



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL N. 7 CARBONIA**

Relazione sulla Performance
Anno 2014

INDICE

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Presentazione | 5 |
| 2 | Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri Stakeholder esterni..... | 7 |
| 2.1 | <i>Il contesto esterno di riferimento.....</i> | 7 |
| 2.2 | <i>L'Amministrazione</i> | 7 |
| 2.2.1 | <i>Organigramma.....</i> | 9 |
| 2.3 | <i>Analisi quali-quantitativa delle risorse umane</i> | 12 |
| 2.4 | <i>I servizi erogati.....</i> | 14 |
| 2.4.1 | <i>Sintesi attività dell'Area dell'Assistenza Sanitaria di prevenzione</i> | 14 |
| 2.4.2 | <i>Sintesi attività dell'Area dell'Assistenza Distrettuale.....</i> | 22 |
| 2.4.3 | <i>Sintesi dell'attività di assistenza ospedaliera.....</i> | 25 |
| 2.5 | <i>Le criticità e le opportunità.....</i> | 28 |
| 3 | Risultati raggiunti | 32 |
| 3.1 | <i>Albero della Performance.....</i> | 32 |
| 3.2 | <i>L'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</i> | 33 |
| 3.2.1 | <i>Igiene e sanità pubblica.....</i> | 33 |
| 3.2.2 | <i>Unità Operativa Medicina dello Sport.....</i> | 34 |
| 3.2.3 | <i>Servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPRESAL).....</i> | 34 |
| 3.2.4 | <i>Servizio Igiene degli alimenti e della nutrizione</i> | 34 |
| 3.2.5 | <i>Servizio Sanità animale</i> | 35 |
| 3.2.6 | <i>Servizio Igiene degli Alimenti di Origine Animale.....</i> | 35 |
| 3.2.7 | <i>Servizio Veterinario Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche ...</i> | 36 |
| 3.3 | <i>L'assistenza Distrettuale.....</i> | 36 |
| 3.3.1 | <i>Potenziare l'assistenza territoriale per pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico per evitare in ricovero per riacutizzazione.</i> | 37 |
| 3.3.2 | <i>Definizione di un percorso condiviso per la presa in carico dei pazienti affetti da BPCO con il coinvolgimento dei medici di MG e altre strutture aziendali.</i> | 37 |
| 3.3.3 | <i>Sviluppare l'ADI a favore degli anziani non autosufficienti</i> | 38 |
| 3.3.4 | <i>Promuovere la deospedalizzazione attraverso l'estensione della dimissione protetta temporanea ad altri reparti oltre a quelli attualmente coinvolti (che sono medicina e ortopedia).</i> | 38 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 3.3.5 | <i>Predisporre azioni di sensibilizzazione dei MM.M.G. e dei PP.L.S. per contrastare gli accessi inappropriati in PS.....</i> | 39 |
| 3.3.6 | <i>Presa in carico del paziente diabetico.....</i> | 39 |
| 3.3.7 | <i>Servizio Emergenza Territoriale 118.....</i> | 40 |
| 3.3.8 | <i>Razionalizzazione spesa farmaceutica con particolare riguardo all'incremento dell'utilizzo di molecole a brevetto scaduto sul totale della classe "Statine".....</i> | 41 |
| 3.3.9 | <i>Azioni indirizzate all'appropriatezza prescrittiva, monitoraggio della spesa e analisi della reportistica.....</i> | 41 |
| 3.3.10 | <i>Potenziamento del Sistema Informativo nella Assistenza Farmaceutica Territoriale.....</i> | 41 |
| 3.4 | <i>L'assistenza Ospedaliera.....</i> | 41 |
| 3.4.1 | <i>Evitare i ricoveri ripetuti 30gg per Categoria Diagnostica Principale.....</i> | 42 |
| 3.4.2 | <i>Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili (Ricoveri ordinari medici brevi da 0 a 2 giorni).....</i> | 42 |
| 3.4.3 | <i>Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale (Day Hospital medici con finalità diagnostica).....</i> | 42 |
| 3.4.4 | <i>Migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziali (DRG chirurgici a rischio di inappropriata erogati in regime Day Surgery).....</i> | 43 |
| 3.4.5 | <i>Fratture di femore over 65 entro 48 ore.....</i> | 43 |
| 3.4.6 | <i>Potenziare l'Osservazione Breve Intensiva.....</i> | 43 |
| 3.4.7 | <i>Monitoraggio codici bianchi derivanti dalla prescrizione del Medico di Medicina Generale e Continuità Assistenziale.....</i> | 44 |
| 3.4.8 | <i>Orientamento ai bisogni dell'utenza interna ed esterna. Valutazione del grado di soddisfazione degli utenti del Servizio di Emergenza Urgenza attraverso la compilazione anonima di questionari.....</i> | 44 |
| 3.4.9 | <i>Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi.....</i> | 44 |
| 3.4.10 | <i>Distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera.....</i> | 44 |
| 3.4.11 | <i>Migliorare l'efficienza nei reparti chirurgici – Degenza media per DRG.....</i> | 45 |
| 3.4.12 | <i>Servizio Assistenza Farmaceutica Ospedaliera.....</i> | 45 |
| 4 | Risorse, efficienza ed economicità..... | 46 |
| 5 | Pari opportunità e bilancio di genere..... | 49 |
| 6 | Il processo di redazione della Relazione sulla Performance..... | 51 |
| 6.1 | <i>Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano.....</i> | 51 |
| 6.2 | <i>Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance.....</i> | 52 |



1 Presentazione

Come in altre occasioni rappresentato, la ASL di Carbonia non sarebbe a rigore tenuta all'applicazione integrale delle norme di cui al D. Lgs 150/2009 e, quindi, non si rileva un obbligo alla stesura della presente relazione in quanto perché ciò accada la normativa nazionale deve trovare recepimento in ambito regionale. Tale ragionamento, poi, appare maggiormente rafforzato dalla constatazione del fatto che alla data odierna presso questa ASL non è stato mai nominato un Organismo Indipendente di Valutazione (si vedano a proposito le deliberazioni CIVIT/ANAC nn. 88/2010, 6/2011 e da ultimo 20/2013). Tuttavia, come già chiarito, recependo quanto di utile e immediatamente applicabile emerge dall'impianto di principi e metodi delineato dalla riforma nazionale, questa ASL ha ritenuto di intraprendere un percorso di allineamento ai suoi principi e strumenti, ricercando al contempo la migliore forma di coesistenza e coordinamento con i modelli di programmazione (e le relative tempistiche) già da tempo introdotti in ambito sanitario (si veda, da ultimo, la d.G.R. 50/19 del 2007 "Direttive di programmazione e rendicontazione per le Aziende Sanitarie, ai sensi degli art. 27 e 28 della legge regionale 28 luglio 2006 n. 10").

Una particolare menzione appare necessaria relativamente al carattere di straordinarietà avviata a partire dalla fine del 2014 (e che perdura tutt'oggi).

Con la Legge regionale n. 23 del 17.11.2014, la Regione Sardegna ha avviato il processo di profonda riforma del sistema sanitario regionale, a tutt'oggi ancora in corso.

Coerentemente con l'articolo 9 della sopracitata Legge Regionale, oltre a porre le basi per il processo di adeguamento dell'assetto istituzionale ed organizzativo delle Aziende sanitarie locali, la Giunta ha provveduto, con la deliberazione n. 51/2 del 20.12.2014, al Commissariamento delle aziende sanitarie e ospedaliere e delle aziende ospedaliero-universitarie (la durata del mandato dei Commissari Straordinari, dapprima definita in tre mesi è stata successivamente prorogata con deliberazioni della Giunta Regionale n.19/27 del 28.04.2015, la n. 42/12 del 28.08.2015, la n. 67/30 del 29/12/2015 e la n. 39/2 del 30/06/2016).

È di tutta evidenza che una situazione così straordinaria e frammentaria ha introdotto elementi di discontinuità tali da comportare profonde modificazioni e perturbazioni nella conduzione degli ordinari processi di gestione del ciclo della performance.

Fatta questa debita premessa, la presente relazione costituisce per l'Azienda Sanitaria Locale n.7 di Carbonia uno strumento idoneo a fornire informazioni precise e quantificabili sugli aspetti rilevanti delle proprie attività, con l'obiettivo di migliorare l'erogazione dei servizi, l'organizzazione della stessa e rendere più trasparente la rendicontazione del proprio operato agli Stakeholder ed alla comunità interessata.

La Relazione costituisce un momento di analisi e di riflessione sull'operato aziendale e vuole rappresentare un'occasione per verificare i risultati effettivi e concreti in una logica di miglioramento e di innovazione.

La prima sezione del documento presenta una sintesi del contesto interno ed esterno all'Azienda e una vista d'insieme sui risultati raggiunti, le criticità e le opportunità.



Segue l'analisi dell'attuazione del ciclo di gestione della Performance nell'anno 2014, attraverso la presentazione dei risultati raggiunti, confrontati con gli stessi relativi all'anno 2014. Per una migliore lettura, la stessa è corredata da elementi informativi a supporto delle valutazioni stesse.

L'ultima parte della relazione descrive il funzionamento complessivo del sistema di valutazione e traccia il percorso da seguire per l'integrazione con i programmi per la trasparenza e l'integrità, in primis per il rispetto degli obblighi di pubblicazione ma soprattutto per la valorizzazione dei controlli interni.



2 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri Stakeholder esterni

2.1 Il contesto esterno di riferimento

L'Azienda Sanitaria Locale n. 7 coincide con l'ambito territoriale della Provincia di Carbonia-Iglesias (art. 2 L.R. 10/2006).

La Provincia conta 23 comuni, 128.402 abitanti (il 7,8 % della popolazione sarda) e si estende per 1.499,67 Km² (il 6,2% del territorio sardo).

Il territorio comprende due aree geografiche (Sulcis ed Iglesiente) e le isole di Sant'Antioco e di San Pietro, che costituiscono l'Arcipelago del Sulcis.

L'Azienda Sanitaria Locale n. 7 è articolata in due Distretti Sanitari: Carbonia e Iglesias

Il Distretto Sanitario di Carbonia conta 16 comuni con una popolazione complessiva di 80.433 abitanti distribuiti su una superficie di 895,31 Km² (densità media 88 abitanti per Km²). Nella città di Carbonia è presente il Presidio Ospedaliero Sirai.

Il Distretto Sanitario di Iglesias conta 7 comuni con una popolazione complessiva di 48.118 abitanti distribuiti su una superficie di 604,36 Km² (densità media 81 abitanti per Km²)

Il 44,09% circa della popolazione vive nei Comuni di Carbonia (29.228 abitanti) e Iglesias (27.444 abitanti). Oltre questi il solo comune che supera i 10.000 abitanti è quello di Sant'Antioco (11.462).

Nell'anno 2014 si è registrato un incremento demografico pari allo 0,62 %. In valori assoluti, l'aumento è stato pari a 593 unità.

Dalla Tabella 1 si rileva che l'aumento sia avvenuto solo nel distretto di Carbonia (+ 749 unità), in termini percentuali pari al 0,94 %. Mentre, nel distretto di Iglesias, si è registrata una diminuzione della popolazione residente di 156 unità.

Tabella 1: Dati demografici Carbonia Iglesias, Anni 2013-2014 (Fonte Demo ISTAT)

| Anno | 2013 | 2014 | Differenza | Percentuale |
|---------------|----------------|----------------|------------|--------------|
| Carbonia | 79.684 | 80.433 | 749 | 0,940% |
| Iglesias | 48.274 | 48.118 | - 156 | - 0,32% |
| Totale | 127.958 | 128.551 | 593 | 0,62% |

2.2 L'Amministrazione

L'Azienda Sanitaria Locale n. 7 di Carbonia è stata istituita il 01.10.1995 come risultato delle fusioni delle due Unità Sanitarie Locali n°16 di Iglesias e n°17 di Carbonia. La sede legale è situata a Carbonia in via Dalmazia N°83 e le altre sedi operative sono organizzate sul territorio in funzione delle esigenze e dei bisogni sanitari da soddisfare.



L'Azienda Sanitaria è un ente con personalità giuridica pubblica avente autonomia d'impresa e svolge le funzioni assegnate di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività nel territorio della Provincia di Carbonia-Iglesias.

L'Azienda persegue il miglioramento della salute dei cittadini nel loro contesto socio-ambientale, offrendo prestazioni e servizi a tutti coloro che ne hanno la necessità. I valori fondamentali dell'organizzazione sono la centralità del cittadino, lo sviluppo di una cultura della salute orientata verso comportamenti adeguati e la promozione di attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in relazione alla domanda sanitaria e socio-sanitaria e rivolgendo particolare attenzione ai soggetti in condizione di svantaggio.

La Asl n. 7 garantisce pertanto i seguenti livelli essenziali e uniformi di assistenza, offrendo prestazioni e servizi, in linea con i criteri ed i principi stabiliti dalla Legge Regionale 28 luglio 2006, n. 10:

- L'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che include tutte le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della collettività (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale);
- L'assistenza distrettuale, che comprende tutte le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);
- L'assistenza ospedaliera, che garantisce la diagnosi e la cura ed include i seguenti servizi quali pronto soccorso, ricovero ordinario, day hospital e day surgery, strutture per la lungodegenza e la riabilitazione.

L'Azienda Sanitaria Locale n.7 esplica la propria attività istituzionale per mezzo di 3 Presidi ospedalieri in cui vengono erogate prestazioni sanitarie di natura medica e chirurgica sia in regime di ricovero ordinario che regime di ricovero diurno (Day Hospital e Day Surgery).

Il numero totale di posti letto, secondo quanto indicato nella Delibera 1403/2013 del 6 agosto 2013, è di 323, di cui 261 posti letto per acuti a regime ordinario e 62 posti letto per acuti in regime Day Hospital/Day Surgery. (Tabella 2)

Tabella 2 : Posti letto deliberati per Presidio e regime di Ricovero

| Presidi | POSTI LETTO ACUTI REGIME ORDINARIO | POSTI LETTO ACUTI DAY HOSPITAL /DAY SURGERY |
|------------------------------|------------------------------------|--|
| Ospedale Sirai (ASL) | 146 | 26 |
| Ospedale Santa Barbara (ASL) | 90 | 23 |
| Ospedale C.T.O. | 25 | 13 |
| TOTALE ASL7 | 261 | 62 |

L'Asl comprende due distretti che fanno riferimento ad ambiti territoriali definiti:

- Distretto di Carbonia



- Distretto di Iglesias

L'assistenza sanitaria distrettuale comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale, consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia.

Nei due distretti operano 103 Medici di medicina generale, 14 pediatri di libera scelta, per il Servizio di continuità assistenziale sono stati presenti 62 medici a tempo indeterminato, 38 medici di C.A. a tempo determinato. Le ore totali erogate dai MCA sono state pari a 142.600. I medici di guardia turistica sono stati 38 e per il 2014 hanno erogato 7.300 ore. (Tabella 3)

Tabella 3: Dati distrettuali

| | |
|---|---------|
| Medici di medicina generale | 103 |
| Medici pediatri di Libera scelta | 14 |
| Medici di C.A. Tempo Indeterminato | 62 |
| Medici di C.A. Tempo determinato | 38 |
| Ore totali erogate dai MCA | 142.600 |
| Medici Guardia Turistica | 38 |
| Ore totali erogate dai Medici di G. Turistica | 7.300 |

2.2.1 Organigramma

L'organizzazione e il funzionamento della azienda sanitaria sono disciplinati dall'Atto aziendale 2007, approvato con Delibera n° 1031 del 9/10/2007 in recepimento della Legge Regionale 10/2006.

La struttura organizzativa aziendale è definita da un livello macro riguardante ruolo e luoghi dell'organizzazione dell'attività e da un livello micro che distingue le varie parti della gestione operativa.

La struttura organizzativa "macro" comprende:

- la direzione generale;
- lo staff della direzione generale (tecnostuttura);
- i servizi amministrativi;
- la direzione dei distretti e dei presidi ospedalieri (linea intermedia);
- il nucleo operativo, definito tenendo conto della macro-articolazioni dei livelli assistenziali (assistenza sanitaria collettiva, distrettuale e ospedaliera) e delle attività di supporto (servizi alberghieri e tecnici).

L'azienda sanitaria definisce la sua organizzazione su un modello di gestione operativa fondato sui dipartimenti, costituiti dall'aggregazione di diverse strutture complesse e semplici dipartimentali, in applicazione a quanto previsto dal d.lgs. 502/99, e s.m.i., e dall'art. 9 della legge regionale 10/2006, ciascuno dotato di autonomia tecnico-professionale e gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti.



