1204
2 SET. 2014

ASLCagliari

Programma Sanitario Annuale

2014

Art. 13 comma 3 L.R. n° 10/2006

[redacted]

Sommario

Premessa 3

Obiettivi 2014 3

Progetti di Intervento 2014 14

Assistenza Territoriale 19

Assistenza ospedaliera 28

Servizio Riabilitazione 32

Dipartimento delle Dipendenze 35

PROGRAMMA SANITARIO ANNUALE 2014

Premessa

Relativamente all'andamento demografico ed analisi della domanda di prestazioni di assistenza proveniente dalla popolazione assistita dall'Azienda, nonchè agli indirizzi strategici aziendali si rimanda al "Piano Generale Triennale 2014-2016" di cui il presente documento costituisce una declinazione operativa.

Obiettivi 2014

L'Azienda ha definito - con l'approvazione del "Piano delle Performance" - le aree operative nell'ambito delle quali innestare il processo di contrattazioni degli obiettivi da assegnare alle unità operative aziendali.

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

A Area della prevenzione, appropriatezza ed accessibilità nei livelli di assistenza:

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

B Area dell'efficienza economica ed organizzativa:

- B.1 Sviluppo della medicina ed assistenza sul territorio al fine di costruire alternative valide e credibili all'assistenza ospedaliera;
- B.2 Garanzia di un equilibrio economico gestionale dell'Azienda;
- B.3 Gestione committenza;

C Area dell'efficacia e qualità dei servizi:

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

Per una più dettagliata analisi degli obiettivi strategici si rimanda al "Piano Generale Triennale 2014 -2016" (sezione "Obiettivi strategici e progetti di intervento 2014-2016).

A seguire si presentano gli *obiettivi operativi specifici* delle diverse aree strategiche su cui l'Azienda ha definito il piano triennale.

Relativamente all'"Area della prevenzione, dell'appropriatezza e dell'accessibilità nei livelli di assistenza" sono stati individuati i seguenti obiettivi:

Descr Area Strategica: Area della Prevenzione, Appropriatezza e dell'Accessibilità nei livelli di assistenza

Cod Obiettivo operativo	Descr Obiettivo operativo
A.1	Utenti presi in carico dai centri di salute mentale per 100.000 ab.
A.10	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari
A.11	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico
A.12	Percentuale di anziani => 65 anni trattati in ADI
A.13	Somma ponderata di tassi specifici normalizzati per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrico
A.14	Somma ponderata di tassi specifici normalizzati per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: complicanze del diabete
A.15	Somma ponderata di tassi specifici normalizzati per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: polmonite batterica nell'anziano
A.16	Somma ponderata di tassi specifici normalizzati per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: BPCO
A.17	Somma ponderata di tassi specifici normalizzati per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrica, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO
A.18	Somma ponderata di tassi specifici normalizzati per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: scompenso cardiaco
A.19	Somma ponderata di tassi specifici normalizzati per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: infezioni delle vie urinarie
A.2	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti
A.20	CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE: percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95

A.21	CONTAMINAZ. ALIMENTI - Controlli per la riduz. rischio di uso di farmaci, sostanze illec. presenza di contaminanti nelle produz. aliment. e loro residui negli alim. di orig. anim: percent. dei campioni analizz. su tot. campioni program. dal PNR
A.22	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e *trend* della prevalenza
A.23	MALAT. ANIM. TRASM. UOMO: perc. allev. controll. BRUCELLOSI ovicaprina-bovina-bufalina e per le Reg. di cui all'OM 14/11/06 il rispetto dei tempi di ricontr. e dei tempi di refertaz. degli esiti di laborat. 80% e riduz. preval. specie.
A.24	ANAGRAFI ANIMALI -Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina
A.25	Percentuale di aziende artigiane controllate sul totale da controllare
A.26	Proporzione di persone che ha effettuato *test* di *screening* di 1° livello, in un programma organizzato, per: - cervice uterina
A.27	Proporzione di persone che ha effettuato *test* di *screening* di 1° livello, in un programma organizzato, per: -mammella
A.28	Proporzione di persone che ha effettuato *test* di *screening* di 1° livello, in un programma organizzato, per: -colon retto
A.29	Rapporto tra numero di soggetti vaccinati con cicli completi (3 dosi) entro i 24 mesi di età, per: polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib e numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima) valutati al compimento
A.3	Posti letto attivi in *hospice* sul totale dei deceduti per tumore (per 100)
A.30	Rapporto tra numero di soggetti vaccinati con cicli completi (1 dose) entro i 24 mesi di età, per: MPR e numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima) valutati al compimento del 24° mese di età
A.31	Rapporto tra numero di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni vaccinati per influenza e numero di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni residenti
A.32	Percentuale di ricovero con degenza superiore a 30 gg
A.33	Riduzione numero di incidenti sul lavoro alcool droga correlati
A.34	Promozione iniziative per la prevenzione del *gambling* patologico
A.35	Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici
A.36	Percentuale di ricoveri ordinari con DRG medici ad alto rischio di inappropriatezza
A.36.3.	Percentuale di ricoveri ordinari con DRG medici ad alto rischio di inappropriatezza
A.37	Percentuale di ricoveri ordinari con DRG ad alto rischio di inappropriatezza

A.37.2.	Percentuale di ricoveri ordinari con DRG ad alto rischio di inappropriatezza
A.38	Percentuale di ricoveri in DH medico a carattere diagnostico sul totale dei ricoveri in DH medico
A.39	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-2gg) urgenti sul totale dei ricoveri ordinari medici urgenti
A.4	Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti
A.40	Percentuale di ricoveri effettuati in ricovero ordinario 0-1 giorno per i Drg LEA Chrirugici
A.42	Vaccinazioni MRP pediatriche per 100 abitanti
A.43	Inviti *screening* mammografico
A.44	Percentuale di donne che hanno partecipato allo *screening* mammografico
A.45	Percentuale di invitati *screening* colon retto
A.46	Incremento degli interventi di assistenza domiciliare
A.47	Tasso di concepimento per minorenni
A.48	Percentuale di colecistectomie laparoscipiche effettuate in *day surgery* e ricovero ordinario 0 -1
A.49	Giorni di degenza media per patologia
A.5	Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali ogni 1.000 anziani residenti
A.50	Percentuale di interventi in regime ambulatoriale
A.51	Tasso di mortalità in pazienti con DRG a bassa mortalità
A.53	% ricoveri in *day surgery* dei DRG a rischio di inappropriatezza
A.55	Percentuale di ricoveri ordinari con DRG chirurgici ad alto rischio di inappropriatezza
A.56	Afferimento al Sistema CUP/Web - Ticket dell'attività di Libera Professione Intramoenia Pura
A.57	Predisposizione linee guida "Rimborso ticket utenti"
A.58	Tempestivo aggiornamento dell'inventario dei cespiti relativi al patrimonio aziendale nel suo complesso
A.59	Attivazione informatica del processo del ciclo passivo, che prevede il caricamento concatenato di ordine, ricevimento e fattura relativamente all'acquisto di beni e servizi
A.6	Incremento delle prestazioni
A.60	Individuzione locali idonei per la custodia dei plichi e per le riunioni delle commissioni di gara

