini (32%), con un'età media di 51 anni compresi in un range tra i 25 e 75 anni.



Analizzando la distribuzione dei ruoli per sesso, si può notare che la maggior parte delle donne (82%) ricopre ruoli di tipo sanitario, mentre sono in minoranza nei ruoli di tipo professionale (0,05%) e tecnico (8%).

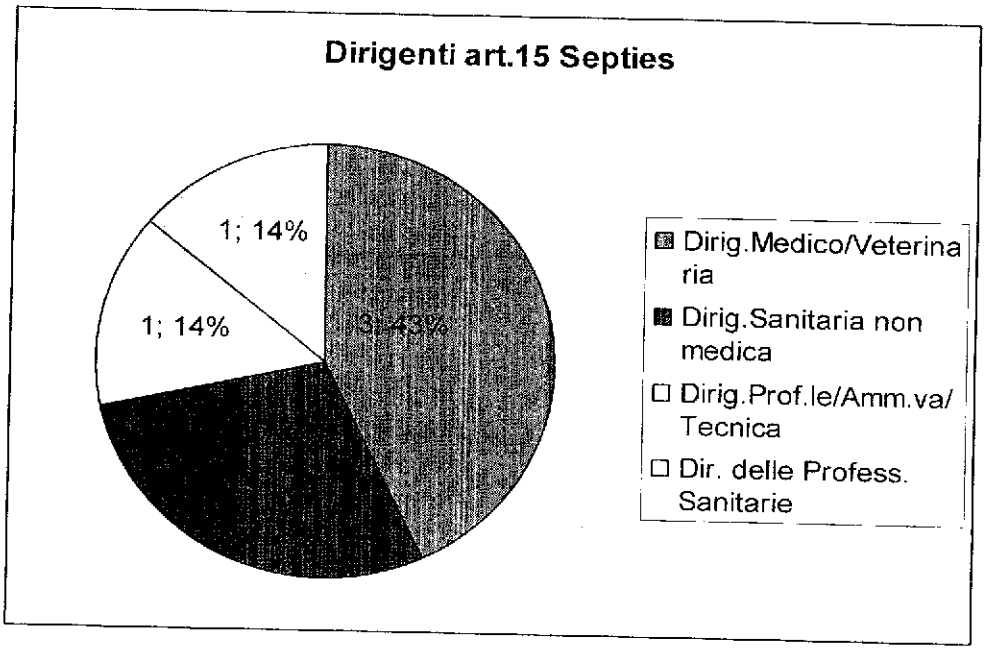
Allegato lettera c)

Le risorse umane suddivise per ruoli per sesso

All'interno del personale in servizio il 26% (1.339 unità) ricopre un ruolo dirigenziale; di questi il 57% sono donne e il 43% sono uomini. Tra i dirigenti, 328 hanno incarichi di struttura complessa o semplice, con una età media di 58 anni ed una prevalenza di uomini (186 contro 142donne).

Genere	Numero	Età media
Donne	**142**	**57**
INC. SC	30	57
INC. SS	112	57
Uomini	**186**	**59**
INC. SC	59	60
INC. SS	127	58
Totale complessivo	**328**	**58**

Oltre ai dirigenti in ruolo nell'anno 2013 risultano attivi 7 contratti dirigenziali ex art. 15 Septies Dlgs 502/92 di cui 5 sono scaduti nel corso dell'anno. Si tratta per il 71% di incarichi appartenenti al ruolo sanitario.



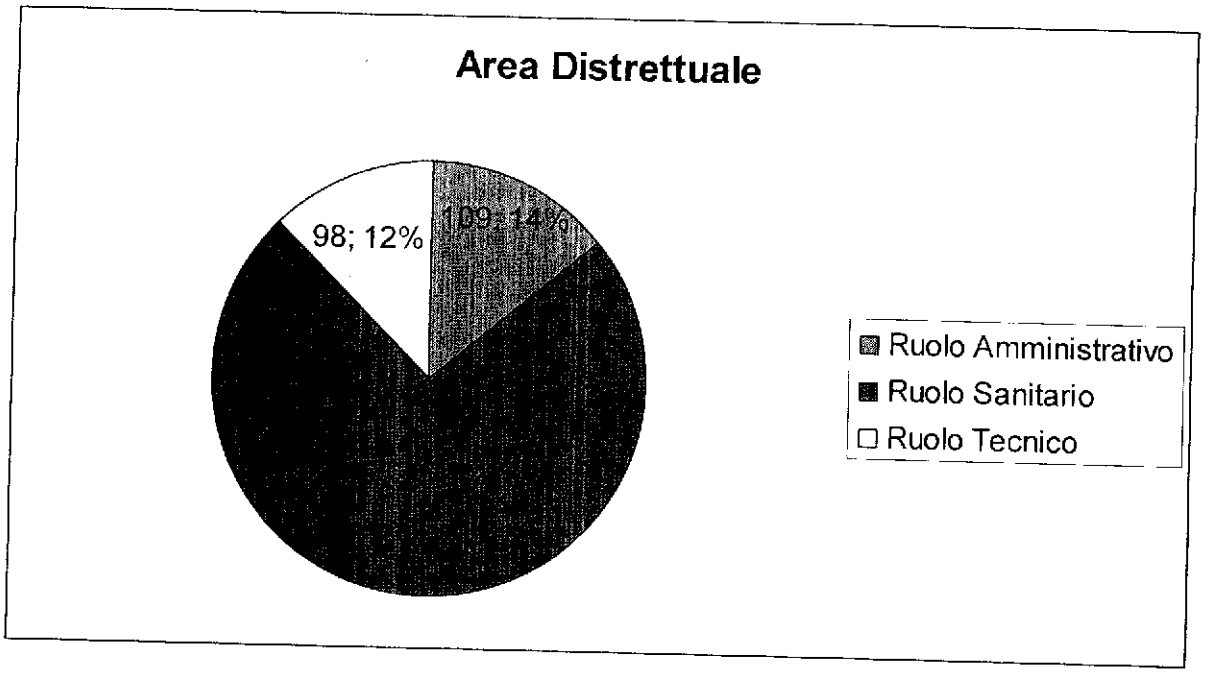
Allegato lettera c)

Analizzeremo ora nel dettaglio la suddivisione delle risorse umane in funzione dell'assegnazione alle Macro Strutture Aziendali (Distretti, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti, Servizi amministrativi e di staff).