Attraverso l'organizzazione dipartimentale si attua il governo dei processi gestionali e operativi, favorendo una visione globale delle varie articolazioni aziendali e assicurando una valutazione d'insieme dei processi tra loro interconnessi, relativi a tutti gli aspetti manageriali, clinici, strumentali e diagnostici.

I dipartimenti sono considerati quali strutture di coordinamento per lo svolgimento di funzioni complesse e pertanto, in quanto aggregazioni organizzative e funzionali, assumono valenza di soggetto negoziale nei rapporti con la direzione generale.

I dipartimenti sono costituiti da strutture organizzative che per omogeneità, affinità e complementarità hanno comuni affinità.

Si individuano due tipologie di dipartimenti:

- Dipartimenti strutturali;
- Dipartimenti funzionali.

I dipartimenti sono considerati quali strutture di coordinamento per lo svolgimento di funzioni complesse e pertanto, in quanto aggregazioni organizzative e funzionali, assumono valenza di soggetto negoziale nei rapporti con la direzione generale.

I dipartimenti strutturali sono un aggregato di strutture organizzative proprie, omologhe e complementari sotto il profilo delle attività, risorse umane e tecnologiche impiegate e delle procedure adottate, dedicate e permanenti, che svolgono un'attività di produzione di servizi sanitari e socio-sanitari in ambito ospedaliero e/o territoriale o attività di supporto all'azienda per la gestione tecnica, logistica e amministrativa (aggregazione secondo il modello delle aree funzionali omogenee).

Per ogni dipartimento sono individuate le relative strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale, tenendo presenti le relative dimensioni funzionali ed economiche delle attività da erogare.

I dipartimenti strutturali sono dotati di autonomia funzionale e sono soggetti a rendicontazione analitica.

I dipartimenti strutturali sono distinti in:

- Ospedalieri, di Area Medica, Chirurgica e Servizi;
- Territoriali, di Prevenzione;
- Ospedale-Territorio, ovvero il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento del Farmaco.

I dipartimenti funzionali sono costituiti da aggregati di strutture, complesse e semplici, con il compito dell'integrazione delle attività delle singole unità operative/servizi componenti e finalizzate al raggiungimento di specifici obiettivi.

I dipartimenti funzionali, la cui direzione è affidata ad un responsabile nominato dal direttore generale, operano con l'obiettivo del miglioramento della qualità del processo sanitario, sociosanitario e tecnico-amministrativo, assicurando la continuità diagnostica, terapeutica e riabilitativa per la componente sanitaria e tecnico-amministrativa per l'area dei servizi di competenza.

In azienda rientra in questa categorizzazione il Dipartimento Amministrativo e i dipartimenti funzionali ospedale-territorio Materno infantile ed Emergenza-Urgenza.

A seguire nella Figura 1 è riportato l'attuale Organigramma adottato con Delibera n°1031 del 09/10/2007

2.3 Analisi quali-quantitativa delle risorse umane

Si riporta di seguito la consistenza del personale dipendente a tempo indeterminato, espresso in termini di unità e distinto per ruolo, aggiornato al 2014 (Tabella 4).

Tabella 4 : Personale dipendente tempo indeterminato (fonte report Servizio Amministrazione del Personale)

| Indicatori | Valore |
|------------------------------------|--------|
| Personale del ruolo sanitario | 1212 |
| Personale del ruolo professionale | 3 |
| Personale del ruolo tecnico | 286 |
| Personale del ruolo amministrativo | 193 |
| N° Totale personale | 1694 |

Il numero totale dei dipendenti a tempo determinato della ASL n° 7 di Carbonia si compone di 132 unità a tempo determinato e 56 lavoratori con contratto di somministrazione (ex interinale) (Tabella 5).

Tabella 5 : Personale dipendente a tempo determinato (fonte report Servizio Amministrazione del Personale)

| Ruolo professionale | Tempo determinato | Contratti di somministrazione (ex interinale) |
|----------------------|-------------------|---|
| ruolo sanitario | 123 | 18 |
| ruolo professionale | 0 | 0 |
| ruolo tecnico | 9 | 0 |
| ruolo amministrativo | 0 | 38 |
| totale | 132 | 56 |

Le tabelle sottostanti riportano gli indicatori sull'analisi dei caratteri quali/quantitativi relativi al personale, sul benessere organizzativo e analisi di genere. La data di riferimento per il calcolo degli indicatori è il 31/12/2014.

La tabella sottostante analizza nello specifico alcuni caratteri qualitativi e quantitativi aziendali. L'età media del personale è pari a 49 anni, mentre l'età media dei dirigenti è pari a 53.

Il tasso di crescita delle unità del personale nel corso dell'anno 2014 è stato pari a 1,00 e la % di dipendenti in possesso di laurea è pari al 37 % Il tasso di compensazione del turnover del personale è pari al 111 % (Tabella 6).

Tabella 6 : Dati caratteri qualitativi (fonte report Servizio Amministrazione del Personale)

| Indicatori | Valore |
|--------------------------------------|--------|
| Età media del personale (anni) | 49 |
| Età media dei dirigenti (anni) | 53 |
| Tasso di crescita unità di personale | 1,00 |



| | |
|---|------|
| % di dipendenti in possesso di laurea | 37% |
| % di dirigenti in possesso di laurea | 100% |
| Tasso di compensazione del Turnover del personale | 111% |

La tabella sottostante analizza il benessere organizzativo. Il tasso di dimissioni premature è stato pari al 0,29%, il tasso di richieste di trasferimento è stato pari al 0,47%, mentre la % di personale assunto a tempo indeterminato è pari al 92,77 % (Tabella 7).

Tabella 7 : Analisi Benessere organizzativo (fonte report Servizio Amministrazione del Personale)

| Indicatori | Valore |
|--|---------|
| Tasso di dimissioni premature | 0,29 % |
| Tasso di richieste di trasferimento | 1,00 % |
| % di personale assunto a tempo indeterminato | 92,77 % |

La tabella seguente analizza alcuni dati riguardo il genere femminile. La percentuale di dirigenti donna è pari al 49,60 %, mentre la percentuale di donne rispetto al totale del personale è di 58,32 %, la percentuale di donne assunte a tempo indeterminato è pari al 54,10 %. L'età media dei dirigenti donna è pari a 50 anni, mentre per quanto riguarda il personale del comparto è uguale a 46 anni (Tabella 8).

Tabella 8 : Analisi di genere (fonte report Servizio Amministrazione del Personale)

| Indicatori | Valore |
|--|--------|
| % di dirigenti donne | 49,60% |
| % di donne rispetto al totale del personale | 58,32% |
| % di personale donna assunto a tempo indeterminato | 54,10% |
| Età media del personale femminile (personale dirigente) | 50 |
| Età media del personale femminile (personale comparto) | 46 |
| % di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile | 35,42 |



2.4 I servizi erogati

2.4.1 Sintesi attività dell'Area dell'Assistenza Sanitaria di prevenzione

Le Strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione svolgono attività di vigilanza e controllo sui fattori di rischio per la salute delle comunità attraverso azioni rivolte alla promozione dei corretti stili di vita, alla vigilanza e alla rimozione dei fattori di possibile pregiudizio per la salute sia attraverso specifiche iniziative che per interventi su richiesta e segnalazione di istituzioni o di privati.

L'ambito di attività dei servizi è rappresentato dall'intero territorio Aziendale e si svolge sia sul campo che in strutture ambulatoriali presso le quali vengono erogate le prestazioni di profilassi vaccinale e di medicina legale di valenza monocratica o collegiale. I servizi svolgono altresì attività di informazione e sensibilizzazione in ambiti comunitari scolastici e/o associativi.

Nell'ambito dei progetti del Piano Regionale della Prevenzione fanno riferimento ai servizi del dipartimento le linee progettuali degli screening oncologici, della prevenzione degli incidenti domestici e degli incidenti stradali, della prevenzione degli infortuni in edilizia e in agricoltura, della promozione delle attività sportive in ambito scolastico.

Di seguito si riportano i report delle attività svolte nell'anno 2014 dalle diverse strutture afferenti al Dipartimento.

Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Nella tabella sottostante di riporta l'attività eseguita nell'anno 2014 dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica.

Tabella 9: Attività anno 2014 Servizio Igiene e sanità Pubblica

| Tipo attività | Numero Prestazioni |
|---|--------------------|
| Anagrafe vaccinale (controlli e richiami) | 7909 |
| Vaccinazioni | 29164 |
| Prestazioni medico-legali ambulatoriali: patenti, porto d'armi, cessione V, certificati di sana costituzione, visite di ammissione in colonie, certificati necroscopici | 12926 |
| Prestazioni medico-legali extra ambulatoriali: constatazione decesso, esumazioni/tumulazioni, perizie necroscopiche | 1219 |
| Medicina Fiscale: | 916 |
| N. richieste pervenute | 789 |
| N. visite a domicilio | 104 |
| N. visite effettuate in ambulatorio | 17 |
| N. assistenza medico legale giudiziaria | 6 |
| Attività di educazione alla salute: n. istituti coinvolti | 23 |
| Gestione Rencam | 2711 |
| Numero deceduti residenti in ambito ASL con relativa codifica, informatizzazione e analisi della mortalità | 1154 |
| Numero deceduti in altre ASL residenti in ambito ASL con relativa codifica, informatizzazione e analisi della mortalità | 70 |
| Numero deceduti ambito ASL residenti in altre ASL con invio della scheda ISTAT all'ASL di residenza | 132 |



| | |
|--|--------|
| Codifica schede ISTAT | 439 |
| Attività di vigilanza e controllo su problematiche igienico sanitarie ambientali in luoghi e/o ambienti pubblici o privati | 300 |
| Pareri sanitari: impianti distributori carburanti, conferenze di servizi, detenzione sorgenti rad. Ionizzanti, commissioni su barbieri e affini, commissioni pubblico spettacolo | 94 |
| Pareri su progetti edilizi, attività produttive, zootecniche, strutture ricettive, esercizi di vicinato, ampliamento cimiteri, pareri salubrità abitazioni per graduatorie IACP | 695 |
| Sorveglianza sanitaria: | |
| Studio Passi (n. soggetti coinvolti) | 480 |
| Prevenzione ludopatie | 156 |
| Tatuatori estetisti | 10 |
| Controllo legionella: | |
| Numero strutture | 120 |
| Numero campionamenti effettuati | 530 |
| Screening Oncologici | |
| Cervice uterina (n. soggetti coinvolti) | 15.765 |
| Colon-retto (n. soggetti coinvolti) | 10.564 |
| Mammografia (n. soggetti coinvolti) | 9.035 |
| Recepimento di notifiche di malattie infettive: | |
| Recepimento di notifiche | 695 |
| Controllo di eventuali manifestazioni epidemiche | 650 |
| Indagini epidemiologiche (escluso TBC) | 432 |
| Attività di prevenzione TBC: | |
| N. notifiche | 7 |
| N. tine test e test Mantoux | 50 |
| N. indagini epidemiologiche | 9 |
| Disinfestazioni e derattizzazioni: | |
| N. sopralluoghi | 85 |
| N. pareri | 85 |
| Commissioni medico legali: | |
| Invalidità civile L. 295/90 | 2.271 |
| Legge 104/92 – l. 68/99 | 2.384 |
| N. istanze esaminate con completamento arretrati | 9.147 |
| Rilascio rinnovo patenti speciali | 1.006 |
| Rilascio rinnovo porto d'arma | 30 |
| Legge 210/92 – Collegio medico (n. istanze pervenute e esaminate) | 25 |

L'esercizio delle attività in questo settore ha assicurato il consolidamento dei rapporti di collaborazione con le Amministrazioni aventi competenze condivise o complementari sulle specifiche materie, il puntuale soddisfacimento delle attese dell'utenza e la adozione di interventi finalizzati alla riduzione dei rischi per la salute correlati agli esiti degli accertamenti effettuati.

Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Nella tabella sottostante si riporta il dettagliato delle prestazioni erogate dal Servizio dell'anno 2014.

Tabella 10: Attività Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione anno 2014

| Tipo attività | Numero Prestazioni 2014 |
|--|-------------------------|
| Ispezioni | |
| Ispezioni effettuate | 280 |
| Verifiche | |
| Numero verifiche effettuate successive all'accertamento di una non conformità | 63 |
| Numero verifiche su etichettatura pane | 17 |
| Gestione degli alimenti deteriorabili | 98 |
| Monitoraggio | |
| Numero campioni fiscali di acqua effettuati | 14 |
| Numero non conformità dell'acqua rilevate | 4 |
| Sorveglianza | |
| Controllo dell'igiene di processo in particolari attività (pasticcerie, gastronomie ecc.) | 18 |
| Controllo della temperatura dei pasti somministrati nei refettori | 21 |
| Campionamenti di alimenti | |
| N° campioni previsti dal Piano Regionale dei C.U. 2014 | 93 |
| N° campioni previsti dal Piano Regionale dei residui dei fitosanitari 2014 | 26 |
| N° campioni previsti dal Piano Regionale OGM 2014 | 3 |
| N° campioni previsti dal Piano Regionale 2014 | 6 |
| N° campioni effettuati | 3 |
| Controlli ufficiali sulle modalità di commercializzazione e di utilizzo dei prodotti fitosanitari | |
| Controlli ufficiali sulla vendita dei fitosanitari | 18 |
| Controlli ufficiali presso i luoghi di utilizzo di fitosanitari | 78 |
| Campionamenti di acqua di acquedotto pubblico per l'analisi ai sensi del D. Lgs. 31/2001 | |
| N° campioni effettuati | 759 |
| Controlli ufficiali in ambito di procedimenti DUAAP o DIA | |
| Pratiche DUAAP notificate dal SUAP | 236 |
| Numero CU effettuati | 70 |
| Gestione degli allerta alimentari | |
| Numero allerta pervenuti | 9 |
| Numero allerta gestiti | 9 |
| Numero verifiche effettuate per allerta | 34 |



Servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPRESAL)

In relazione all'esecuzione di quanto previsto nel Piano Operativo di Vigilanza 2014, il servizio ha posto in essere le seguenti attività ispettive presso le aziende sotto riportate.

Tabella 11: Attività ispettive SPRESAL anno 2014

| Settore | N. Verifiche |
|-------------------|--------------|
| Agricoltura | 32 |
| Edilizia | 219 |
| Rimozione amianto | 80 |
| Porti | 12 |
| Altri comparti | 168 |

Il totale delle aziende ispezionate è di 511. Per quanto attiene il coordinamento del DTL questo ha riguardato 225 cantieri così come concordato mensilmente con DTL, a partire da maggio 2014, selezionando e suddividendo le notifiche preliminari pervenute. Di questi 225 cantieri, 168 sono stati attribuiti alla ASL e 57 alla DTL (direzione territoriale del lavoro)

Il servizio ha svolto le seguenti attività di informazione:

Evento mirato ai rischi di caduta dall'alto, specie in edilizia, tenutosi nel mese di giugno 2014

- Evento mirato sulla sicurezza in agricoltura circa l'uso e la manipolazione dei fitosanitari, tenutosi nel mese di ottobre 2014.
- Sportello informativo che ha operato per due ore settimanali per un totale di 92 ore.

Sono stati eseguiti 11 sopralluoghi congiunti con DTL che hanno riguardato una azienda agricola e uno spazio confinato, 2 congiunti con il servizio Attività Estrattiva dell'Assessorato Regionale dell'industria, 2 con la Capitaneria di Porto, 5 con il SIAN per quanto riguarda i fitosanitari.

Sono stati redatti 43 verbali di prescrizione ex D. Lgs 81/08 per 54 violazioni ex D. Lgs e 4 sanzioni amministrative per un totale di € 64.602 di cui € 59.290 già introitati.

Sanità Animale

Le prestazioni erogate dal Servizio di Sanità Animale nel corso del 2014 hanno raggiunto le 260.188 prestazioni, nella seguente tabella viene riportato il riassunto delle attività svolte.