A.61	Astensione per il responsab. del procedim., il tit. dell'uffic. compet. ad adottare il provvedim. finale ed i titolari degli uffici competenti ad adottare atti endoprocedim. nel caso di conflitto di inter. anche solo potenz. Attestaz. annuale
A.62	Astensione per il responsabile del procedimento, il DEC ed i titolari degli uffici competenti ad adottare atti endoprocedimentali nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale. Attestazione annuale
A.63	Pubblicazione nel sito *web* aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente" dei compensi percepiti dai soggetti componenti le commissioni Invalidi Civili
A.64	Individuazione di linee di indirizzo aziendali per le verifiche periodiche di appropriatezza sulle prescrizioni
A.65	Soggetto erogatore nell'assistenza protesica
A.66	Definizione dell'oggetto dell'affidamento: adozione regolamento
A.67	Esecuzione di lavori pubblici (nuove realizzazioni/manutenzioni): presentazione proposta
A.68	Casse economali: Individuazione di procedure di controllo, anche a campione Controllo informatico delle operazioni di rendicontazione a sistema
A.69	Tasso di Occupazione dei Posti letto
A.7	Degenza media trimmata standardizzata per *case-mix*
A.8	Percentuale parti cesarei
A.9	Tasso standardizzato di ricoveri ordinari (di 2 o più giornate) attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza del Patto della Salute 2010-2012

Relativamente all'"Area dell'efficienza economica e organizzativa" sono stati individuati i seguenti obiettivi:

Descr Area Strategica	Area dell'efficienza economica organizzativa
Cod Obiettivo operativo	**Descr Obiettivo operativo**
B.1	Rispetto delle scadenze di pagamento delle fatture delle strutture specialistiche contrattate
B.10	Adozione di metodologie diagnostiche *standard* in ambito clinico per il disturbo mentale
B.101	PEC: Selezione di personale AUTONOMO mediante procedura per soli titoli
B.103	Defin. con reg. il princip. che gli avvisi di selez. devono indic. crit. e sub-crit. di valutaz. e che le commiss. devono motiv. le valutaz. se non derivanti da crit. automatici. Preved.

magg. formalizzaz. fase valutaz. Tetto max peso esperienza

B.107	PEC: Selezione di personale mediante concorso pubblico per titoli ed esami
B.11	Incremento delle ore di apertura dei servizi al pubblico
B.110	Gestione ore di lavoro straordinario del personale assegnato
B.111	Adempimenti previsti dall'applicazione del nuovo regolamento sull'intramoenia Del. n. 2185 del 11/12/2013
B.12	Rispetto dei regolamenti e delle direttive aziendali in merito alla gestione del personale
B.14	Validazione Percorsi Diagnostici Terapeutici Aziendali (PDTA) con sistemi informatici adeguati
B.16	Gestione reportistica, con impostazione delle *query* conosciute a priori, che consente l'estrazione dei dati finalizzata alla gestione delle liste d'attesa in tempo reale e loro monitoraggio tempestivo e corretto
B.17	Regolamento che preveda forme sanzionatorie correlate all'indennità di risultato in capo ai medici specialisti che non utilizzino il sistema informativo in maniera capillare
B.19	Formazione di base sulla Valutazione Multidimensionale
B.2	Rispetto dei termini contrattuali relativamente alla tipologia, volumi di attività e tetti di spesa contrattati
B.21	Regolamento che prevede l'individuazione di criteri di negoziazione obiettiva aziendale
B.22	Regolamento che prevede l'individuazione di criteri di appropriatezza dei progetti personalizzati, in particolare la possibilità di procedure informatizzate, i controlli a campione rappresentativi e le contestazioni
B.23	Attività ispettiva sulla corretta gestione e conservazione del farmaco nelle strutture ospedaliere
B.24	Riduzione delle prescrizioni di inibitori di pompa protonica Centralizzazione antiblastici per tutti i reparti ospedalieri
B.25	Riduzione delle prescrizioni Antagonisti dell'angiotensina 2 non associati Riduzione delle prescrizioni Ace inibitori non associati/Sartani non associati
B.26	Al fine dell'attivazione dei provvedimenti di verifica e di governo, è necessario predisporre la piena funzionalità dei sistemi informativi relativi ai dati di attività dell'erogato in regime istituzionale e allo stato delle liste d'attesa
B.27	Al fine di garant. la verif. e il controllo sulle incompatib. al fine di accert. l'insussist. di un contrasto di inter. tra l'attività libero profess. esercitata dai dirig. e l'attività isituz., dovranno essere effett. controlli annuali dal Serv. Ispett.

