All. e)

1204
2 SET. 2014

ASLCagliari

Programma Sanitario triennale

2014-2016

Art. 13 comma 3 L.R. n. 10/2006

[redacted]

Sommario

Contesto di Riferimento e Analisi dei bisogni 3

Andamento demografico 3

Assistenza Ospedaliera 5

P.O. Businco 6

P.O. SS. Trinità 12

P.O. Pediatrico e Microcitemico 21

P.O. Binaghi 27

P.O. Marino 33

P.O. S. Marcellino 38

P.O. S. Giuseppe 43

Dipartimento Salute Mentale 50

Dipartimento Prevenzione 51

Obiettivi Strategici e Progetti di Intervento 2014-2016 58

Obiettivi Strategici Triennali 58

Progetti di Intervento 2014-2016 67

Assistenza Territoriale 72

Assistenza ospedaliera 113

Dipartimento delle Dipendenze 118

Dipartimento del Farmaco 119

PROGRAMMA SANITARIO TRIENNALE 2014-2015-2016

Contesto di Riferimento e Analisi dei bisogni

Andamento demografico

L'Azienda Sanitaria Locale n. 8 di Cagliari è stata costituita nel 1996, a seguito dell'entrata in vigore della l.r. n. 5/1995, dalla fusione delle ex USL n. 20, n. 21 e n. 22 e parte dell'USL n. 18.

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 dal 1.01.2006 i distretti di Isili e Senorbì, provenienti il primo dalla Asl n. 3 di Nuoro ed il secondo dalla Asl n. 6 di Sanluri, 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.

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

	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**

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

	2011	2012	2013
0-14	69.355	67.784	67.917
15 - 44	227.548	215.934	211.932
45 - 64	163.074	161.435	163.411
> 65	103.203	104.740	107.817
TOTALE	563.180	549.893	551.077

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.

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; S. Marcellino - Muravera.

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" venne inaugurato nel 1972: l'obiettivo principale dell'ospedale è la presa in carico globale del paziente, fornendo la migliore assistenza possibile ed il massimo *comfort*.

L'Ospedale fornisce alla 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 condivisione degli obiettivi con tutti i portatori di interessi (all'interno dell'ospedale operano diverse associazioni di volontariato che tutti i giorni affiancano gli 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.

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.
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**

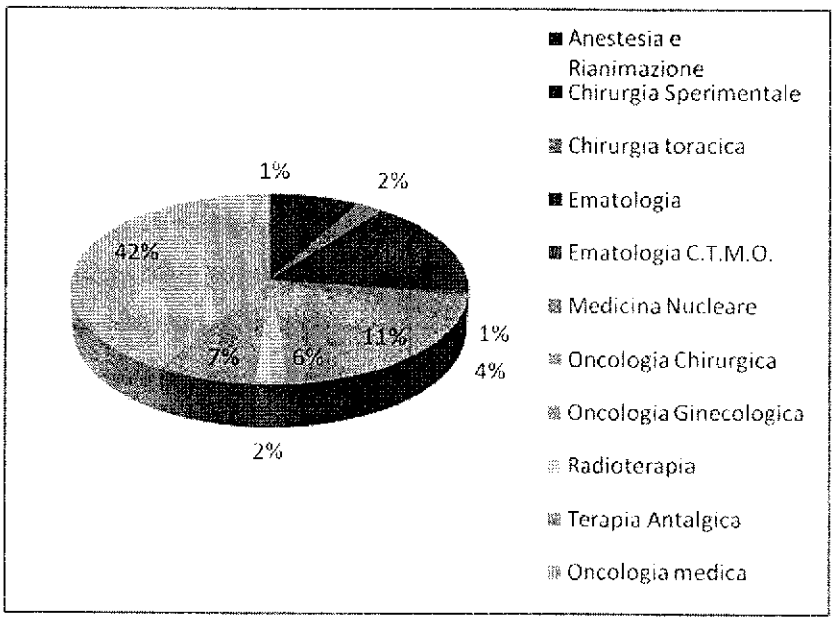
Nel corso del 2013 sono stati effettuati complessivamente 9.385 ricoveri per un totale di 61.235 giornate di cura. Il numero dei ricoveri ordinari rispetto al 2012 risulta aumentato di soli 17 casi (da 4.483 a 4.500); anche le giornate di degenza risultano essere lievemente aumentate, invertendo il *trend*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

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.

Ricoveri Totali Anno 2013



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.

Si precisa che circa 1/3 dei P.L. dell'Oncologia Medica e della Terapia Antalgica sono utilizzati per 5 giorni alla settimana (*week hospital*).

	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 allo 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
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 del 2,7%; 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%**

Assistenza specialistica

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	€ 95.539,43
	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	€ 269.713,42
	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	€ 2.528.586,74
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	€ 234.286,69
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

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%

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 550.000 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 nel P.O. SS. Trinità; l'ospedale di Is Mirrionis è quindi diventato il polo di riferimento per le attività di assistenza pneumologica in acuzie.

Nel presidio sono presenti inoltre le seguenti strutture complesse:

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

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 ed il Servizio di Anatomia Patologica.

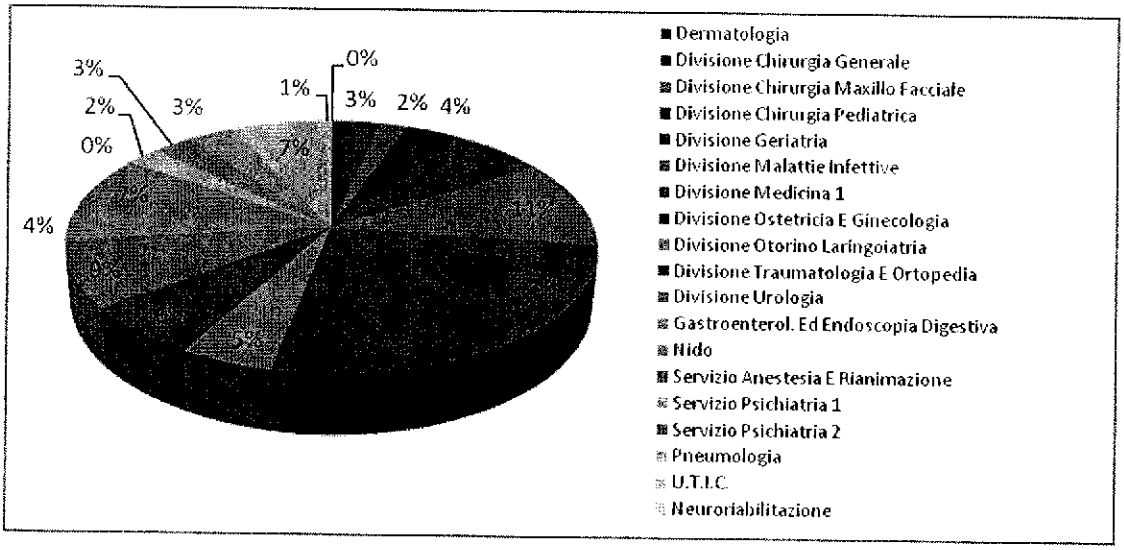
Dati strutturali

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



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 dell'1%.

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

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.*

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 numero sia come degenza.

Indicatori di complessità

	2012				2013			
Descrizione reparto dimissione	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici	Peso medio	% 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.

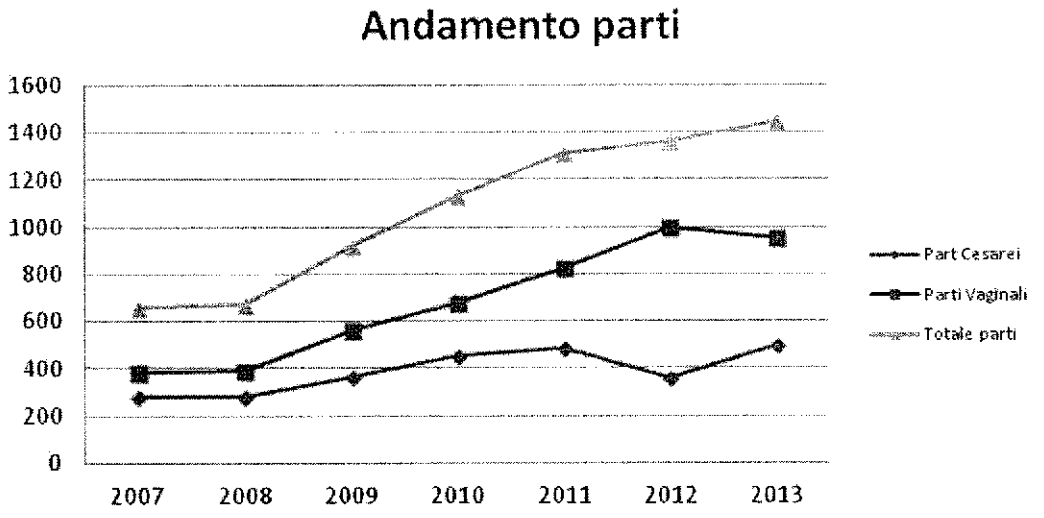
Parti cesarei

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 alle nascite degli ospedali di Isili e Muravera ed 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

Nel 2013 i parti cesarei hanno subito un incremento dell'8% rispetto all'anno 2012.

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



Assistenza specialistica

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

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	€ 710,87
	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	€ 24.610,49
	PSICHIATRIA	976	€ 12.946,28
Geriatria Totale		**13.592**	**€ 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	€ 13.835,30
	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**	**€ 21.564,26**
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	€ 302,17
	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**	**€ 26,57**
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**

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	€ 19,52
	OTORINOLARINGOIATRIA	6.208	€ 107.260,83
Otorinolaringoiatria Totale		**7.952**	**€ 126.765,78**
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**	**€ 806.628,57**
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		**402,657**	**€ 6.600.694,76**

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 %	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	3.074	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

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.

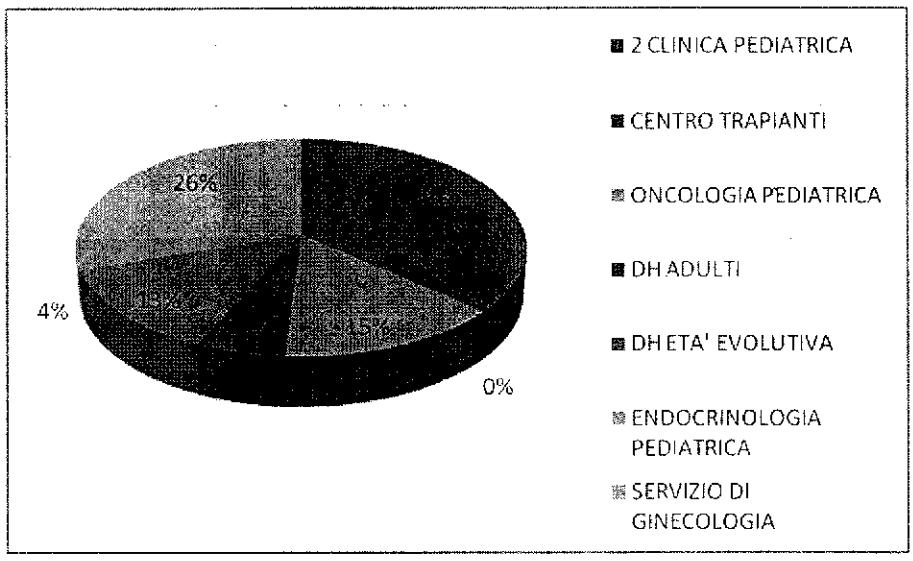
Dall'anno 2011 si è venuta a delineare una nuova configurazione logistico-strutturale-ambientale, a causa del trasferimento di alcune UU.OO. nei locali dell'ala nuova dell'ospedale; dal 2012 e per tutto il corso del 2013 il processo di trasformazione logistica ha avuto ulteriore sviluppo e sono proseguiti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

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%**

Il Tasso di Occupazione del Presidio è lievemente diminuito rispetto all'anno 2012 (-0,7%); per contro la degenza media è impercettibilmente aumentata (0,41 giorni).

	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%), con un dato significativo riguardo alla Clinica Pediatrica. 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.

Indicatori di complessità

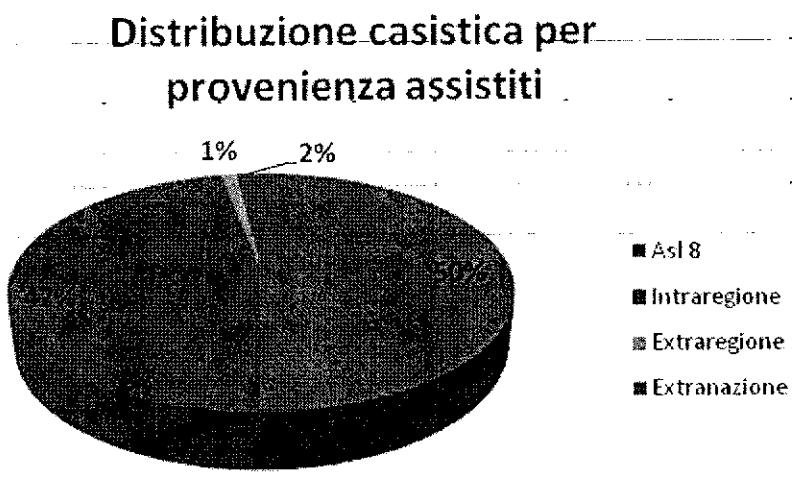
	2012				2013			
Reparto dimissione	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici
2 CLINICA PEDIATRICA	0,65	62,8%	0,0%	99,7%	0,72	64,6%	1,0%	99,0%
CENTRO TRAPIANTI	13,11		83,3%	16,7%	11,77		75,0%	25,0%
ONCOLOGIA PEDIATRICA	1,23	52,4%	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 delle UU.OO. 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.


Distribuzione casistica per provenienza assistiti
1%
2%
50%
Asl 8
Intraregione
Extraregione
Extranazione

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

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 %	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

P.O. Binaghi

Il Presidio Ospedaliero Binaghi insiste nell'ambito della provincia di Cagliari; è uno dei 7 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 ed 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 ed 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.

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 al fatto che

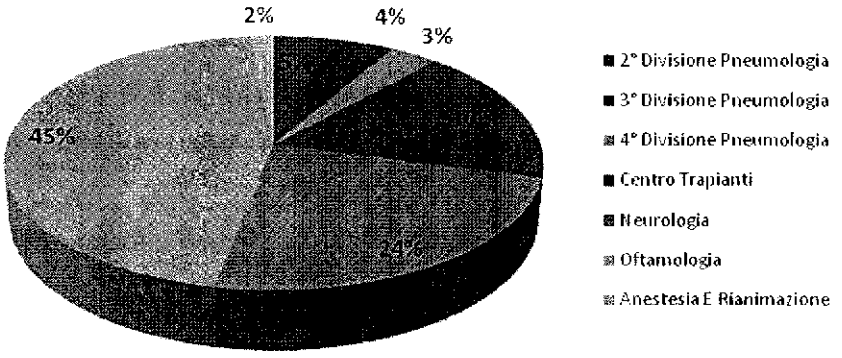
l'Oftamologia ha notevolmente incrementato la propria attività in *Day Surgery*, con 518 casi in più, in parte alla riduzione dell'attività ospedaliera delle Pneumologie che, dal maggio 2013, sono state trasferite al P.O. SS. Trinità.

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



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. Nel calcolo dello stesso si è tenuto conto 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 in relazione a ciò si ribadisce che gli indicatori relativi al servizio di

Anestesia e Rianimazione non sono realistici poiché sia i ricoveri che le giornate di degenza vengono attribuite al reparto che effettua la dimissione del paziente.

	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.*

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.