Tabella 12: Attività Servizio Sanità Animale anno 2014

| ATTIVITA' | Anno 2014 |
|---|-----------|
| Numero prove Tubercolosi Bovina (TBC) | 646 |
| Allevamenti bovini visitati per TBC n° ingressi | 74 |
| Numero capi controllati con campioni di latte di massa Brucellosi (Br) e Leucosi bovina (LEB) | 73 |



| | |
|--|--------|
| Ingressi in allevamenti bovini controllati con campioni di latte di massa | 2 |
| Prelievi campioni di sangue per Leucosi Bovina | 20 |
| Allevamenti bovini controllati per Leucosi Bovina | 3 |
| Prelievi campioni di sangue Brucellosi Ovicaprina | 6507 |
| Aziende ovicaprine visitati n° Ingressi | 120 |
| Prelievi ematici piano Pesti suine – Mal.Vescicolare e Aujeszky | 3884 |
| Allevamenti suini visitati per piani profilassi n° ingressi | 235 |
| Registrazione incarichi Vet. L.P. per vaccinazione malattia di Aujeszky | 16 |
| Audit: verifiche accreditamento aziende suinicole | *N.P. |
| Controlli per conferma accreditamento aziende suine | 20 |
| Interventi distribuzione materiale x prelievi in cinghiali | 397 |
| Raccolta campioni sierologici su cinghiali abbattuti | 797 |
| Raccolta campioni diaframma per trichina nei cinghiali abbattuti | 656 |
| Controlli sanitari per tubercolosi nei cinghiali abbattuti | *N.P. |
| Raccolta campioni lagomorfi selvatici (conigli e lepri) | *N.P. |
| Focolai malattie infettive accertati e sospetti (esclusa la Blue tongue) | 16 |
| Focolai malattie infettive revocati (esclusa la Blue Tongue) | 15 |
| Vigilanza sanitaria focolai accertati malattie infettive(esclusa la Blue Tongue) | 62 |
| Focolai Blue Tongue sospetti/confermati (Sieroconversioni capi sent.) | 4 |
| Focolai di Blue Tongue revocati | 208 |
| Vigilanza sanitaria focolai accertati di Blue Tongue | 216 |
| Schede attività settimanale profilassi Blue Tongue (SBT 09) | 314 |
| Ingressi in aziende ovine interessate da profilassi F.C.O. (Blue Tongue) | 1241 |
| Dosi inoculate in ovini per profilassi vaccinale per F.C.O (Blue Tongue) | 209603 |
| Ingressi in aziende bovine interessate da profilassi F.C.O. (Blue Tongue) | 201 |
| Dosi inoculate in bovini per profilassi vaccinale per F.C.O(Blue Tongue) | 3803 |
| Ingressi in allev.ti con animali sentinella per F.C.O. (Blue Tongue) | 104 |
| Prelievi sierologici in animali sentinella per F.C.O.(Blue Tongue) | 800 |
| Pratiche indennizzo per animali Sentinella F.C.O (Blue Tongue) | 41 |
| Verbali identificativi ovini morti per F.C.O.(Blue Tongue)per indennizzi | 243 |
| Ingressi F.C.O per movimentazione capi extraregione | 1 |
| Controlli ematici F.C.O per movimentazione capi | 1 |
| Richieste provvedimenti sanitari per sospetto/conferma F.C.O. (Blue Tongue)- Sieroconversioni piano sentinella | 3 |
| Richiesta provvedimenti sanitari per revoca F.C.O. (Blue Tongue) Sieroconversioni piano sentinella | 10 |
| Sopralluoghi in sede di focolaio F.C.O.(Blue Tongue)-Sieroconversione | 9 |
| Richiesta provvedimenti sanitari per smaltimento capi colpiti da BT | *N.P. |
| Verbali ispezione in aziende incluse in zone di protezione Blue Tongue | 90 |
| Ingressi per monitoraggio Blue Tongue verifica (copertura vaccinale) | 27 |
| Prelievi per monitoraggio Blue Tongueverifica (copertura vaccinale) | 27 |
| Registrazione dati in sistema informatico per vacc. Blue Tongue | 1366 |
| Numero ingressi piano entomologico Blue Tongue | 104 |



| | |
|---|----------------|
| Pratiche caricamento dati sistema informatico SIMAN | 639 |
| Visite sanitarie in allevamenti per movimentazione capi (Mod.4) | 2382 |
| Controlli sanitari vari in allevamento (sopralluoghi) etc | 645 |
| Certificazioni sanitarie varie | 543 |
| Ingressi per genotipizzazione (scrapie) | 219 |
| Prelievi per genotipizzazione arieti (scrapie) | 820 |
| Arieti caricati in BDN per genotipizzazione (scrapie) | 698 |
| Ingressi per screening sierologico scrapie | 15 |
| Prelievi screening sierologico per scrapie | 15 |
| N° Ingressi per prelievi BSE e Scrapie su capi morti | 85 |
| Prelievi BSE e scrapie su capi morti | 101 |
| Richiesta provvedimenti x smaltimento e pratiche varie BSE e Scrapie | 336 |
| Richiesta provvedimenti per abbattimento capi positivi Scrapie | 6 |
| Verifiche consistenze allevamenti ovicaprini e vidimazione schede (Autodichiarazioni) | 1243 |
| Sopralluoghi per verifiche consistenze allevamenti suini e vidimazione schede (Autodichiarazioni e cessate attività) | 317 |
| Verbali di ispezione attività anagrafe suina | 158 |
| Sopralluoghi per consistenza in allevamenti (bovini, ovicaprini, suini ed equini) e compilazione check list | 146 |
| Numero prelievi sangue per malattie emergenti: Caev, Visna Maedi, Paratubercolosi ovina | 593 |
| Sopralluoghi in allevamenti bovini per Paratubercolosi | 7 |
| Certificati aziende indenni Paratubercolosi Bovina | 7 |
| Aziende apiarie censite e controllate | 6 |
| Aziende avicunicole, struzzi e acquacoltura censite e controllate | 28 |
| Esami in allevamento per salmonellosi aviaria | 15 |
| Controlli sierologici per influenza aviaria | 35 |
| Prelievi ematici in equini: anemia infettiva. | 144 |
| Interventi e sopralluoghi effettuati per Anemia Infettiva Equina. | 77 |
| Piano controlli entomologici per West Nile Disease. | 56 |
| Operazioni effettuate in BDN per Anemia Inf, Equina Sistema SANAN | 154 |
| Operazioni effettuate in CORAN per esami eseguiti da Istituto Zooprof. | 2414 |
| Registrazione allevamenti bovini, ovi-caprini, suini, equini, avicoli e operazioni eseguite in Banca Dati Nazionale (BDN) | 15394 |
| Verifiche su richieste di marche auricolari ovicaprine | 730 |
| Verifiche su richieste di marche auricolari bovine | 79 |
| Operazioni effettuate in BDN Piano Salmonellosi | 6 |
| Operazioni effettuate sul sistema SISAR (caricamento Rapporti di Prova Brucellosi Ovicaprina) | 300 |
| Aziende georeferenziate | 88 |
| Controllo cani morsicatori | 31 |
| Verifiche sanitarie su pratiche DUAAP con sopralluogo. | 8 |
| N° lezioni di educazione sanitaria ad allevatori in collab. con LAORE | 13 |
| Interventi in pronta reperibilità di sanità animale | 30 |
| Procedure poste in essere su attività del Servizio | 5 |
| Modulistica predisposta su certificazioni del servizio | 18 |
| N°ro processi gestiti tramite dispositivi portatili | 18 |
| Totale | 260.188 |

Servizio igiene degli alimenti di origine animale

Il Servizio Veterinario Area B, nel corso dell'anno 2014, ha posto in essere il complesso delle attività istituzionali conformemente sia ai quadri normativi generali comunitari e nazionali che nello specifico al Piano Integrato Regionale sui Controlli Ufficiali degli alimenti di origine animale.

Gran parte dell'attività ha avuto come obiettivo e strumento principale il Controllo Ufficiale (C.U.), finalizzato alla verifica della conformità dei comportamenti e delle azioni OSA (Operatori del settore alimentare) alla normativa vigente.

L'attività di C.U. si esplica non solo ed esclusivamente sugli alimenti di origine animale, ma anche in funzione complementare ed integrativa alla normativa sulla salute/sicurezza del consumatore e sul benessere animale. Oggetto dei C.U. sono state tutte le attività imprenditoriali che a titolo principale, e non solo (ad esempio macellazione per uso domestico privato, controlli ufficiali sui selvatici abbattuti a caccia), sono impegnate professionalmente a produrre, trasformare, distribuire al consumatore finale, prodotti alimentari di origine animale.

L'attività di controllo si esplica lungo tutta la filiera, dalla produzione alla distribuzione al consumatore finale, e coinvolge gli impianti di macellazione, gli stabilimenti di sezionamento e confezionamento, fino ad arrivare all'ultimo anello del circuito rappresentato dalle attività di vendita al dettaglio.

Di seguito una tabella esplicativa dell'attività prodotta dal Servizio nell'anno 2014.

Tabella 13: Attività Servizio Igiene degli alimenti di origine animale anno 22200000014

| DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' | N° prestazioni |
|--|----------------|
| Ispezione sanitaria sulle carcasse degli animali abbattuti c/o stabilimenti pubblici per macellazione della specie: bovina, ovi-caprina, suina ed equina (n. capi) | 79.955 |
| Ispezione sulle carcasse dei suini macellati c/o domicilio privato per consumo familiare (n. capi) | 1.414 |
| Ispezione sulle carcasse avicole presso mattatoi per avicunicoli (n. capi) | 13.547 |
| Ispezioni carcasse di agnelli e suinetti macellati in agriturismo (n. capi) | 139 |
| Prelievo midollo allungato ovi-caprini per Encefalopatie Trasmissibili (TSE) presso mattatoi (n. campioni) | 631 |
| Prelievo midollo allungato bovini per Encefalopatie Spongiforme Bovina (BSE) presso mattatoi (n. campioni) | 0 |
| Prelievi di sangue per Brucellosi ovi-caprina presso mattatoi (n. campioni) | 1.961 |
| Campionamento per la ricerca della Trichinella spp Suina/Equina c/o stabilimenti pubblici per macellazione | 16.743 |
| Campionamento per la ricerca della trichinella-Suini per autoconsumo | 1.414 |
| Campionamento per Piano Regionale di profilassi della trichinella spp degli animali selvatici abbattuti: cinghiali (n. campioni) | 764 |
| Campionamento ematico PSA/PSC: stabilimenti pubblici/macellazione uso famiglia/cinghiali abbattuti | 1.176 |
| Campionamento – Acqua/MBV – monitoraggio centro di produzione MBV c/o stabilimento Stagnu Cirdu – S. Antioco | 68 |
| Campionamenti per il monitoraggio MBV – centro di depurazione/spedizione (CSM/CMD) c/o stabilimento Stagnu Cirdu – S. Antioco | 7 |
| Campionamenti di MBV in attuazione del Piano REGIONALE Controllo e Vigilanza sui molluschi BV (n. 15 dettaglio; 4 ristorazione) | 17 |
| Campionamento in attuazione del Piano Regionale Integrato di C.U. c/o attività di vendita al dettaglio degli alimenti di O.A. | 51 |
| Controllo documentale su partite animali in ingresso in stabilimenti di macellazione e relativo flusso informativo | 70 |



| | |
|--|--------|
| Controllo documentale su partite animali in ingresso in stabilimenti di macellazione e flusso informativo (Mod. 4) | 2.718 |
| Controllo sanitario c/o attività di sezionamento carni rosse in stabilimenti con numero di riconoscimento CE (capacità industriale/familiare) q.li | 2.188 |
| Controllo sanitario c/o attività di sezionamento carni bianche in stabilimenti con numero di riconoscimento CE (capacità industriale/familiare) q.li | 635 |
| Controllo sanitario c/o attività di sezionamento riconosciuti CE per prodotti a base di carne (salumificio/laboratorio di sezionamento/ confezionamento) q.li | 8.968 |
| Controllo sanitario c/o le attività di deposito frigorifero (Kryos) (q.li) (attività cessata ala 01/04/2014) | 302 |
| Controllo sanitario e d'ispezione sui prodotti ittici c/o stabilimenti riconosciuti CE(q.li) | 19.861 |
| Controllo sanitario miele c/o laboratori miele (accesi) | 5 |
| Controllo sanitario su centro/depurazione/spedizione molluschi bivalvi – q.li | 2.213 |
| Controllo sanitario miele c/o laboratori produzione (q.li) | 108 |
| Controllo allevamenti api per Piano Regionale sorveglianza mortalità | 4 |
| Attività didattica Laore/Asl 7/ per normativa apistica (n. edizioni) | 5 |
| Attività di Controllo Ufficiale: stabilimenti riconosciuti PRCU alimenti Triennio 201/2013/2014 (ispezioni, audit, verifiche, campionamenti) | 163 |
| Sopralluoghi per rilascio certificazioni Veterinarie su richiesta UCM/Guardia di Finanza ect.(certificati di commestibilità/distruzione di alimenti o. a.) | 13 |
| Controllo Agriturismi | 12 |
| Controlli documentali/materiali/di identità/di laboratorio su: mezzi, carni, prodotti ittici, e animali vivi c/o stabilimenti CE su disposizione dell'Ufficio Veterinario per gli Adempimenti Comunitari (UVAC) di Sassari | 24 |
| Rilascio certificazione esportazione alimenti di origine animale | 49 |
| Monitoraggio epidemiologico c/o stabilimenti di macellazione (datidosi n. notifiche alla RAS) | 48 |
| Sopralluoghi per registrazioni DUAAP rivendite e automezzi trasporto alimenti di origine animale (n. pareri) | 31 |
| Rintraccio Sistema di Allerta | 9 |
| Categorizzazione degli stabilimenti con numero di riconoscimento sulla base di valutazione del rischio | 6 |
| Interventi di Pronto disponibilità Veterinari Servizio Veterinari Alimenti O. A.) | 29 |
| Controllo Benessere animale (con check-list). Trasporti (> 8 ore e < 2 ore) | 9 |
| Sanzioni amministrative pecuniarie | 3 |

SERVIZIO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE

Il Servizio svolge controlli, sia preliminari che periodici, sui requisiti igienici degli allevamenti e sui ricoveri per animali, sui mangimi e sugli alimenti destinati agli animali, sul corretto uso del farmaco veterinario. Vigila e svolge controlli sull'igiene del latte e sui prodotti lattiero-caseari. Svolge inoltre attività di sorveglianza sul benessere degli animali, sia da reddito che da affezione, e interviene su problemi di igiene urbana.

L'attività dell'anno è riassunta nella tabella seguente.