Area Assistenza Territoriale

Il personale dell'Area Territoriale è pari a 789 unità - di cui il 74% appartiene al ruolo sanitario:

RUOLO	N. ADDETTI
RUOLO AMMINISTRATIVO	109
RUOLO SANITARIO	582
RUOLO TECNICO	98
Totale complessivo	**789**

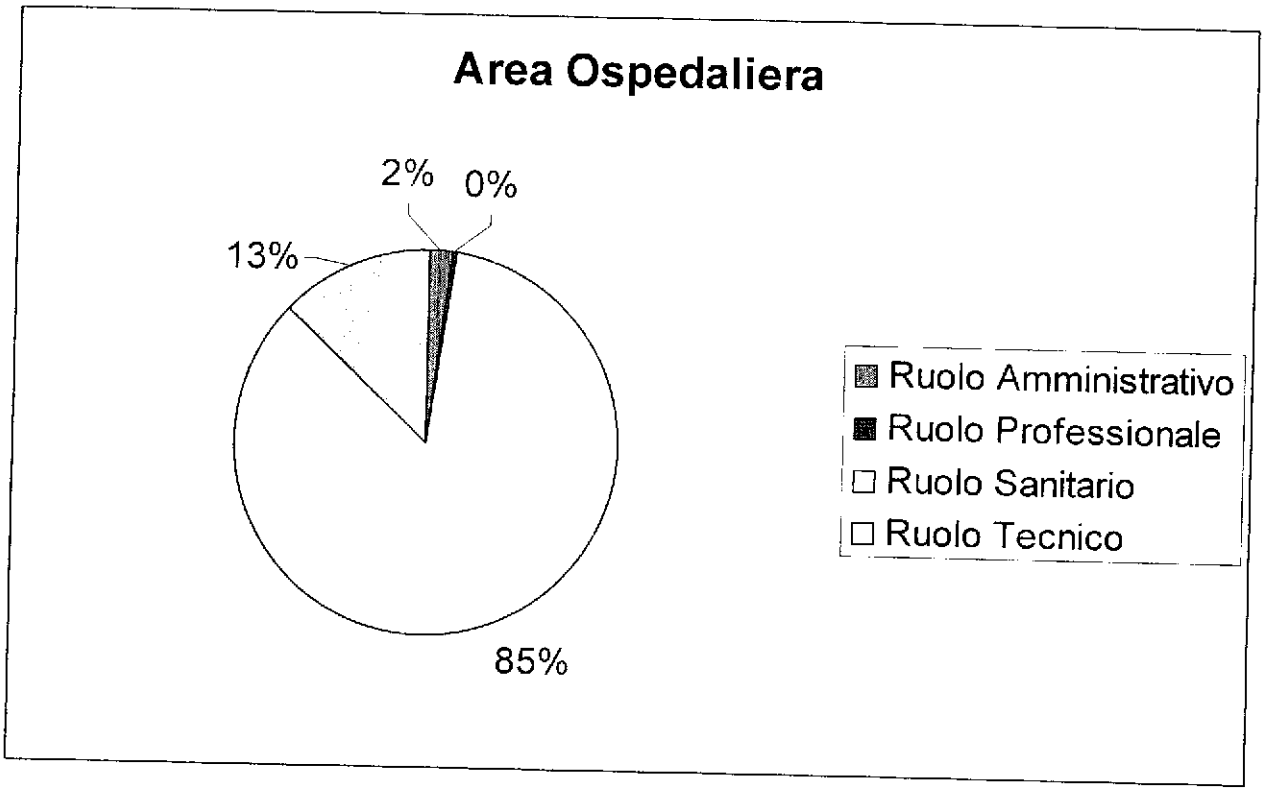


Area Assistenza Ospedaliera

Nella tabella che segue viene illustrata la consistenza del personale appartenente all'area assistenza ospedaliera suddivisa per ruolo; il personale ospedaliero costituisce il 57% del personale in servizio presso l'Asl di Cagliari.

Allegato lettera c)

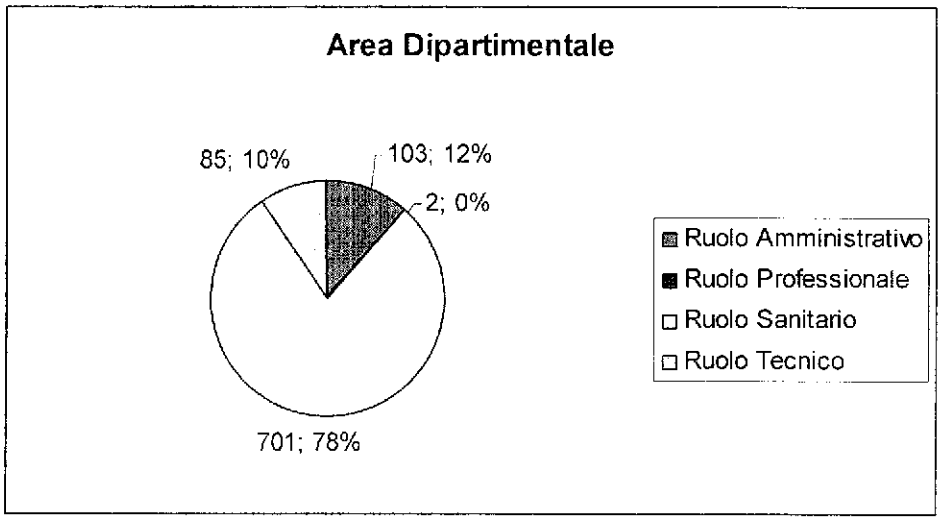
RUOLO	N. ADDETTI
RUOLO AMMINISTRATIVO	59
RUOLO PROFESSIONALE	8
RUOLO SANITARIO	2625
RUOLO TECNICO	406
Totale complessivo	**3098**