B.3	Definizione modalità univoche di selezione della casistica e delle verifiche di appropriatezza su tutti gli operatori privati accreditati
B.31	Informatizzazione dell'attività di richiesta dei pasti proveniente dai reparti, per consentirne la tracciabilità e, quindi, le variazioni (positive e negative) in tempo reale
B.34	Attivazione procedure di controllo che consentano di verificare le registrazioni *tickets* effettuate per garantire la qualità e completezza dei flussi informatici trasmessi
B.36	Applicaz. integrale della l. Balduzzi che prevede il pagam. delle prestaz. libero-profess. solo tramite gli Uffici aziend, consentendo in tal modo il monitorag. dell'attività e la fatturaz. da parte degli uff. contest. all'erogaz. delle prestaz.
B.37	E' necess. imporre ai med. di effett. le prescriz. informaticam., usando i cod. del nomencl. Inoltre dotare i med. Osped. e far dotare i MMG-PLS di sist. inform. che prevedano il blocco per prescriz. non nei cod. esenz. dei pazienti
B.38	Organizzazione di corsi di formazione sulle modalità di corretta e completa redazione delle ricette mediche
B.4	Verifiche di appropriatezza sulle prestazioni erogate dai privati accreditati
B.40	Per ogni acquisto, successivo al primo dello stesso prodotto, i tre preventivi dovrebbero essere richiesti ad altre tre ditte diverse dalle prime tre, per garantire un'opportuna rotazione, sempre con modifica all'attuale regolameto
B.42	Riprist. seduta delib., con presenza dei 3 Dirett. e di un operat. uff. movimentaz. del. Per proposte complesse in occasione della seduta viene interpell. il responsab. struttura proponente
B.44	All'atto della richiesta di Convenz., sulla base della consul. spec. richiesta, viene predisposto un elenco dei profess. az. con requis. prof. necessari per lo svolgim. dell'incarico, con richiesta della disponib. all'incarico per 4/6 mesi, a rotazione
B.45	Pubblicazione per ogni singolo dipendente degli incarichi di Consulenza svolti per conto dell'Azienda
B.49	Predisposizione di una procedura formale di controllo fino alla conclusione del processo, dopo il pagamento
B.5	Controllo ispettivo sulle SDO
B.50	Regolamentazione puntuale del processo mediante apposita procedura formale, che preveda in particolare un'adeguata suddivisione delle competenze tra più operatori
B.51	Effettuazione delle verifiche di cassa economale mediante apposita procedura formale
B.53	Adempimento degli obblighi di trasparenza (D.Lgs. n. 33/2013) nelle procedure di gara. Monitoraggio trimestrale e comunicazione al responsabile della prevenzione della

corruzione dell'all. 1 della Delib. CIVIT n. 50/2013 aggiornato

B.59	Attivazione delle comunicazioni telematiche verso altre PP.AA.
B.6	Rispetto delle scadenze di pagamento delle fatture case di cura contrattate
B.62	Formazione specifica per predisposizione progetti tecnici (capitolati speciali di gara)
B.64	Formazione della componente sanitaria sulle procedure amministrative in materia di appalti
B.66	Predisposizione proposta organizzativa per la rivisitazione dei processi tendenti alla presentazione delle dichiarazioni di scelta
B.67	Procedure negoziate: Circolare esplicativa circa i presupposti che consentono il ricorso a tale procedura
B.7	Verifica permanenza requisiti di accreditamento delle strutture di bassa complessità , accreditate e contrattate, che erogano prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale
B.70	Affidamenti diretti: Circolare esplicativa circa i presupposti che consentono il ricorso a tale procedura
B.77	Adozione del repertorio aziendale dei dispositivi medici (vd. deliberaz. n. 1162 del 26.06.2013
B.8	Verifica persistenza requisiti di accreditamento delle Case di Cura accreditate
B.80	Organizzazione di centri aziendali/territoriali di rilevazione del fabbisogno dei beni/servizi economali
B.82	Emanazione di circolari e direttive interne
B.84	Predisposizione procedura formale con evidenza dei controlli periodici sull'attività degli operatori addetti
B.9	Miglioramento della qualità ed efficacia dei trattamenti
B.94	Pec: Selezione di personale mediante procedura per soli titoli con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato

Relativamente all'"Area dell'efficacia e qualità dei servizi" sono stati individuati i seguenti obiettivi:

Descr [redacted]

Area [redacted]

Strategica Area dell'Efficacia e qualità dei servizi

Cod [redacted]

Obiettivo Descr Obiettivo operativo

operativo

C.11	Definizione di protocolli interni chiari e vincolanti in relazione all'utilizzo delle credenziali di accesso al sistema di gestione delle paghe ed utilizzo delle varie postazioni
C.12	Proposta di inserim. nel cod. di comport. di reg. per i soggetti addetti alla gestione economica del personale, in particolare con riguardo agli obblighi di comport. sull'uso di credenz. di accesso al sistema, di segnalaz. di situaz. anomale
C.23	Controllo a campione delle denunce effettuate
C.25	Inserimento nel capitolato per la gara di appalto per la somministrazione di clausole precise in relazione alle modalità di selezione del personale
C.26	Proposta di inserimento nel codice di comportamento di apposite disposizioni relative ai comportamenti da tenere da parte del personale coinvolto in procedure di somministrazione
C.27	Garanzia che tutto il personale somministrato sia munito di *badge* correttamente codificato nel sistema di gestione delle presenze e lo utilizzi costantemente
C.29	Proposta di inserimento nei contratti di appalto per la somministrazione di clausole precise in relazione alla rilevazione delle presenze e fatturazione delle ore
C.3	Proposta di inserim. nel codice di comportam. di apposite disposiz. relative ai comport. da tenere da parte del person. coinvolto in proced. concors. (comm., segret., vigilanza). Previsione per i commiss. esterni della sottoscriz. per un comport. traspar.
C.30	Inserimento nel capitolato per la gara di appalto per la somministrazione di clausole che estendano al personale somministrato gli obblighi del personale ASL
C.32	Definizione di linee guida condivise per i responsabili del procedimento in relazione alle procedure di controllo sulle autocertificazioni onde ridurne la discrezionalità
C.33	Attivazione di controlli incrociati tra comunicazioni effettuate al DFP e pratiche di concessione dei permessi
C.38	Predisposizione del Registro degli affidamenti diretti, recante le seguenti informazioni: - Estremi provvedimento di affidamento. - Oggetto della fornitura/servizio. - Operatore economico affidatario. - Importo impegnato e liquidato
C.40	Monitoraggio sul rispetto della normativa vigente: attraverso il monitoraggio emergono eventuali omissioni o abusi che possano essere sintomo di fenomeni corruttivi
C.41	Monitoraggio sul rispetto dei termini procedimentali: attraverso il monitoraggio emergono eventuali omissioni o ritardi che possano essere sintomo di fenomeni corruttivi
C.45	L'UOC, in collaborazione con le UUOO che effettuano le acquisizioni di servizi o prestazioni, proporrà un disciplinare aziendale relativo alle procedure di affidamento di incarichi di docenza