Tabella 14: Attività 2014 Servizio Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

| TIPOLOGIA DELLE ATTIVITA' | N° prestazioni |
|---|----------------|
| Vigilanza e ispezione negli impianti di trasformazione di latte e derivati | 78 |
| Ispezione automezzi trasporto latte | 8 |
| Pratiche di registrazione nuove aziende per la produzione di latte | 18 |
| Interventi in allevamento per non conformità nella produzione di latte | 55 |
| Certificazioni sanitarie per esportazione prodotti a base di latte | 35 |
| Registrazione distributori automatici latte | 1 |
| Registrazione operatori settore mangimi | 2 |
| Piano di farmacovigilanza -Controllo e verifica ricette animali d'affezione | 16 |



| | |
|---|------|
| Piano di farmacovigilanza - Controllo e verifica ricette avicunicoli | 36 |
| Piano di farmacovigilanza -Controllo e verifica ricette bovini | 123 |
| Piano di farmacovigilanza -Controllo e verifica ricette equini | 85 |
| Piano di farmacovigilanza - Controllo e verifica ricette ovicaprini | 1094 |
| Piano di farmacovigilanza -Controllo e verifica ricette suini | 70 |
| Piano di farmacovigilanza - Controllo e verifica ricette scorte ambulatori, cliniche, maneggi, canili | 321 |
| Piano di farmacovigilanza - Controllo e verifica ricette varie specie | 51 |
| Piano Regionale Alimentazione Animale - campionamenti | 54 |
| Piano Regionale Residui - campionamenti | 78 |
| Piano Regionale Residui – campionamenti in extrapiano (metalli pesanti, Diossine, PCB, diossina-simile) | 131 |
| Piano Alimenti – campionamenti latte e prodotti a base di latte | 56 |
| Piano controllo latte in azienda | 243 |
| Extra piano controllo formaggi per export nella Fed. Russa | 2 |
| Autorizzazioni sanitarie utilizzo sottoprodotti (siero-scotta) per alimentazione zootecnica | 16 |
| SUAP – Istruzione pratiche per nuovi insediamenti zootecnici | 10 |
| Istruzione pratica per rilascio Riconoscimento CE per stabilimento di trasformazione latte e derivati | 2 |
| Rinnovo certificati di idoneità trasporto animali vivi | 14 |
| Corsi per gli allevatori sul benessere degli animali in allevamento in collaborazione con l’Agenzia regionale LAORE | 16 |
| Educazione sanitaria : corsi rivolti agli alunni delle scuole elementari nel piano della lotta al randagismo | 3 |
| Autorizzazioni automezzi per trasporto animali vivi | 16 |
| Sopralluoghi per il controllo del benessere degli animali in allevamento nell’ambito del Piano Regionale Benessere Animale | 110 |
| Tutoraggio studenti tirocinanti in collaborazione con l’Università degli Studi di Sassari Facoltà di MEDICINA VETERINARIA | 1 |
| Ispezione e vigilanza nei canili | 25 |
| Organizzazione e avvio Centri Comunali per l’anagrafe canina | 8 |
| Canile Musei – ingressi (dati in BDR) | 355 |
| Canile Carbonia – ingressi (dati in BDR) | 250 |
| Canile Tratalias – Ingressi (dati in BDR) | 80 |
| Cani dati in adozione | 263 |
| Aggiornamento dati anagrafe canina in BDR | 5305 |
| Trasferimento proprietà cani – pratiche e relative comunicazioni | 1533 |
| Cani smarriti – identificazione e pratiche relative alla riconsegna dell’animale | 328 |
| Interventi per cattura cani randagi | 266 |
| Passaporti per cani – pratiche per il rilascio | 60 |
| Richiesta sopralluoghi per igiene urbana anche in collaborazione con altri organismi di controllo (Igiene Pubblica,Polizia Municipale, Polizia, Carabinieri,Guardia Forestale) | 14 |
| Interventi in pronta disponibilità | 34 |
| Sterilizzazioni cani nei canili e cani in affido | 215 |
| Sterilizzazione gatti delle colonie censite | 157 |
| Animali soccorsi | 45 |

2.4.2 Sintesi attività dell’Area dell’Assistenza Distrettuale

L’Assistenza Domiciliare Integrata è un insieme di attività sanitarie e socio-assistenziali che vengono praticate nel domicilio dell’assistito, con l’obiettivo di favorire il recupero di un buono stato di salute attraverso la vicinanza sia del personale specializzato che dei familiari. Nella tabella sottostante si riporta l’attività dell’anno 2014, a confronto con l’anno precedente (2013).



Tabella 15: Attività di Assistenza Domiciliare Integrata

| CURE DOMICILIARI | 2013 | 2014 | Differenza | Variazione |
|---------------------------------------|-------|--------|------------|------------|
| numero casi | 1470 | 1.605 | 135 | 9% |
| di cui anziani >65 anni | 1250 | 1.083 | -167 | -13% |
| ore di assistenza erogata | 53931 | 39.619 | -14.312 | -27% |
| di cui infermieri professionali | 36650 | 23.539 | -13.111 | -36% |
| di cui terapisti della riabilitazione | 11281 | 10.080 | -1.201 | -11% |
| di cui altri operatori | 6000 | 6.000 | 0 | 0% |
| numero accessi personale medico | 19047 | 18.220 | -827 | -4% |

Sintesi attività Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute mentale e dipendenze (D.S.M.D) produce servizi sanitari ospedalieri e territoriali finalizzati alla prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione a favore di persone che presentano problematiche diverse di tipo psichiatrico (dipendenze patologiche, disturbi psichici, malattie organiche, comportamenti patologici o deviati, stati di sofferenza soggettiva ed ambientale di varia natura), comprese le attività di assistenza ambulatoriale periferica, di assistenza domiciliare e urgenze e di assistenza infermieristica.

E' composto dalle seguenti strutture:

- Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC);
- Centri di salute mentale;
- Ser. D.;

Il Dipartimento, inoltre, gestisce le seguenti attività:

- Comunità a doppia diagnosi: Tallaroga;
- Case Famiglia;
- Comunità protette;
- Centri diurni integrati;

Per ogni area di competenza si espongono i relativi dettagli sull'attività svolta nel 2014

Tabella 16: Sintesi attività Dipartimento Salute Mentale 2014

| | SERD CARBONIA | SERD IGLESIAS | CSM CARBONIA | CSM IGLESIAS | CASA CIRCONDARIALE |
|-----------------------------------|------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------------|
| N°PAZIENTI IN CARICO | 589 | 312 | 1093 | 1397 | 65 |
| N°PRESTAZIONI CLINICHE EROGATE | 40.569 | 36.657 | 53.976 | 36.870 | 1791 |

| | |
|---|--------|
| N°PAZIENTI INSERITI IN STRUTTURE RIABILITATIVE PSICHIATRICHE | 33 |
| N°GIORNATE DI DEGENZA PER L'ASSISTENZA RESIDENZIALE PSICHIATRICA | 10.033 |
| N°PAZIENTI INSERITI IN COMUNITA' PER TOSSICODIPENDENTI | 14 |
| N°GIORNATE DI DEGENZA PER L'ASSISTENZA RESIDENZIALE AI TOSSICODIPENDENTI | 2711 |



| | |
|---|------|
| N°PAZIENTI INSERITI C/O COMUNITA' TALLAROGA | 39 |
| N° GIORNATE DI DEGENZA COMUNITA' TALLAROGA | 6015 |

Specialistica Ambulatoriale

Nella Tabella 17 si presenta una vista aziendale dell'attività di Specialistica Ambulatoriale Pubblica e Privata erogata nel corso degli anni 2013 e 2014. Si osserva un incremento generale del valore prodotto (calcolato attraverso la tariffa delle prestazione secondo il Nomenclatore Regionale), con una percentuale analoga all'anno precedente tra prestazioni prodotte da strutture ASL (pari a circa il 75%) e dalle strutture private accreditate (pari a circa il 25%). Si osservano un incremento del valore medio della prestazione erogata dal privato accreditato da € 8,82 a € 9,44, il valore medio delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche varia da €15,34 a € 15,64.

Tabella 17 Riepilogo Produzione Specialistica Ambulatoriale, Anni 2013 – 2014 (Fonte File C, Elaborazione Flussi Informativi Aziendali)

| BRANCA | | 2013 | | 2014 | | Differenza | | Variazione % | |
|----------------------------|---------------------------------------|----------|--------------|----------|--------------|------------|------------|--------------|---------|
| Cod. | Descrizione | Prestaz. | Importo | Prestaz. | Importo | Prestaz. | Importo | Prestaz. | Importo |
| STRUTTURE PUBBLICHE | | | | | | | | | |
| 1 | ANESTESIA | 2.499 | 7.635,91 | 846 | 3.402,49 | -1.653 | -4.233,42 | -66% | -55% |
| 2 | CARDIOLOGIA | 23.188 | 510.069,24 | 25.994 | 539.369,78 | 2.806 | 29.300,54 | 12% | 6% |
| 3 | CHIRURGIA GENERALE | 2.706 | 60.070,40 | 2.675 | 59.948,23 | -31 | -122,17 | -1% | 0% |
| 4 | CHIRURGIA PLASTICA | 175 | 4.274,97 | 296 | 7.954,51 | 121 | 3.679,54 | 69% | 86% |
| 5 | CHIRURGIA VASCOLARE, ANGIOLOGIA | 830 | 6.463,06 | 1.494 | 36.496,69 | 664 | 30.033,63 | 80% | 465% |
| 6 | DERMASIFILOPATIA | 4.498 | 98.814,76 | 4.219 | 91.914,12 | -279 | -6.900,64 | -6% | -7% |
| 7 | MEDICINA NUCLEARE | 1.071 | 67.460,32 | 1.151 | 74.909,73 | 80 | 7.449,41 | 7% | 11% |
| 8 | RADIOLOGIA DIAGNOSTICA | 35.224 | 1.967.350,91 | 37.650 | 2.243.157,91 | 2.426 | 275.807,00 | 7% | 14% |
| 9 | ENDOCRINOLOGIA | 5.917 | 129.130,80 | 6.365 | 122.709,72 | 448 | -6.421,08 | 8% | -5% |
| 10 | GASTROENTEROLOGIA | 5.686 | 301.619,71 | 5.057 | 272.741,08 | -629 | -28.878,63 | -11% | -10% |
| 11 | ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROB. | 575.815 | 2.735.193,65 | 586.613 | 2.763.733,34 | 10.798 | 28.539,69 | 2% | 1% |
| 12 | MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE | 88.652 | 688.589,73 | 90.118 | 674.861,59 | 1.466 | -13.728,14 | 2% | -2% |
| 13 | NEFROLOGIA | 33.403 | 4.092.955,19 | 34.219 | 4.189.808,26 | 816 | 96.853,07 | 2% | 2% |
| 14 | NEUROCHIRURGIA | 132 | 2.727,12 | 128 | 2.612,71 | -4 | -114,41 | -3% | -4% |
| 15 | NEUROLOGIA | 7.005 | 174.789,58 | 9.014 | 194.978,79 | 2.009 | 20.189,21 | 29% | 12% |
| 16 | OCULISTICA | 20.622 | 1.089.418,16 | 23.044 | 1.085.098,04 | 2422 | -4.320,12 | 12% | 0% |
| 17 | ODONTOSTOMATOLOGIA | 13.282 | 258.455,07 | 14.316 | 280.711,13 | 1034 | 22.256,06 | 8% | 9% |
| 18 | ONCOLOGIA | 1.636 | 24.340,80 | 1.919 | 26.915,91 | 283 | 2.575,11 | 17% | 11% |
| 19 | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 15.299 | 308.954,46 | 16.023 | 453.226,82 | 724 | 144.272,36 | 5% | 47% |
| 20 | OSTETRICIA E GINECOLOGIA | 5.152 | 129.051,60 | 5.704 | 141.703,37 | 552 | 12.651,77 | 11% | 10% |
| 21 | OTORINOLARINGOIATRIA | 9.369 | 188.740,17 | 9.427 | 180.016,12 | 58 | -8.724,05 | 1% | -5% |
| 22 | PNEUMOLOGIA | 7.004 | 183.653,91 | 7.222 | 189.970,64 | 218 | 6.316,73 | 3% | 3% |



| | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------|----------------------|------------------|----------------------|---------------|-------------------|--------------|--------------|
| 23 | PSICHIATRIA | 3.747 | 100.726,83 | 3.840 | 105.486,31 | 93 | 4759,48 | 2% | 5% |
| 25 | UROLOGIA | 3.966 | 71.538,53 | 4.337 | 109.826,42 | 371 | 38287,89 | 9% | 54% |
| 26 | VARIE PRESTAZIONI | 14.255 | 319.141,91 | 23.342 | 459.969,59 | 9.087 | 140.827,68 | 64% | 44% |
| TOTALE PUBBLICO | | 881.133 | 13.521.166,79 | 915.013 | 14.311.523,30 | 33.880 | 790.356,51 | 3,85% | 5,85% |
| STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE | | | | | | | | | |
| 2 | CARDIOLOGIA | 6501 | 158331,43 | 5826 | 149946,3 | -675 | -8385,13 | -10% | -5% |
| 8 | RADIOLOGIA DIAGNOSTICA | 65432 | 2106232,08 | 67416 | 2404976,07 | 1984 | 298743,99 | 3% | 14% |
| 11 | ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROB. | 288099 | 1257628,07 | 283420 | 1253975,87 | -4679 | -3652,20 | -2% | 0% |
| 12 | MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE | 140783 | 898858,49 | 145234 | 930301,3 | 4451 | 31442,81 | 3% | 3% |
| TOTALE PRIVATO | | 500.815 | 4.421.050,07 | 501.896 | 4.739.199,54 | 1.081 | 318.149,47 | 0,22% | 7,20% |
| TOTALE | | 1.381.948 | 17.942.217 | 1.416.909 | 19.050.723 | 34961 | 1.108.506 | 2,53% | 6,18% |

2.4.3 Sintesi dell'attività di assistenza ospedaliera

Accessi al Pronto Soccorso

Nell'anno 2014 il numero totale di accessi presso il Pronto soccorso di Carbonia è stato pari a 19.178, con un aumento rispetto all'anno precedente circa 500 casi ed una variazione percentuale inferiore all'1% nella distribuzione dei codici di Triage di ingresso.

Tabella 18 Riepilogo Accessi PS Carbonia 2013 - 2014 (Fonte SISaR Ospedaliero)

| Pronto Soccorso Carbonia | 2013 | | 2014 | |
|--------------------------|---------|-----------------|---------|-----------------|
| | Accessi | Distribuzione % | Accessi | Distribuzione % |
| BIANCO | 357 | 1,92% | 485 | 2,53% |
| VERDE | 7353 | 39,45% | 7706 | 40,18% |
| GIALLO | 10620 | 56,97% | 10727 | 55,93% |
| ROSSO | 305 | 1,64% | 257 | 1,34% |
| NERO | 6 | 0,03% | 3 | 0,02% |
| Totale complessivo | 18641 | 100,00% | 19178 | 100,00% |

Nell'anno 2014 il numero totale di accessi presso il Pronto soccorso del P.O. Santa Barbara è stato pari a 17.878, con un aumento rispetto all'anno precedente circa 870 casi (+5,1%), incremento costituito prevalentemente da casi con codice triage giallo.

Includendo l'attività erogata dal Pronto Soccorso di Iglesias, che ha operato fino al solo primo trimestre 2013, si osserva al contrario una riduzione di circa 450 casi. Considerando che l'attività del PS del P.O. CTO era costituita principalmente da codici bianchi e verdi, nel complesso la riduzione è accompagnata da un aumento della complessità dei casi trattati.



Tabella 19 Riepilogo Accessi PS Iglesias 2013 - 2014 (Fonte SISaR Ospedaliero)

| Pronto Soccorso Iglesias | 2013 | | | | 2014 | |
|--------------------------|------------------|-------------------|----------|-----------------|---------|-----------------|
| | Accessi P.O. CTO | Accessi P.O. S.B. | CTO + SB | Distribuzione % | Accessi | Distribuzione % |
| BIANCO | 242 | 1174 | 1416 | 7,72% | 902 | 5,05% |
| VERDE | 1051 | 11614 | 12665 | 69,08% | 11869 | 66,39% |
| GIALLO | 31 | 4057 | 4088 | 22,30% | 4945 | 27,66% |
| ROSSO | 0 | 162 | 162 | 0,88% | 160 | 0,89% |
| NERO | 0 | 2 | 2 | 0,01% | 2 | 0,01% |
| Totale complessivo | 1324 | 17009 | 18333 | 100,00% | 17878 | 100,00% |

L'attività di ricovero nei singoli Presidi Ospedalieri

Di seguito sono riportate delle tabelle con un'analisi della produzione dei tre presidi ospedalieri distinta per reparto, regime di ricovero e per residenza del paziente

Tabella 20 Sintesi Produzione Ricoveri dei Presidi Ospedalieri, Anni 2013-2014 (Fonte File A provvisorio, Elaborazione Flussi Informativi Aziendali)

| PRESIDIO OSPEDALIERO | REGIME RICOVERO | TOTALE 2013 | | TOTALE 2014 | | DIFFERENZA | | VARIAZIONE | |
|----------------------|-----------------|--------------|----------------------|--------------|----------------------|-------------|-------------------|---------------|---------------|
| | | CASI | IMPORTO | CASI | IMPORTO | CASI | IMPORTO | CASI | IMPORTO |
| SIRAI | ordinario | 7.848 | 19.718.877,17 | 7.381 | 18.332.298,72 | -467 | -1.386.578 | -5,95% | -7,03% |
| | day hospital | 820 | 1.804.361,53 | 757 | 1.787.294,56 | -63 | -17.067 | -7,68% | -0,95% |
| | day surgery | 622 | 1.010.970,58 | 428 | 787.826,24 | -194 | -223.144 | -31,19% | -22,07% |
| | totale | 9.290 | 22.534.209,28 | 8.566 | 20.907.419,52 | -724 | -1.626.790 | -7,79% | -7,22% |
| S. BARBARA | ordinario | 4.084 | 9.855.301,17 | 3.901 | 9.752.963,70 | -183 | -102.337 | -4,48% | -1,04% |
| | day hospital | 739 | 1.231.293,72 | 719 | 1.110.552,01 | -20 | -120.742 | -2,71% | -9,81% |
| | day surgery | 497 | 724.427,51 | 490 | 711.388,53 | -7 | -13.039 | -1,41% | -1,80% |
| | totale | 5.320 | 11.811.022,40 | 5.110 | 11.574.904,24 | -210 | -236.118 | -3,95% | -2,00% |
| C.T.O. | ordinario | 853 | 2.410.831,55 | 827 | 2.386.288,70 | -26 | -24.543 | -3,05% | -1,02% |



| | | | | | | | | | |
|--|---------------|--------------|---------------------|--------------|---------------------|------------|----------------|---------------|--------------|
| | day hospital | 213 | 79.342,12 | 117 | 43.802,93 | -96 | -35.539 | -45,07% | -44,79% |
| | day surgery | 883 | 1.464.284,76 | 956 | 1.660.452,55 | 73 | 196.168 | 8,27% | 13,40% |
| | totale | 1.949 | 3.954.458,43 | 1.900 | 4.090.544,18 | -49 | 136.086 | -2,51% | 3,44% |

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------|---------------|----------------------|---------------|----------------------|-------------|----------|------------------|---------------|---------------|
| TOTALE AZIENDA | ordinario | 12.785 | 31.985.010 | 12.109 | 30.471.551 | -676 | - | 1.513.459 | -5,29% | -4,73% |
| | day hospital | 1.772 | 3.114.997 | 1.593 | 2.941.650 | -179 | -173.348 | - | -10,10% | -5,56% |
| | day surgery | 2.002 | 3.199.683 | 1.874 | 3.159.667 | -128 | -40.016 | - | -6,39% | -1,25% |
| | totale | 16.559 | 38.299.690,11 | 15.576 | 36.572.867,94 | -983 | - | 1.726.822 | -5,94% | -4,51% |

2.5 Le criticità e le opportunità

Assistenza Collettiva

Con riferimento all'assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro, nel 2014 la Asl di Carbonia è stata individuata come Asl oggetto di audit in relazione alla Verifica della conformità dei controlli ufficiali al Reg. (CE) 882/04 e all'Accordo stato regioni Standard di funzionamento delle Autorità Competenti. Gli audit si sono svolti nelle date del 27 e 28 ottobre 2014.