Dipartimentale

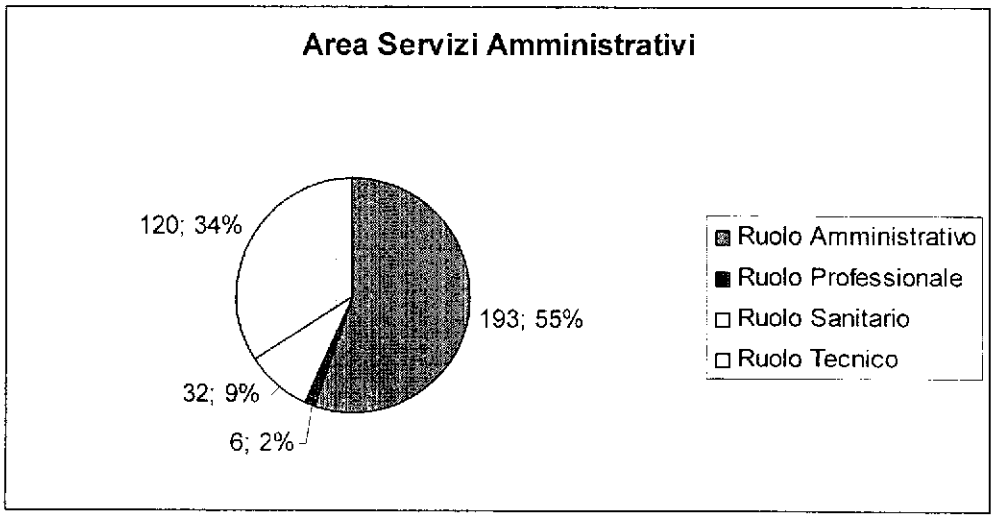
RUOLO	N. ADDETTI
RUOLO AMMINISTRATIVO	103
RUOLO PROFESSIONALE	2
RUOLO SANITARIO	701
RUOLO TECNICO	85
Totale complessivo	**891**

Allegato lettera c)



Area Servizi Amministrativi

RUOLO	N. ADDETTI
RUOLO AMMINISTRATIVO	193
RUOLO PROFESSIONALE	6
RUOLO SANITARIO	32
RUOLO TECNICO	120
Totale complessivo	**351**



Allegato lettera c)

Personale esterno

L'Azienda ha ritenuto necessario incrementare la consistenza delle risorse umane ricorrendo a varie tipologie di collaborazione (interinali, personale proveniente da altri enti in regime di mobilità o cassa integrazione e liberi professionisti). Questo reclutamento è avvenuto per sopperire alla mancanza di personale in organico a seguito di pensionamento, aspettativa o altre cause di interruzione del servizio (come evidenziato nella tabella sulle teste equivalenti).

Nella tabella che segue viene indicato il personale con contratto di lavoro interinale suddiviso per qualifica e mese di utilizzo:

Qualifica	01/01/2012	01/02/2012	01/03/2012	01/04/2012	01/05/2012	01/06/2012	01/07/2012	01/08/2012	01/09/2012	01/10/2012	01/11/2012	01/12/2012
Assistenti Amm.tivi	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Ausiliari	14	14	14	14	14	14	14	14	14	23	24	24
Autisti Ambulanza	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	12
Coadiutori amm.tivi	84	84	84	84	84	85	85	85	85	86	86	90
Collaboratori Amm.tivi (Interprete Bibliotecario)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Infermieri	13	7	7	5	5	2	2	2	2	2	8	8
Interprete Cult.le Madrelingua	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tecnici Elettronici	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0
Totale	137	131	131	129	129	125	125	125	125	135	142	148

Allegato lettera c)

Qualifica	01/01/2013	01/02/2013	01/03/2013	01/04/2013	01/05/2013	01/06/2013	01/07/2013	01/08/2013	01/09/2013	01/10/2013	01/11/2013	01/12/2013
Assistenti Amm.tivi	11	11	12	12	12	15	15	15	15	11	11	6
Ausiliari	14	24	24	25	25	25	26	26	26	26	24	24
Autisti Ambulanza	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Coadiutori amm.tivi	89	89	89	65	65	65	69	69	69	60	60	58
Collaboratori Amm.tivi (Interprete Bibliotecario)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Infermieri	10	10	10	12	12	12	12	12	12	12	12	16
Interprete Cult.le Madrelingua	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tecnici Elettronici	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	139	149	150	129	129	132	137	137	137	124	122	119

Dall'analisi comparata dei dati relativi agli anni 2012-2013 emerge una riduzione dei personale con contratto di lavoro interinale, pari al 25%, rispetto allo stesso mese dell'anno precedente. La riduzione si concentra maggiormente negli ultimi mesi dell'anno 2013.