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	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

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 %	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%

P.O. Marino

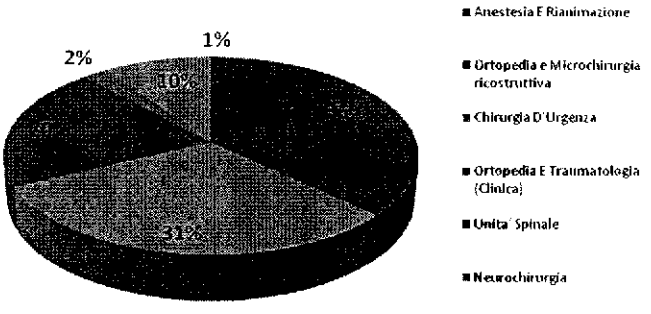
Il Presidio Ospedaliero Marino è un ospedale chirurgico, ortopedico-traumatologico situato sul lungomare Poetto, a pochi minuti dal centro cittadino; per la presenza dell'Unità Spinale Unipolare costituisce il riferimento regionale per le lesioni midollari; svolge inoltre un ruolo di riferimento per il centro e sud Sardegna in relazione alla Medicina Iperbarica e 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 del 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 complessa, correlata alla sperimentazioni di nuovi percorsi previsti dalle deliberazioni aziendali n. 1645 del 9.12.2008 e n. 81 del 27.01.2010.

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



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.*

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%.

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	€ 1.770,77
	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

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 %	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	

P.O. S. Marcellino

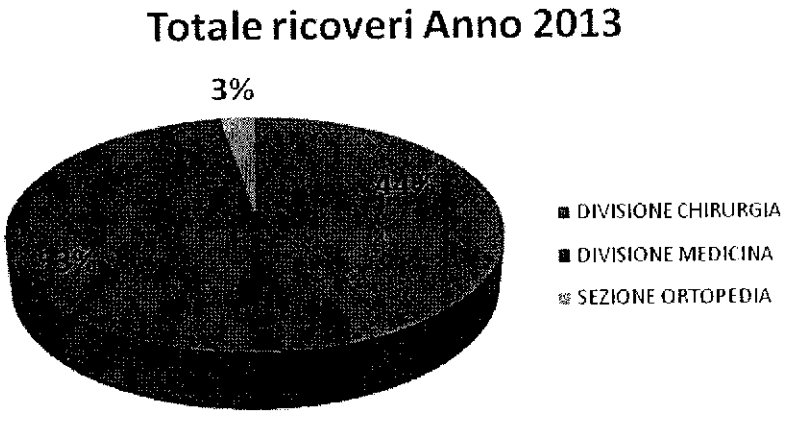
E' un presidio multispecialistico, dotato di Pronto Soccorso, con specifica vocazione nel gestire le emergenze del territorio circostante. Serve una popolazione di poco più di 23.000 abitanti ma, essendo posizionato in una località marina molto frequentata, nei mesi estivi fa fronte alle esigenze sanitarie 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.



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.*

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 del 2013 il peso medio dei ricoveri del presidio ospedaliero rimane invariato, così come decresce solo dell'1% il numero dei 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 opportunistiche.*

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		**176.019**	**€ 1.073.659,76**

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 %	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 GINECOLOGIA (CENTRO DONNA)	52	79
PRONTO SOCCORSO	10.485	10.344
SERVIZIO RADIOLOGIA	7.407	24.980

P.O. S. Giuseppe

Il P.O. di Isili è un presidio multi specialistico situato 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, le attività di diagnostica per immagini e laboratoristica disponibili sulle 24h. E' una struttura ospedaliera a forte integrazione territoriale, in grado di gestire le urgenze di bassa e media gravità, stabilizzare i pazienti più critici, per poi provvedere a trasferirli in strutture più attrezzate dal punto di vista diagnostico e terapeutico, in quanto nella struttura alcune specializzazioni come la rianimazione e la terapia intensiva non sono presenti.

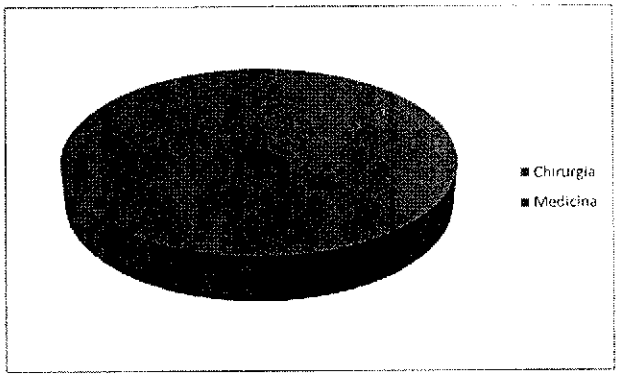
Dati strutturali

	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.

Ricoveri Totali Anno 2013



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 rimaste sostanzialmente invariate.

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.

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	€ 16.697,64
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.		585	€ 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

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 %	Consumi/ fatturato DRG 2012	Consumi/ Fatturato DRG 2013
CHIRURGIA GENERALE	26.330	929	3.259	1.959.693	41.875	844	3.208	1.753.454	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

Analisi della domanda di assistenza ospedaliera

La domanda di prestazioni ospedaliere espressa dai residenti ASL 8 è pari a circa 104.400 ricoveri, per un valore complessivo di oltre € 271.600.000. Tale domanda è soddisfatta per il 52% dalle strutture della Asl 8 (presidi ospedalieri interni e privati convenzionati) e, per il restante, dalle 2 aziende ospedaliere cagliaritane (AO Brotzu e AOU Cagliari). Solo una minima parte dei ricoveri viene invece erogata da altre aziende regionali e extraregione.

Al fine di definire con maggiore precisione il fabbisogno assistenziale della popolazione residente nella nostra azienda si è proceduto all'analisi delle domanda di prestazioni erogate ai nostri residenti da tutte le strutture sanitarie operanti sul territorio nazionale.

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%**

In attesa della riforma del sistema ospedaliero di cui alla l.r. n. 3/2009, l'impegno dell'azienda in questi anni si è concentrato prevalentemente nei seguenti punti:

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

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.

Assistenza Dipartimentale

Dipartimento Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è la struttura aziendale preposta alla programmazione, coordinamento e monitoraggio degli interventi finalizzati alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nell'ambito dell'assistenza psichiatrica distrettuale, ospedaliera ed alla promozione e partecipazione attiva e responsabile di utenti, familiari e cittadini agli interventi volti a tutelare la salute mentale. Il DSM si articola in 7 Unità Operative Complesse territoriali (6 C.S.M. + 1 Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol-correlati) e 2 Unità Operative Complesse Ospedaliere (SPDC 1 e SPDC 2) ubicate presso il P.O. SS.Trinità di Cagliari. Le UU.OO.CC. operanti a livello distrettuale e sovra distrettuale, anche tramite l'apertura periodica di 19 ambulatori periferici, assicurano livelli qualitativi di assistenza uniformi nel territorio aziendale e si coordinano con gli altri servizi aziendali, con i servizi sociali dei Comuni e con la rete formale ed informale presente sul territorio (Provincia, Forze dell'ordine, Uffici giudiziari, Associazioni di volontariato, Privato sociale, cittadinanza attiva).

Vengono attivati programmi d'intervento socio-sanitari integrati, soprattutto per i casi psichiatrici gravi e complessi al fine di superare la frammentarietà degli interventi e prevenire le ricadute. Il DSM ha partecipato attivamente alla definizione e condivisione degli obiettivi sulla salute mentale, previsti all'interno dei P.L.U.S.

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

L'attività territoriale comprende inoltre 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 2 servizi psichiatrici, attivi presso il P.O. SS.Trinità, ma strutturalmente appartenenti al DSM, offrono la possibilità di effettuare ricoveri e/o consulenze.

Negli anni considerati risulta interessante l'aumento di psicoterapie, degli interventi di gruppo e delle attività di auto mutuo aiuto nella maggior parte dei Centri di Salute Mentale; ciò indica una modalità di cura più impegnativa ed approfondita e a lungo termine ed una apertura a familiari ed utenti, sempre più coinvolti e responsabilizzati nei programmi di cura e riabilitazione.

Dipartimento Prevenzione

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

Struttura Complessa Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione

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

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

Struttura Complessa Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

Essa 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.

Particolare impegno viene posto nella verifica sull'applicazione della normativa nell'ambito della sicurezza negli ambienti di lavoro e nelle indagini sulle malattie professionali, sugli infortuni e sull'attuazione del Piano Regionale di Prevenzione in Edilizia.

Struttura Complessa Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Questa struttura garantisce i compiti istituzionali previsti nell'ambito della profilassi delle malattie infettive, della medicina sportiva e della medicina scolastica; ha inoltre provveduto alla riorganizzazione delle proprie attività in riferimento all'acquisizione delle nuove competenze transitate dal Servizio di Igiene Edilizia ed Urbanistica. Svolge le funzioni di tutela della salute collettiva negli ambienti di vita attraverso la prevenzione delle malattie infettive, il loro monitoraggio e la profilassi immunitaria, garantendo la realizzazione dei programmi vaccinali previsti dal Piano Regionale della prevenzione

Il Servizio assicura inoltre le attività relative alle funzioni di tutela della salute delle attività sportive.

Struttura Complessa Promozione della Salute

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

Prevenzione secondaria, con interventi attuati mediante i 3 programmi di prevenzione dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto, attraverso *screening* rivolti ad una popolazione *target* individuata. Al Servizio compete inoltre la realizzazione dei 2 progetti - anch'essi inseriti nel Piano di Prevenzione Nazionale e Regionale - denominati prevenzione diabete mellito tipo 2 ed il progetto di prevenzione estensione carta del rischio cardiovascolare.

Il secondo ambito di interevento riguarda la 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 Servizio promozione della Salute, garantisce i necessari interventi.

In particolare attraverso l'ambulatorio STP dedicato agli immigrati non in regola con il permesso di soggiorno e la recente istituzione di una nuova attività che riguarda l'ambulatorio di Strada, dedicato agli immigrati senza dimora attraverso un mezzo mobile che offre assistenza di base itinerante grazie ad un'autoambulanza messa a disposizione dal 118, con un medico e un infermiere della ASL che nelle ore notturne, ogni mercoledì in orario di servizio percorrono le strade della città e raggiungono i senza fissa dimora direttamente sul posto.

Struttura Complessa Servizio veterinario Area "A"

Garantisce i compiti istituzionali previsti dalla normativa vigente attraverso programmi di vigilanza e controllo sulla sanità degli allevamenti, attraverso 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.

Struttura Complessa Servizio veterinario Area "B"

Assicura i compiti istituzionali assegnati dalle norme e dai regolamenti con il controllo e la vigilanza sulla produzione, trasformazione, conservazione degli alimenti di origine animale garantendone la salubrità. Tale attività avviene nell'ambito degli stabilimenti di macellazione, degli stabilimenti per la produzione di carne e degli stabilimenti per la produzione di prodotti per la pesca. Assicura inoltre la vigilanza sulle strutture soggette a registrazione ai sensi del Reg. CE 852/04.

Struttura Complessa Servizio veterinario Area "C"

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

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

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

Struttura Semplice Dipartimentale Salute e Ambiente

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 sullo stato di salute della popolazione, in coerenza con le attività, promosse dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, di censimento/mappatura dei siti interessati dalla presenza di amianto per la precisa conoscenza dell'entità del fenomeno, al fine di promuovere gli interventi di prevenzione. Si occupa della promozione ed implementazione della collaborazione con i soggetti istituzionali deputati al controllo ambientale.

Struttura Semplice Dipartimentale Medicina Legale

La medicina legale si occupa delle problematiche legate alle certificazioni e valutazioni nell'ambito dell'invalidità civile, nonché del riconoscimento dello stato di *handicap*.

Inoltre la Medicina Legale fornisce supporto ai presidi ospedalieri in conseguenza alle maggiori applicazioni legate ai trapianti di organo ed opera in stretta collaborazione con il *Risk management* e l'Area Legale per la valutazione dei procedimenti risarcitori in ambito di responsabilità professionale dei dipendenti.

Il Dipartimento di Prevenzione della ASL di Cagliari, attraverso le strutture sopra illustrate , ha adottato una organizzazione volta a realizzare:

- l'unitarietà delle attività di prevenzione, avendo presente che l'obiettivo principale è la salute della persona inserita nell'ambiente di vita e di lavoro;
- l'interdisciplinarietà intesa come coordinamento ed integrazione delle strutture e delle diverse professionalità;
- la programmazione delle attività per un razionale utilizzo delle risorse ed un più efficace ed efficiente servizio al cittadino ed alle istituzioni.

A tal fine sono state sviluppate attività attraverso le quali è stata individuata la:

- standardizzazione dei processi e delle procedure su tematiche di interesse dipartimentale;
- formulazione di proposte per l'integrazione tecnico-organizzativa tra i diversi servizi;
- predisposizione di piani di attività dipartimentali;
- sviluppo delle competenze istituzionali trasversali attribuite dalle disposizioni vigenti che verranno sinteticamente di seguito illustrate (l.r. n. 3/2008).

Per quanto riguarda le risultanze dell'attività dei Servizi che fanno capo al Dipartimento rispetto alla situazione evidenziata nei piani programmatici si evidenzia un sensibile incremento dei volumi prodotti in termini quantitativi.

I Servizi operano in piena autonomia tecnico-funzionale e responsabilità in relazione all'erogazione delle prestazioni professionali di competenza specifica; perseguono finalità comuni in modo integrato fra loro e 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 dell'ultimo triennio, 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

Si conferma quindi 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 la l.r. n.3/2008 all'art. 8 comma 12, ha previsto che le funzioni amministrative concernenti l'applicazione di sanzioni amministrative pecuniarie in materia igienico-sanitaria, venissero trasferite dagli Assessorati Regionali alle AASSLL competenti per territorio a far data dal 1.03.2008.

In relazione alla applicazione di questa normativa la ASL - su proposta della Direzione del Dipartimento - ha predisposto un piano organizzativo che ha consentito il pieno recepimento della norma, la regolamentazione della nuova competenza e la operatività delle strutture all'uopo individuate, attivando le conseguenti nuove attribuzioni. Risulta pertanto pienamente operativa l'attività dell'Autorità Amministrativa prevista dalla normativa di cui sopra, posta in capo all'Area legale della ASL.

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

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 ed impresa, con una forte responsabilizzazione di entrambe le parti.

Vengono ridefinite le fasi di avvio del procedimento unico e la gestione del medesimo da parte della pubblica amministrazione in un'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 Prevenzione, risultano oramai pienamente coinvolte nei procedimenti SUAP in quanto interessate alla concessione di autorizzazioni, pareri e/o nulla osta per le

attività produttive e diventano quindi, per gli adempimenti di propria competenza, parte integrante del SUAP, con conseguenti responsabilità nella relativa fase endoprocedimentale e sub-procedimentale.

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

ATTIVITÀ TRASVERSALI AL DIPARTIMENTO

Formazione

Il Dipartimento inoltre coordina l'attività di Formazione ed aggiornamento obbligatorio del personale afferente al Dipartimento, incentivando e favorendo la partecipazione dei dipendenti all'aggiornamento facoltativo, attraverso una costante e tempestiva divulgazione delle iniziative formative. *Mission* principale del Dipartimento di Prevenzione è quella di favorire l'approccio interdisciplinale delle tematiche preventive con la partecipazione delle diverse strutture che lo compongono per un prodotto armonico unico e condiviso. I Servizi del Dipartimento di Prevenzione hanno sempre mostrato particolare impegno nella predisposizione di proposte formative in considerazione del fatto che la prevenzione è caratterizzata da una notevole evoluzione scientifica e normativa, che richiedono costanti e frequenti aggiornamenti.

L'integrazione formativa rappresenta sicuramente l'obiettivo più elevato e più attuale per il quale si è rivelato fondamentale creare uno strumento che favorisse il dialogo tra le strutture del Dipartimento e consentisse dove possibile una pianificazione congiunta dei programmi formativi. Allo scopo è stata proposta all'Area Formazione la creazione di una rete di "referenti" per la formazione, costituita da un incaricato per ciascuna struttura, sia complessa che semplice, afferente al Dipartimento. Ciascun Referente, nominato dal Responsabile della struttura di appartenenza, è divenuto il componente del gruppo di lavoro, presieduto dal Direttore del Dipartimento, al quale è stato affidato il compito di partecipare alla predisposizione dell'analisi delle esigenze formative con individuazione degli obiettivi formativi coerenti con gli obiettivi di Servizio e Dipartimentali e tra questi individuando le priorità sia del proprio nel suo complesso, al fine di programmare le attività di formazione.