C.49	Implementazione di una procedura informatica standardizzata per tutti i distretti
C.50	Regolamento per individuare i criteri di scelta aziendali e di rotazione periodica di tutti i componenti le commissioni Invalidi Civili, compresi i segretari
C.52	La prescrizione nell'assistenza protesica: Individuazione di linee di indirizzo aziendali per le verifiche periodiche di appropriatezza sulle prescrizioni
C.53	Formazione specifica per i prescrittori
C.54	A) Aggiornam. dell'elenco dei sogg. erogat. B) Del. aziend. elenco dei sogg. Erogat. C) Divulgaz. ed esposiz. dell'elenco in tutte le struttre di erogaz. dell'Assist. Protes. della ASL. D) Individuaz. dei prod. da sottoporre ad acquisti az. E) Costruz. Capitol
C.56	Proced. formalizz. di criteri di affidam. di serv./fornit/lav. presente nel regolam. dei contratti vigente. Formalizzaz. dei criteri di rotaz. tra le imprese in caso di proced. negoziate. Utilizzo del MEPA per serv. e fornit. Util. Bandi tipo per requis.
C.57	Formaz. delle commissioni di gara come da Regolam. Definiz. dei criteri di rotaz. dei componenti delle commissioni in caso di aggiudicaz. con offerta economicam. più vantagg. Autocertificaz. dell'assenza di incompatib. tra commissione-concorrenti.
C.61	Individuaz. nuove modalità di rilevaz. event incompatib., in modo da verific. - anche a campione - l'assenza di rapporti di parentela/affinità tra i componenti della Commiss. e imprendit. che operano nel mercato di riferimento
C.62	Accertam. delle eventuali incompatib., assenza di rapporti di parentela/ affinità tra coloro che curano l'istrutt./Dirig. del Serviz. proponente e gli imprendit. che operano nel mercato di riferim., o, in caso di soc., con i soci e chi riveste cariche soc.
C.63	Predisposiz. di un Regolam. dei Lavori in Ec. che in armonia con il D.lgs. n. 163/06 e s.m.i. e del DPR n. 207/10 e s.m.i. disponga circa l'acquisiz. in ec. di serv. e fornit. Controllo da parte dei Dirig. sulla scelta affid. Monitoragg. Obbl. pubblicità
C.68	Individuaz. criteri per la rotaz. degli incar. di D.E.C. Individuaz. nuove modal. per la rilevaz. di eventuali incompatib. in modo da verif. l'assenza di rapporti tra il D.E.C. ed il dirig. con gli op. ec. o, in caso di soc. con i soci con cariche soc.
C.69	Partecipazione ai lavori di elaborazione di un Regolamento Aziendale, che, ad integrazione della normativa dettata dal D.lgs. n. 163/2006 e s.m.i., dal DPR n. 207/2010 e s.m.i., detti le regole da seguire per l'acquisizione in economia di lavori
C.74	Riduzione della spesa per i dispositivi medici sul totale fatturato
C.75	Incremento dei farmaci biosimilari consumati sul totale del consumo di farmaci
C.76	Predisposizione atti per la gara farmaci
C.77	Incontri con i MMG ed i PLS per l'analisi e discussione dei comparti prescrittivi

C.78	Incontri specifici con gruppi di prescrittori fuori *target* di consumo per popolazione pesata assistita
C.79	Aggiornamento prezzi farmaci per brevetti scaduti
C.80	Progetto di riorganizzazione della distribuzione diretta: focalizzazione della stessa sui farmaci ad alto costo
C.81	Alimentazione del sistema informativo per la rilevazione e rendicontazione delle prestazioni di assistenza erogate e dei relativi costi

Progetti di Intervento 2014

Il Piano degli investimenti della ASL di Cagliari nel periodo di riferimento di fatto prosegue il lavoro avviato nei periodi precedenti.

Gli investimenti aziendali hanno continuato ad interessare gli ambiti principali nei quali la ASL svolge la propria attività di indirizzo e programmazione:

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

Nelle tabelle che seguono vengono richiamati i principali investimenti realizzati ed in corso di definizione.

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 modelli operativi finalizzati a garantire un'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 della 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 e 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 su strutture ed impianti, sia quelli riguardanti l'acquisizione di tecnologie medicali, sono stati finalizzati al perseguimento di un 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 ospedali di assolvere a funzioni specifiche, con capacità di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da patologia tumorale, 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 ed 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* nell'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 di tecnologie di grande impatto per l'attività oftalmologica.

L'acquisizione di tali attrezzature tecnologiche è stata disposta per consentire di affrontare in maniera adeguata le patologie ed i bisogni di pazienti con problemi di salute gravi, ovvero per assicurare la gestione del percorso diagnostico terapeutico sia all'interno del presidio che all'interno della 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 ed 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 acquisizioni 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 ed i sistemi di supporto tecnologico per la rete territoriale di soccorso.

La Centrale operativa del 118 è stata completamente rinnovata e trasferita alla Cittadella della Salute. Il nuovo modello organizzativo dell'assistenza ha richiesto l'implementazione di sistemi tecnologicamente avanzati, in grado di affrontare le emergenze e 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 ad Isili 2 strutture ospedaliere territoriali.

A tal fine sono stati avviati ed ultimati importanti lavori di riqualificazione strutturale ed 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 quelle 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 ed 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 ed 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 *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 ad organismi che per carenze strutturali non sono in grado di soddisfare la domanda di ricovero ed assistenza.

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, protezione da agenti cancerogeni, protezione da agenti biologici, 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 un'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.

Disinvestimenti. 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 conseguimento del pareggio di bilancio, in considerazione del fatto che per gli esercizi futuri è prevedibile un'accentuata contrazione nella disponibilità di risorse da destinare agli investimenti in tecnologie ed 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 utilizzo sanitario.

Dopo attenta ricognizione, è stata individuata 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

Assistenza Territoriale

Per quanto attiene all'analisi delle linee di sviluppo strategico dell'Area del Territorio si rimanda al "Piano Strategico Triennale 2014-2016" (sezione "Assistenza Territoriale")

Di seguito vengono presentati gli obiettivi, coerenti con le linee di sviluppo strategico, declinati per l'anno 2014.