Per quanto riguarda il personale assunto con forme atipiche (co.co.co e co.co.pro) nel 2012 risultavano attivi 109 contratti di cui 99 finanziati con fondi di provenienza regionale e 10 a carico del Bilancio Asl, così specificati per tipologia e durata:

Tipologia	**Numero contratti**
Tecnico	25
Giuridico-Amministrativo	12
Sanitario	72
Durata	**Numero Contratti**
1-3 mesi	13
4-6 mesi	19
7-12 mesi	43
oltre 12 mesi	34

Allegato lettera c)

Tabella relativa all'anno 2013

Tipologia	Numero contratti
Tecnico	26
Giuridico-Amministrativo	9
Sanitario	27
Durata	**Numero Contratti**
1-3 mesi	1
4-6 mesi	1
7-12 mesi	14
oltre 12 mesi	46

Dall'analisi relativa al ricorso, da parte della ASL 8, ai contratti atipici (co.co.co e co.co.pro), inerente gli anni 2012-2013, è emersa una sostanziale diminuzione dell'utilizzo di tali tipologie contrattuali.
I contratti si sono ridotti infatti di oltre il 40%, a fronte di un aumento dei contratti attivati per un periodo superiore ai 12 mesi.

Inoltre nel 2012 sono stati stipulati 84 contratti per incarichi di attività libero professionale, di cui 63 finanziati con fondi regionali finalizzati e 21 non finanziati, mentre nel 2013 tali contratti sono aumentati di due unità.

Allegato lettera c)

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

I principali movimenti dell'attivo e del passivo sono riportati nelle tabelle sottostanti, dalle quali si evincono gli scostamenti rispetto all'esercizio 2012.

Voce di bilancio	2013	2012	Variaz.	Variaz. %
Immobilizzazioni immateriali	45.785.431	41.635.824	4.149.607	10,0%
Immobilizzazioni materiali	253.626.825	244.449.526	9.177.299	3,8%
Immobilizzazioni finanziarie	-	-		
Attività finanziarie diverse dalle immobilizz.ni	-			
Totale Immobilizzazioni	***299.412.256***	***286.085.350***	13.326.906	4,7%
Rimanenze	24.004.783	19.418.377	4.586.406	23,6%
Crediti entro i 12 mesi	232.304.895	189.109.981	43.194.914	22,8%
Crediti oltre i 12 mesi	1.498.819	1.641.659	- 142.840	-8,7%
Disponibilità Liquide	49.298.864	51.997.660	- 2.698.796	-5,2%
Totale Attivo Circolante	***307.107.361***	***262.167.677***	44.939.684	17,1%
Ratei e risconti attivi	5.118.908	5.470.385	- 351.477	-6,4%
Totale Attivo	**611.638.525**	**553.723.412**	**57.915.113**	**10,5%**
Patrimonio netto	97.435.423	84.989.694	12.445.729	14,6%
Fondo rischi e oneri	58.363.647	52.025.752	6.337.895	12,2%
Trattamenti di fine rapporto	5.504.484	5.578.140	- 73.656	-1,3%
Debiti entro i 12 mesi	211.761.747	235.802.844	- 24.041.097	-10,2%
Debiti oltre i 12 mesi	95.644.748	96.943.113	- 1.298.365	-1,3%
Ratei e risconti passivi	142.928.476	78.029.529	64.898.947	83,2%
Totale Passivo	**611.638.525**	**553.369.072**	**58.269.453**	**10,5%**

Emerge infatti che il valore delle immobilizzazioni (materiali ed immateriali) è aumentato di oltre € 13.000.000, con una variazione in termini percentuali del 4,6%; le rimanenze sono incrementate di circa 4,5 milioni di euro, dovute anche ad una più completa rilevazione delle giacenze di reparto legate all'attivazione degli "armadietti di reparto".I crediti hanno subito una variazione netta di + 43 milioni.

Il patrimonio netto ha subito complessivamente un incremento di oltre 12,5 milioni di euro, i fondi per rischi ed oneri hanno anch'essi avuto un incremento di 6,3 milioni pari al 12,2%; il trattamento di fine rapporto è lievemente diminuito mentre si segnala un'importante riduzione della posizione debitoria (-7,6% pari a circa 25,3 milioni di euro).

Dai dati sopra riportati si seguito vengono calcolati alcuni tipici indicatori:

Allegato lettera c)

	2013	2012
Indici di solidità patrimoniale		
Immobilizzazioni/totale attività	49%	52%
Indice di copertura delle immobilizzazioni		
(Patrimonio netto + debiti)/ Immobilizzazioni	135%	146%
Grado di copertura dell'indebitamenti v/terzi con mezzi propri		
Patrimonio netto/ debiti	32%	26%
Liquidità primaria		
Crediti/Debiti	76%	57%
Liquidità secondaria		
(Crediti + Rimanenze)/Debiti	84%	63%

Allegato lettera c)

Informativa sui fatti di rilievo avvenuti dopo la chiusura dell'esercizio:

Nuovo Ospedale Pediatrico Microcitemico

Con deliberazione del Direttore Generale n. 67 del 24.01.2014 è stata disposta una modifica dell'Atto aziendale della Asl n. 8 di Cagliari, approvato con deliberazione n. 274 del 20.03.2008 (e successivamente modificato con le deliberazioni n. 1413 del 15.12.2009, n. 659 del 18.04.2013 e n. 12 del 09.01.2014), nel senso del trasferimento della UOC Clinica pediatrica e della UOC Neuropsichiatria infantile dall'AOU di Cagliari alla Asl di Cagliari.