Nello sviluppo dell'analisi delle esigenze formative nel 2013, è stata valorizzata la realizzazione di attività formative "interservizi", che avessero come destinatari gli operatori.

Il documento con la sintesi dei bisogni formativi e l'indicazione delle priorità del Dipartimento rientra in un Piano aziendale della formazione. Numerosi fra i corsi individuati e proposti sono stati regolarmente attuati. Alcuni dei corsi svolti, inoltre, fanno parte di specifici Progetti regionali.

Gestione Salto di Quirra e Poligono di Teulada

Le problematiche che hanno interessato il Poligono Militare del Salto di Quirra hanno reso necessario attivare nel territorio interessato - sotto il coordinamento regionale - un piano di tutela della salute della popolazione residente. Pertanto, 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 e il Biomonitoraggio della popolazione residente nel comune di Villaputzu e di un comune di raffronto.

Tale esperienza ha consentito nel 2013 di avviare un nuovo studio progettuale in un altro Poligono Militare, ubicato nel Comune di Teulada, che verosimilmente necessita delle medesime azioni utili ad avviare interventi a tutela della salute delle popolazioni residenti.

Anche sulla base della considerazione che l'attività di monitoraggio di cui trattasi potesse essere ottimizzata attraverso il confronto con l'analisi descrittiva della mortalità riferita ai vari ambiti territoriali e, in particolare nel nostro caso, al territorio del Comune di Teulada, 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 dall'attività svolte nel Poligono Militare.

Controllo Ufficiale degli alimenti

E' di particolare rilievo l'impegno posto nell'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 e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali.

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

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

Per quanto sopra è stato tenuto conto di norme, risorse, atti (contenuti su supporto informatico), protocolli, accordi interni, unità di *staff*, sistema di *budgeting* e di controllo finora avviati, e/o posti in essere nella macrostruttura dipartimentale. Sono state recepite le indicazioni contenute nelle Regole di Sistema Comunitarie, Nazionali e Regionali, in armonia con il PNI, il PRIC e la Determinazione della Direzione Generale Servizio Prevenzione della RAS Assessorato Igiene e Sanità n. 25864/Det/1236 del 16.12.2010, relativa al Piano Regionale di Programmazione e Coordinamento degli interventi in materia di Controllo Ufficiale degli Alimenti che aggiorna il precedente piano adottato con determinazione n. 4835/Det/53 del 27 Febbraio.

Tale piano è stato attuato nel corso del 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 ed 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 essa previsti e monitorato l'applicazione delle procedure operative di cui trattasi.

ANALISI SWOT DELLE ATTIVITÀ DELLA MACROSTRUTTURA DIPARTIMENTALE

I punti di forza dei processi gestionali della attività dipartimentali rilevati risultano:

- l'esplicita assunzione di strategie preventive nella missione aziendale, per la promozione della salute avvenuta secondo le direttive della Direzione Generale e in sinergia con le strutture afferenti al dipartimento;
- l'analisi delle attività in relazione al contesto territoriale di riferimento, che consente di gestire i rischi e le problematiche, anche non prevedibili anticipatamente , attraverso azioni correttive immediate e/o programmi di intervento nel tempo;
- il coordinamento dell'attività interdisciplinare tra le strutture afferenti, che ha consentito la predisposizione di piani integrati, attività trasversali e attivazione Unità di *Staff*;
- la comunicazione e formazione continua con attivazione della rete di "Referenti" per la formazione delle strutture facenti capo al Dipartimento;
- la messa a regime della centralizzazione del protocollo unico del Dipartimento, secondo i programmi di informatizzazione aziendale;
- la conferma della dinamica evolutiva della struttura Dipartimentale e delle sue articolazioni di *Staff*, in presenza dell'incremento delle attribuzioni in relazioni alle competenze generali e trasversali poste in capo alla Direzione del Dipartimento dalla l.r. n. 3/2008, oramai a regime;
- il rafforzamento della rete di collaborazione interservizi che sta consentendo di dare delle risposte adeguate ed efficaci, sia alle attività istituzionali previste dalla norma, sia alle attività non prevedibili anticipatamente, attraverso l'attivazione di unità di crisi collegiali specifiche per ogni avvenimento.

Le criticità rilevate a livello di direzione dipartimentale riguardano prevalentemente:

- la necessità di maggiore integrazione e coordinamento con altre strutture del territorio;
- la necessità di dare piena applicazione alle evidenze scientifiche individuando le pratiche obsolete per dare spazio agli interventi innovativi di provata efficacia preventiva.

- la necessità di implementare il sistema di monitoraggio costante dei risultati dei controlli, che consenta di assicurare l'azione dei processi e la tempestività degli interventi, in particolare per quel che riguarda il controllo degli alimenti;
- carenza della dotazione organica assegnata alla Direzione del Dipartimento.

Gli interventi correttivi programmati riguardano in modo particolare il potenziamento della capacità delle singole strutture nella partecipazione multidisciplinare e intersettoriale.

L'integrazione è infatti un fattore qualificante dell'attività dipartimentale perché, basandosi su una nuova cultura organizzativa, supera il tradizionale modello fondato esclusivamente sulla differenziazione in compiti. Dall' analisi delle attività erogate emerge infatti la complessità dei Servizi di prevenzione alla quale si accompagna la necessità di un apporto pluridisciplinare proveniente dalle diverse Strutture.

E' questo uno degli aspetti fondamentali rispetto al ruolo esercitato dal Dipartimento di Prevenzione, nel favorire l'azione sinergica e congiunta per giungere poi ad un unico prodotto conclusivo capace di garantire una reale efficacia preventiva.

In conclusione si ritiene che il processo di Dipartimentalizzazione richieda ancora un notevole impegno ma si può affermare - senza tema di smentita - che vi siano tutti gli elementi, sia di carattere professionale che culturale ed organizzativo, capaci di garantire l'evoluzione del sistema volto ad ottenere l'efficacia dell'offerta in risposta ad un "bisogno preventivo" che si evolve, si accresce e si concretizza sempre più nella coscienza della collettività.

Obiettivi Strategici e Progetti di Intervento 2014-2016

Obiettivi Strategici Triennali

L'Azienda - con la deliberazione n. 394/2014 - ha approvato il "Piano delle *Performance* 2014-2016", con l'individuazione delle aree operative nell'ambito delle quali innestare il processo di contrattazione 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 erogate agli utenti sono relative a:

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

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

B Area dell'efficienza economica e organizzativa:

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

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

B.3 Gestione committenza

C Area dell'efficacia e qualità dei servizi:

C.1 Potenziare le reti di servizi di assistenza integrata al fine di ridurre il numero dei ricoveri impropri negli Ospedali per acuti e ridurre la durata di degenza dei ricoveri appropriati, grazie alla definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutici (Pdt) efficaci;

C.2 Miglioramento dei livelli di trasparenza dell'amministrazione 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.

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

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

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

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

A.2. Attivazione campagne di prevenzione primaria e secondaria

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A.3. Miglioramento dell'appropriatezza e *Disease Management*

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

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

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

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

Ad esempio nel caso delle malattie croniche, un area di valutazione dei sistemi sanitari odierni divenuta critica, risulta complicato analizzare una singola scelta in un *continuum* di scelte da effettuarsi, ignorando il

problema dell'analisi dell'appropriatezza nella sua complessità naturale. Del resto una valutazione diversa per ogni intervento rischia di essere di difficile sintesi, risultando spezzettata, diluita nel tempo, e quindi poco rispondente alla storia effettiva del paziente. Pertanto occorre in qualche modo estendere ed aggiornare la nozione di appropriatezza, adattandola ad una pluralità di situazioni che abbiano al loro centro non già il singolo intervento, ma il caso personale cui tale intervento è effettivamente destinato. Nell'ambito della applicazione di tale principio l'Azienda intende sperimentare la costruzione di un metodo sistematico capace di consentire una valutazione dell'appropriatezza di sistema basata sull'analisi del percorso clinico osservato e del risultato atteso a livello di gruppi di patologie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'ulteriore riduzione della spesa farmaceutica convenzionata si potrà realizzare quale risultato dell'azione combinata di diversi fattori quali: a) l'implementazione dell'attività di monitoraggio del livello di appropriatezza delle prescrizioni terapeutiche; b) gli effetti economici conseguenti all'applicazione delle disposizioni contenute nel d.l. n. 78 del 31.05.2010. Le disposizioni normative del d.l. n. 78 del 31.05.2010 hanno agito su diversi fronti: i) l'introduzione di un extrasconto a carico del farmacista dell'1,82%; ii) l'introduzione di un *pay-back* dell'1,83% a carico del produttore; iii) l'allineamento del prezzo di riferimento della lista di trasparenza AIFA al prezzo dei farmaci a brevetto scaduto vigente in altri Paesi Europei.

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

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

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

B.3. Gestione Committenza

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

La funzione di committenza si concretizza attraverso:

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

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

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

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

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

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

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

I principali obiettivi che il sistema sanitario deve raggiungere per garantire la continuità assistenziale sono legati a favorire processi di integrazione fra le diverse figure professionali coinvolte e integrazione fra i

diversi setting assistenziali, aggiungendo un ulteriore elemento che è la condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici.

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

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

Come già evidenziato nel paragrafo relativo all'analisi di contesto, l'Azienda ha intrapreso da tempo una costante riduzione del tasso di ospedalizzazione sulla popolazione residente. In particolare negli ultimi 6 anni si sono ridotti di oltre 20.000 i casi di ricovero all'anno (-22%), attraverso una riduzione della "fuga" verso gli ospedali pubblici e privati non direttamente gestiti dall'Azienda.

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

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

Analogo andamento si è avuto per ciascun distretto, pur con differenze riconducibili principalmente alla diversa prevalenza di popolazione anziana, alle caratteristiche del territorio ed alla diversa struttura dell'offerta. Il calo si conferma anche standardizzando il tasso di ospedalizzazione per l'età, raggiungendo valori sostanzialmente in linea con la media regionale.

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

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

- il miglioramento dell'appropriatezza dell'attività di ricovero per le patologie curabili a domicilio;
- l'introduzione di modalità di assistenza alternative al ricovero tradizionale quali il *Day Hospital* e *Day Surgery*;
- il trasferimento in assistenza ambulatoriale delle attività meno complesse anche tramite l'attivazione di pacchetti ambulatoriali integrati (*Day Service*);

- lo sviluppo di integrazioni sempre più strette tra ospedale e servizi sanitari e sociali del territorio, potenziando la dimissione protetta, garantendo la continuità del processo assistenziale.

C.2. Trasparenza e Anticorruzione.

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

La necessità di miglioramento dei livelli di trasparenza nella gestione dell'Amministrazione è culminata nel d.lgs. n. 33 del 14.03.2013, (nuove misure concernenti gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, in attuazione della delega di cui ai commi 35 e 36 dell'art. 1 della l. 6 novembre 2012, n. 190), che inquadra la trasparenza come una vera e propria "filosofia di fondo" a cui la pubblica amministrazione deve adeguare struttura e moduli organizzativi, prima ancora delle proprie condotte concrete.

Sul piano dell'individuazione e monitoraggio del rischio corruzione, in ottemperanza a quanto previsto dalla L. n. 190/2012 l'Azienda ha adottato, con deliberazione n. 60 del 20.01.2014, un piano al fine di valutare i diversi livelli di esposizione al rischio di corruzione ed individuare gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio medesimo.

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

C.3. Ottimizzazione del sistema informativo

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

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

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

- ✓ disporre di un consolidato sistema di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, tramite indicatori che operino in modo esaustivo a tutti e tre i livelli di verifica (ospedaliero, territoriale e ambiente di lavoro), grazie anche all'utilizzo dei dati elaborati dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario;
- ✓ rendere pubblici i valori monitorati dei tempi di attesa, garantendo il raggiungimento del livello previsto;

✓ supportare il controllo della spesa sanitaria; le prestazioni erogate non possono essere considerate essenziali se non appropriate;

✓ migliorare l'efficienza delle cure primarie attraverso l'integrazione in rete dei professionisti al fine di agevolare i processi di continuità assistenziale;

✓ supportare gli interventi di prevenzione attiva sul territorio;

✓ facilitare l'accesso ai servizi potenziando e facilitando la scelta dei cittadini attraverso l'interoperabilità tra i sistemi di prenotazione;

✓ consentire il miglioramento dei processi integrati di assistenza sociale e quelli di assistenza sociosanitaria, mediante l'ottimizzazione del un punto di accesso – PUA alle prestazioni, a livello di distretto socio-sanitario (integrazione assistenziale tra processi di tipo sanitario: prestazioni infermieristiche, mediche, riabilitative, e di tipo sociosanitario: ADI, residenzialità diurna o a tempo pieno, etc);

✓ supportare il miglioramento della qualità dei servizi sanitari e favorire il consolidamento e lo sviluppo delle eccellenze attraverso l'introduzione delle soluzioni orientate al governo clinico, alla formazione continua in medicina, alla misurazione dei risultati e alla telemedicina;

✓ alimentare il Nuovo Sistema Informativo Sanitario con i dati necessari per il Ministero della Salute (debito informativo);

✓ consentire una gestione efficiente ed efficace del processo relativo alle attività di compensazione intra ed extra regionale relativa agli aspetti della mobilità;

✓ migliorare la qualità dei documenti elettronici all'interno del sistema sanitario regionale.

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

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

Progetti di Intervento 2014-2016

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 di modelli operativi finalizzati a garantire una offerta qualitativamente e quantitativamente adeguata e diretta a soddisfare i bisogni di salute della popolazione.

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 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 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) e per il 2015 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 attrezzature tecnologicamente ed organizzativamente così articolate è stata fatta 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 del 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 dell'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 2 strutture ospedaliere territoriali.

A tal fine sono stati avviati e 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 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 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 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.

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 inteso 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 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 ed al 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 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 utilizzo sanitario.

Dopo un'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

Assistenza Territoriale

Negli anni 2011-2012-2013 la Asl di Cagliari ha garantito il Livello Essenziale di Assistenza Distrettuale in maniera omogenea tramite l'organizzazione del territorio nei 5 Distretti Socio-sanitari in cui si articola.

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

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

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

	POLIAMBULATORI SPECIALISTICI	STUDI MMG	AMBULATORI CONTINUITA' ASSISTENZ.	CENTRI RIABILITAZIONE	RSA	PRESIDI OSPEDALIERI
DISTRETTO 1	4		5	2	4	5
DISTRETTO 2	4		10	1	2	0
DISTRETTO 3	4		5	1	1	0
DISTRETTO 4	3		5	0	0	1
DISTRETTO 5	5		8	1	0	1
TOTALE	20	0	33	5	7	7

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

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

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

_ governo unitario globale della domanda di salute espressa dalla comunità locale;

_ presa in carico dei bisogni del cittadino, individuando i livelli appropriati di erogazione dei servizi;

_ gestione integrata - sanitaria e sociale - dei servizi, anche collaborando alla predisposizione e realizzazione dei PLUS;

_ appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali delle Cure Primarie attivati dai Medici di Medicina Generale, dai Pediatri di Libera Scelta e dai servizi direttamente gestiti, per le competenze attribuite dalla programmazione regionale e locale;

_ presa in carico della persona nei Punti Unici di Accesso e fruizione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in Cure Domiciliari e Cure domiciliari Integrate, Assistenza Riabilitativa Globale sanitaria e sociosanitaria, Assistenza Residenziale in RSA e CDI, assicurando l'integrazione con i servizi sociali e con i servizi ospedalieri in un ottica di gestione in rete;

_ presa in carico delle persone e delle famiglie nei percorsi dell'area materno-infantile presso i Consultori e presso le UONPIA;

_ attuazione dei protocolli diagnostico-terapeutici e riabilitativi adottati dall'Azienda.