N. progetto 1	Descrizione del progetto	Relazione con il PSR e altri atti e documenti di programmazione	Anno 2014
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA TERRITORIALE	Il progetto prevede la riorganizzazione dell'offerta sanitaria e sociosanitaria in termini di aggregazione dell'offerta di prestazioni e servizi alla persona	Vedasi: DGR n. 32/10 del 4.06.2008; L. n. 189 del 08.11.2012	Costruzione di un nuovo modello di offerta territoriale che preveda aggregazioni funzionali e strutturali della erogazione di prestazioni e servizi in relazione alle pecualirità degli ambiti territoriali Emanazione Delib. del DG ad *hoc* Avvio sperimentazione almeno in un Distretto

Problematiche che la linea di azione intende affrontare	Frammentazione ed incoerenza dell'offerta non rispondente alle caratteristiche geomorfologiche e socio economiche dei singoli ambiti e all'evoluzione della salute delle popolazioni locali Mancanza del lavoro integrato e dei servizi in rete
Strategia dell'azione proposta	Coinvolgimento dei servizi e strutture competenti della ASL e dei servizi in capo alle altre istituzioni per l'elaborazione ed applicazione di nuove modalità di offerta integrata e in rete sanitaria e sociosanitaria; procedure operative che nel rispetto dei compiti istituzionali definiscano le modalità del coordinamento ed integrazione degli interventi

Descrizione degli effetti dell'azione proposta	Approccio unitario intraziendale e interistituzionale ai problemi legati all'offerta sanitaria e sociosanitaria e messa in rete dei soggetti e degli interventi, prestazioni e servizi; miglioramento dell'efficacia ed efficienza degli interventi
Rischi, ostacoli e vincoli relativi alle variabili critiche	Ostacoli all'integrazione degli interventi dovuti alle norme, regolamenti e consuetudini operative settoriali delle diverse istituzioni coinvolte e delle diverse strutture ASL; Insufficiente cultura della continuità assistenziale del lavoro in rete

Tempi previsti per l'implementazione dell'azione	
(articolazione dell'azione in fasi)	2014
Attività 1 Predisposizione del nuovo modello di offerta territoriale	Deliberazione del nuovo modello di aggregazione dell'offerta, condivisione e formazione dei soggetti coinvolti
Attività 2 Attuazione del modello di offerta	Avvio sperimentazione in almeno un distretto pilota

N. progetto 2	Descrizione del progetto	Relazione con il PSR e altri atti e documenti di programmazione	Anno 2014
RIORGANIZZAZIONE SISTEMA CURE DOMICILIARI	Il progetto prevede la riorganizzazione del sistema delle Cure Domiciliari con diversificazione delle modalità di offerta e della sua organizzazione per livelli di intensità e tipologia di offerta	Vedasi: DGR n. 52/18 del 3.10.2008, all. C; DGR n. 51/12 del 28.12.2012; DGR n. 53/60 del 20.12.2013; delib. az.: 440 del 30.04.10, 541 del 04.05.11, 1528 del 16.11. 11, 1139 del 30.07.12, 718 del 29.04.13;	Costruzione di una nuova organizzazione del sistema Cure Domiciliari in relazione alle tipologia di offerta e all'intensità delle stesse che preveda anche una riorganizzazione strutturale e funzionale; Emanazione Delib. del DG ad *hoc*

		2012 del 15.11.13	

Problematiche che la linea di azione intende affrontare	Frammentazione ed incoerenza degli interventi in capo ai servizi coinvolti attualmente nelle Cure Domiciliari: ospedale, distretti, Enti Locali Inadeguatezza del livello organizzativo a fronte dell'evoluzione numerica delle prese in carico, delle relative prestazioni e attività connesse, nonché dei livelli di intensità e complessità assistenziale. Insufficienza del lavoro in rete
Strategia dell'azione proposta	Coinvolgimento dei servizi e strutture competenti della ASL e secondariamente dei servizi in capo alle altre istituzioni per la rimodulazione dell'offerta assistenziale con diversificazione dei livelli assistenziali per intensità e complessità assistenziale
Descrizione degli effetti dell'azione proposta	Approccio unitario intraziendale e interistituzionale ai problemi legati alla e cure domiciliari, messa in rete dei soggetti e degli interventi, appropriatezza degli interventi; miglioramento dell'efficacia ed efficienza degli interventi.
Rischi, ostacoli e vincoli relativi alle variabili critiche	Ostacoli all'integrazione degli interventi dovuti alle norme, regolamenti e consuetudini operative settoriali delle diverse istituzioni coinvolte e delle diverse strutture ASL; Insufficiente cultura della continuità assistenziale e del lavoro in rete

Tempi previsti per l'implementazione dell'azione	
(articolazione dell'azione in fasi)	2014
Attività 1 Elaboraz. del nuovo modello di Cure Domiciliari	Predisposiz. del nuovo modello di Cure Domiciliari
Attività 2 Attuaz. del Modello di Rete di Cure Palliative	Deliberazione del nuovo modello

N. progetto 3	Descrizione del progetto	Relazione con il PSR e altri atti e documenti di programmaz.	Anno 2014
Rete Cure Palliative	Il progetto prevede la costruzione della rete per	Vedasi: L. n. 38 del 15.03.2010; DGR n. 71/18	Costruzione di un modello di erogazione delle Cure Palliative che preveda processi, procedure, soggetti coinvolti, organizzazione, risorse Emanazione Delibera del DG ad *hoc*

	le Cure Palliative che coinvolge i Distretti Sociosanitari, i Presidi Ospedalieri, i Servizi Sociali dei comuni e la rete del Volontariato	del 16.12.2008; DGR n. 33/32 del 08.08.2013	Avvio sperimentazione almeno in un Distretto

Problematiche che la linea di azione intende affrontare	Frammentazione ed incoerenza degli interventi in capo ai diversi servizi che erogano attualmente le Cure Palliative: ospedale, distretti, RSA, *Hospice*. Mancanza di un modello erogativo definito, con processi, procedure e linee di azione. Insufficienza del lavoro in rete
Strategia dell'azione proposta	Coinvolgimento dei servizi e strutture competenti della ASL e dei servizi in capo alle altre istituzioni, per la elaborazione e applicazione di procedure operative che nel rispetto dei compiti istituzionali definiscano le modalità del coordinam. ed integraz. degli interventi
Descrizione degli effetti dell'azione proposta	Approccio unitario intraziendale ed interistituzionale ai problemi legati alle cure palliative e messa in rete dei soggetti e degli interventi; miglioramento dell'efficacia ed efficienza degli interventi
Rischi, ostacoli e vincoli relativi alle variabili critiche	Ostacoli all'integrazione degli interventi dovuti alle norme, regolamenti e consuetudini operative settoriali delle diverse istituzioni coinvolte e delle diverse strutture ASL; Insufficiente cultura della continuità assistenziale del lavoro in rete

Tempi previsti per l'implementazione dell'azione	
(articolazione dell'azione in fasi)	2014
Attività 1 Elaboraz. del modello aziendale di Cure Palliative	Predisposiz. del modello aziendale di Cure Palliative

Attività 2 Attuaz. del Modello di Rete di Cure Palliative...	Deliberaz. del nuovo modello

Integrazione sociosanitaria e PLUS

Relativamente all'analisi sui percorsi di integrazione socio sanitaria si rimanda alla specifica sezione del "Piano Generale Triennale 2014-2016".