Con deliberazione di GR n. 22/28 del 17.06.2013, la Regione Sardegna ha disposto il trasferimento, presso il P.O. Microcitemico della Asl n. 8 di Cagliari, delle attività assistenziali inerenti le discipline di Pediatria e di Neuropsichiatria Infantile, afferenti al complesso pediatrico Macciotta della AOU di Cagliari (Pediatria: 19 posti letto – Neuropsichiatria Infantile: 10 posti letto), preso atto dello stato di non completa adeguatezza del Complesso pediatrico "Macciotta" alle norme vigenti in materia di standard strutturali previsti per le strutture destinate all'assistenza sanitaria in età pediatrica e le numerose difformità dalla specifica regola tecnica di prevenzione incendi e l'insussistenza dei requisiti minimi di sicurezza rilevate dal Comando provinciale dei Vigili del fuoco della provincia di Cagliari.

E' stato inoltre disposto il trasferimento, presso il P.O. Microcitemico di Cagliari, dell'ambulatorio pediatrico H24 attualmente afferente al complesso pediatrico Macciotta. Si è quindi stabilito che - al termine dei lavori di ampliamento in corso e programmati - saranno allocate presso il P.O. Microcitemico le attività di Pediatria dell'AOU e dell'AO Brotzu e la Chirurgia pediatrica del SS. Trinità.

Una volta terminati i lavori, saranno inoltre trasferiti presso il P.O. Microcitemico: Chirurgia pediatrica del P.O. SS. Trinità; Cardiologia pediatrica dell'AO Brotzu; Pediatria dell'AO Brotzu; le strutture del Materno-infantile delle Aziende dell'Area Vasta di Cagliari.

Successivamente, con la DGR n. 42/45 del 16.10.2013, è stato approvato il piano di sviluppo ed il programma per la costituzione – nell'ambito della Asl n. 8 - del Polo pediatrico della città di Cagliari in cui concentrare gradualmente tutte le discipline pediatriche presenti nelle strutture ospedaliere della città (AO Brotzu, Clinica Macciotta e Ospedale SS. Trinità); la realizzazione del nuovo Ospedale Pediatrico Microcitemico (Ospedale del bambino).

Allegato lettera c)

Per la realizzazione dell'Ospedale Pediatrico-Microcitemico la Regione ha posto i seguenti macro obiettivi: ampliamento e riqualificazione della struttura esistente, al fine di uniformare il nuovo ospedale Pediatrico Microcitemico ai moderni modelli organizzativi fondati sul binomio bambino-genitore; razionalizzazione ed accorpamento dei servizi ospedalieri pediatrici; ottimizzazione ed umanizzazione dell'assistenza sanitaria pediatrica; rispetto degli standard normativi in materia di sicurezza; modernizzazione ed ampliamento delle apparecchiature medicali.

Per il raggiungimento di tali obiettivi è stato disposto: la riorganizzazione e destinazione della superficie dell'edificio originario dell'ospedale Microcitemico a tutte le funzioni di ricovero per acuti, assistenza in day hospital e per i servizi sanitari accessori, per dare continuità all'assistenza pediatrica; lo sviluppo e potenziamento delle attività del Presidio Ospedaliero Pediatrico Microcitemico, al fine di renderlo centro di riferimento regionale per le patologie infantili, con specifica attenzione per quelle più diffuse in Sardegna e nell'area mediterranea, le patologie oncologiche infantili ed i disordini ereditari della coagulazione.

A tal fine sono stati programmati investimenti (che consentiranno - nel breve e medio periodo – la disponibilità di oltre 120 posti letto); accordi con l'università di Cagliari, l'AOU e l'AO Brotzu per il definitivo riassetto dell'assistenza pediatrica.

Con deliberazione di GR n. 55/10 del 31.12.2013, in particolare, sono stati individuati i contenuti minimi del modello di accordo disciplinante i rapporti relativi alle strutture della Asl n. 8 di Cagliari in convenzione con l'università ed a direzione universitaria; si è disposta l'istituzione di una struttura di raccordo al fine di assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'Asl di Cagliari con la programmazione didattica e scientifica dell'università e la vigilanza sulla corretta applicazione dell'accordo per la disciplina dei rapporti con il personale universitario che opera presso le strutture della Asl.

Sono stati inoltre previsti interventi di natura organizzativa per la razionalizzazione delle attività dei seguenti servizi:

- Anestesia pediatrica;
- Cardiologia pediatrica;
- Chirurgia pediatrica;

- Clinica pediatrica;
- Clinica pediatrica e per le talassemie, patologie complesse e rare;
- CTMO pediatrico;
- Endocrinologia e diabetologia pediatrica;
- Ginecologia, fisiopatologia della riproduzione e medicina materno fetale;
- Laboratorio di genetica;
- Neurologia ed epilettologia pediatrica;
- Neuropsichiatria infantile;
- Oncoematologia pediatrica;
- Radiologia pediatrica.

Pertanto, a fronte delle DGR n. 22/28 del 17.06.2013, n. 42/45 del 31.12.2013 e n. 55/10 del 31.12.2013, il P.O. Pediatrico Microcitemico costituirà il Polo pediatrico della città di Cagliari, nel quale sarà gradualmente concentrata l'offerta di assistenza sanitaria ospedaliera in area pediatrica, attualmente erogata in modo disorganico nei diversi punti di assistenza ospedaliera presenti nella città di Cagliari. Dipartimento Pediatrico e delle Malattie Rare (ex Dipartimento Pediatrico e e Prenatale). In attuazione degli atti di programmazione regionale in ambito sanitario sopra descritti, il P.O. Pediatrico Microcitemico sarà interessato, in una prima fase, dai seguenti interventi:

- avvio del processo di concentrazione delle attività pediatriche mediante il trasferimento dalla AOU di Cagliari alla Asl n. 8 delle strutture complesse, per le quali è mantenuta la direzione da parte di personale universitario, Clinica pediatrica e Neuropsichiatria infantile (ospedaliera), che afferirà al DSM;
- ulteriore qualificazione e specializzazione della UOC Clinica pediatrica 2 in UOC Clinica pediatrica e per le talassemie, patologie complesse e rare, a direzione universitaria;
- ulteriore qualificazione della UOC Ginecologia e diagnosi prenatale in UOC Ginecologia e fisiopatologia della riproduzione e medicina materno fetale;
- ulteriore qualificazione della UOC Oncoematologia pediatrica;
- istituzione ed attivazione della SSD Anestesia pediatrica;
- trasferimento della UOC Cardiologia pediatrica dal P.O. SS. Trinità al P.O. Pediatrico Microcitemico;
- istituzione ed attivazione della SSD Endocrinologia e diabetologia pediatrica;
- attivazione della SSD Cardiologia pediatrica;

Allegato lettera c)

- istituzione ed attivazione della SSD Radiologia pediatrica;
- attivazione della SSD CTMO pediatrico;
- istituzione ed attivazione della SSD Laboratorio di genetica;
- istituzione ed attivazione della SSD Neurologia ed epilettologia pediatrica.

Successivi interventi prevedono il trasferimento delle UU.OO. di Pediatria e Cardiologia pediatrica dall'AOU Brotzu al P.O. Pediatrico Microcitemico.

A conclusione del processo di riqualificazione e ristrutturazione, nel P.O. Pediatrico Microcitemico opereranno le seguenti UU.OO.:

N.	***Unità operativa***	*T*	***DIPARTIMENTO e note***
1	*Anestesia pediatrica*	*SSD*	*Pediatrico e Malattie Rare*
2	Cardiologia pediatrica	SSD	Pediatrico e Malattie Rare
3	Chirurgia pediatrica	SC	Pediatrico e Malattie Rare
4	Clinica pediatrica	SC	Pediatrico e Malattie Rare In convenzione con università e a direzione universitaria
5	Clinica pediatrica per le talassemie, patologie complesse e rare	SC	Pediatrico e Malattie Rare In convenzione con università e a direzione universitaria
6	CTMO pediatrico	SSD	Pediatrico e Malattie Rare
7	Endocrinologia e diabetologia pediatrica	SSD	Pediatrico e Malattie Rare
8	Ginecologia e fisiopatologia della riproduzione e medicina materno fetale	SC	Pediatrico e Malattie Rare
9	Oncoematologia pediatrica	SC	Pediatrico e Malattie Rare
10	Neurologia ed epilettologia pediatrica	SSD	Pediatrico e Malattie Rare
11	Direzione sanitaria	SC	Direzioni sanitarie
12	Laboratorio di genetica	SSD	Servizi diagnostici
13	Radiologia pediatrica	SSD	Dipartimento immagini

Allegato lettera c)

14	Neuropsichiatria infantile	SC	Dipartimento Salute Mentale In convenzione con università e a direzione universitaria

Istituzione della Breast Unit all'Ospedale Businco

Per prevenire e contrastare i tumori alla mammella la Regione e la Asl 8 di Cagliari hanno istituito il Centro di senologia (Breast unit) all'ospedale Oncologico di Cagliari, che avrà anche funzioni di struttura di riferimento regionale per la diagnosi e cura di questa patologia. Con questo provvedimento, la Regione Sardegna attua in anticipo le direttive del Parlamento europeo che, con una risoluzione, ha invitato gli Stati membri a istituire entro il 2016 Centri di senologia con certificazioni di qualità. Il primo via libera è arrivato dalla Giunta regionale che il 31 gennaio scorso, che ha approvato la delibera che dava mandato alla direzione generale della Sanità, con il supporto della Commissione oncologica regionale, di raccogliere e analizzare i dati attuali relativi al numero di pazienti affetti da tumore della mammella e alle prestazioni erogate per il trattamento della patologia dalle Aziende sanitarie locali. LA ASL 8. Successivamente, con un provvedimento del 10 febbraio, i vertici aziendali della Asl, hanno deliberato l'organizzazione del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale per le donne affette da patologie neoplastiche della mammella. L'obiettivo - vera novità del progetto - è un approccio multisciplinare della patologia con la costruzione di un modello assistenziale caratterizzato dalla forte integrazione delle varie specialità coinvolte. Le pazienti saranno supportate e guidate da una o più figure professionali in grado di fare da raccordo tra tutte specialità mediche che interverranno durante il percorso di diagnosi e cura (radiologia, chirurgia, oncologia, radioterapia ecc.) e soprattutto poter godere su tutto il territorio (centro o periferia) della stessa assistenza che garantisca omogeneità di trattamento. I DATI. Dati recenti attestano che quella della mammella costituisce la patologia tumorale più frequente nelle donne, rappresentando la seconda causa di morte in Europa. In Italia sono circa 40.000 le donne alle quali ogni anno viene diagnosticato il tumore al seno, tra queste il 30% ha un'età inferiore a 44 anni, mentre il 36% è compreso tra i 44 e i 65 anni e il rimanente 34% riguarda le donne over 65. In Sardegna ogni anno si verificano più di 1.000 (mille) nuovi casi e la comparsa della malattia sembra verificarsi ad un'età più precoce rispetto a quanto si registra in altre regioni.

BREAST UNIT REGIONALE. Da qui l'esigenza di adottare specifiche iniziative da parte del Sistema sanitario regionale e, in particolare, di azioni finalizzate a delineare percorsi di diagnosi e cura basati sui presupposti dell'appropriatezza, sicurezza ed efficacia. Il Centro di senologia rappresenta un modello

moderno di assistenza specializzato nel tumore della mammella dove la gestione è affidata a un gruppo di specialisti con uno specifico training senologico; la presenza di un team coordinato permette, attraverso un'offerta multidisciplinare, di rispondere nel migliore dei modi alla complessità della gestione della patologia, aumentando la qualità della vita delle pazienti e garantendo l'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici aggiornati e conformi alle linee guida più attuali

DISMISSIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE DELL'AZIENDA

La valorizzazione dei beni patrimoniali rappresenta uno degli strumenti suggerito dal legislatore per una concreta applicazione dei principi generali di efficienza, efficacia ed economicità cui deve ispirarsi l'azione amministrativa.