La 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:

- 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;
- 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;
- 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;
- 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;
- 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;

crisi socio-economica internazionale che si manifesta con carattere di drammaticità in Sardegna ed 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);

- difficoltà dell'organizzazione sociale e sanitaria nel dare risposte immediate e coerenti con le mutate esigenze a causa del ritardo nell'adeguare i modelli organizzativi e le risposte alle mutate esigenze;
- 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 ed alla non autosufficienza 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 omnicomprensivo, 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 18.11.2010, 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 ed al livello di coerenza tra gli indirizzi delle politiche sanitarie nazionali, regionali ed aziendali con il quadro delle risorse economiche 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;
- 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", 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. 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 – l.r. n. 23/2005, l.r. n. 10/2006 e 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 l.r. 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 l.r. n. 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.

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.

Inoltre le indicazioni correnti provenienti dalla programmazione regionale a partire dalla l.r. n. 3/2009, appaiono chiaramente orientate a sostenere un processo di riforma capace di promuovere lo sviluppo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio ed al contempo assicurare la sostenibilità economica del sistema complessivo.

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 distretto.

Ambiti e profili

Nello specifico del territorio provinciale nel quale opera la ASL di Cagliari, appare quanto meno opportuno, a distanza di 7 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.

Un'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 un'adeguata rete viaria.

Il secondo raggruppamento di comuni può, al contrario, usufruire esclusivamente di 2 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).

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, 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. Un'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 sì 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 garantito 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 ed 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.

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 ricomprese 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.

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:

- 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 ed il loro orientamento nel sistema sanitario e sociosanitario;
- 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;
- unitarietà ed 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;
- semplificazione: la CdS concentra ed 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. 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 24h 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 ed 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 ed 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 dell'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 al 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.

La promozione dell'autonomia delle persone ed 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 integrata 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.

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.

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 sociosanitario: 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 autosufficienza: 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 n. 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"; 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 Domicil. Integr. > 65 aa	1.855	978	561	238	372	4.004	3,7

Sono state assistite 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.

Vedasi anche il paragrafo 5.2.3 "Rete integrata dei servizi per gli anziani, Cure domiciliari e continuità ospedale-territorio" e il progetto 5.3.1 per la programmazione di dettaglio.

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 5 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.

Riabilitazione Globale Sanitaria e Sociosanitaria - ASL Cagliari Persone inserite in Riabilitazione - Anno 2013						
Tipologia/Profilo	Distr. 1 Cagliari Area Vasta	Distr. 2 Area Ovest	Distr. 3 Quartu Parteolla	Distr. 4 Sarrabus Gerrei	Distr. 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.

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%).

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

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 del 2013 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 del 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.

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 in regime diurno.

ASL Cagliari - Anno 2013 - Persone ospiti in RSA							
	Distr. 1	Distr. 2	Distr. 3	Distr. 4	Distr. 5	Tot. Distr.	%
Profilo 1-2-3-4-5	396	115	102	10	16	629	48,0
Profilo 6-7-8-9	71	28	7	0	5	111	8,5
Profilo A.14	262	76	74	13	21	433	33,0
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	100,0
CDI profilo 1-2-3-4-5	4	0	6	0	0	16	72,7
CD 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 urgono 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 alla 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 l. n. 38/2010 "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 a 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 del 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 l. n. 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.

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

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 del 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 l.r. n. 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.

ASL Cagliari - Anno 2013 - Persone anziane ospiti in Case protette per distretto di residenza						
	Distr. 1	Distr. 2	Distr. 3	Distr. 4	Distr. 5	Tot.
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
Vitt. 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

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, trovano riscontro nell'aumento delle richieste che pervengono all'attenzione dei PUA 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 del 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, servizi ed interventi che possa offrire risposte capaci di soddisfare in maniera appropriata le necessità della popolazione.

Area 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.

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 ed 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.

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 un'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 extra-aziendali.

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 un'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 distrettuali (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 necessario provvedere alla "manutenzione" della rete interistituzionale. Gli Enti Locali devono 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.

Obiettivi programmatici e progetti d'intervento

Riorganizzazione dell'offerta territoriale

Il Territorio della ASL di Cagliari necessita di essere rivisitato alla luce delle considerazioni espresse nei precedenti paragrafi secondo la logica dell'aggregazione dell'offerta delle prestazioni e dei servizi alla persona in modo da superare la tradizionale separazione tra le diverse forme di erogazione (assistenza specialistica poliambulatoriale, domiciliare, residenziale, ospedaliera e sociale).

In particolare, la ricerca di nuove formulazioni di servizi passa attraverso l'analisi della situazione attuale in termini di strutture e servizi disponibili nei vari comuni e ambiti territoriali al fine di favorire una loro aggregazione unitaria funzionale alla soddisfazione dei bisogni della comunità locale (strutture di prossimità).

L'aggregazione dell'offerta dovrà contenere anche formule adeguate per dare continuità di cura e assistenza alle persone nei percorsi territoriali nei vari *setting* assistenziali:

- *setting* ambulatoriale: rivisitazione della rete dell'assistenza specialistica nei poliambulatori territoriali per uno sviluppo e ruolo più incisivo e ragionato nell'ambito del sistema dell'assistenza distrettuale e dei rapporti (di complementarietà) da parte dell'assistenza specialistica erogata in ospedale;
- *setting* domiciliare: implementazione e valorizzazione in termini di unitarietà dell'offerta e completezza della stessa nell'ambito del sistema degli interventi a domicilio sanitari e sociosanitari e della loro integrazione con la rete degli altri interventi sanitari e sociali;

setting residenziale e semiresidenziale: la rete delle residenzialità territoriale sanitaria e sociosanitaria e della semiresidenzialità dovrà essere al servizio della domiciliarità e non solo come alternativa alla stessa. Dovranno inoltre essere considerate le varie forme di aggregazione fisica dell'offerta, in modo da renderla funzionale alle necessità e caratteristiche del territorio di afferenza (aree di erogazione sub distrettuali, Poli sociosanitari, Case della salute, *etc.*).

Riorganizzazione del Sistema Cure Domiciliari

La Cure Domiciliari della Asl di Cagliari hanno assunto ormai una connotazione tale, sia in termini qualitativi che quantitativi, da richiedere una riorganizzazione complessiva. Si curano ormai a domicilio circa 8.000 persone in un territorio variegato che va dall'ambito urbano e ambiti perirubani fino a centri abitati dislocati lontano dai centri urbani provvisti di ospedali ed altri servizi sanitari e sociosanitari in zone di montagna o costiera. La particolare dislocazione di queste realtà richiede un'attenzione particolare nell'organizzare l'offerta dei servizi e prestazioni che necessitano di essere commisurate alle peculiarità degli ambiti.

La stessa tipologia di cure a domicilio si è andata diversificando e qualificando in questi ultimi anni e si va da offerta di prestazioni semplici a prestazioni che necessitano di presa in carico globale sociosanitaria a partire dal Punto Unico d'accesso. Al riguardo si riscontra l'aumento dei bisogni di cura e assistenza da parte di persone in stato terminale della vita o necessitanti di cure palliative.

La diversificazione delle tipologie di cura ed assistenza a domicilio richiede quindi sia un'organizzazione strutturale di natura complessa, soprattutto nell'area cittadina e periurbana, sia una razionale diversificazione per tipologia, in termini di:

- Cure Domiciliari Prestazionali, che potrebbero essere inserite nei percorsi delle Cure Primarie e Cure Domiciliari Integrate (di 1°, 2° e 3° livello);
- Cure Palliative e a pazienti in fase terminale che potrebbero essere inserite in percorsi organizzativo gestionali nell'ambito delle Cure a Lungo Termine.

Organizzazione della rete delle Cure Palliative

La sistematica organizzazione delle Cure Palliative è necessità impellente, considerato che negli ultimi anni sia i presidi ospedalieri, sia i servizi territoriali hanno assunto in carico un numero crescente di persone in fase terminale della vita, in stato neurovegetativo, in ventilazione meccanica, o comunque necessitanti di cure palliative.

In mancanza del sistema di cure in rete previsto dalla normativa nazionale e regionale, il bisogno assistenziale è stato in parte soddisfatto dalle strutture organizzative esistenti: RSA, *Hospice* e sistema delle Cure Domiciliari.

La costituzione della rete delle cure palliative richiede l'articolazione aziendale dei modelli di riferimento proposti, inclusivi della definizione dei percorsi di cura e assistenza, prevedendo comunque la presa in carico globale della persona e della famiglia con il coinvolgimento del sistema PUA-UVT.

Sarà necessaria, inoltre, la diversificazione della rete delle cure palliative in modo da renderla coerente con le specificità di ciascun territorio, nonché il coinvolgimento, oltre ai Distretti Sociosanitari (*Hospice* e Cure Domiciliari Integrate) dei presidi ospedalieri, soprattutto quelli a maggior impatto nel contribuire alla messa in rete di risorse e competenze: P.O. Businco di Cagliari e P.O San Marcellino di Muravera e San Giuseppe di Isili.

Progetti di intervento

Di seguito vengono riportati i progetti di intervento individuati per il periodo 2014-2016, relativi alla riorganizzazione dell'offerta territoriale, alla costruzione della Rete per le Cure Palliative e alla riorganizzazione del Sistema delle Cure Domiciliari. Si precisa che la realizzazione dei suddetti progetti è vincolata alla definizione ed articolazione operativa della programmazione regionale e aziendale complessiva, in particolare al riordino della rete ospedaliera e territoriale di assistenza, nonché alla condivisione delle politiche e pratiche di intervento con gli Enti locali in ambito *PLUS*.

N. progetto 1	Descrizione del progetto	Relazione con PSR - altri atti/docum. programm.	Obiettivi programmatici		
			2014	2015	2016
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 4.6.2008; 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 peculiarità degli ambiti territoriali Emanazione Delib. DG ad *hoc*	Verifica sperimentazione Implementazione graduale in tutti i Distr.	Verifica complessiva e avvio a sistema in tutta la ASL

			Avvio sperimentazione almeno in un Distr.		

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 e applicazione di nuove modalità di offerta integrata ed 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	2015	2016
Attività 1 Predisposizione del nuovo modello di offerta territoriale	Deliberazione del nuovo modello di aggregazione dell'offerta, condivisione e formazione dei soggetti	Verifica applicazione della nuova aggregazione dell'offerta organizzazione e delle procedure e suo	Verifica e monitoraggio della sperimentazione del nuovo modello di

	coinvolti	monitoraggio in almeno un ambito distrett. pilota.	aggregazione dell'offerta territoriale
Attività 2 Attuazione del modello di offerta	Avvio sperimentazione in almeno un distretto pilota	Implementazione in altri distr.	Estensione a tutti i Distr.

N. progetto 2	Descrizione del progetto	Relazione con il PSR e altri atti e documenti di programmazione	Descrizione obiettivi programmatici		
			2014	2015	2016
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. aziendali n. 440 del 30.04.2010, n. 541 del 04.05.2011, n. 1528 del 16.11.2011, n. 1139 del 30.07.2012, n. 718 del 29.04.2013; n. 2012 del 15.11.2013.	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 Delibera del DG ad *hoc*.	Avvio sperimentazione almeno in un Distr.	Verifica complessiva ed estensione del nuovo modello di Cure Domiciliari ad altri Distr. Sociosanitari

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 ed 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 ed interistituzionale ai problemi legati alle 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	2015	2016
Attività 1 Elaborazione del nuovo modello di Cure Domiciliari	Predisposizione del nuovo modello di Cure Domiciliari	Condivisione e formazione dei soggetti coinvolti	Verifica e monitoraggio della sperimentazione del nuovo modello di Cure Domiciliari
Attività 2 Attuazione del Modello di Rete di Cure Palliative	Deliberazione del nuovo modello	Sperimentazione del nuovo modello in un Distr. Sociosanitario	Estensione dell'applicazione del modello ad altri Distr. Sociosanitari

N. progetto 3	Descrizione del progetto	Relazione con il PSR e altri atti e documenti di programmaz.	Descrizione obiettivi programmatici		
			2014	2015	2016

Rete Cure Palliative	Il progetto prevede la costruzione della rete per le Cure Palliative che coinvolge i Distr. Sociosanitari, i P.O., i Servizi Soc. dei comuni e la rete del Volontariato	Vedasi: l. n. 38 del 15.03.2010; DGR n. 71/18 del 16.12.2008; DGR n. 33/32 del 08.08.2013	Costruzione di un modello di erogazione delle Cure Palliative che preveda processi, procedure, soggetti coinvolti, organizzazione, risorse Emanazione Delib. del DG ad *hoc* Avvio sperimentazione almeno in un Distr.	Verifica sperimentaz. Implementaz. graduale in altri Distr.	Verifica complessiva e avvio a sistema in tutta la ASL

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 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 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	2015	2016
Attività 1 Elaborazione del modello aziendale di Cure Palliative	Predisposizione del modello aziendale di Cure Palliative	condivisione e formazione dei soggetti coinvolti	Verifica e monitoraggio della sperimentazione del modello aziendale di Cure Palliative
Attività 2 Attuazione del Modello di Rete di Cure Palliative	Deliberazione del nuovo modello	Sperimentazione del modello in un Distretto Sociosanitario	Estensione della applicazione del modello ad altri Distretti Sociosanitari

Integrazione sociosanitaria e PLUS

La tutela della salute, la promozione del benessere e della qualità di vita delle persone, delle famiglie e della comunità locale, costituiscono oggi un tutt'uno, da governare con il coinvolgimento di diverse istituzioni chiamate a gestire percorsi di integrazione sociosanitaria. Le istituzioni coinvolte sono, in primo luogo, l'Azienda Sanitaria Locale, i Comuni e la Provincia, chiamate ad integrare competenze, responsabilità e risorse per assicurare la presa in carico integrata dei bisogni della popolazione.

In realtà, in un sistema sociosanitario maturo, oltre ai tre soggetti pubblici suddetti, intervengono nello specifico delle realtà territoriali locali altri soggetti istituzionali e forme aggregative del terzo settore, contribuendo nell'insieme a definire un sistema di intervento complesso, articolato al suo interno in sottosistemi dotati di specifiche risorse economiche, strutturali, professionali e strumentali.

In Sardegna i riferimenti normativi relativi all'integrazione sociosanitaria sono contenuti nella l.r. n. 23/2005 "Sistema integrato dei servizi alla persona" e l.r. n. 10/2006 "Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna". In particolare, la l.r. n. 23/2005 dispone l'attivazione di un sistema integrato di programmazione locale in ambito sociale e sociosanitario, con il coinvolgimento degli Enti locali, della ASL e degli altri soggetti pubblici e privati interessati, attraverso i Piani Locali Unitari dei Servizi alla persona (*PLUS*).

Le risorse disponibili per la realizzazione degli interventi individuati attraverso i *PLUS* per l'area territoriale della ASL di Cagliari corrispondono a circa € 7.000.000 all'anno (indicativamente il 20% del fondo sociale, poi convogliato con l.r. n. 2 del 29.05.2007 nel fondo unico degli enti locali). A queste risorse si aggiungono quelle assegnate al *PLUS* dai singoli Enti Locali e dalla ASL per la gestione associata di specifiche attività di interesse comune.

L'attuale normativa regionale ed organizzazione dei *PLUS* prevede una partecipazione attiva, propositiva in fase di programmazione ed attuativa in fase di realizzazione degli interventi, da parte della ASL. In particolare la ASL è presente nei due organismi strategici del *PLUS*:

- La Conferenza dei Servizi alla quale partecipa con il Direttore Generale, il Direttore dei Servizi Sociosanitari ed il Direttore di Distretto Sociosanitario;
- l'Ufficio di Piano (UPGA) al quale partecipa con due referenti per *PLUS*.

La Conferenza dei Servizi svolge funzioni di indirizzo politico-amministrativo, definendo gli obiettivi da conseguire ed i programmi da attuare da parte dell'Ufficio per la programmazione e la gestione associata (Ufficio di Piano) e verificando la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e di gestione di questo Ufficio agli indirizzi impartiti. L'Ufficio di Piano supporta dal punto di vista tecnico l'organo politico nell'assumere le decisioni strategiche di politica sociale e sociosanitaria e cura l'attuazione operativa delle iniziative previste nel *PLUS*.