Progetti di intervento sul PLUS

La realizzazione del sistema integrato dei servizi sociosanitari alla persona è fortemente dipendente dal livello di priorità assegnata dalla programmazione regionale agli Enti locali coinvolti (principalmente Comuni ed ASL) nel perseguimento della condivisione di obiettivi e strategie di intervento. Di seguito vengono riportati i progetti di intervento individuati per il periodo 2014, relativi alla costruzione della rete integrata dei servizi per la domiciliarità degli anziani ed agli interventi di tutela della salute e protezione dell'età evolutiva. La realizzazione dei suddetti progetti è vincolata all'effettiva realizzazione della programmazione condivisa con gli Enti locali in ambito PLUS ed al perfezionamento dell'infrastruttura organizzativa condivisa (ASL-Comuni) preposta all'intercettazione dei bisogni sociosanitari, ambiti di intervento dei quali si è detto.

N. progetto 1	Descrizione del progetto	Relazione con il PSR e altri atti e documenti di programmazione	Anno 2014
1 Rete integrata dei servizi per gli anziani: Cure domiciliari e continuità ospedale-territorio	Il progetto prevede: l'elaborazione e implementazione dei processi di dimissione protetta e di continuità dell'assistenza Ospedale-territorio; il potenziamento dell'attività specialistica a domicilio; l'integrazione con gli	Vedasi: DGR n. 52/18 del 3.10.2008, all. C; DGR n. 51/12 del 28.12.2012; DGR n. 53/60 del 20.12.2013; delib. az. n. 440 del 30.04.2010, 541 del 04.05.11, 1528 del 16.11.11, 1139 del 30.07.12, 718 del 29.04.13;	Redazione procedure operative per le dimissioni protette e la continuità ospedale territorio dall'oncologia medica del PO Businco e dall'*Hospice* di Cagliari; potenziamento degli accessi specialistici a domicilio

	interventi domiciliari di carattere assistenziale posti in essere dagli enti locali	2012 del 15.11.13	

Problematiche che la linea di azione intende affrontare - Promozione degli interventi sanitari e sociosanitari a domicilio			
Tempi previsti per l'implementazione dell'azione			
(articolazione dell'azione in fasi)	2014	Potenziamento delle cure domiciliari integrate e integrazione degli interventi sanitari della ASL con quelli socioassistenziali dei comuni	
Attività 1 elaborazione e implementazione dei processi di dimissione protetta e di continuità dell'assistenza Ospedale-territorio	Redazione procedure operative per le dimissioni protette e la continuità ospedale-territorio dall'oncologia medica del PO Businco e dall'*Hospice* di Cagliari		
Attività 2 potenziamento dell'attività specialistica a domicilio	Acquisizione di medici specialisti da destinare al servizio di Cure Domiciliari, necessari per il	Perseguimento del *target* indicato dalla	Perseguimento del *target* indicato dalla

	perseguimento del *target* fissato dalla Regione (7.602 accessi all'anno)	Regione per il 2015 (non ancora definito)	Regione per il 2016 (non ancora definito)
Attività 3 integrazione con gli interventi domiciliari di carattere assistenziale posti in essere dagli Enti locali	Individuazione dell'ambito territoriale di riferimento per il progetto pilota; definizione, di concerto con l'Ente locale, delle procedure operative da seguire e stipula degli accordi necessari	Attivazione interventi domiciliari integrati fra ASL e Comuni nell'ambito pilota individuato; individuazione di ulteriori ambiti territoriali; definizione di procedure operative e stipula accordi	Estensione interventi domiciliari condivisi fra ASL e Comuni a più realtà territoriali

Strategia dell'azione proposta

Descrizione degli effetti dell'azione proposta Miglioramento della qualità dell'offerta assistenziale a domicilio;

Riduzione dei ricoveri inappropriati in ospedale

Rischi, ostacoli e vincoli relativi alle variabili critiche

Ostacoli all'integrazione degli interventi dovuti alle norme, regolamenti e consuetudini operative settoriali delle diverse istituzioni coinvolte e delle diverse strutture ASL;

Insufficiente cultura della continuità assistenziale;

Vincoli economici sulla acquisizione di professionalità e difficoltà nel trasferimento di personale dall'ospedale al territorio

N. progetto 2	Descrizione del progetto	Relazione con il PSR e altri atti e documenti di programmazione	Descrizione obiettivi programmatici Anno 2014
2 Rete integrata dei servizi per l'età evolutiva	Il progetto prevede il completamento e la conduzione a regime della rete integrata dei servizi per l'età evolutiva in partneship con i Servizi Sociali dei Comuni, della Provincia e con le articolazioni territoriali del Ministero della Giustizia	Vedasi: LR 23 del 23.12.2005; DGR n. 40/32 del 6.10.2011; Delib. ASL n.: 1514 del 10.11.11, 1070 del 07.06.13, 1957 del 13.11.13; 1958 del 13.11.13	Sottoscrizione atto di intesa fra ASL, Provincia, Ambiti PLUS, Uffici Giudiziari, per l'applicazione delle procedure che regolano il coordinamento delle attività di base rivolte alle problematiche di interesse giudiziario in età evolutiva; definizione delle procedure operative che riguardano ambiti specialistici di intervento quali il maltrattamento/abuso e/o l'affidamento

Problematiche che la linea di azione intende affrontare	Frammentazione ed incoerenza degli interventi in capo alle diverse amministrazioni e servizi che intervengono nell'ambito della tutela e protezione dei minori; inefficienza di un sistema di presa in carico delle persone coinvolte; insufficiente tutela della salute
Strategia dell'azione proposta	Coinvolgimento dei servizi e strutture competenti della ASL e dei servizi in capo alle altre istituzioni per l'elaborazione e applicazione di procedure operative che nel rispetto dei compiti istituzionali definiscano le modalità del coordinamento ed integrazione degli interventi

Descrizione degli effetti dell'azione proposta	Approccio unitario interistituzionale ai problemi del minore e della famiglia; miglioramento dell'efficacia ed efficienza degli interventi
Rischi, ostacoli e vincoli relativi alle variabili critiche	Ostacoli all'integrazione degli interventi dovuti alle norme, regolamenti e consuetudini operative settoriali delle diverse istituzioni coinvolte e delle diverse strutture ASL; Insufficiente cultura della continuità assistenziale

(articolazione dell'azione in fasi)	2014
Attività 1 Procedure operative relative al coordinamento delle attività di base rivolte alle problematiche di interesse giudiziario in età evolutiva	Sottoscrizione atto di intesa interistituzionale
Attività 2 Procedure operative che riguardano ambiti specialistici di intervento quali il maltrattamento, l'abuso e/o l'affidamento.	Elaborazione delle procedure

Assistenza ospedaliera

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 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, nel 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 nel 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 nel 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 e 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).