L'audit ha prodotto due raccomandazioni per il Dipartimento, che evidenziano punti di criticità relativamente a quanto segue:

1. le logiche dell'organizzazione dipartimentale, specie per quanto attiene alle funzioni di indirizzo del Comitato di Dipartimento e al ruolo della Direzione, hanno attraversato un periodo di maturazione attraverso l'attuazione delle fondamentali azioni di completamento dell'assetto degli organi dipartimentali (nomina della componente elettiva del Comitato, indizione dell'Assemblea di Dipartimento) e con l'approvazione del Regolamento per l'organizzazione e il funzionamento del Dipartimento medesimo. Sino al completamento di tali operazioni esisteva una complessiva carenza di riferimenti metodologici e una incompiuta definizione di ruoli e funzioni dei Servizi afferenti. Si è di conseguenza realizzata una non coerente, armonica e integrata conduzione delle attività, spesso comunque ispirata da appropriati riferimenti normativi e da indicazioni di buona pratica, ma non supportata dalle evidenze necessarie. Uno stimolo di grande rilevanza è stato offerto dall'audit di sistema che ha generato la presente raccomandazione e che ha impresso una accelerazione straordinaria nella revisione delle prassi in uso e nella loro formalizzazione nella documentazione del sistema qualità. La valutazione di efficacia e appropriatezza dei CU rimane uno degli aspetti all'attenzione prioritaria delle Direzioni del Dipartimento e dei servizi afferenti che ancora necessita dei perfezionamenti formali e della revisione operativa in corso.
2. la criticità rilevata dal rapporto di audit relativamente alla distribuzione logistico-territoriale dei Servizi del dipartimento rappresenta un handicap rilevante alla messa in opera delle logiche di condivisione dei momenti di pianificazione/programmazione come anche del coordinamento e dell'integrazione operativa tra i servizi e tra gli operatori.

Nel complesso il rapporto di audit ha prodotto anche le seguenti raccomandazioni di dettaglio per i singoli Servizi:

- N°2 Raccomandazioni per il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione;
- N°4 Raccomandazioni per il Servizio Igiene degli Alimenti di Origine Animale;
- N°6 Raccomandazioni per il Servizio Veterinario Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Le raccomandazioni sopra citate saranno spunto di azioni di miglioramento per il Ciclo di Budget 2015. Si ritiene, inoltre, importante porre all'attenzione della futura programmazione la definizione di un'ulteriore scheda obiettivi dipartimentale e/o interdipartimentale al fine di potenziare ulteriormente la collaborazione tra le strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione.

Assistenza Territoriale

Nell'ambito delle cure primarie tra le criticità evidenziate emerge la frammentazione geografica ed organizzativa dei punti di assistenza che concorre a pregiudicare la capacità di filtro e presa in carico del territorio, con conseguente aggravio di affluenza inappropriata alle strutture di pronto soccorso e utilizzo inefficace ed inefficiente delle strutture ospedaliere.

Un'altra criticità, condivisa con tutta la regione, riguarda l'andamento della spesa farmaceutica. Al fine di migliorare i livelli di appropriatezza prescrittiva sarebbe consigliabile ricercare un maggiore coinvolgimento della medicina di base e di tutti i medici prescrittori, con adeguate azioni di sensibilizzazione e di integrazione fra le diverse professionalità, anche attraverso la sperimentazione di modelli gestionali di aggregazione.

Nell'ambito delle cure domiciliari si rileva la mancanza di organizzazione strutturata. Tale sistema si sostiene, infatti, sulla partecipazione di medici e infermieri delle UOC di Anestesia e Rianimazione con notevoli difficoltà, visto il numero dei pazienti arruolati, di assicurare gli accessi domiciliari per il personale turnista, considerati anche i vincoli normativi sull'orario di lavoro.

In tutta l'area afferente al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenza si rilevano criticità in ordine alla frammentarietà delle attività e alla conseguente scarsa integrazione, intesa sia in senso orizzontale (fra le diverse strutture territoriali della salute mentale e delle dipendenze patologiche), sia in senso verticale (integrazione territorio-ospedale e con la neuropsichiatria infantile). Si evidenzia, inoltre, la mancata attivazione della struttura complessa relativa al Centro di Salute Mentale prevista dall'Atto Aziendale attualmente in vigore.

Per quanto riguarda l'area della Specialistica Ambulatoriale, il valore a volte largamente fuori standard dei tempi di attesa per alcune prestazioni assoggettate a monitoraggio, spesso in coesistenza con dotazioni tecnologiche e strutturali apparentemente adeguate, evidenzia la necessità di interventi mirati alla riorganizzazione complessiva del sistema dell'offerta basati su modelli e logiche organizzative integrate, in particolare tra il territorio e la rete ospedaliera, da realizzarsi anche attraverso il supporto metodologico e operativo di adeguati percorsi clinico-assistenziali.

Assistenza Ospedaliera

In ambito ospedaliero sono note le criticità riconducibili, anche indirettamente, ai problemi di carattere strutturale che affliggono l'offerta sanitaria in ambito ospedaliero e si ripercuotono sull'organizzazione dell'attività e conseguentemente sui livelli di efficienza complessiva nell'utilizzo delle risorse.

Questa considerazione, ad esempio, è ampiamente suffragata dall'esame dei tassi di occupazione calcolati sulla base dell'attività del 2014, che risultano in molti casi essere ampiamente inferiori ai parametri previsti dalla normativa nazionale e regionale, se anche si volesse utilizzare la dotazione derivante dalla formale disattivazione di 50 posti letto totali (42 ordinari e 8 diurni) avvenuta con deliberazione del Direttore Generale n. 1403 del 06/08/2014, adottata in ossequio a quanto previsto dalla d.G.R. n. 24/43 del 27/06/2013.

Si evidenzia una diffusa sottoutilizzazione delle dotazioni ospedaliere, che nei posti letto in regime diurno appare particolarmente rilevante. Si consideri, inoltre, che una buona parte degli episodi di ricovero (circa il 60% dei R.O. nel 2014) fa registrare durate di degenza inferiori o pari ai cinque giorni il che suggerisce un



attento esame dell'attuale struttura dell'offerta sanitaria alla luce della possibilità di implementare nuovi modelli organizzativi e gestionali più appropriati ed efficienti (potenziamento dei ricoveri diurni e gestione settimanale dell'attività di chirurgia programmata o Week Surgery).

Altre criticità si riscontrano nell'attività chirurgica, dove si rileva un alto tasso di DRG medici esitati da reparti chirurgici. Un'analisi più accurata consente di evidenziare che una certa quota degli stessi è direttamente correlabile a fenomeni di riprogrammazione improvvisa delle sedute operatorie, il che suggerisce la necessità di dotarsi di adeguati supporti formali per la gestione dei processi operatori (in particolare di un regolamento per l'utilizzo della sala operatoria).

Rimanendo in tema di appropriato utilizzo delle strutture ospedaliere, gli indicatori classicamente utilizzati (ricoveri medici brevi e ricoveri ripetuti entro 30 giorni) hanno evidenziato valori sempre lontani dagli standard di riferimento. Ma in particolare, mentre i ricoveri ripetuti sembrano segnare un trend in riduzione (la serie storica dal 2010 al 2013 è di 6.3, 6.5, 5.6, 5.3; std 4), l'indicatore relativo ai ricoveri medici brevi ha fatto registrare un andamento altalenante con valori sempre notevolmente superiori allo standard di riferimento (la serie storica dal 2010 al 2013 è di 28, 28.8, 28.7, 29.7; std 17).

La difficoltà dell'azienda nel riallinearsi su valori accettabili di questi due indicatori, specie in una lettura congiunta con le criticità emerse nell'analisi dell'assistenza territoriale, rivela il sintomo di un fenomeno di insufficiente integrazione ospedale – territorio e del perdurare di concezioni ospedalocentriche della sanità nei paradigmi di riferimento sia degli operatori che dei cittadini. Difatti da un lato, il soggetto tende, a fronte di un problema di salute improvviso e/o da lui percepito come non banale, a recarsi direttamente in Pronto Soccorso spesso senza rivolgersi prima alla rete di cure primarie e, dall'altro lato, la capacità di intercettazione e presa in carico dei fabbisogni da parte del territorio non è sufficientemente strutturata per consentire interventi indubbiamente più appropriati. Questo fenomeno, ampiamente documentato, determina un evidente sovraffollamento, tra l'altro direttamente correlato in ragione della prossimità alla struttura ospedaliera, che è la causa principale di una sequenza indotta di inefficienze che riguardano i processi di accoglienza e ricovero ospedaliero (il cui impatto economico è stato stimato dal Servizio di Programmazione e Controllo aziendale per un ordine di grandezza che si attesta intorno ai 10 milioni di euro/anno di possibile inappropriatazza). Sull'altro versante dei processi ospedalieri, ovvero la dimissione dall'ospedale con le necessarie garanzie di continuità assistenziale, la mancata presa in carico dei pazienti può condurre a future riacutizzazioni ricorrenti, con evidenti effetti propellenti dei fenomeni di inefficienza ed inappropriatazza appena descritti.

Infine un'altra criticità, data l'attuale contingenza regionale (e non solo), è rappresentata dalla necessità di far coesistere gli obiettivi di salute con quelli di sostenibilità economica della gestione. In particolare si ritiene in questo caso che l'obiettivo strategico da perseguire sia ancora una volta quello dell'appropriatazza nell'utilizzo delle risorse, che in primis è un obiettivo di buona sanità ma ha come portato un indubbio beneficio anche in termini di risanamento delle finanze.

Area delle attività tecniche

L'attività dei servizi tecnici aziendali si focalizza maggiormente sulle attività di ristrutturazione edilizia e delle manutenzioni ordinarie e sul presidio dei requisiti di carattere strutturale-impianistico.



Tra le principali criticità emerge l'assenza di una politica aziendale per il governo del processo di acquisizione delle tecnologie. La programmazione dell'ammodernamento tecnologico non è basata su un piano dei fabbisogni condiviso e con una visione temporale pluriennale. Inoltre la mancanza di un flusso di informazioni puntuale che associ le manutenzioni ai diversi componenti di impianti e sistemi non permette di rilevare in tutti i casi il costo complessivo di acquisto e mantenimento in esercizio, sebbene per i componenti più costosi e specializzati esistano dei servizi dedicati.

Area delle attività amministrative

La gestione dei processi di lavoro e l'assegnazione delle dotazioni organiche dei servizi amministrativi non risulta basata su una complessiva visione strategica ma piuttosto su uno strato consolidato di abitudini e accordi individuali generati nel corso del tempo anche sulla base delle competenze individuali. Pertanto si individua la tendenza a far coincidere i settori e le mansioni con singoli individui piuttosto che con gruppi di lavoro. Questo aspetto, unito ad una gestione dei processi a "catena di montaggio" piuttosto che a "visione di intero processo", comporta la frequente presenza di criticità causata da periodi di assenza dei singoli addetti ad uno specifico aspetto da cui dipende lo svolgimento di un intero processo.

Inoltre si osserva un alto grado di resistenza al cambiamento delle procedure e dei processi di lavoro sia da parte del personale del comparto che da parte dei singoli dirigenti di Unità Operativa, ed un basso grado di collaborazione tra servizi causato dall'attitudine a far prevalere l'interesse particolare rispetto all'interesse aziendale anche se questo comporterebbe un minore impiego di risorse per il gruppo di lavoro.



3 Risultati raggiunti

3.1 Albero della Performance

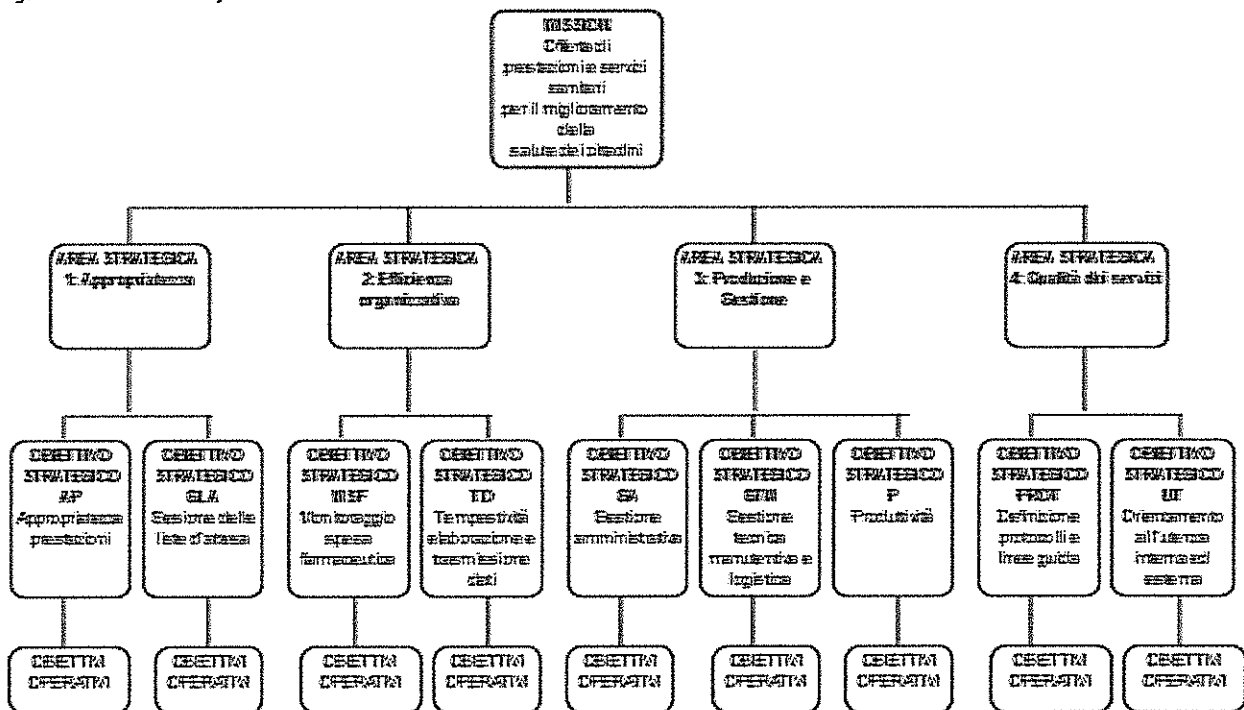
L'albero della Performance è un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. In altri termini, tale diagramma dimostra come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico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

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

Per maggiore chiarezza gli stessi vengono rappresentati in una ripartizione che corrisponde all'area Assistenziale di appartenenza.