Gli ambiti di intervento interessati dalla programmazione riguardano quelli del sostegno alla famiglia, del sostegno della domiciliarità e della tutela delle persone anziane e con disabilità, dei servizi socioeducativi per minori, dell'inserimento lavorativo e sociale delle persone in situazione di svantaggio sociale, delle azioni di sensibilizzazione sulle problematiche della salute mentale e delle dipendenze. Si tratta di ambiti di intervento ricompresi tra le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di cui al DPCM 14.02.2001 "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria". Ambiti che, armonizzati ed articolati con le altre due tipologie di prestazioni di cui al DPCM sopra citato (prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria), compongono lo scenario complessivo di interesse delle ASL e degli Enti locali per l'integrazione sociosanitaria.

Nel corso degli anni è stata assicurata la partecipazione dell'ASL al processo di costruzione ed attuazione dei 7 *PLUS* dell'ambito aziendale. Le tematiche dell'integrazione sociosanitaria in ambito PLUS sono state affrontate in ambito aziendale, con il coinvolgimento in primo luogo delle Direzioni dei Distretti Sociosanitari per la definizione delle priorità da proporre, promuovere e articolare a seconda delle necessità ed opportunità offerte dal contesto locale. L'obiettivo principale condiviso al livello interdistrettuale è stato, ad un primo livello, quello di promuovere in ambito *PLUS* azioni di interesse sociale e sociosanitario complementari a quelle adottate in ambito ASL. Ad un livello ulteriore di integrazione, si è promossa la produzione di risposte articolate sulla base dei bisogni rilevati per tipologia ed intensità delle componenti sanitaria e sociale, in modo da offrire la copertura per l'intera gamma di bisogni presenti sul territorio.

Analisi delle criticità e dei fabbisogni per il triennio 2014-2016

Nonostante la limitatezza delle risorse umane disponibili presso la Direzione dei Servizi Socio Sanitari, l'operatività nei vari ambiti di intervento (attività di coordinamento intra ed extra aziendale, partecipazione

ai tavoli istituzionali tecnici e decisionali, articolazione della programmazione, inclusa la predisposizione degli atti deliberativi), è stata assicurata nel rispetto delle priorità e tempistiche imposte dalla programmazione regionale ed aziendale.

In considerazione della naturale evoluzione dello scenario regionale riguardo alle tematiche della anzianità, della disabilità, della non autosufficienza, nonché dell'indebolimento del sistema di supporto informale offerto dal contesto familiare/sociale, per gli anni 2014-2016 è prevedibile un progressivo incremento dell'attività della Direzione dei Servizi Socio-Sanitari che richiederebbe un opportuno potenziamento della struttura con l'acquisizione di ulteriori risorse professionali, purché dotate di competenza ed esperienza in ambiti di interesse strategico per il servizio.

La programmazione delle attività in ambito sociosanitario e *PLUS* per il triennio 2014-2016, coerentemente con gli indirizzi della programmazione regionale e aziendale, dipende principalmente dall'evoluzione delle dinamiche demografiche, epidemiologiche, sociali e, soprattutto negli ultimi anni, economiche; dai loro riflessi sulla salute e qualità della vita delle persone. La complessità dei bisogni sanitari e sociosanitari che ne derivano è fondamentalmente dovuta alla coesistenza ed inscindibilità delle problematiche di carattere sanitario e sociale. Le risposte indicate, sia dalle evidenze consolidate della letteratura scientifica, che dalla normativa ed indirizzi nazionali e regionali, sono basate sull'integrazione degli interventi, sia in senso orizzontale (interventi sanitari e sociosanitari in capo alla ASL ed interventi socioassistenziali in capo agli Enti locali) che in senso verticale (interventi sanitari e sociosanitari in capo ai servizi di base, a quelli specialistici ed agli ospedali). Le priorità individuate riguardano, pertanto, la promozione della collaborazione, coordinamento ed integrazione degli interventi negli ambiti maggiormente interessati dai cambiamenti dello scenario sociale complessivo. Le azioni strategiche da considerare sono rivolte a:

- facilitare la revisione ed il superamento di orientamenti culturali e consuetudini operative diffusi, fortemente condizionati da una approccio settoriale;
- favorire il consolidamento delle buone pratiche già avviate in tema di integrazione e perseguire gli obiettivi strategici dell'integrazione sociosanitaria.

Gli ambiti di intervento prioritari vengono individuati nella programmazione condivisa con gli Enti locali, nel perfezionamento dell'infrastruttura organizzativa preposta all'intercettazione dei bisogni sociosanitari, nella costruzione della rete integrata dei servizi per la domiciliarità degli anziani e negli interventi di tutela della salute e protezione dell'età evolutiva.

Obiettivi programmatici e progetti di intervento per il triennio 2014-2016

Partecipazione aziendale al processo di costruzione ed attuazione dei PLUS

Si ritiene che, per potere assicurare alla popolazione la fruizione dei servizi alla persona necessari in ambito sociosanitario, si debba operare il potenziamento dell'integrazione delle attività al livello operativo oltre che istituzionale e amministrativo, attraverso la condivisione dei programmi e delle criticità. Le Linee guida

per i Piani Locali Unitari dei Servizi (*PLUS*), triennio 2012-2014, di cui alla DGR n. 40/32 del 6.10.2011, prevedono il perseguimento di due obiettivi strategici in ambito sociosanitario:

- Le Cure Domiciliari Integrate, coordinando gli interventi del Servizio di Assistenza Domiciliare tutelare di competenza dei Comuni con quelli del Sistema delle Cure Domiciliari di competenza della ASL;
- l'Assistenza Educativa territoriale, coordinando gli interventi di competenza dei Comuni con gli interventi di competenza della ASL.

Il perseguimento di questi obiettivi richiede la costruzione e manutenzione di una rete sociosanitaria integrata, la porta di accesso della quale è costituita dal sistema PUA/UVT. E' pertanto fondamentale che in ciascun ambito *PLUS* si attivi il percorso, già condiviso e definito con protocollo d'intesa fra Enti locali e ASL, per il potenziamento del sistema PUA/UVT (DGR n. 44/11 del 31.10.2007).

Allo scopo di evitare la mancata copertura di bisogni per assenza di interventi o viceversa la sovrapposizione degli interventi a carico degli Enti locali e della ASL, sono necessarie, inoltre:

- la conoscenza reciproca dei servizi attivi nel campo dell'assistenza domiciliare e di quella educativa degli Enti locale e della ASL;
- la condivisione dei criteri di accesso delle persone ai servizi di assistenza domiciliare ed educativi;
- la ridefinizione dei servizi offerti dagli Enti locali e dalla ASL, di modo da renderli complementari, coprendo così tutta la gamma dei bisogni di assistenza;
- la condivisione delle criticità del sistema di offerta dei servizi e la ridefinizione concordata dell'offerta dei medesimi;
- la cura costante dell'informazione alla popolazione sulle risorse attivate e sui percorsi disponibili per gli interventi in ambito sociosanitario.

Perfezionamento dell'infrastruttura organizzativa preposta all'intercettazione dei bisogni sociosanitari

Il modello di riferimento, individuato dalla programmazione regionale per l'intercettazione dei bisogni sociosanitari complessi, la valutazione multidimensionale e l'adozione di programmi personalizzati di intervento condivisi fra ASL ed Enti locali è il sistema PUA-UVT.

Le scelte strategiche operate negli anni trascorsi hanno privilegiato la forte condivisione del sistema con gli ambiti territoriali dei *PLUS*, secondo una logica di corresponsabilità. Su tale base, lo stesso utilizzo delle risorse assegnate alla ASL per il potenziamento del sistema, è stato vincolato allo sviluppo delle progettazioni perseguite nei singoli ambiti *PLUS*. Il Sistema, ancorché non ancora a regime in tutte le sue articolazioni, assicura ad oggi le valutazioni multidimensionali per persone provenienti dal territorio o in dimissione dagli ospedali relative agli inserimenti in RSA, Case Protette, centri diurni, *Hospice*, Riabilitazione e programmi "Ritornare a Casa". Per gli inserimenti in Cure Domiciliari, il funzionamento secondo il modello PUA-UVT è assicurato dal personale delle UODI.

La conduzione a regime del Sistema PUA-UVT dell'ambito aziendale, richiede l'adozione di azioni congiunte con gli ambiti territoriali dei *PLUS* che ne facilitino la territorializzazione, con l'apertura di nuovi punti di accesso presso i servizi sociali degli Enti locali, possibilmente in ogni comune della Provincia, e per la città di Cagliari nei subambiti circoscrizionali. E' necessaria inoltre, la disponibilità di punti di accesso in ambito ospedaliero, particolarmente utili nel perseguimento delle dimissioni protette e della continuità degli interventi a domicilio o in altre strutture intermedie. Il completamento del Sistema PUA-UVT non può prescindere, ancora, dall'implementazione di un impianto informatico condiviso fra le strutture aziendali interessate e gli Enti locali. Da poco tempo opera un gruppo di lavoro misto, nel quale oltre alla ASL di Cagliari sono coinvolti il Comune di Cagliari ed i servizi competenti dell'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, per il perfezionamento di un idoneo applicativo informatico. Una volta reso disponibile, si porrà il problema del suo interfacciamento con i sistemi informatici in uso presso le istituzioni coinvolte.

Rete integrata dei servizi per gli anziani, Cure domiciliari e continuità ospedale-territorio

Riguardo all'ambito di intervento per gli anziani, è necessario proseguire nel lavoro di potenziamento e riqualificazione del servizio di Cure domiciliari, in modo da renderlo competitivo con l'offerta ospedaliera. In linea con la programmazione regionale, è necessario proseguire nella riorganizzazione dei processi di dimissione protetta, portando a regime le procedure già avviate con alcuni reparti ospedalieri (rianimazione, geriatria, oncologia ed *hospice*) ed estendendo la produzione ed implementazione di procedure operative con altri reparti. Si prevede, inoltre, di migliorare la qualità dell'assistenza a domicilio, prevedendo sia il potenziamento della attività degli specialisti (rianimatori, geriatri, palliativisti, chirurghi, *etc.*), sia la loro integrazione nei *team* multidisciplinari di intervento.

E' necessario, infine, perseguire l'integrazione con gli interventi domiciliari di carattere assistenziale posti in essere dagli Enti locali, verificando la compatibilità e coerenza delle procedure interne alle istituzioni coinvolte e/o disciplinate dai rispettivi capitolati di appalto e perseguendo l'integrazione operativa, a partire da progetti pilota riguardanti ambiti circoscritti di territorio.

Rete integrata dei servizi per l'età evolutiva

Per quanto riguarda l'età evolutiva, è necessario completare e condurre a regime la rete integrata dei servizi, nella quale oltre ai servizi della ASL (soprattutto UONPIA, CF, Salute Mentale e Dipendenze) sono coinvolti diversi altri servizi del territorio (Servizi Sociali dei Comuni, della Provincia, della scuola, del Ministero della Giustizia). A questo riguardo, l'elaborazione e condivisione di protocolli d'intesa e procedure operative, oltre a quelle di base, deve essere estesa agli ambiti di intervento più specialistici, quali quelli dell'abuso/maltrattamento e quelli dell'affido/adozione. Anche in questo caso è prevedibile

l'attivazione di progetti pilota in ambiti di territorio circoscritto nei quali sperimentare percorsi di coordinamento ordinario delle attività e degli interventi in capo alla ASL ed agli Enti Locali.

Progetti di intervento

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 2014-2016, 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	Descrizione obiettivi programmatici		
			2014	2015	2016
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 interventi domiciliari di carattere assistenziale posti in essere dagli enti locali	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 30.04.2010, n. 541 04.05.2011 n. 1528 16.11.2011 n. 1139 30.07.2012 n. 718 29.04.2013 n. 2012 15.11.2013	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	Attivazione interventi domiciliari integrati fra ASL e Comuni in almeno un ambito territoriale pilota	Estensione interventi domiciliari condivisi fra ASL e Comuni a più realtà territoriali

Problematiche che la linea di azione intende affrontare	Promozione degli interventi sanitari e sociosanitari a domicilio
Strategia dell'azione proposta	Potenziamento delle cure domiciliari integrate e integrazione degli interventi sanitari della ASL con quelli socioassistenziali dei comuni
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

Tempi previsti per l'implementazione dell'azione			
(articolazione dell'azione in fasi)	2014	2015	2016
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	Conduzione a regime delle procedure operative per le dimissioni protette e la continuità ospedale-territorio dall'oncologia medica del PO Businco e dall'Hospice e elaborazione e redazione delle stesse in altri reparti preposti al ricovero degli anziani	Conduzione a regime delle procedure operative per le dimissioni protette e la continuità ospedale-territorio relative agli altri reparti ospedalieri preposti al ricovero degli anziani
Attività 2 potenziamento dell'attività specialistica a domicilio	Acquisizione di medici specialisti da destinare al servizio di Cure Domiciliari, necessari per	Perseguimento del target indicato dalla Regione per il 2015 (non ancora definito).	Perseguimento del target indicato dalla Regione per il

	il perseguimento del target fissato dalla Regione (7.602 accessi all'anno)		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

N. progetto 2	Descrizione del progetto	Relazione con il PSR e altri atti e documenti di programmaz.	Descrizione obiettivi programmatici		
			2014	2015	2016
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	Vedasi: l.r. 23 del 23.12.2005; DGR n. 40/32 del 6.10.2011; Delib. ASL n.: 1514 10.11.11 1070 07.06.13 1957 13.11.13 1958 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	Applicazione e monitoraggio delle procedure operative di base; sottoscrizione intese relative agli ambiti specialistici (maltrattamento/abuso e/o affidamento)	Applicazione monitoraggio delle procedure relative agli ambiti specialistici

	Ministero della Giustizia		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 la 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

Tempi previsti per l'implementazione dell'azione			
(articolazione dell'azione in fasi)	2014	2015	2016
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	Applicazione delle procedure e loro monitoraggio in almeno un ambito territoriale pilota	Applicazione delle procedure e loro monitoraggio in più ambiti territoriali
Attività 2 Procedure operative che riguardano ambiti specialistici di intervento quali il maltrattamento, l'abuso e/o l'affidamento	Elaborazione delle procedure	Sottoscrizione atto di intesa interistituzionale	Applicazione delle procedure e loro monitoraggio in almeno un ambito pilota

Assistenza ospedaliera

Con D.G.R n. 2/21 del 18.01.2012, la Regione Sardegna ha rimodulato i tetti di spesa assegnati a ciascuna casa di cura dalla DGR n. 35/23 del 28.10.2010, di conseguenza nel febbraio 2012 si è provveduto alla revisione dei contratti 2011 – 2012 di tutte le case di cura.

Ricoveri ospedalieri delle case di cura

Presso le Case di Cura accreditate sono stati effettuati 29.323 (anno 2011) – 29.184 (anno 2012) ricoveri a carico del SSN, nelle discipline accreditate e contrattate, per un importo fatturato complessivo di € 68.858.143,84 (anno 2011) - € 69.820.552,46 (anno 2012).

Dall'analisi dell'attività di ricovero ospedaliero per livello di assistenza (acuti e post-acuti) e per regime di ricovero (ordinario e diurno) si evidenzia una riduzione dei ricoveri totali, in linea con il *trend* nazionale degli ultimi anni; la riduzione si rileva principalmente a carico dei ricoveri ordinari per acuti.

Rispetto agli anni precedenti si assiste ad una progressiva riduzione dei ricoveri in riabilitazione estensiva/lungodegenza a favore della riabilitazione intensiva.

Nel 2012 l'attività di ricovero assorbe l'89% del fatturato totale delle case di cura, di cui il 20% è relativo ai ricoveri diurni (per questi ultimi nel 7% dei casi si tratta di DRG di tipo medico e nel 93% di DRG di tipo chirurgico). L'attività di ricovero in postacuti è erogata esclusivamente in regime di ricovero ordinario.