In tale contesto la Asl di Cagliari attraverso una politica di investimenti sanitari ha avviato una complessa e approfondita attività di ricognizione straordinaria e di riordino di tutto il patrimonio immobiliare di proprietà, finalizzata ad una migliore utilizzo e una più efficiente gestione, attraverso l'individuazione ance delle proprietà immobiliari che possono essere oggetto di compravendita, oltre a garantire ulteriori risparmi gestionali per la le manutenzioni.

Per la determinazione del valore di mercato degli immobili e dei terreni è stato sottoscritto un accordo di collaborazione con l'Agenzia delle Entrate, ufficio di Cagliari.

Le risorse provenienti dalle alienazioni dei beni patrimoniali di proprietà saranno destinate ad investimenti strutturali, spese per adeguamenti alle indicazioni normative in materia di sicurezza sul lavoro e di prevenzione incendi.

Allegato lettera c)

Prevedibile evoluzione della gestione:

Dai documenti già predisposti ed inviati ai fini dell'assolvimento degli obblighi informativi ministeriali, risulta che, per il 2014, si prevede di chiudere sostanzialmente in pareggio il bilancio, come risulta dalle tabelle che seguono con i valori espressi in migliaia di euro:

Aggregato economico	Budget 2014
Valore della produzione	*948.052.000*
Costi della produzione	*936.417.000*
Proventi e oneri finanziari	-976.000
Proventi e oneri straordinari	
Imposte e tasse	9.000.000
Utile (Perdita) dell'esercizio	**1.659.000**

Si va ad analizzare ora le principali voci di spesa:

Voci di costo	Budget 2014
Per beni di consumo	151.100.000
Per servizi	480.500.000
Per godimento di beni di terzi	10.120.000
Per il personale	270.747.000
Ammortamenti e svalutazioni	13.500.000
Variazioni delle rimanenze sanitarie	
Accantonamenti per rischi e oneri	7.500.000
Altri accantonamenti	0
Oneri diversi di gestione	2.950.000
Totale costi della produzione	***936.417.000***

Con dettaglio sul personale diviso per ruolo:

Voci di costo	Budget 2014
Personale del ruolo sanitario	229.630.000
Personale del ruolo professionale	955.000
Personale del ruolo tecnico	24.100.000
Personale del ruolo amministrativo	16.062.000
Totale Personale	**270.747.000**

Allegato lettera c)

7) Elenco dei presidi ospedalieri e dei servizi dell'azienda.

Di seguito vengono presentati i Servizi e i Presidi Ospedalieri presenti all'interno della Asl 8 nell'anno 2012:

ASSISTENZA COLLETTIVA
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SERVIZIO IGIENE DELLA PROD. TRASF.COMM.ALIM. DI ORIGINE ANIMALE
SERVIZIO IGIENE ALLEVAMENTI
SERVIZIO SANITA' ANIMALE
SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO
SERVIZIO IGIENE SANITA' PUBBLICA
SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
SERVIZIO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE
MEDICINA LEGALE
SALUTE E AMBIENTE
ASSISTENZA TERRITORIALE
DIPARTIMENTO COORDINAMENTO DISTRETTI
DISTRETTO 1
1-ANZIANI DISABILI E SOGGETTI FRAGILI
1-CONSULTORI
1-CURE PRIMARIE
1-HOSPICE
1-NEFROLOGIA E DIALISI DEL TERRITORIO
1-NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
1-RIABILITAZIONE E TERAPIA FISICA AREA SPECIALISTICA
1-RIABILITAZIONE SOCIO SANITARIA AREA TERRITORIALE
1-SISTEMA TERRITORIALE DELL'EMERGENZA
1-CENTRALE OPERATIVA
DISTRETTO 2
DISTRETTO 3
DISTRETTO 4
DISTRETTO 5
DIPARTIMENTO DEL FARMACO
UNITA' CENTRALE
FARMACEUTICA OSPEDALIERA
FARMACIA SS. TRINITA'
FARMACIA BINAGHI
FARMACIA SAN MARCELLINO
FARMACIA MARINO
FARMACIA SAN GIUSEPPE
FARMACIA BUSINCO

Allegato lettera c)

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE
*
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
SERVIZIO RIABIL. E RESIDENZIALITA'
SERVIZIO DI PSICHIATRIA FORENSE
SPDC1
SPDC2
CSM ORE CAGLIARI A
CSM ORE CAGLIARI B
CSM ORE SELARGIUS
CSM ORE ASSEMINI
CSM ORE QUARTU S.ELENA
CSM ORE ISILI
CENTRO TRATTAMENTO DISTURBI PSICHIATRICI ALCOOL CORRELATI
*
DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE
SERD CAGLIARI – VIA LIGURIA
SERD CAGLIARI-VIA DEI VALENZANI
SERD QUARTU S.ELENA
Dipendenze da alcool, tabacco, gioco d'azzardo patologico
*
ASSISTENZA OSPEDALIERA
MICROCITEMICO
DIREZIONE SANITARIA
CARDIOLOGIA
CLINICA PEDIATRICA
GINECOLOGIA E DIAGNOSI PRENATALE
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA
EMATOLOGIA ADULTI
C.T.M.O.
*
BUSINCO
DIREZIONE SANITARIA
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA ONCOLOGICA
ANESTESIA E RIANIMAZIONE
DERMATOLOGIA
TERAPIA DEL DOLORE
CHIRURGIA SPERIMENTALE
CHIRURGIA GENERALE (ONCOLOGIA CHIRURGICA)
DERMATOLOGIA
ONCOLOGIA GINECOLOGICA
CHIRURGIA TORACICA
DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA MEDICA
CARDIOLOGIA
EMATOLOGIA E CTMO
ONCOLOGIA MEDICA
MELANOMA E PATOLOGIE RARE