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

Figura 1: Albero della Performance 2014:





3.2 *L'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro*

Gli obiettivi strategici assegnati nell'anno 2014 per l'assistenza sanitaria collettiva mirano da una parte a mantenere e consolidare ulteriormente i fattori qualitativi nella sensibilizzazione della popolazione ad uno stile di vita salutare, nell'organizzazione dei processi interni, nel rapporto con le altre istituzioni per i fini del contenimento della spesa e della condivisione delle preziose informazioni di carattere clinico-epidemiologico; parallelamente, in relazione alle diverse problematiche di natura ambientale ed epidemiologica, in tutte le aree è stato richiesto un grande sforzo di tipo quantitativo in termini di copertura delle vaccinazioni umane e animali, e nei controlli di rispetto dei criteri di salute in tutta l'attività lavorativa, specialmente quella legata al soddisfacimento dei bisogni alimentari del territorio. Sebbene i valori di target prefissati siano stati molto ambiziosi (con valori spesso superiori al 90% della massima attività erogabile), le misurazioni hanno riscontrato il raggiungimento di gran parte degli obiettivi di struttura.

3.2.1 *Igiene e sanità pubblica*

Servizio ha come obiettivo fondamentale la prevenzione mirata a migliorare le condizioni di vita individuali e collettive, attraverso una serie di interventi diversificati ma tutti finalizzati a prevenire l'insorgenza di malattie, in particolare quelle di tipo infettivo e, in collaborazione con gli altri Servizi aziendali, di quelle cronico - degenerative.

Per il 2014 gli obiettivi assegnati e i risultati raggiunti dal servizio Igiene e sanità pubblica, sono stati i seguenti:

- Nel 2013 l'obiettivo "mantenimento della copertura del vaccino antinfluenzale dell'anziano" ha registrato una copertura vaccinale di poco inferiore al 50%, nel 2014 il target assegnato per questo stesso obiettivo indicava che la copertura vaccinale si registrasse in un range tra il $-5\% \leq 2013 \geq +5\%$, l'attività di screening ha raggiunto il 46,07% portando al raggiungimento dell'obiettivo.
- La vaccinazione antipneumococco per pazienti broncopatici cronici e diabetici è stata effettuata su 783 soggetti pari al 100% dei casi segnalati dai Medici di Medicina Generale.
- Per quanto riguarda la copertura vaccinale esavalente in età pediatrica, sono stati vaccinati 819 bambini su una popolazione residente 836, è stata perciò raggiunta un tasso di copertura del 97,96% superiore al target assegnato del 97%.
- La campagna di richiamo delle dodicenni per la vaccinazione per Papilloma Virus ha registrato la vaccinazione di 283 bambine su una popolazione residente di 456, si è raggiunta perciò una copertura vaccinale del 62,06% superiore al target assegnato che era del 60%.
- Per l'obiettivo estensione dello screening mammografico per le donne tra i 50 e i 69 anni, sono state invitate a sottoporsi allo screening mammografico 9.035 donne su 9.697 residenti, raggiungendo una copertura del 93,17% a fronte di un target assegnato del 95%. Pertanto l'obiettivo non è stato del tutto raggiunto.



3.2.2 *Unità Operativa Medicina dello Sport*

La struttura ha come obiettivo fondamentale la tutela della salute dei cittadini relativamente all'attività fisica, attraverso una serie di interventi diversificati ma tutti finalizzati alla prevenzione individuale e collettiva in tale ambito, anche attraverso l'adozione di profili minimi di accertamento e criteri per il giudizio di idoneità specifica in relazione alle diverse attività sportive, agonistiche e non agonistiche. La pratica regolare e costante di una adeguata attività fisica nei soggetti in età evolutiva, associata ad una corretta alimentazione, è uno degli strumenti più efficaci per il controllo del sovrappeso, dell'obesità, dell'insorgenza del diabete e per la riduzione del rischio cardiovascolare in età adulta.

Questi obiettivi sono stati conseguiti nel 2014 attraverso 85 interventi di promozione e prescrizione dell'attività fisica su pazienti affetti da patologie cronico degenerative, su un target assegnato di 50 prescrizioni; 100 prescrizioni di attività fisica su pazienti portatori di disabilità e l'attività del servizio ha inoltre riguardato la certificazione delle attività agonistiche e non agonistiche per un totale di 4288 visite effettuate su un target di 3850 visite.

3.2.3 *Servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPRESAL)*

Il Servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPRESAL) ha come obiettivo fondamentale la prevenzione mirata a migliorare le condizioni di vita, individuali e collettive, attraverso la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, degli apprendisti e dei minori. Tra gli obiettivi principali assegnati al Servizio per il 2014 vi era il costante monitoraggio della sicurezza attraverso il consolidamento, monitoraggio sicurezza nei luoghi di lavoro, con un target assegnato di 511 sopralluoghi; l'obiettivo è stato raggiunto in quanto sono stati effettuati 511 sopralluoghi. Inoltre è stato raggiunto l'obiettivo di attivazione di iniziative e incontri di formazione e informazione per la prevenzione degli incidenti in agricoltura, con un target eguagliato di N. 2 iniziative. L'obiettivo riguardante il Monitoraggio dell'amianto attraverso la verifica dei piani di bonifica degli edifici pubblici e privati, con un target assegnato del 100% piani ricevuti (corrispondente ai 427 edifici esistenti), è stato raggiunto al 100%. L'obiettivo riguardante la vigilanza in edilizia, in applicazione del Piano Nazionale Edilizia e con un target assegnato di 292 sopralluoghi, è stato raggiunto con l'esecuzione nel corso del 2014 di 292 sopralluoghi. Un ulteriore obiettivo assegnato e raggiunto riguarda l'attuazione di verifiche periodiche su impianti di sollevamento e a pressione, in questo caso il target assegnato a questo obiettivo consisteva nell'espletamento del 100% delle richieste pervenute, l'obiettivo è stato raggiunto con il soddisfacimento di 371 richieste su 371 richieste pervenute.

3.2.4 *Servizio Igiene degli alimenti e della nutrizione*

La struttura svolge controlli, sia preliminari che periodici, sui requisiti strutturali e funzionali delle imprese e degli esercizi che producono, commerciano e somministrano alimenti e bevande e, inoltre: controlla e certifica l'idoneità sanitaria dei lavoratori del settore alimentare; interviene nel caso si verifichino intossicazioni alimentari e assicura il controllo sulla commestibilità dei funghi; sorveglia l'uso di prodotti fitosanitari; garantisce la sorveglianza nutrizionale delle comunità scolastiche e assistenziali in generale.

Tra gli obiettivi assegnati al servizio e raggiunti vi erano il controllo puntuale e costante dei requisiti delle acque potabili con 772 controlli effettuati a fronte di 695 programmati, il consolidamento dei controlli nelle



mense collettive con 79 controlli e seguiti in relazione ai 75 programmati, la prosecuzione progetto triennale di sorveglianza nutrizionale "A come antropometria, nutrirsi meglio per crescere più forti e sani" che ha comportato la realizzazione di 80 incontri con gli insegnanti referenti dei 18 Istituti scolastici coinvolti, e 42 incontri con i bambini della 3^a elementare per un totale di 601 misurazioni antropometriche, l'obiettivo consolidamento controlli sulle attività di detenzione e di commercializzazione dei prodotti fitosanitari è stato quasi completamente raggiunto con la realizzazione di 28 controlli su 30 previsti, i controlli mirati su attività alimentari non servite da acquedotto pubblico nel rispetto del Piano regionale di programmazione in materia di controlli sulle acqua potabili anno 2012 con 15 controlli eseguiti rispetto ai 15 programmati.

3.2.5 Servizio Sanità animale

Il Servizio di Sanità Animale opera nel quadro del Dipartimento di Prevenzione quale strumento operativo per garantire la sicurezza alimentare a livello della produzione primaria, mediante l'applicazione di un sistema ufficiale di controllo e di sorveglianza della salute degli animali produttori di alimenti; garantisce inoltre la tutela della salute collettiva compiendo azioni di sorveglianza e profilassi delle malattie infettive e diffuse degli animali, comprese le zoonosi (malattie trasmissibili dagli animali all'uomo e viceversa). Gli obiettivi assegnati alla struttura per l'anno 2014, soddisfatti con la percentuale del 100%, richiedevano un rigoroso controllo degli allevamenti affetti da malattie infettive dei ruminanti (115 aziende), malattia della specie suina (controllate tutte 203 aziende presenti nel territorio e prelievi effettuati su 1.956 suini), febbre catarrale degli ovini (tutti i 208 focolai infettivi sono stati estinti). Per quest'ultima patologia si è monitorato anche la copertura vaccinale (vaccinata l'81,4 della totalità della popolazione ovina pari a 117.105 capi su 143.863 su un target assegnato del 50% dei capi da vaccinare). In rispondenza al Piano di Controllo e di eradicazione della Scrapie, sono stati effettuati n. 820 prelievi ematici in arieti allevati in 219 aziende sottoponendo a controllo il 100% degli arieti di oltre 24 mesi mai genotipizzati in passato e delle rimonte di sesso maschile Piano controllo eradicazione delle Scrapie.

3.2.6 Servizio Igiene degli Alimenti di Origine Animale

Il Servizio Igiene degli Alimenti di Origine Animale svolge la sua attività di tutela della salute pubblica attraverso interventi di prevenzione e di controllo igienico-sanitario nel settore degli alimenti di origine animale, monitorando le attività relative a tutta la filiera produttiva: produzione, trasformazione, conservazione, deposito, commercializzazione, trasporto, distribuzione, somministrazione delle carni e prodotti a base di carne, prodotti della pesca e dell'acquacoltura, uova e prodotti a base di uova, miele e altre produzioni minori.

Gli obiettivi strategici assegnati e raggiunti nell'anno 2014 hanno richiesto l'incremento dell'attività ispettiva sulle attività di macellazione e sulla salubrità delle carni prodotte, con un target assegnato del $\geq 15\%$ di incremento dei controlli rispetto all'anno precedente. L'incremento verificato è stato del 12,50%, con la crescita dai 84.370 controlli del 2013 ai 94.916 controlli del 2014.

L'incremento dell'attività di controllo presso gli stabilimenti riconosciuti per il sezionamento, la lavorazione ed il confezionamento di alimenti di origine animale, che prevedeva venissero svolti almeno il 90% dei controlli ufficiali previsti dal Piano Regionale integrato, è stato raggiunto con il 107,61% di attività svolta rispetto alla preventivata; la vigilanza igienico-sanitaria permanente nella fasi di commercializzazione (punti



vendita) e l'attuazione del Piano Regionale integrato di "Controlli Ufficiali e campionamento di alimenti di origine animale", che prevedeva attività di controllo di almeno il 90% (svolto sul preventivo) nei punti vendita al dettaglio e del 100% attività preventiva nella media grande distribuzione, il controllo sui punti vendita al dettaglio è stato mediamente raggiunto con un valore superiore al 100% dei controlli effettuati su quelli programmati, seppure i controlli sugli agriturismi siano stati inferiori a quelli programmati (12 su 36); nella media grande distribuzione sono stati effettuati 33 controlli su 33 programmati registrando il 100% degli interventi.

3.2.7 Servizio Veterinario Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche

Il Servizio svolge controlli, sia preliminari che periodici, sui requisiti igienici degli allevamenti e sui ricoveri per animali, sui mangimi e sugli alimenti destinati agli animali, sul corretto uso del farmaco veterinario. Vigila e svolge controlli sull'igiene del latte e sui prodotti lattiero-caseari. Svolge inoltre attività di sorveglianza sul benessere degli animali e interviene su problemi di igiene urbana. Gli obiettivi assegnati e parzialmente raggiunti dal Servizio hanno interessato la registrazione all'anagrafe canina (oltre 4200 nuovi microchip a fronte di un target assegnato di 4500 microchip), sterilizzazione nei canili (con 170 interventi eseguiti a fronte di un target di 180 sterilizzazioni), il numero dei sopralluoghi negli allevamenti zootecnici è rimasto costante con quanto registrato nell'anno precedente (con n°42 sopralluoghi e n°105 campionamenti rispetto al target previsto di n°45 sopralluoghi e n°110 campionamenti), i sopralluoghi effettuati presso aziende che producono latte vaccino (eguagliato il target di 12 sopralluoghi), il controllo negli allevamenti finalizzati al benessere animale per l'adeguamento alle normative ministeriali Dgl.s 146/2006 (superati i valori di previsti pari a 110 allevamenti ovicaprin, 19 allevamenti caprin, 6 allevamenti ittici, 1 allevamento di ovaiole, 1 allevamento equino, invece per gli allevamenti suini, su disposizione dell'assessorato alla sanità si è proceduto ad una verifica più ampia per un totale di 652 controlli).

3.3 L'assistenza Distrettuale

L'Assistenza Sanitaria Territoriale si rivolge direttamente alla persona (a differenza del Dipartimenti di Prevenzione che cura l'assistenza collettiva) e comprende tutte le attività di diagnosi, cura e riabilitazione, erogate territorialmente in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale. Contiene, quindi, il primo livello di accesso all'assistenza sanitaria e, più in generale, si occupa di tutti quei casi di che non necessitano di un livello di intensità di cure tale da richiedere il ricovero in una struttura ospedaliera. In particolare, vengono svolte attività legate alla Medicina di Base, Pediatria e Continuità Assistenziale, Servizio territoriale di Emergenza Urgenza, Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, Assistenza specialistica ambulatoriale, Assistenza Riabilitativa Territoriale, Servizi Consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, all'assistenza sanitaria essenziale agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio, all'assistenza Farmaceutica Territoriale e a quella Protesica e Integrativa (fornitura di protesi, ausili, etc.). Nell'ambito dell'assistenza territoriale in senso ampio, oltre a quella Distrettuale appena elencata, trova collocazione l'attività del Dipartimento della salute mentale e delle dipendenze patologiche, ovvero, i Servizi per la prevenzione e cura della salute mentale e delle dipendenze



Considerando che l'ambito territoriale deve rappresentare il nucleo fondamentale dei servizi di assistenza alla persona e che l'ambito ospedaliero dovrebbe essere riservato esclusivamente ai pazienti che veramente ne hanno necessità, una parte fondamentale degli sforzi è stata orientata al potenziamento dei servizi resi. Una menzione particolare meritano, in questo senso, il continuo sviluppo delle cure domiciliari (inteso sia in termini qualitativi sia quantitativi), l'attenzione per le patologie cardio-vascolari (primaria causa di mortalità e di morbidità), con la definizione di un Percorso diagnostico Terapeutico Assistenziale per i pazienti affetti da Scompenso cardiaco, con il potenziale obiettivo, nel corso dell'anno 2014, di attivare un ambulatorio al fine di migliorare la prevenzione e la cura dello scompenso cardiaco, l'ampliamento dei servizi in ambito infantile e adolescenziale, l'ampliamento delle prestazioni rese in ambito diabetologico. D'altro canto il potenziamento dei servizi deve essere accompagnato da un utilizzo appropriato delle risorse a disposizione. Per tale motivo un'altra serie di obiettivi strategici assegnati alle unità operative territoriali erano volti all'aumento dell'efficienza generale con azioni di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la propensione verso l'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto. Inoltre è stato verificato il rispetto dei tetti di spesa indicati dalla Regione Sardegna per le attività erogate dalle strutture private accreditate.

3.3.1 Potenziare l'assistenza territoriale per pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico per evitare in ricovero per riacutizzazione.

Come in tutti i paesi industrializzati, lo scompenso cardiaco (SC) è un problema sanitario tra i più rilevanti nel territorio ASL, con una incidenza crescente con l'età dell'assistito, e risulta tra i primi DRG Medici nei ricoveri ospedalieri.

Per far fronte alle conseguenze di questa patologia, uno degli obiettivi del Distretto di Iglesias per il 2014, era quello di potenziare l'assistenza territoriale per i pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico per evitare il ricovero per riacutizzazione. L'indicatore previsto per questo obiettivo era costituito dalla percentuale dei pazienti scompensati presi in carico rispetto ai pazienti residenti nel Distretto affetti da scompenso cardiaco. Dalla mappatura effettuata nel 2013 i pazienti affetti da scompenso sono risultati n°778, nel 2014 i pazienti con scompenso presi in carico sono stati 96, pertanto l'obiettivo è stato raggiunto con il 12,33% dei pazienti a fronte del target assegnato che prevedeva che venissero presi in carico una percentuale => del 10%.

3.3.2 Definizione di un percorso condiviso per la presa in carico dei pazienti affetti da BPCO con il coinvolgimento dei medici di MG e altre strutture aziendali.