L'elevato costo medio dei DRG chirurgici è influenzato soprattutto dall'attività di ortopedia e tra questi assumono rilevanza numerica particolare gli interventi di artrodesi vertebrale e protesi degli arti inferiori; mentre tra i DRG medici il peso maggiore è attribuibile all'attività di riabilitazione neurologica.

Tra i DRG medici si rileva un incremento notevole dei DH medici per chemioterapia, mentre fra gli interventi chirurgici è particolarmente rilevante l'attività di ortopedia e gli interventi sulla bocca.

	2011						2012					
RICOVERI	Regime ordinario	Regime ordinario	Totale Ricoveri	Fatturato regime ordinario	Fatturato regime diurno	Fatturato totale	Regime ordinario	Regime ordinario	Totale Ricoveri	Fatturato regime ordinario	Fatturato regime diurno	Fatturato totale
acuti	15.979	11.251	27.230	45.282.899,99	15.108.512,45	60.391.412,44	16.070	10.771	26.841	46.372.950,94	14.055.063,27	60.428.014,21
post acuti	2.093		2.093	8.466.731,40		8.466.731,40	2.343		2.343	9.392.538,25		9.392.538,25
Totale	18.072	11.251	29.323	53.749.631,39	15.108.512,45	68.858.143,84	18.413	10.771	29.184	55.765.489,19	14.055.063,27	69.820.552,46

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).

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 DGR 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;
- 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.

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 sia 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 e ottimizzare la risposta alle richieste di intervento interservizi (disturbi alimentari, disturbi legati alla violenza di genere-trauma e maltrattamento) all'interno dell'Azienda ASL.

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

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.

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: il 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.

Dipartimento del Farmaco

Progetto *Hub* unico Farmaceutico

Il progetto prevede la revisione e riorganizzazione della rete delle farmacie ospedaliere sulla base di una reingegnerizzazione dei principali processi della farmacia, armonizzandoli in funzione del contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, salvaguardando le specificità delle singole realtà operative dei Presidi Ospedalieri. Un'evoluzione sotto il profilo organizzativo nonché sotto il profilo di compiti e responsabilità che deve condurre da una gestione della logistica ad una farmacia clinica e *Pharmaceutical care,* 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.

Il piano di progetto è stato predisposto dal *project manager* con il coinvolgimento dei Responsabili di struttura semplice delle farmacie Ospedaliere, con la finalità di mappare lo stato del contesto attuale ed esplorare le differenti *vision* per raggiungere un equilibrio finale del piano basato sulla condivisione, sulla compartecipazione e disponibilità alla sua eventuale attuazione.

Nello schema seguente si presenta la *ratio* del piano di progetto e si specificano gli strumenti di supporto per la sua realizzazione:

1	OBIETTIVI DEL PROGETTO *Che cosa deve essere fatto*	*Work Breakdown Structure*
2	ATTIVITA' DA SVOLGERE *Come deve essere fatto*	*Diagrammi di flusso dei processi principali*
3	COMPETENZE NECESSARIE *Quali conoscenze e capacità*	
4	SCHEDULING DEL PROGETTO *Quando si deve fare*	*Diagramma di Gantt, Reticolo con percorsi critici*

SINTESI DEL CONTESTO E VALUTAZIONE CRITICITA'

In considerazione della finalità generale del progetto, che prevede la riorganizzazione della rete delle farmacie ospedaliere in funzione di un contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, si evidenzia dall'analisi complessiva della spesa dei vari ospedali dell'azienda un rilevante scostamento dal valore soglia del 2,4%. Un incremento riconducibile solo in parte all'innovazione tecnologica, sia nel settore farmaceutico che in quello dei dispositivi medici, ma verosimilmente annoverabile ad una mancata programmazione del governo della spesa.

La valutazione complessiva delle risorse umane impiegate nella gestione dei magazzini farmaceutici è di seguito riassunta:

OSPEDALI	DIRIGENTI FARMACISTI	AREA SANITARIA	AREA AMM.VA	ADDETTI MAGAZZINO
S.S.TRINITA'	6+1*	1	3	4
BUSINCO	7		4	4
MARINO	2	1	4	4
BINAGHI	3+1*	4	3	2
S.MARCELLINO	1+1*		2	2
S.GIUSEPPE	1		1	2
TOTALE	22	6	17	18

*n.b.: P.O. SS TRINITA' N.1 farmacista lavora nella struttura semplice di dose unitaria

P.O. BINAGHI N.1 farmacista ha un *part-time* verticale al 50%

P.O. S. MARCELLINO N.1 farmacista lavora al 50% al Serv.Farmaceutico Territoriale Cagliari

Nella tabella seguente si riporta il riepilogo dei flussi informativi:

FLUSSI CARICO E SCARICO NEGLI OSPEDALI								
OSPEDALI	FARMACI		D.M.IN GIACENZA		D.M. IN TRANSITO		FILE F	
	CARICO	SCARICO	CARICO	SCARICO	CARICO	SCARICO	CARICO	SCARICO
S.S.TRINITA'	30-set	30-set	30-set	30-mar	31-lug	31-lug	31-ott	31-ott
BUSINCO	13-nov	20-gen	31-ago	20-gen	31-ago	31-ago		30-set
MARINO	30-set	15-mar	30-set	15-mar	30-set	30-set	15-nov	15-nov
BINAGHI	15-nov	15-nov	15-nov	15-nov	15-nov	15-nov	15-nov	15-nov
S.MARCELLINO	15-nov	15-nov	15-nov	15-nov	15-nov	15-nov	15-nov	15-nov
S.GIUSEPPE	11-nov	11-nov	11-nov	11-nov	11-nov	11-nov	11-nov	11-nov

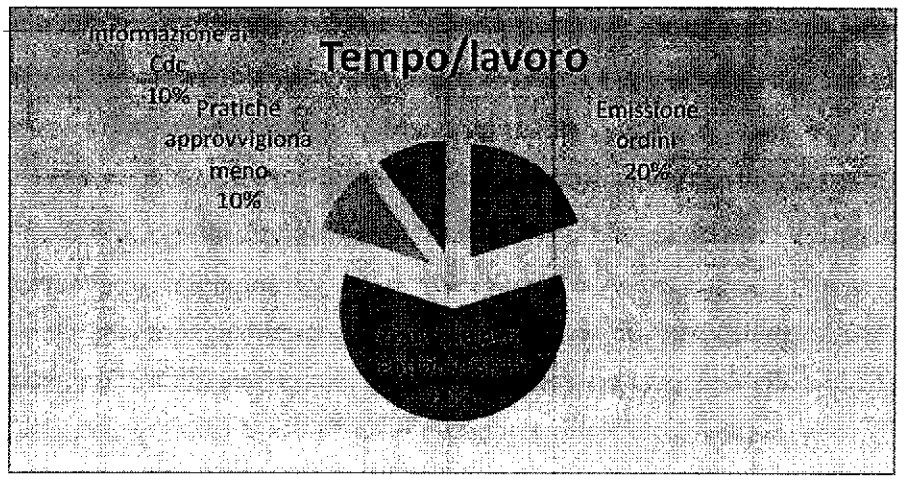
Dall'analisi emerge una rilevante criticità consistente in un flusso dei dati relativi alla movimentazione dei carichi e scarichi ai Centri di Costo disallineato tra i vari ospedali, e disallineato all'interno di ogni ospedale sia per i farmaci che per i dispositivi medici in transito e in giacenza. Questa criticità fondamentale impedisce un'appropriata gestione delle logistica, nonché qualunque forma di monitoraggio della spesa dei Centri di Costo e non consente una programmazione puntuale degli approvvigionamenti sulla base dei dati di consumo.

Nella tabella seguente si riporta il dato delle scorte al 31/12/2009 relative ai vari Ospedali, il dato riguardante la spesa per l'ordinato dell'anno 2009 e la percentuale dell'importo della giacenza rispetto all'ordinato.

OSPEDALI	SCORTE FARMACI-EMO.	SCORTE D. M.	SCORTE al 31-12-	ORDINATO Anno	% Giacenza *vs* Ordinato
S.S.TRINITA'	€ 1.439.719	€ 146.057	€ 1.585.776	€ 19.407.394	**8,170989**
BUSINCO	€ 2.526.595	€ 106.294	€ 2.632.889	€ 42.904.585	**6,136615**
MARINO	€ 1.246.373	€ 874.069	€ 2.120.442	€ 6.093.514	**34,79834**
BINAGHI	€ 2.145.474	€ 132.167	€ 2.277.641	€ 21.905.435	**10,39761**
S.MARCELLINO	€ 210.863	€ 107.669	€ 318.532	€ 2.025.415	**15,72675**
S.GIUSEPPE	€ 348.083	€ 278.054	€ 626.137	€ 2.508.033	**24,96526**
TOTALE	**€ 7.917.107**	**€ 1.644.310**	**€ 9.561.417**	**€ 94.844.376**	**10,08116**

Dall'analisi dei dati riguardanti le scorte al 31.12 emerge una considerevole varietà della quantità dei beni sanitari stoccati nei vari presidi, che evidenzia una differente strategia di gestione del magazzino farmaceutico. Da una valutazione dettagliata, si evince che il P.O. Businco ed il P.O. SS. Trinità, presentano un dato di giacenza che è rispettivamente il 6% e l'8% rispetto all'importo dell'ordinato medio/anno, invece il P.O. Marino ha un dato di giacenza pari al 41% dell'ordinato. Questi dati confermano una disomogeneità gestionale, in quanto verosimilmente all'Ospedale Businco e SS.Trinità il dato di giacenza è molto contenuto e ciò fa supporre scorte consistenti nei reparti, invece all'Ospedale Marino il dato di giacenza è eccessivamente elevato.

In seguito ai *brainstorming* condotti con i Responsabili delle strutture semplici ospedaliere, è emerso che l'attività prevalente del farmacista è rappresentata dall'emissione degli ordini a cui si dedica il 20% del tempo/lavoro, dal controllo dei beni sanitari in entrata e uscita pari a circa il 60% del tempo/lavoro a disposizione. Il restante 10% del carico di lavoro è dedicato alle pratiche di approvvigionamento e solo il 10% del tempo a disposizione è dedicato all'informazione ai reparti. Per cui si evidenzia che i processi gestionali inerenti la logistica assorbono quasi esclusivamente l'attività del farmacista, che viene prevalentemente impiegato in attività non strategiche e che potrebbero essere delegate a figure non dirigenziali.



STRATEGIA E OBIETTIVI DEL PROGETTO

Da una valutazione complessiva dei flussi, valutazione concernente le risorse umane impiegate, valutazione dell'attività del farmacista e, in particolare, dall'analisi dei dati di spesa, emerge una situazione globale di elevata criticità dell'area di farmacia ospedaliera; per cui si ritiene necessario attivare una reingegnerizzazione dei principali processi di attività in una prospettiva di rete delle farmacie ospedaliere, per garantire una razionalizzazione dei processi ed un conseguente contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera. La direzione dell'area farmaceutica ospedaliera gestirà la reingegnerizzazione dei principali processi di attività e la pianificazione temporale delle medesime.

La strategia da adottare prevede l'ottimizzazione dei processi di informatizzazione dei flussi di carico e scarico della logistica, al fine di garantire un'alimentazione aggiornata consentendo un monitoraggio costante della spesa per Centro di Costo. Una centralizzazione delle attività comuni, quali le attività logistiche, gestione degli ordini ed allestimento dei farmaci antiblastici, in quanto ciò eviterebbe la replicazione di medesime attività nei Presidi, quali gestione ordini, ricevimento merce, distribuzione ai Centri di Costo. Si ritiene necessario, inoltre, una razionalizzazione del processo di approvvigionamento con l'impiego di strumenti di gestione e monitoraggio del processo. Si individueranno gruppi di lavoro che predisporranno linee guida prescrittive per categoria terapeutica in base ad una valutazione costo-beneficio che - condivise con i clinici - diventeranno strumento per il controllo e contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera. Si ritiene, peraltro, che questo strumento possa creare un comportamento prescrittivo virtuoso da parte del clinico ospedaliero, e ciò possa anche impattare positivamente sulla spesa farmaceutica territoriale. Infatti, le molecole che impattano principalmente sulla spesa farmaceutica territoriale sono in genere prescritte dallo specialista ospedaliero.

Richiesta di approvvigionamento Centri di Costo

Il flusso del processo di scarico farmaci e dispositivi medici è schematizzato nel diagramma di flusso di seguito riportato. Ha inizio con la predisposizione della richiesta da parte del centro di costo e l'invio in farmacia, la preparazione dei farmaci e dei dispositivi medici da parte degli operatori di magazzino e la

verifica ed eventuale variazione quali-quantitativa dei prodotti richiesti da parte del farmacista. A questo punto si ha la consegna ai centri di costo ed il trasporto ai relativi centri richiedenti. Gli operatori amministrativi della farmacia eseguono lo scarico informatico con modalità manuale per articolo e la successiva archiviazione. Dall'analisi delle varie attività emerge che l'attività critica del processo è rappresentata dallo scarico informatico con modalità manuale da parte degli operatori amministrativi della farmacia. Poiché ciascuna richiesta contiene in media circa 100 prodotti richiesti tra farmaci e dispositivi medici, avvenendo l'operazione di scarico per singolo prodotto in modalità manuale, è evidente che si crea un collo di bottiglia in farmacia di difficile gestione, a cui si può porre rimedio con 2 ipotesi:

1) proporre un consistente numero di operatori amministrativi in farmacia;

2) informatizzare la richiesta di approvvigionamento proveniente dai Centri di Costo.

Si ritiene che questa 2° ipotesi sia preferibile anche in considerazione dell'applicativo di cui dispone il sistema gestionale Areas, la cui architettura prevede la richiesta informatizzata dal Centro di Costo ed il superamento dello scarico informatico con modalità manuale da parte degli operatori amministrativi della farmacia. Inoltre si ritiene che il contesto sia maturo per un cambio di mentalità di gestione della logistica, che presenta, quale primo *step,* necessariamente l'informatizzazione completa dei flussi di carico e scarico.

Nella prima *flow-chart* si riporta l'attuale processo gestionale di approvvigionamento farmaci e dispositivi medici da parte dei Centri di Costo, per via cartacea, mentre nella seconda *flow chart* si riporta come sarà modificato il processo gestionale di approvvigionamento dai centri di costo con esclusivo utilizzo della procedura informatizzata.