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 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 dall'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;
- 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
14	Neuropsichiatria infantile	SC	Dipartimento Salute Mentale In convenzione con università e a direzione universitaria

Il servizio di farmacia continuerà ad essere assicurato dall'UOC Farmacia ospedaliera.

Attivazione Breast Unit

Nel corso del 2014 sarà implementata l'attività della *Breast Unit*, nuovo *team* multidisciplinare operante all'interno del Dipartimento per la salute della donna.

Gli obiettivi del progetto sono i seguenti:

1. Garantire per tutto il territorio aziendale un unico sistema di presa in carico della popolazione femminile, coordinando le attività e le funzioni nelle diverse sedi operative e negli ambulatori territoriali, e facilitando il percorso diagnostico terapeutico con l'intervento di un professionista (*case manager*).
2. Superare l'approccio settoriale e funzionale, facilitando l'approccio interdisciplinare alla patologia, con la costruzione di un modello assistenziale caratterizzato da forti relazioni orizzontali, oltre che verticali, e da *equipes* composte da differenti professionisti di tutti i livelli gerarchici, con forte autonomia e potere decisionale. In particolare, i gruppi di lavoro dovranno garantire un processo di integrazione delle competenze, non di semplice interazione.
3. Costruire percorsi differenziati coerenti con l'evoluzione della patologia, garantendo, al contempo, la tutela della paziente attraverso il coordinamento di interventi specializzati, di interventi multidisciplinari, e, occorrendo, di interventi multi settoriali.
4. Svolgere attività di promozione della salute e di prevenzione nelle comunità locali, e di sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari e socio sanitari con riguardo alle tematiche di competenza. Nel contempo, interagire con i medici di medicina generale al fine di favorire una maggiore

capillarità nelle azioni di prevenzione e *follow up*, e interventi più tempestivi e precoci per la diagnosi e la cura.

5. Garantire omogeneità di trattamento attraverso la definizione di protocolli e linee guida di riferimento, e condividere con le aziende della regione percorsi terapeutici e protocolli in modo tale da garantire a tutte le pazienti un omogeneo percorso di cure.

6. Migliorare l'accessibilità ai servizi sia di diagnosi che di cura.

7. Migliorare l'appropriatezza delle indagini eseguite e l'accuratezza diagnostica anche attraverso l'implementazione tecnologica.

8. Creare un modello organizzativo di riferimento nella Regione per la diagnosi e terapia del tumore della mammella.

9. Migliorare la qualità dell'assistenza garantendo adeguato supporto psicologico e riabilitativo alle donne che entrano nei percorsi terapeutici.

10. Garantire che i percorsi di riorganizzazione, razionalizzazione e potenziamento avvengano senza creare disagi e discontinuità alle pazienti in fase di trattamento e/o con piani di intervento individuali già definiti.

Servizio Riabilitazione

Nel corso del 2014 sono obiettivi prioritari:

1. apertura delle nuove Residenze psichiatriche "ad alta intensità terapeutica", in partenariato con cooperative sociali accreditate, come indicato nel capitolato della gare d'appalto dei servizi, elaborato nel corso del 2013, secondo le vigenti indicazioni normative e programmatiche;

2. attivazione del servizio "Interventi di supporto alla persona e di promozione delle autonomie, in contesto domiciliare e nelle semiresidenze psichiatriche";

3. costituzione - in collaborazione con le associazioni di familiari ed utenti - di gruppi di convivenza tra pazienti con esigenze di autonomia abitativa per contrastare la domanda impropria di residenzialità psichiatrica;

4. decremento degli inserimenti in residenze extraregione, ottimizzando ulteriormente la gestione dei posti nelle residenze psichiatriche in cogestione ASL- privato;

5. proseguimento dei progetti di inserimento lavorativo, almeno 40 attivazioni nell'anno, che costituiscono uno degli assi fondamentali dei percorsi riabilitativi, prevenendo ricadute e ricoveri spesso conseguenti a vissuti di profonda frustrazione sul versante dell'espressione e realizzazione dei bisogni personali. Il progetto necessita di finanziamenti ad *hoc* per anno (circa € 120.000).

Psicoterapia Multifamiliare

Nel 2014 si prevede la prosecuzione della supervisione esterna per i CSM Cagliari A, Assemini, Quartu S. Elena e Cagliari Ovest e la prosecuzione della supervisione con partecipazione del docente a sedute per il CSM Clinica Psichiatrica.

Si prevede un'intensificazione degli scambi tra gli operatori coinvolti nei gruppi GPMF ed i loro colleghi dei CSM al fine di incrementare la partecipazione e gli invii.

I 5 CSM proseguiranno nell'attività gruppale con le stesse modalità del 2013, ma avranno la possibilità di accedere tutti a nuovi strumenti per le videoregistrazioni, importante ausilio per il confronto ed alle attività cliniche e didattiche.

Al fine di conoscere le modalità operative ed incrementare il confronto con gli altri gruppi GPMF del DSM, sarà introdotto lo strumento del "*visiting*" (partecipazione ad un incontro di un gruppo GPMF diverso dal proprio) e una serie di incontri dipartimentali per gli operatori dei GPMF.

Nel corso del 2014 infatti, si svolgeranno una serie di incontri strutturati (aggiornamento nella forma di "formazione sul campo") finalizzati sia allo scambio di esperienze tra i 5 CSM coinvolti che alla creazione di procedure operative omogenee. A tal fine ci si propone di creare i seguenti strumenti:

strumenti di valutazione degli esiti

scheda di invio e cartella

database dipartimentale

Implementare processi informativi e di informatizzazione nei servizi

Ci si prefigge di costituire - attraverso una rete di operatori di tutte le UUOO - un gruppo che lavori sul SISM, implementando la raccolta dei dati delle UUOO e l'organizzazione del *database* , anche con specifici percorsi formativi di utilizzo informatico dei *database*.