La Bronco pneumopatia cronica ostruttiva costituisce un'importante causa di morbidità (patologia presente nel 4%-10% della popolazione adulta) e costituisce la terza causa di morte a livello mondiale. Tra le cause della BPCO oltre al fumo di tabacco e l'inquinamento ambientale e professionale, troviamo anche una predisposizione individuale su base genetica.

Si stima che l'impatto della BPCO continuerà a crescere nei prossimi decenni sia a causa della continua esposizione ai fattori di rischio che al progressivo invecchiamento della popolazione, altrettanto elevato



sarà il numero di ricoveri, le giornate di ospedalizzazione, le visite ambulatoriali e domiciliari, legate alla malattia ed alle sue complicazioni.

Nella Asl 7 di Carbonia per ridurre il diffondersi di questa patologia è stato costituito un gruppo di lavoro multi professionale, composto da MMG, operatori del Distretto di Iglesias e dell'U.O. di Pneumologia dell'Ospedale S. Barbara, che ha elaborato un percorso condiviso Territorio-Ospedale per diagnosi precoce della BPCO nei soggetti a rischio.

Tra gli obiettivi di questo percorso vi era oltre alla promozione dell'integrazione territorio-ospedale, la sensibilizzazione della popolazione sui rischi della BPCO, l'individuazione delle persone a rischio attraverso la somministrazione di un questionario conoscitivo, e infine predisposizione di un percorso per l'accesso organizzato alla spirometria semplice che rappresenta l'esame di riferimento per porre la diagnosi di BPCO.

Il raggiungimento dell'obiettivo è stato sancito col la trasmissione del progetto al Direttore Generale con la nota n 5852 del 24/11/2014.

3.3.3 *Sviluppare l'ADI a favore degli anziani non autosufficienti*

L'Assistenza domiciliare integrata è un servizio reso al cittadino che ha come finalità quella di garantire l'assistenza sanitaria di base direttamente a domicilio o presso l'istituto di ricovero del paziente. L'ADI viene erogata secondo un piano assistenziale definito dalla ASL. L'intensità e le modalità dell'intervento scaturiscono da una valutazione redatta da un gruppo composto da diverse figure professionali, come il Medico di Medicina Generale dell'assistito, gli infermieri domiciliari, i terapisti della riabilitazione e i medici specialisti.

Anche per il 2014 uno degli obiettivi dell'ADI è stato quello di potenziare maggiormente l'assistenza a favore degli anziani non autosufficienti, l'obiettivo è stato raggiunto con la valutazione di 1.083 pazienti su una popolazione over 65 di 25.992, corrispondente a una copertura del 4,17% della popolazione over 65 residente nel territorio, il risultato raggiunto anche quest'anno ha consentito di consolidare il trend superiore al 4%.

3.3.4 *Promuovere la deospedalizzazione attraverso l'estensione della dimissione protetta temporanea ad altri reparti oltre a quelli attualmente coinvolti (che sono medicina e ortopedia).*

Lo scenario epidemiologico, venutosi a creare negli ultimi anni, è stato caratterizzato da un cambiamento nei fattori di rischio (diminuzione di quelli da infezione, e crescita di quelli comportamentali e socio-ambientali), da un progressivo invecchiamento della popolazione residente, dalla rilevanza assunta dalle patologie cronico degenerative e dalla correlata diffusione di stati di invalidità e disabilità, principali responsabili del fabbisogno soddisfatto dai servizi di riabilitazione e lungodegenza.

La Regione Sardegna, a fronte di questo cambiamento, ha dettato le linee di indirizzo per la gestione delle attività di post acuzie, regolando l'attività delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e dei Centri Diurni Integrati (CDI), per garantire l'offerta ad un una domanda di salute in continuo mutamento.



Dall'anno 2011 sono stati stanziati fondi per una spesa massima di € 5.000.000 pro anno, da intendersi come tetto di spesa non superabile da parte delle RSA. La norma prevedeva, altresì, che per tali finalità ogni ASL predisponesse un progetto di espansione dell'attività delle RSA già operative nel proprio territorio.

L'Asl di Carbonia, in linea con il dettato normativo, ha provveduto ad una riorganizzazione del percorso di dimissione protetta introducendo un nuovo percorso ossia quello della "dimissione protetta temporanea".

L'obiettivo del percorso, è quello di garantire ai pazienti, non assistibili a domicilio, una continuità assistenziale anche al di fuori delle mura ospedaliere, prima del eventuale rientro al domicilio o in casa protetta. L'introduzione del percorso di DPT, deriva quindi dalla necessità di ottimizzare l'assistenza ai pazienti nel passaggio dalla fase acuta (ospedalizzazione) alla fase sub – acuta e/o cronica (domicilio, rete dei servizi socio sanitari), in relazione ai suoi bisogni e al tipo di patologia.

Vi è inoltre l'esigenza di ridurre i tempi di degenza e i relativi costi, per eventi morbosi a lenta e/o complessa evoluzione, permettendo un utilizzo più congruo dei posti letto evitando ospedalizzazioni protratte. Il fine è quello di utilizzare al meglio le risorse esistenti all'interno del sistema ospedale – territorio, permettendo un miglior utilizzo dei percorsi in relazione ai reali bisogni.

Per il 2014 l'obiettivo assegnato ai Distretti era quello di promuovere la deospedalizzazione attraverso l'estensione della dimissione protetta temporanea a tutte le UU.OO. dei Presidi Ospedalieri.

Con l'approvazione da parte della Direzione Aziendale della delibera n° 54/C del 21/01/2015 è stata estesa a tutte le UU.OO. la possibilità di fruire del progetto di dimissione protetta temporanea, l'obiettivo è stato pertanto raggiunto.

3.3.5 Predisporre azioni di sensibilizzazione dei MM.M.G. e dei PP.L.S. per contrastare gli accessi inappropriati in PS.

Il tema dell'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri è fra le problematiche di maggior peso nell'ambito del continuo ripensamento ed adeguamento del sistema di risposte sanitarie, rispetto al progressivo modificarsi delle condizioni e dei fabbisogni della popolazione. Negli ultimi tempi le strategie d'intervento attuate dall'Azienda 7 di Carbonia hanno centrato il loro focus d'azione sulla necessità di un intervento multidisciplinare integrato Ospedale-Territorio e in tal ambito un ruolo di fondamentale importanza è ricoperto dai Medici di Medicina generale. Proprio per l'importante ruolo che i Medici di base ricoprono, obiettivo dei Distretti Sanitari condiviso con il Servizio Programmazione e Controllo, il Pronto Soccorso e il Servizio 118, per il 2014 consisteva nella predisposizione di azioni di sensibilizzazione sia dei Medici di Medicina Generale sia dei Pediatri di libera scelta per contrastare gli accessi inappropriati in Pronto Soccorso. L'obiettivo è stato raggiunto con la realizzazione di due incontri formativi - informativi effettuati rispettivamente nel Distretto di Carbonia e di Iglesias, negli incontri è stata presentata e discussa la reportistica di accessi al Pronto Soccorso, con riferimento anche agli accessi che hanno generato ricoveri brevi.

3.3.6 Presa in carico del paziente diabetico



La transizione demografica e la conseguente transizione epidemiologica hanno fatto sì che si assistesse al passaggio da patologie prevalentemente acute a patologie ad intensa impronta di cronicità, e questo ha determinato un forte impatto sui nostri sistemi di Welfare. Il diabete rientra sicuramente tra le patologie, con maggior impatto per prevalenza, incidenza, costi diretti ed indiretti, tanto sul versante sanitario che su quello sociale.

Per garantire una miglior assistenza ai pazienti diabetici e ridurre gli episodi di ospedalizzazione per riacutizzazione per il 2014 gli obiettivi assegnati alle U.U.O.O. di Diabetologia di Carbonia e Iglesias sono stati indirizzati sul miglioramento della presa in carico complessiva del paziente, offrendo una serie di approcci quali: la prevenzione e la prossimità delle cure, la continuità assistenziale (anche telefonicamente), la facilitazione dell'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari, il coinvolgimento delle comunità interessata con il potenziamento dell'attività educativa.

3.3.7 Servizio Emergenza Territoriale 118

Il 118 è un servizio pubblico gratuito di pronto intervento sanitario 24 ore su 24, che esplica un'attività rivolta alle sole urgenze ed emergenze su tutto il territorio nazionale, in contatto con i mezzi di soccorso, gli ospedali, la Polizia, i Carabinieri, i Vigili del Fuoco, la Protezione Civile e le forze del volontariato. L'emergenza sanitaria comprende situazioni che per l'imprevedibilità e la gravità mettono rapidamente a repentaglio l'integrità fisica e la sopravvivenza dell'individuo. Il Servizio di Emergenza si attiva chiamando il numero 118.

Tra gli obiettivi assegnati per il 2014 vi era l'istituzione di corsi di formazione per operatori del soccorso di base a cura del personale medico, con lo scopo di far acquisire le conoscenze e le abilità che consentano agli operatori di poter svolgere al meglio l'attività di soccorso di base. Per questo obiettivo era stato assegnato un target di 20 corsi di formazione, l'obiettivo è stato raggiunto con l'attuazione di 20 corsi di formazione e 16 lezioni frontali con workshop a piccoli gruppi.

Un altro obiettivo volto a migliorare la qualità dei servizi erogati aveva come oggetto la realizzazione di eventi formativi per gli operatori del soccorso di base da parte dell'intera équipe medicalizzata attraverso la simulazione di casi clinici ed eventi di più frequente riscontro sul territorio, è stato raggiunto con la realizzazione di 14 corsi di formazione a fronte di un target assegnato di 12 corsi di formazione.

Considerando l'importanza dell'efficienza complessiva che deve essere garantita per l'intera rete assistenziale, è stato definito un obiettivo di verifica dei requisiti organizzativo-strumentali delle Associazioni di volontariato e delle Cooperative sociali convenzionate con il Servizio. Tale obiettivo è stato raggiunto con realizzazione di 38 controlli (due controlli per associazione e cooperativa) come da target assegnato.



3.3.8 *Razionalizzazione spesa farmaceutica con particolare riguardo all'incremento dell'utilizzo di molecole a brevetto scaduto sul totale della classe "Statine"*

I farmaci della classe C10AA-statine vengono utilizzati sistematicamente su pazienti affetti da diabete. Al fine di ridurre la componente di spesa farmaceutica legata a questa categoria di prodotti è stato concordato con i Responsabili delle Unità Operative di Diabetologia l'obiettivo di un maggiore utilizzo di molecole a brevetto scaduto, a parità di efficacia terapeutica (i cosiddetti farmaci generici). L'unico principio attivo della classe ancora sotto copertura brevettuale è la Rosuvastatina (ATC C10AA07).

Il monitoraggio periodico delle prescrizioni effettuato da parte della Farmacia Territoriale ha evidenziato come in entrambe le strutture siano stati trattati con statine una media del 90% dei nuovi pazienti presi in cura, con conseguente notevole beneficio economico a parità di efficacia terapeutica.

3.3.9 *Azioni indirizzate all'appropriatezza prescrittiva, monitoraggio della spesa e analisi della reportistica*

L'assistenza farmaceutica, escluso naturalmente il costo del personale, è la voce di spesa più consistente a carico del Sistema Sanitario Regionale. Questo impone alle Aziende Sanitarie un'attenta verifica e un puntuale monitoraggio delle fasi di transizione, sia al fine di garantire l'utilizzo appropriato dei farmaci, sia al fine di promuovere il ricorso a molecole con il rapporto costo beneficio più vantaggioso per il Sistema Sanitario Nazionale. Per rendere effettivo e puntuale il monitoraggio dei consumi, la Farmacia ha elaborato nel corso dell'anno, con periodicità trimestrale, diversi report di analisi sull'appropriatezza prescrittiva, e ha notificato queste informazioni a ciascun Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta del territorio.

Un altro obiettivo volto a garantire l'utilizzo appropriato dei farmaci prevedeva la realizzazione di 2 incontri con gli MMG al fine di creare una maggiore sensibilizzazione su questo tema, l'obiettivo è stato raggiunto con la realizzazione di 6 incontri.

3.3.10 *Potenziamento del Sistema Informativo nella Assistenza Farmaceutica Territoriale*

Relativamente all'area qualitativa, al fine di migliorare i processi ed i tempi di ritardo del ciclo passivo, nonché al fine di migliorare il processo di tracciabilità del farmaco, è stato richiesto al Servizio di avviare il processo di dematerializzazione dei documenti di trasporto e raggiungere una copertura della digitalizzazione pari o superiore al 80% dei ricevimenti registrati nella procedura di magazzino SISAR.

3.4 *L'assistenza Ospedaliera*

Le strutture ospedaliere, erogando assistenza a più alti livelli di intensità, sono caratterizzate da un maggiore assorbimento di risorse. Diventa allora importante assicurarsi che l'utilizzo di tali strutture avvenga in maniera appropriata rispetto alle reali necessità di cura dei pazienti, onde evitare che le risorse siano impegnate erroneamente e sottratte in questa maniera ad altri impieghi più adeguati.

L'organizzazione del monitoraggio delle performance nell'area della Assistenza Ospedaliera e dell'Emergenza-Urgenza si avvale degli indicatori di valutazione proposti dalle linee guida ministeriali, come



l'analisi dei ricoveri ripetuti, dei ricoveri per accertamenti diagnostici, e dei ricoveri erogati in un regime potenzialmente inappropriato.

In particolare, l'attività di controllo strategico è stata indirizzata verso la riconversione di quelle prestazioni inappropriatamente erogate con ricovero ordinario in attività alternative e maggiormente appropriate, come il ricovero in regime diurno (Day Hospital o Day Surgery) o le prestazioni di ambulatorio (erogate anche nella forma più complessa, come nel caso dei Day Service per l'asportazione della cataratta). Si sono, inoltre, potenziate e sviluppate le attività di Osservazione Breve Intensiva (OBI) per consentire un congruo monitoraggio del paziente stabile prima di deciderne il ricovero, in tutti di accertamenti clinici trattati in Pronto Soccorso.

In relazione alle singole peculiarità delle diverse discipline mediche sono stati assegnati obiettivi strategici specifici su interventi o procedure altamente specializzati o importanti per il decorso clinico dei casi trattati.

Per il controllo dell'attività farmaceutica ospedaliera sono stati assegnati capillarmente obiettivi relativi al monitoraggio dei consumi di reparto e dalla consegna dei farmaci di classe A in dimissione. Grazie anche al grado di maturazione e consolidamento dei processi e degli indicatori, la maggioranza degli obiettivi è stata raggiunta in maniera soddisfacente.

3.4.1 Evitare i ricoveri ripetuti 30gg per Categoria Diagnostica Principale

Uno degli obiettivi strategici tra i più monitorati è quello volto alla riduzione del fenomeno di re-ospedalizzazione a 30 giorni dalla dimissione per la stessa diagnosi. Le cause di questo fenomeno vengono individuate in una non ottimale gestione delle prime dimissioni. L'indicatore individuato dovrebbe tendere entro il 2015 al valore del 4% sul totale dei ricoveri in regime ordinario. Nell'anno 2014 la media aziendale è stata lievemente superiore al target intermedio prefissato (atteso 5,025%, verificato 5,94%). Il dettaglio delle UU.OO. mostra comunque un trend generale di riduzione entro i target per la maggior parte delle strutture.

3.4.2 Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili (Ricoveri ordinari medici brevi da 0 a 2 giorni)

Questo obiettivo misura l'appropriatezza del ricorso all'ospedalizzazione soffermandosi su quella frazione di ricoveri che, per le caratteristiche di bassa complessità delle prestazioni erogate e di brevità della degenza dovrebbero più efficacemente essere collocate in un diverso ambito a minore intensità di cure come, ad esempio, il ricovero diurno o la specialistica ambulatoriale, o l'assistenza residenziale territoriale. Nell'anno 2014 si è osservata una tendenza generale di riduzione della percentuale di Ricoveri Ordinari medici Brevi 0-1-2 giorni, dal 26% del 2013 al 25%. Sebbene alcune strutture abbiano raggiunto l'obiettivo assegnato, nella media la riduzione non è stata del tutto sufficiente rispetto al valore target complessivamente assegnato del 24,6%.

3.4.3 Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale (Day Hospital medici con finalità diagnostica)

Questo obiettivo valuta l'appropriatezza del ricorso all'ospedalizzazione in regime di Day Hospital misurando la frazione di ricoveri diurni di tipo medico effettuati unicamente per procedere ad accertamenti



diagnostici, che possono generalmente essere effettuati ricorrendo alla rete ambulatoriale (e quindi senza necessità di ricovero ospedaliero).