Diagramma di flusso: come è il processo di Approvvigionamento ai Centri di Costo

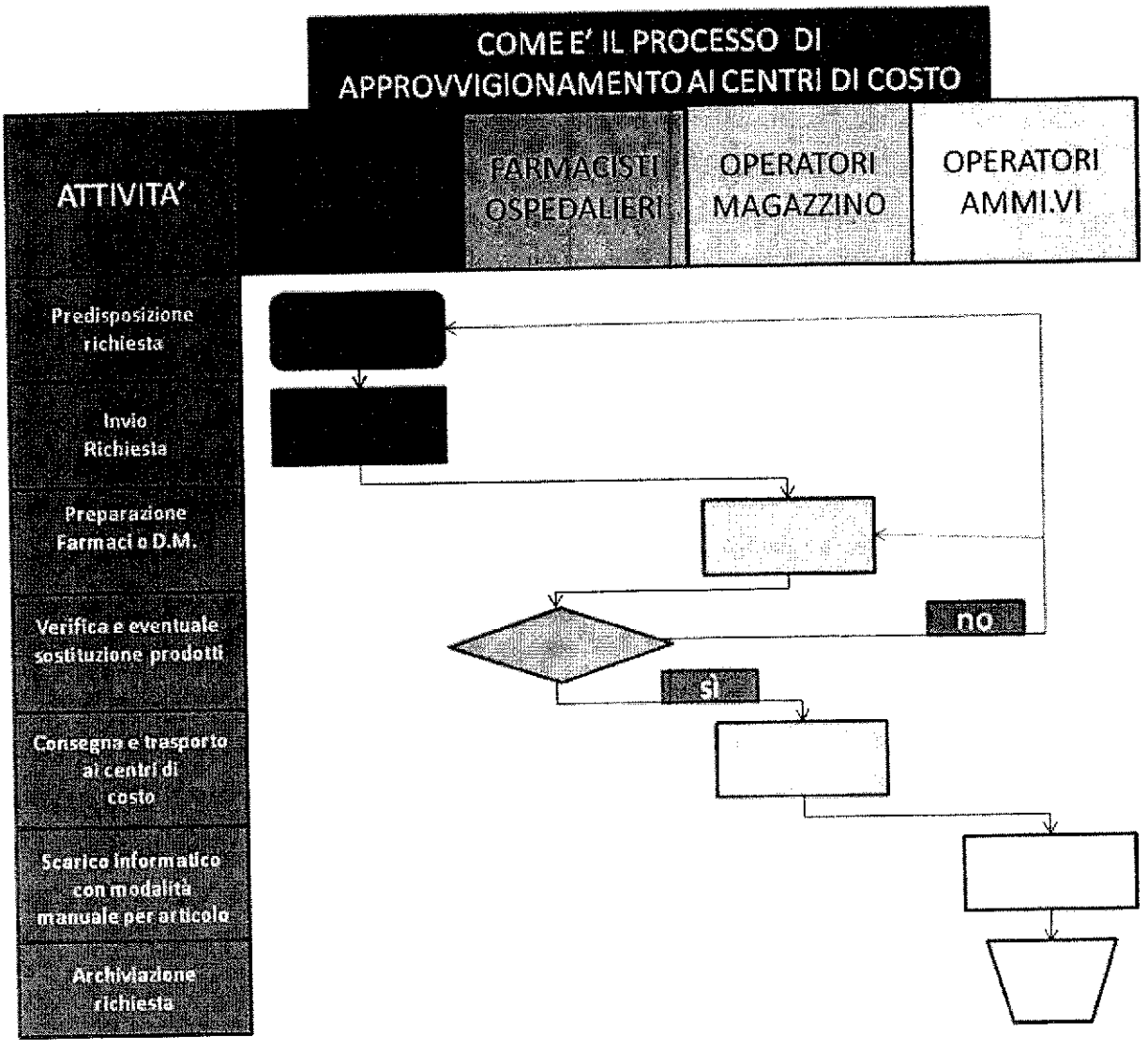
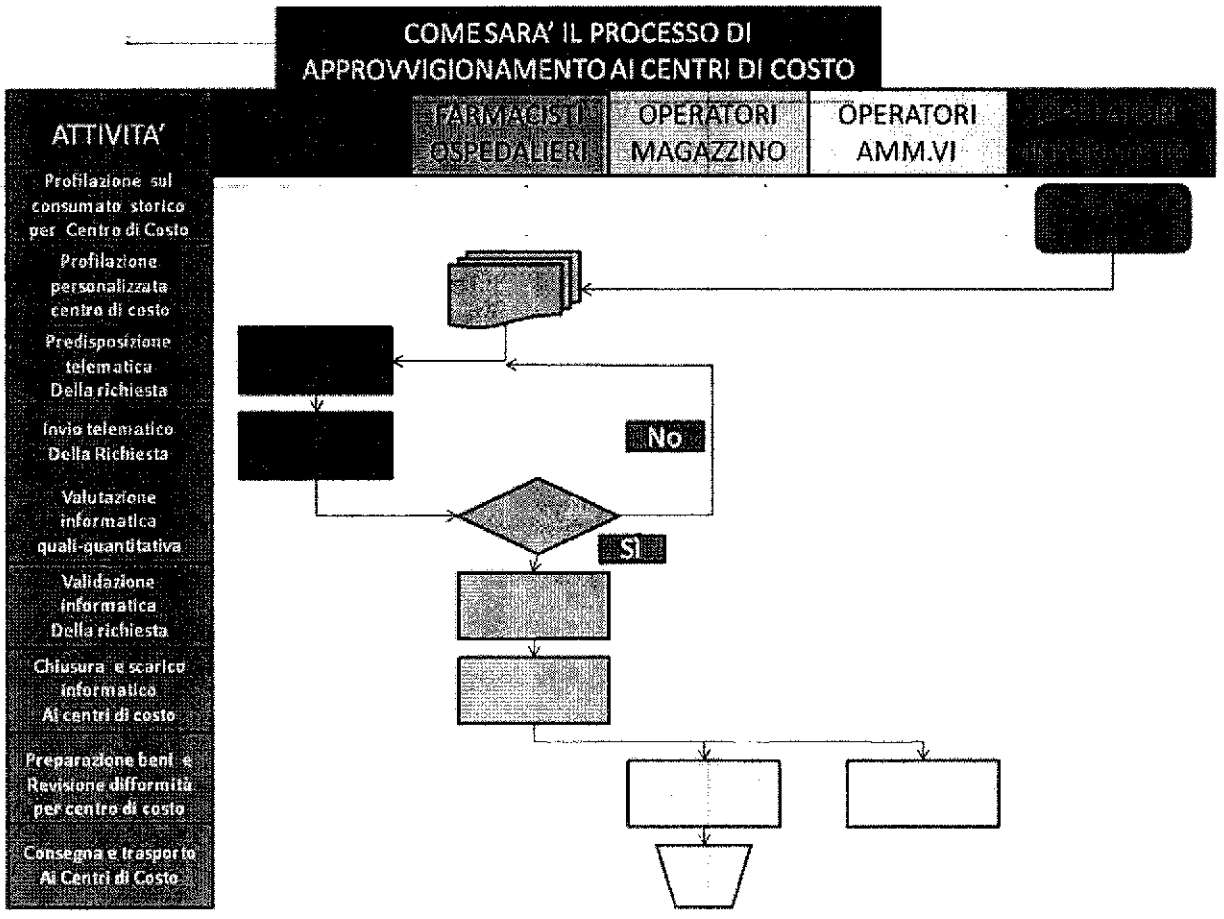


Diagramma di flusso: come sarà il processo di approvvigionamento ai Centri di Costo



Nella *flow-chart* si descrive il nuovo processo gestionale delle richieste di approvvigionamento dei farmaci e dei dispositivi medici ai centri di costo, che verrà gestito esclusivamente per via informatica. Avrà inizio con la predisposizione, da parte degli operatori informatici del profilo grezzo, sulla base del consumato storico per centro di costo, a cui farà seguito una profilazione personalizzata per centro di costo da parte del farmacista. La fase successiva prevederà la predisposizione della richiesta informatizzata del centro di costo e successivo invio telematico alla farmacia. A tal punto il farmacista esegue una valutazione informatica quali-quantitativa dei beni sanitari richiesti e stampa la richiesta che viene consegnata agli addetti del magazzino che provvederanno alla preparazione dei farmaci e dei dispositivi medici. Qualora dovesse emergere in fase di preparazione una difformità, verrà segnalata ed apportate le opportune variazioni informatiche. A questo punto l'operatore amministrativo chiuderà informaticamente la richiesta e automaticamente avverrà lo scarico informatico ai centri di costo, si stamperà la richiesta definitiva e si consegnerà ai Centri di Costo la bolla relativa ai farmaci e dispositivi medici.

Il risultato atteso dall'informatizzazione della richiesta di scarico ai Centri di Costo è un aggiornamento costante delle giacenze del magazzino ed un monitoraggio della spesa dei Centri di Costo nonché la

possibilità di prevedere una programmazione annuale degli approvvigionamenti sulla base dei dati di consumo.

Definizione di modelli di *reporting* come strumento di controllo

L'informatizzazione completa ed aggiornata dei flussi di carico e scarico consentirà un livello di alimentazione aggiornata del sistema, per cui si provvederà ad attivare un sistema di *reporting* con cadenza trimestrale e/o mensile, quando opportuno, sui dati di consumo dei Centri di Costo. La definizione di modelli di *reporting* come strumento di controllo si ritiene essenziale per comprendere l'orientamento dei comportamenti prescrittivi per categoria terapeutica, al fine di orientare il *team* clinico-farmacista verso percorsi condivisi, sulla base di linee-guida prescrittive del farmaco, in funzione di una valutazione costo-efficacia e costo-beneficio e di un monitoraggio delle prescrizioni. Pertanto, poiché è prevista in tempi brevi nel sistema Areas l'implementazione del File F con specifiche, quali farmaci dispensati secondo la l. n. 648/96, oncologici ad alto costo *etc*, si creeranno le condizioni per un'interpretazione del dato gestionale amministrativo in funzione clinica, ossia un *reporting* integrato tra dati clinici e dati di consumo: ciò consentirà una maggiore collaborazione tra farmacista e clinico per la stesura di *report* per il *budget* di dipartimento e di reparto.

Il risultato atteso dalla definizione di questi modelli di *reporting* è il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e la stesura di *report* per la previsione di spesa di farmaci e dispositivi medici per Centro di Costo.

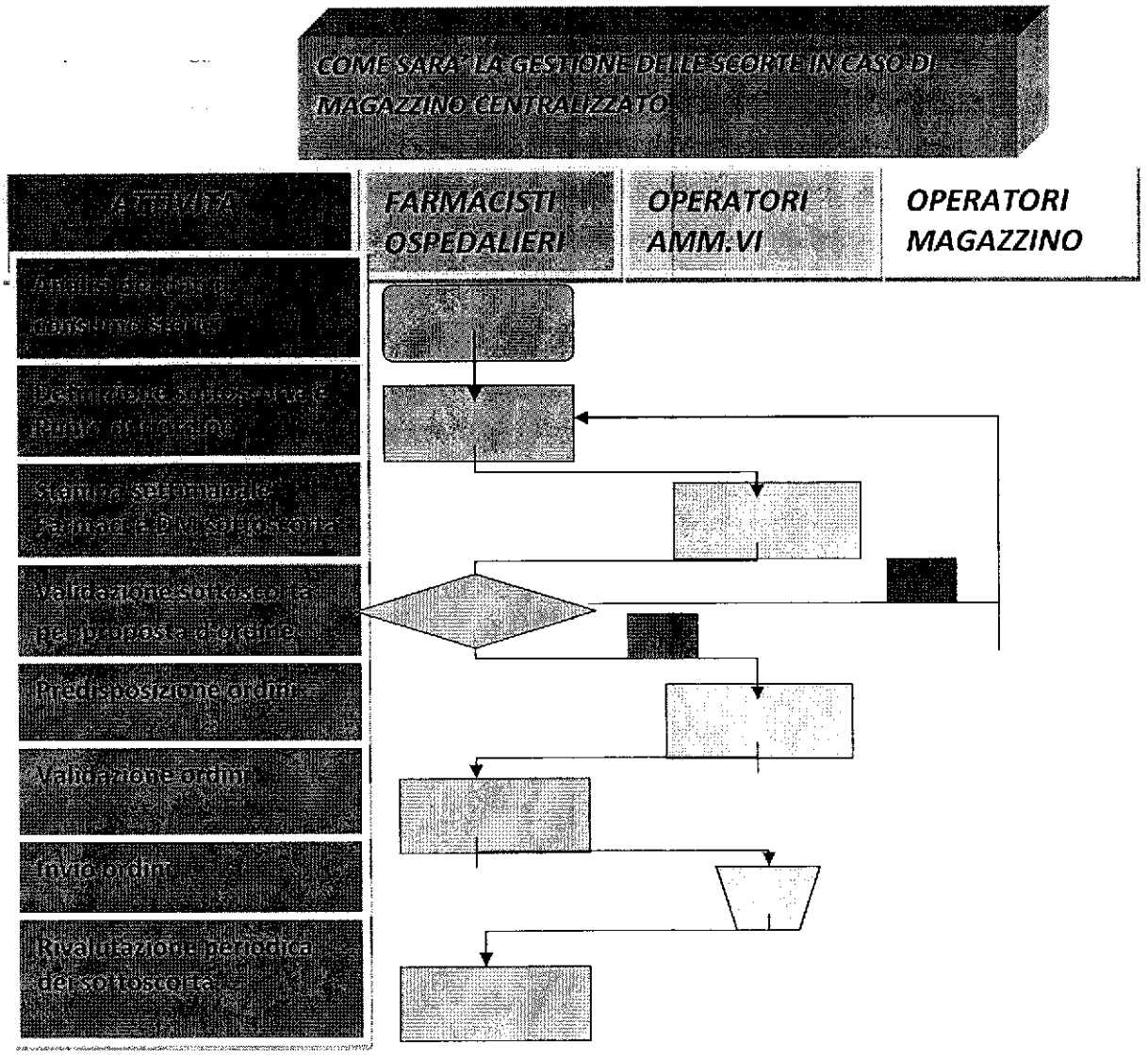
Attivazione del magazzino di reparto con scarico del farmaco a paziente

Questo sottobiettivo consentirà:

- monitoraggio costante delle scorte di reparto;
- miglior *turnover* e utilizzo dei prodotti farmaceutici per reparto;
- tracciabilità del farmaco per paziente;
- possibilità di quantificare la spesa farmaceutica per DRG.

Nella *flow-chart* seguente si propone una reingegnerizzazione del processo gestionale delle scorte di magazzino e degli ordini di approvvigionamento di farmaci e dispositivi medici.

Diagramma di flusso: come sarà la gestione delle scorte in caso di magazzino centralizzato



La riprogettazione della fase processuale prevede il passaggio da una gestione empirica delle giacenze di magazzino ad una gestione informatizzata. Pertanto, diviene essenziale implementare il sistema informatico gestionale con l'indicazione del sottoscorta e del punto di riordino per i farmaci e per i dispositivi medici in giacenza in farmacia, al fine di creare un circuito virtuoso che elimini una gestione empirica, che ha condotto in passato a frequenti rotture di *stock* con evidenti conseguenze. La riprogettazione prevede, in primo luogo, l'analisi dei dati storici del consumato, la definizione del sottoscorta e del punto di riordino da parte del farmacista ed in fase successiva l'esecuzione della stampa settimanale del sottoscorta da parte degli operatori amministrativi. A questo punto i farmacisti validano il sottoscorta per l'esecuzione dell'ordine, gli operatori amministrativi predispongono gli ordini di fornitura ed

il farmacista valida gli ordini. Infine gli operatori amministrativi provvedono all'invio degli ordini agli Operatori Economici. Il farmacista poi provvederà alla rivalutazione periodica del sottoscorta e del punto di riordino dei farmaci e dei dispositivi medici in giacenza.