Formazione

La formazione del prossimo triennio mira ad ottemperare gli obiettivi del DSM in particolare l'aggiornamento sulle peculiarità dell'offerta dei servizi della salute mentale e sui percorsi di cura, l'aggiornamento sui sistemi di diagnosi psichiatrica (DSM 5), e di psicodiagnosi.

Ci si prefigge di dare continuità al lavoro di gruppo già intrapreso dai CSM, inteso come lavoro psicoterapico nelle diverse forme (psicoterapico per disturbi specifici, multifamiliare, psicoeducazionale, auto mutuo aiuto).

Si intende sostenere l'implementazione della rete di servizi rivolti alle persone affette da disturbi del comportamento alimentare, costituendo dei percorsi formativi ad *hoc* multi professionale.

Si terrà in conto l'importanza dell'aggiornamento interservizi, allo scopo di migliorare ed ottimizzare la risposta alle richieste di intervento interservizi (disturbi alimentari, disturbi legati alla violenza di genere-trauma e maltrattamento) all'interno dell'ASL.

Un'attenzione particolare verrà data ai bisogni formativi e di promozione della salute degli stessi operatori onde prevenirne il *burnout*.

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

Si incrementeranno le attività finalizzate a sviluppare modelli di *empowerment* organizzativo tramite:

a) supporto alle attività dei facilitatori dei 17 gruppi di auto mutuo aiuto tramite riunioni periodiche del Coordinamento dell'auto mutuo aiuto dipartimentale;

b) realizzazione di 4 giornate formative rivolte a 19 familiari ed utenti, sui temi della *privacy*, stigma e comunicazione che hanno favorito la costituzione del gruppo U.F.E. (Utenti Familiari Esperti);

c) attività di psicoeducazione.

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

Si migliorerà la formalizzazione degli indirizzi dipartimentali e le procedure per l'attribuzione delle risorse dipartimentali da destinare ai progetti riabilitativi proposti dalle Unità Operative. Si formalizzeranno le principali procedure relative ai CSM (percorsi di cura e presa in carico), si miglioreranno il regolamento, le schede progettuali ed il glossario relativi ai progetti riabilitativi e di socializzazione.

CSM Cagliari A

Nel 2014 è partito su richiesta dei familiari dei pazienti già inseriti in gruppo AMA, il progetto di psico-educazione rivolto alle famiglie, 2 incontri sono già avvenuti e sono stati aperti anche a familiari di pazienti di altri CSM, con l'obiettivo di informare i partecipanti sulle terapie farmacologiche maggiormente utilizzate nei disturbi psichiatrici. Il CSM Cagliari A conta di continuare con questa attività, con strutturazione programmata di incontri periodici, dato il particolare apprezzamento dell'utenza, perseguendo come obiettivo quello di informare i partecipanti sia sulle patologie psichiatriche in generale sia sui vari trattamenti attualmente in uso corrente nella pratica assistenziale.

Si segnala la necessità di rendere attivo il progetto specifico per i disturbi del comportamento alimentare che è stato presentato nel luglio 2013; si ritiene utile mettere in pratica il progetto di attività diurna già sottoposto da tempo alle precedenti direzioni del DSM.

Per il 2014 si prevede la prosecuzione della supervisione esterna per la terapia multifamiliare, unitamente agli altri CSM e la prosecuzione della supervisione con partecipazione del docente a sedute alterne per il CSM Clinica Psichiatrica.

Si prevede un'intensificazione degli scambi tra gli operatori coinvolti nei gruppi GPMF ed i loro colleghi dei CSM, al fine di incrementare la partecipazione e gli invii.

Il CSM Cagliari A con gli altri CSM proseguiranno nell'attività gruppale con le stesse modalità del 2013, ma avranno la possibilità di accedere tutti a nuovi strumenti per le videoregistrazioni, importante ausilio al confronto ed alle attività cliniche e didattiche.

Al fine di conoscere le modalità operative ed incrementare il confronto con gli altri gruppi GPMF del DSM, sarà introdotto lo strumento del "*visiting*" (partecipazione ad un incontro di un gruppo GPMF diverso dal proprio) ed una serie di incontri dipartimentali per gli operatori dei GPMF.

Nel corso del 2014 infatti, si svolgeranno una serie di incontri strutturati (aggiornamento nella forma di "formazione sul campo") finalizzati sia allo scambio di esperienze tra i 5 CSM coinvolti che alla creazione di procedure operative omogenee. A tal fine ci si propone di creare i seguenti strumenti: strumenti di valutazione degli esiti, scheda di invio e cartella e *database* dipartimentale.

CSM Isili - Senorbì

Collaborazione con le associazioni di volontariato e promozione sociale del Territorio per laboratori sperimentali di integrazione e riabilitazione;

Attivazione di forme di residenzialità leggera nel territorio;

Ricerca e progettazione di modalità operative per l'incentivazione di *start up* finalizzate alla valorizzazione della resilienza in salute mentale.

Dipartimento delle Dipendenze

Il Dipartimento delle Dipendenze ha operato secondo un'organizzazione articolata in

- 3 strutture complesse:

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

- 2 strutture semplici dipartimentali:

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

L'organizzazione dipartimentale garantisce il coordinamento di tutte le strutture e delle attività che vengono svolte nelle unità operative, promovendo l'uniformità dei livelli di assistenza e delle procedure, la formazione degli operatori, 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 Comuni, Provincia, Comunità terapeutiche, Enti del Volontariato, Prefettura, Tribunali, Forze dell'Ordine.

Rispetto alle caratteristiche socio-demografiche dell'utenza si rileva una sostanziale uniformità rispetto agli anni precedenti con netta prevalenza del sesso maschile rispetto a quello femminile, un aumento progressivo della fascia più alta d'età, ma anche dei minori che si rivolgono al servizio.

Il titolo di studio maggiormente rappresentato, come negli anni precedenti, è la licenza media, mentre è in aumento progressivo la disoccupazione ed in diminuzione l'occupazione stabile.

Riguardo alle sostanze d'abuso continua il *trend* riscontato negli anni precedenti: lieve calo di eroina come sostanza primaria e aumento dell'uso di cocaina in particolare come sostanza secondaria.

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 (anche *online*) che promette lusinghiere vincite in un momento storico caratterizzato da diffusa crisi economico sociale.

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1204 DEL - 2 SET. 2014

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Salis)

IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ugo Storelli)

IL DIRETTORE GENERALE (Dott. Emilio Simeone)

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