Allegato lettera c)

PATOLOGIE DELL'APPARATO GASTROENTERICO
PATOLOGIE DELL'APPARATO TORACO-POLMONARE
DIPARTIMENTO DI RADIO ONCOLOGIA
RADIOTERAPIA
RADIOLOGIA
MEDICINA NUCLEARE
FISICA SANITARIA
RADIOTERAPIA SPERIMENTALE
*
SAN MARCELLINO
DIREZIONE SANITARIA
ANESTESIA
CHIRURGIA GENERALE
MEDICINA GENERALE
PRONTO SOCCORSO
OSTETRICIA E GINECOLOGIA (CENTRO DONNA)
*
SS. TRINITA'
DIREZIONE SANITARIA
CHIRURGIA GENERALE
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
DERMATOLOGIA
OTORINOLARINGOIATRIA
OSTETRICIA E GINECOLOGIA
NEURORIABILITAZIONE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE
UROLOGIA
CHIRURGIA PEDIATRICA
GASTROENTEROLOGIA E CHIRURGIA ENDOSCOPICA
GERIATRIA
MALATTIE INFETTIVE
MEDICINA INTERNA
EMODIALISI (NEFROLOGIA E DIALISI)
ANESTESIA E RIANIMAZIONE
PRONTO SOCCORSO
U.T.I.C.
*
MARINO
DIREZIONE SANITARIA
ANESTESIA E BLOCCO OPERATORIO
CARDIOLOGIA
ORTOPEDIA E MICROCHIRURGIA RICOSTRUTTIVA
CLINICA ORTOPEDICA
UNITA' SPINALE
NEUROCHIRURGIA
CHIRURGIA D'URGENZA
PRONTO SOCCORSO

Allegato lettera c)

RIANIMAZIONE E MEDICINA IPERBARICA
*
BINAGHI
DIREZIONE SANITARIA
ANESTESIA E RIANIMAZIONE
CARDIOLOGIA
CENTRO SCLEROSI MULTIPLA
CTMO
CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE TRAPIANTI
GENETICA MEDICA
OFTALMOLOGIA
SERVIZIO ENDOCRINOLOGIA TERRITORIALE
CENTRO DONNA
PNEUMOLOGIA 4
PNEUMOLOGIA 3 (TERAPIA SEMINTENSIVA RESPIRATORIA)
PNEUMOLOGIA 2
PNEUMOLOGIA TERRITORIALE
*
SAN GIUSEPPE
DIREZIONE SANITARIA
ANESTESIA E RIANIMAZIONE
CHIRURGIA GENERALE
PRONTO SOCCORSO
MEDICINA GENERALE
OSTETRICIA E GINECOLOGIA (CENTRO DONNA)
*
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI DIAGNOSTICI
ANATOMIA PATOLOGICA BUSINCO
ANATOMIA PATOLOGICA SS.TRINITA'
LABORATORIO ANALISI BINAGHI
LABORATORIO ANALISI BUSINCO
LABORATORIO ANALISI MARINO
LABORATORIO ANALISI SS. TRINITA'
LABORATORIO ANALISI SAN GIUSEPPE
LABORATORIO ANALISI SAN MARCELLINO
*
DIPARTIMENTO IMMAGINI
MEDICINA NUCLEARE SS. TRINITA'
SERVIZIO RADIOLOGIA BINAGHI
SERVIZIO RADIOLOGIA MARINO
SERVIZIO RADIOLOGIA SS. TRINITA'
SERVIZIO RADIOLOGIA SAN GIUSEPPE
SERVIZIO RADIOLOGIA SAN MARCELLINO
*
DIREZIONE GENERALE
*
DIPARTIMENTO DELLO STAFF
AFFARI GENERALI

1203

- 7 SET. 2014

Allegato lettera c)

AFFARI LEGALI
AREA COMUNICAZIONE
UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO
AREA NURSING
DIRETTORE SOCIO SANITARIO
PROGETTAZIONE STRATEGICA, QUALITA' E RISK MANAGEMENT
PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO
SISTEMI INFORMATIVI E TECNOLOGIE INFORMATICHE
SVILUPPO ORGANIZZATIVO E VALUTAZIONE DEL PERSONALE
*
AREA TECNICO AMMINISTRATIVA
ACQUISTI
CONTABILITA' E BILANCIO
PERSONALE
AREA AMMINISTRATIVA PRESIDI
AREA AMMINISTRATIVA TERRITORIALE
*
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI TECNICO LOGISTICI
PATRIMONIO E SERVIZI TECNICI (SERVIZIO TECNICO)
SERVIZI GENERALI ALBERGHIERI E LOGISTICA
SICUREZZA LEGGE 626/94
*
DIPARTIMENTO ACQUISTO SERVIZI SANITARI
ASSISTENZA TERRITORIALE
ASSISTENZA OSPEDALIERA
AUTORIZZAZIONI ACCREDITAMENTO EROGATORI SANITARI

Il Responsabile del Servizio
Programmazione e Controllo di Gestione
Dott. Vincenzo Serra

Il presente allegato è composto da n° 237 fogli di n° 237 pagine.

Il Direttore Generale
Dott. Emilio Simeone

Il Direttore Amministrativo
Dott. Sergio Salis

Il Direttore Sanitario
Dott. Ugo Storelli