Magazzino centralizzato

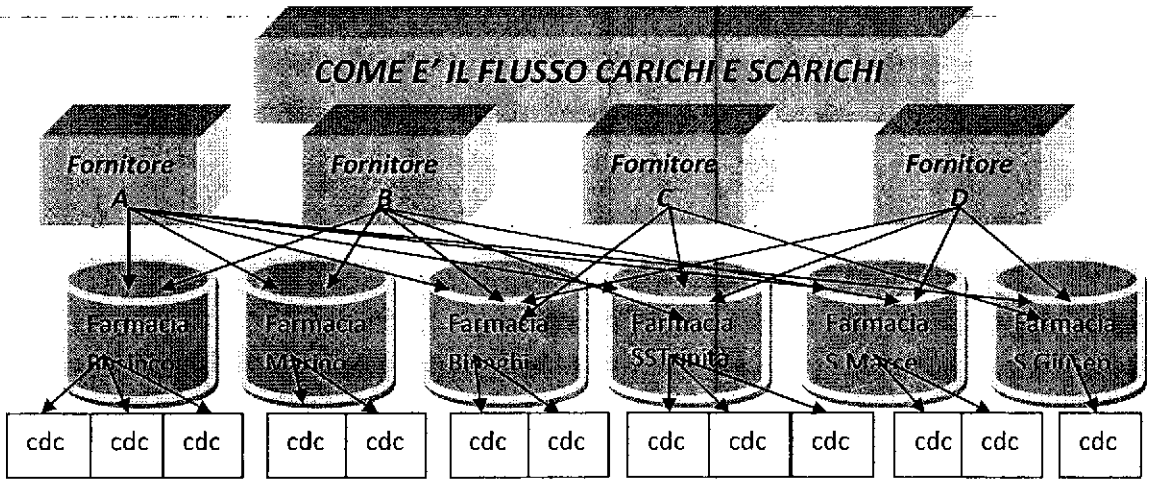
L'attuale organizzazione logistica dell'ASL di Cagliari presenta punti di forza ma soprattutto criticità. La presenza di 6 magazzini farmaceutici dislocati in 6 presidi ospedalieri garantisce alcuni vantaggi se rapportati ad una eventuale gestione centralizzata dei magazzini:

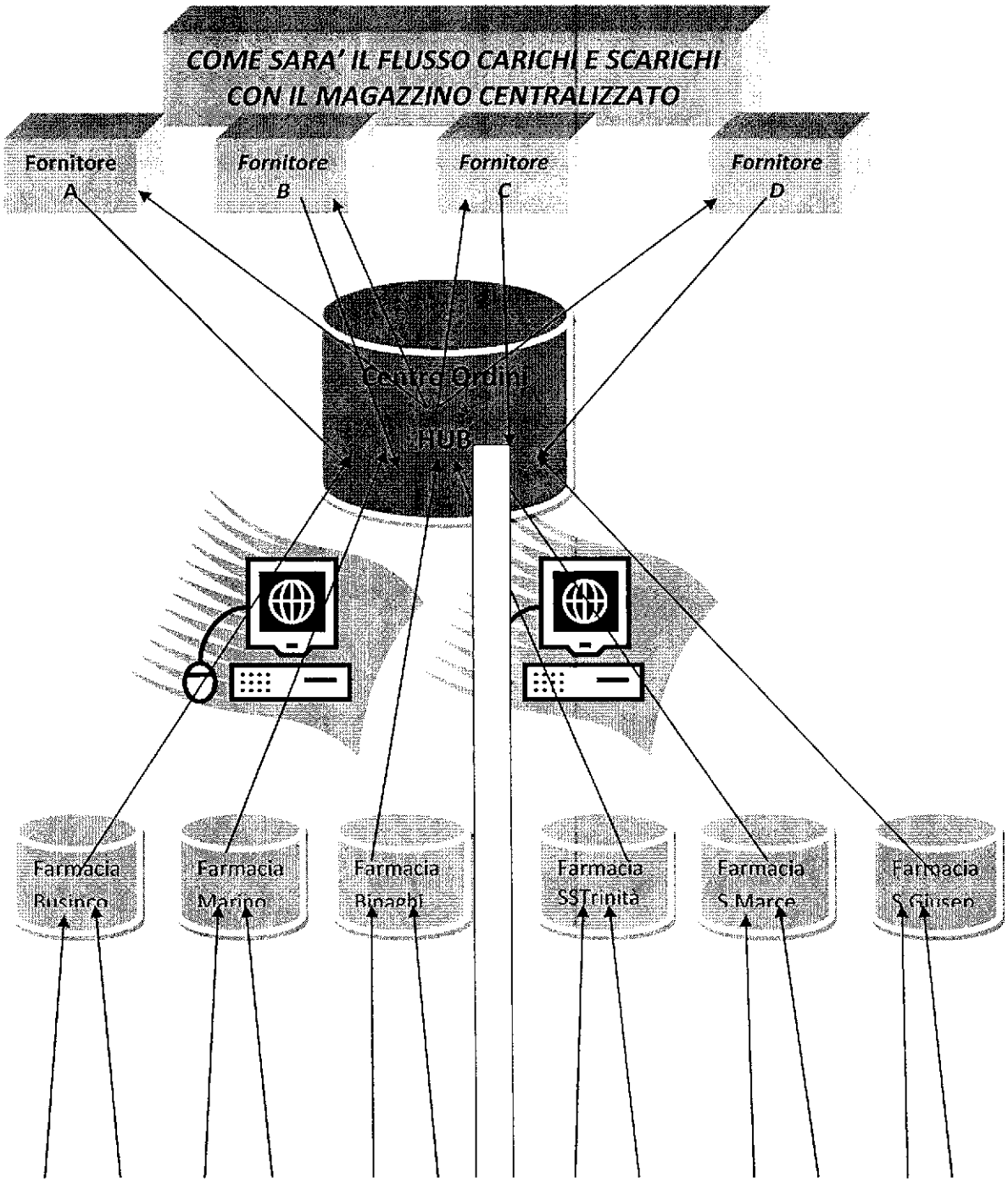
a) riduzione dei tempi di approvvigionamento dei beni sanitari da parte dei centri di costo
b) ottimizzazione della gestione delle urgenze
c) abbattimento delle spese di trasporto dei beni dalla farmacia ai Centri richiedenti

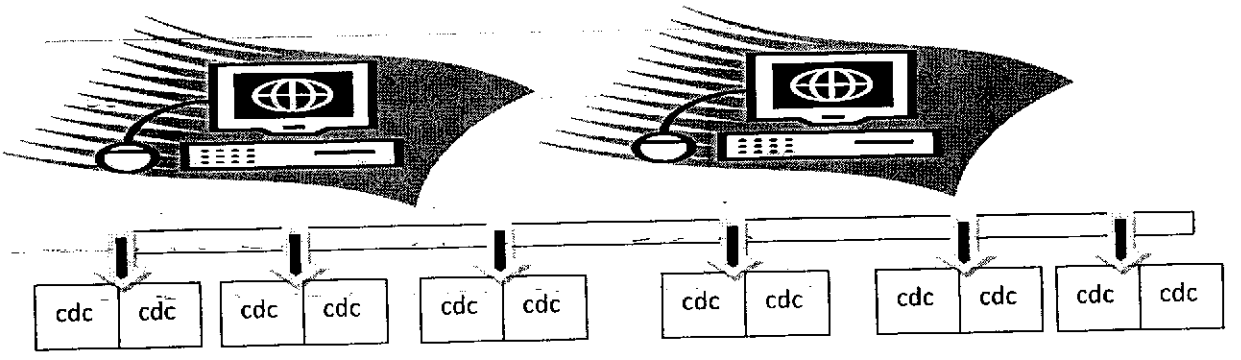
I punti di debolezza invece derivanti dalla presenza dei 6 magazzini farmaceutici sono i seguenti:

a) replicazione di medesime attività nei 6 Presidi, quali gestione ordini, ricevimento merce, distribuzione ai Centri di Costo
b) gestione poco efficiente delle scorte in quanto ciascuna farmacia definisce il proprio fabbisogno indipendentemente dalle altre, per cui sommando i dati di giacenza dei 6 magazzini si evince un dato sproporzionato rispetto alle reali esigenze dell'azienda
c) gestione poco efficace delle scorte in quanto ciascuna farmacia è completamente indipendente dalle altre, per cui in caso di rottura di *stock* di un farmaco in un magazzino farmaceutico la farmacia provvede all'acquisto anche se il medesimo farmaco è presente in quantità sufficiente. Infatti si attiva lo scambio da un magazzino all'altro solo in caso di urgenza
d) esigenza di un numero elevato di operatori impiegati derivante dalla localizzazione delle diverse scorte nei 6 magazzini e dalla replicazione di medesime attività
e) gestione difficoltosa degli inventari con moltiplicazione di attività e tempistiche differenti per ciascun magazzino farmaceutico
f) locali inadeguati con superfici e volumi non appropriati, barriere architettoniche che rendono inadeguato lo stoccaggio e la gestione della merce
g) elevato rischio di scorte consistenti nei reparti.

Di seguito si rappresenta il flusso delle attività relative all'ordinativo di fornitura, carico dei beni sanitari e scarico ai centri di costo nei 6 magazzini farmaceutici attuali, ed in prospettiva, nel magazzino centralizzato in cui vi sarà un unico ufficio ordini centralizzato.


COME E' IL FLUSSO CARICHI E SCARICHI
Fornitore A
Fornitore B
Fornitore C
Fornitore D
Farmacia Rusinco
Farmacia Marino
Farmacia Binaghi
Farmacia SSTrinità
Farmacia S.Marco
Farmacia S.Giuseppe
cdc


COME SARA' IL FLUSSO CARICHI E SCARICHI
CON IL MAGAZZINO CENTRALIZZATO
Fornitore A
Fornitore B
Fornitore C
Fornitore D
Centro Ordini
HUB
Farmacia Rusinco
Farmacia Marino
Farmacia Binaghi
Farmacia SSTrinità
Farmacia S.Marco
Farmacia S.Giuseppe



Il processo che comprende il flusso di carico e scarico dei beni sanitari con il magazzino centralizzato è stato scomposto in 2 fasi:

1. gestione ordini e flusso carico beni sanitari
2. gestione richieste di approvvigionamento dei CdC e flusso di scarico beni sanitari

Allo stato attuale, la 1ª fase relativa alla gestione di ordini prevede l'emissione di ordini di fornitura da parte di ciascuna farmacia ospedaliera per lo stesso fornitore per lo stesso farmaco nella stessa giornata, con replicazione di attività inutile. Inoltre la gestione delle scorte non avviene in base ad una gestione informatizzata con sottoscorta e punto di riordino ma con verifica meramente empirica. Ciò naturalmente comporta emissione di ordini per lo stesso fornitore a distanza di pochi giorni con evidenti ricadute gestionali dell'ordine e delle fasi successive.

Con il magazzino centralizzato, sulla base dei dati del consumato storico, si indicherà il sottoscorta ed il punto di riordino e sulla base del dato informatico si provvederà all'emissione dell'ordine per fornitore, assemblando beni per lo stesso fornitore con riduzione del numero di ordini; per cui, con la centralizzazione in un unico magazzino si emetterà un ordine e non 6 ordini per lo stesso fornitore, inoltre l'ordine verrà predisposto sulla base di un dato elaborato informaticamente e non in base ad una rilevazione empirica.

Nel magazzino centralizzato vi sarà un'area dedicata all'accettazione dei farmaci e dei dispositivi medici in giacenza, a cui seguirà un controllo quali-quantitativo ed il caricamento del documento di trasporto beni nel sistema informatico, con conseguente stampa del posizionamento nel magazzino centralizzato e stoccaggio farmaci e dispostivi medici in giacenza. Per quanto attiene i dispositivi medici in transito, una volta eseguito il controllo quali-quantitativo ed il caricamento del documento sul sistema informatico si provvederà alla consegna del materiale.

La 2ª fase riguarderà la gestione delle richieste di approvvigionamento dai Centri di Costo. Il flusso delle attività è stato illustrato nel diagramma di flusso e prevede che il Farmacista Ospedaliero definisca il profilo di ciascun centro di costo sul consumato storico. A questo punto il centro di costo prepara la richiesta informatizzata e la invia telematicamente alla farmacia ospedaliera. Il farmacista dell'Ospedale di appartenenza esegue una verifica quali-quantitativa dei beni sanitari contenuti nella richiesta, valida la richiesta e la invia telematicamente al magazzino centralizzato. Gli addetti del magazzino centralizzato

preparano i farmaci e i dispositivi medici, stampano la bolla di consegna e l'allegano al materiale in consegna destinato a ciascun centro di costo.

Riduzione ordini di fornitura con gestione centralizzata

Da un'analisi del contesto è emerso che, interrogando il sistema Areas per il Fornitore A per il periodo che intercorre dal 02/11/2012 al 15/11/2012 sono stati eseguiti 8 ordini dagli ospedali Businco, SS Trinità, S.Marcellino, S.Giuseppe e dal servizio farmaceutico di Quartu. E' stata condotta un'ulteriore analisi per un altro Fornitore B, sempre nel periodo intercorso tra il 02/11/2012 e il 15/11/2012 ed è emerso dal sistema Areas, che sono stati eseguiti complessivamente numero 14 ordini da parte degli ospedali Businco, Binaghi, S.Marcellino, S.Giuseppe e dai servizi farmaceutici di Quartu e Cagliari. Come si deduce da questa breve analisi, condotta su 2 Fornitori e per un intervallo assai breve, si rileva un'attività di esecuzione di ordini di fornitura ripetuta nei vari presidi ospedalieri per lo stesso fornitore ad intervalli di pochissimi giorni l'uno dall'altro. Pertanto emerge l'esigenza di attivare una gestione centralizzata degli ordini di fornitura.

Il risultato atteso è una riduzione consistente degli ordini di fornitura e una conseguente riduzione del numero delle fatture, ciò impatterà positivamente anche sui tempi di liquidazione delle stesse. Inoltre si eviterà una replicazione di attività nelle varie farmacie ospedaliere da parte dei farmacisti, consentendo una riduzione del tempo/lavoro dedicato all'attività di emissione ordini e conseguentemente un incremento dell'attività di appropriatezza prescrittiva.

Revisione delle competenze in seno al processo

Da un'analisi del contesto emerge un numero elevato di procedure negoziate e di ordini economali che vengono proposti nelle more di definizione delle procedure aperte, che evidenziano l'esigenza di rimodulare ruoli e tempistica del processo.

Considerato che con la riorganizzazione della rete delle farmacie ospedaliere si ridisegneranno le modalità gestionali dei processi di approvvigionamento e si attiverà un magazzino centralizzato, si propone che la gestione tecnica dell'*Hub*, la gestione dell'ufficio ordini centralizzato e la gestione della distribuzione dei beni sanitari ai centri di costo sia assegnata in capo all'unità farmaceutica centrale. Pertanto, ai farmacisti ospedalieri competerà la valutazione dei fabbisogni, stesura del capitolato tecnico e partecipazione alle commissioni di gara, in quanto direttamente a contatto con il clinico utilizzatore e con il dispositivo utilizzato. Il farmacista ospedaliero che opera nel Presidio in cui si svolge l'attività prevalente in azienda, sarà referente per quella tipologia di dispostivi medici, coerentemente alla classificazione nazionale dei dispositivi medici ed all'organizzazione dipartimentale aziendale. L'Unità Farmaceutica Centrale provvederà ad assemblare i fabbisogni dell'area ospedaliera e dell'area territoriale.

Considerata la tempistica di attuazione del progetto e rilevata una considerevole difficoltà di monitoraggio delle procedure aperte in *itinere* e di quelle concluse, per le quali vi è un contratto, si propongono alcune soluzioni. L'assenza di informazioni condivise sull'*iter* di gara crea un incremento delle procedure negoziate e degli ordini economali, per cui si ritiene utile intervenire sia nella fase di istruttoria, di aggregazione e di

definizione di capitolati dei dispositivi medici sia nella fase di monitoraggio del processo di approvvigionamento. Si propone - per consentire un monitoraggio delle procedure aperte - di predisporre una scomposizione del processo di approvvigionamento riguardante la procedura di gara in diverse fasi, con l'individuazione delle diverse attività, al fine di consentire a tutti gli attori partecipanti al processo di conoscere costantemente l'evoluzione della procedura. Si propone, inoltre, che questa medesima metodologia possa essere applicata anche per il processo di gestione del contratto, in quanto emerge che l'attivazione della nuova procedura avviene solo al momento della scadenza della precedente. Pertanto, poiché i tempi della nuova procedura aperta sono teoricamente di circa 270 giorni, si evidenzia una fase di assenza di copertura contrattuale che conduce alla moltiplicazione di procedure negoziate ed all'emissione di ordini economali in misura consistente, e senza conoscere la tempistica della gara.

Il risultato atteso dalla predisposizione di un *file* condiviso in *Intranet*, è che gli operatori del Servizio Acquisti, i Farmacisti Ospedalieri e l'Unità Farmaceutica Centrale potranno monitorare il processo e, in base alla fase di esecuzione della procedura di gara, attivare limitate procedure negoziate o altre procedure di approvvigionamento dei beni sanitari, quali l'affidamento diretto, conoscendo la tempistica della procedura aperta.

Riduzione ordini economali

La riduzione degli ordini economali è conseguente alla revisione delle competenze in seno al processo ed introduzione del vincolo del *timing* per le procedure aperte, infatti trattasi di un sottoprodotto della messa in essere delle precedenti attività.

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° 132 fogli di n° 132 pagine.