Il valore complessivo aziendale si connota come una forte riduzione, dal 8,07% del 2013 al 6,88% del 2014, quindi già abbondantemente al di sotto dell'obiettivo previsto entro il 2015 pari al 23%.

3.4.4 *Migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziali (DRG chirurgici a rischio di inappropriately erogati in regime Day Surgery)*

Questo obiettivo strategico mira a valutare la bontà dell'organizzazione della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato. È riferita ai 43 DRG menzionati dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29/11/2001, per i quali l'attività afferente deve essere erogata privilegiando il regime di ricovero diurno (ovvero senza pernottamento). Il valore di Target medio assegnato alle Unità Operative nell'anno 2014 è stato erogare almeno l'86,26% dei ricoveri in regime diurno, l'obiettivo è stato raggiunto con il valore medio aziendale dell'86,36%.

3.4.5 *Fratture di femore over 65 entro 48 ore*

La frattura del femore si verifica frequentemente negli anziani rendendo conto di un cospicuo numero di ricoveri nelle ortopedie; tra la popolazione ultrasessantacinquenne la maggior parte dei ricoveri e delle giornate di degenza in ortopedia è legato a questo evento. Le conseguenze delle fratture del femore oltre alle conseguenze per i pazienti risultano pesantissime anche in termini socio-economici; si pensi che dopo il primo ricovero in reparti per acuti, circa la metà degli anziani necessita di ulteriore assistenza ospedaliera in reparti di lungodegenza/riabilitazione. È ritenuto importante per un migliore decorso clinico un intervento di riduzione tempestivo, e viene pertanto monitorata la percentuale di quelli effettuati entro le 48 ore. Nel 2014 il valore medio aziendale è stato pari circa al 29,00%, con una crescita di circa 7,5 punti percentuali rispetto all'anno precedente (21,50%).

3.4.6 *Potenziare l'Osservazione Breve Intensiva.*

L'Osservazione Breve Intensiva (OBI) risulta efficace sia da un punto di vista clinico, permettendo lo svolgersi degli esami necessari nel più breve tempo possibile, sia sotto l'aspetto economico, limitando la gestione di questi casi come ricoveri ordinari medici brevi. Il termine intensiva, non si riferisce alla gravità del malato ma all'intensità clinica, caratterizzata da percorsi diagnostici, ravvicinate rivalutazioni dell'andamento clinico da parte degli specialisti con conseguenti rapidi adeguamenti delle strategie terapeutiche in base all'evoluzione del percorso diagnostico al termine del quale il malato può ritornare a casa o completare il percorso in una unità operativa ospedaliera.

Nel corso dell'anno 2014 è proseguito il potenziamento del ricorso all'Osservazione Breve Intensiva, il Tasso di Occupazione registrato per il 2014 è stato pari circa al 24,40 %, con una crescita di quasi 3 punti percentuali rispetto all'anno precedente (21,50%).



3.4.7 Monitoraggio codici bianchi derivanti dalla prescrizione del Medico di Medicina Generale e Continuità Assistenziale

Il monitoraggio degli accessi con triage di uscita da Pronto Soccorso di colore bianco a seguito di prescrizione del medico di medicina generale risulta importante poiché consente di valutare l'appropriatezza prescrittiva e promuovere azioni volte alla riduzione del grado di affollamento strutture di Emergenza-Urgenza. E' stato regolarmente predisposto un flusso di informazione tra le strutture di Pronto Soccorso e la Direzione Sanitaria costituito da un report Trimestrale contenente il dettaglio degli accessi con codice bianco raggruppato per medico prescrittore. Nel 2014 la percentuale degli accessi con codice bianco sul totale si è ridotta dal 4,80% al 3,74%.

3.4.8 Orientamento ai bisogni dell'utenza interna ed esterna. Valutazione del grado di soddisfazione degli utenti del Servizio di Emergenza Urgenza attraverso la compilazione anonima di questionari

La valutazione del grado di soddisfazione degli utenti del Pronto Soccorso di Carbonia ed Iglesias attraverso la compilazione anonima di questionari, ha come obiettivo quello di dare risposta alla necessità di raccogliere informazioni utili alla rilevazione della qualità percepita degli utenti del nostro Servizio Sanitario e nel contempo costituisce una risorsa importante per la riorganizzazione dei servizi e un supporto metodologico alle strutture. L'indicatore di monitoraggio per questo obiettivo ha preso in esame il numero di questionari riconsegnati con giudizio positivo. Secondo target assegnato sul totale dei questionari somministrati il 60% del totale doveva esprimere un giudizio positivo. L'obiettivo è stato raggiunto in quanto nel 90% dei 517 questionari somministrati e compilati correttamente sono stati espressi giudizi positivi.

3.4.9 Corretta gestione dei magazzini farmaceutici di reparto con particolare riferimento alla puntualità degli scarichi

La rilevanza nella spesa sanitaria della componente di acquisto di beni sanitari rende fondamentale una efficiente gestione logistica del farmaco, sia in un'ottica di tracciabilità dei prodotti, sia al fine di poter limitare la quantità in giacenza e quindi il rischio di prodotti scaduti. L'Azienda ha raggiunto ottimi risultati nella attuazione della procedura informatizzata di Armadio di Reparto nelle UU. OO. Ospedaliere, con una buona percentuale di monitoraggio anche del dettaglio di consegna al singolo paziente. L'obiettivo strategico è stato monitorato attraverso un indicatore di rapporto tra quantità in carico e scarico dell'Armadio di reparto. Con un valore atteso compreso tra 0.9 e 1.1, la media aziendale si attese al valore di 1.04, sebbene si rileva che circa il 27% delle strutture ha ottenuto in valore superiore a 1,1 a indicazione di un possibile difetto nella tempestività di registrazione dei consumi di reparto.

3.4.10 Distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione ospedaliera

La distribuzione del primo ciclo di terapia in dimissione da ricovero ospedaliero ha il duplice intento di favorire la continuità terapeutica al cittadino nel momento della dimissione da ricovero ospedaliero e post visita ambulatoriale e di ottenere un risparmio, considerato il minor costo d'acquisto dei farmaci erogati direttamente dalle Aziende rispetto ai costi della farmaceutica convenzionata (ovvero, l'acquisto del farmaco fatto dal paziente presso le farmacie private). L'indicatore di monitoraggio per questo obiettivo ha analizzato la percentuale di erogazione diretta del farmaco sul totale degli accessi ospedalieri e/o



ambulatoriali. Il target assegnato alle diverse UU.OO è molto variabile, sia in relazione allo stato di partenza negli anni precedenti che alla singola specificità medica. La media dei valori attesi in azienda è stata per il 2014 del 35% o superiore e la media dei risultati conseguiti è stata del 55% portando al raggiungimento dell'obiettivo.

3.4.11 *Migliorare l'efficienza nei reparti chirurgici – Degenza media per DRG*

L'obiettivo concernente il Miglioramento dell'efficienza in relazione alle giornate di degenza media nei reparti chirurgici prevedeva un target assegnato del 7,04, il centro di Ortopedia e Traumatologia per il 2014 ha raggiunto una percentuale del 6,37.

3.4.12 *Servizio Assistenza Farmaceutica Ospedaliera*

L'assistenza farmaceutica ospedaliera rappresenta un complesso di attività legate all'approvvigionamento della rete ospedaliera del territorio di Carbonia e Iglesias, con funzioni di gestione e controllo di farmaci, presidi medico-chirurgici e materiale sanitario necessari per l'erogazione delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione in ambito ospedaliero. Le farmacie ospedaliere inoltre, in conformità alla legge 405/01, effettuano attività di distribuzione diretta di farmaci a pazienti esterni e in dimissione da ricovero ospedaliero e da visita specialistica.

Tra gli obiettivi assegnati al Servizio vi era l'attuazione di azioni indirizzate all'appropriatezza prescrittiva, al monitoraggio della spesa e all'analisi della reportistica, e per raggiungerlo la Struttura ha provveduto al costante invio a tutte le Unità Operative dei report di spesa mensili e dei dati analitici quando richiesto.

Gli obiettivi di area economica assegnati hanno riguardato l'invio di report ai reparti sul corretta gestione degli armadi di reparto, il coordinamento dell'attività di rilevazione delle scorte finali negli armadi di reparto, la tempestività nelle richieste di rimborso per i farmaci soggetti a monitoraggio AIFA.

Relativamente all'area qualitativa, al fine di migliorare i processi ed i tempi di ritardo del ciclo passivo, nonché al fine di migliorare il processo di tracciabilità del farmaco, è stato richiesto al Servizio di avviare il processo di dematerializzazione dei documenti di trasporto e raggiungere una copertura della digitalizzazione pari o superiore all'80% dei ricevimenti registrati nella procedura di magazzino SISaR. Inoltre è stato richiesto al servizio di fornire il suo supporto al servizio flussi informativi per verificare la completezza dei dati trasmessi attraverso i tracciati di debito informativo CMO (consumi medicinali ospedalieri) ed SDF (somministrazione diretta farmaci).

Tutti gli obiettivi assegnati sono stati monitorati pienamente raggiunti.



4 Risorse, efficienza ed economicità

Gli scostamenti tra Conto Economico Preventivo e Conto Economico Consuntivo per l'anno 2014 sono giustificati dagli eventi verificatisi nell'Anno 2014, come di seguito rappresentato.

Lo scostamento tra le assegnazioni ipotetiche iscritte nel Conto Economico Preventivo e quelle effettivamente registrate a consuntivo è pari - € 3.579.264,19. La ragione di tale differenza è da ricercarsi nel fatto che per la predisposizione del bilancio di previsione (dicembre 2013) sono state utilizzate, in mancanza di altre formali indicazioni, le assegnazioni provvisorie per il 2013 di cui alla d.G.R. 50/23 del 3/12/2013, mentre il consuntivo reca i valori indicati per tale anno dalla d.G.R. 19/21 del 28/04/2015

L'apparente consistente incremento della voce "Altri ricavi e proventi", come si può intuire dal dettaglio della separata indicazione dei contributi in c/esercizio, è in realtà dovuto in parte ad una diversa contabilizzazione dei contributi per il finanziamento della vigilanza delle guardie mediche (circa 1.570.000 euro) e, per il restante, ad una maggiore quota di contributi vincolati attribuita in competenza fra i ricavi in esatta contrapposizione ai maggiori costi sostenuti per la realizzazione di specifici progetti (si tratta, quindi, di minori risconti passivi rispetto al preventivato).

In definitiva, il valore complessivo della produzione realizzato a consuntivo, salvo quanto in precedenza esposto, è sostanzialmente sovrapponibile a quello preventivato (+0.2%).

Per ciò che concerne gli scostamenti dei costi della produzione, un rapido confronto sul totale evidenzia come, rispetto alla previsione, si registri una differenza di costi pari a € -1.998.618,00. Nei beni di consumo sanitari, la differenza è pari a € 745.682,42, a causa dell'incremento dell'attività di distribuzione diretta sia con riferimento a quella erogata tramite le farmacie convenzionate (la così detta DPC, distribuzione in nome e per conto) sia con riferimento a quella erogata tramite le proprie strutture. In altri termini, l'assistenza farmaceutica diretta, che come noto rappresenta una modalità alternativa di erogazione molto più conveniente in termini di costi per l'azienda, ha avuto un incremento superiore alle aspettative.

Nei totali, il costo dei Servizi ha fatto registrare nel 2014 un valore inferiore rispetto a quello preventivato (circa -1.600.000 euro).

Coerentemente a quanto sopra è sempre in relazione alla farmaceutica convenzionata che vanno ricercate le maggiori determinanti della differenza.

Uno dei motivi è fondamentalmente di ordine contabile, ovvero legato alla diversa contabilizzazione degli oneri per la DPC inseriti nella voce di costo relativa alla farmaceutica convenzionata al momento della predisposizione del bilancio di previsione 2013 ed in altra voce in sede di consuntivo 2014 (l'importo di consuntivo è pari a circa 800.000 euro). Inoltre in tale tipologia di costi nel corso del 2014 si è anche registrata una riduzione rispetto all'esercizio precedente, preso come base per la previsione, pari a circa -700.000 euro.

Per quanto riguarda il costo del personale, in riduzione netta anche rispetto al consuntivo 2013, bisogna considerare che successivamente alla predisposizione del bilancio preventivo 2014 (dicembre 2013), ovvero in sede di chiusura del consuntivo 2013 (aprile 2014), si è deciso di optare per una diversa contabilizzazione dei residui dei fondi contrattuali. In precedenza, infatti, tali valori venivano registrati, per la quota di competenza non ancora erogata, direttamente nelle voci di costo del personale. Successivamente si è deciso di registrare un apposito accantonamento a specifico fondo. Questo in parte spiega la riduzione di



costo del personale tra il preventivo e il consuntivo 2014 ed il contestuale incremento della voce “11) Altri accantonamenti”.

Rimanendo sempre nell’ambito degli accantonamenti, ma con riferimento alla voce “10) Accantonamenti per rischi e oneri”, si segnala l’incremento nel corso del 2014 della quota di accantonamento da destinare a copertura dei rischi per danni professionali da colpa medica che, in assenza di specifica copertura assicurativa, sono stati commisurati al livello di sinistrosità storicamente rilevato.

Una menzione particolare merita la registrazione delle scorte finali che, considerato il valore notevole della variazione in incremento rilevata a fine esercizio (oltre 2 milioni di euro), verosimilmente risultano essere eccessivamente dimensionate rispetto alle reali consistenze. Ciò suggerisce la necessità di un’attenta verifica da svolgersi anche attraverso una rilevazione fisica di inventario nel corso dell’esercizio 2015.

In termini di costi totali della produzione, quindi, al netto di tale imprevedibile variazione delle rimanenze, i valori registrati a consuntivo sono praticamente sovrapponibili ai valori indicati in preventivo (-0.01%)

Con riguardo al risultato di esercizio, a consuntivo si è registrata una perdita inferiore a quella attesa di circa 2,7 milioni.

Tabella 21 Confronto Preventivo - Consuntivo 2014

| Conto economico | 2014 Preventivo | 2014 Consuntivo | Differenza |
|--|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| A) Valore della produzione | | | |
| 1) Ricavi per prestazioni | 200.722.018,67 | 197.142.754,48 | - 3.579.264,19 |
| di cui: - da fondo sanitario regionale | 199.038.693,89 | 195.584.398,66 | - 3.454.295,23 |
| - da altro | 1.683.324,78 | 1.558.355,82 | - 124.968,96 |
| 2) Incrementi di immobilizzazioni per lavori interni | | | - |
| 3) Altri ricavi e proventi: | 8.963.259,62 | 13.032.426,81 | 4.069.167,19 |
| con separata indicazione dei contributi in c\esercizio | 5.089.017,07 | 9.104.398,64 | 4.015.381,57 |
| Totale valore della produzione | 209.685.278,28 | 210.175.181,29 | 489.903,01 |
| B) Costi della produzione | | | |
| 4) Per beni di consumo | 27.456.101,67 | 28.201.784,09 | 745.682,42 |
| a) sanitari | 26.583.288,81 | 27.488.246,59 | 904.957,78 |
| b) non sanitari | 872.812,86 | 713.537,50 | - 159.275,36 |
| 5) Per servizi | 98.481.340,09 | 96.817.905,42 | - 1.663.434,67 |
| 6) Per godimento di beni di terzi | 2.055.834,48 | 2.358.740,28 | 302.905,80 |
| 7) Per il personale | 89.788.618,18 | 86.582.694,42 | - 3.205.923,76 |
| a) personale del ruolo sanitario | 73.759.238,68 | 71.368.273,99 | - 2.390.964,69 |
| b) personale del ruolo professionale | 296.849,76 | 222.516,80 | - 74.332,96 |
| c) personale del ruolo tecnico | 9.191.017,39 | 9.044.192,27 | - 146.825,12 |
| d) personale del ruolo amministrativo | 6.541.512,35 | 5.947.711,36 | - 593.800,99 |
| 8) Ammortamenti e svalutazioni | 4.570.850,31 | 4.708.799,52 | 137.949,21 |
| 9) Variazioni delle rimanenze | - 61.568,00 | - 2.082.485,02 | - 2.020.917,02 |
| a) sanitarie | - 55.518,00 | - 2.022.377,73 | - 1.966.859,73 |
| b) non sanitarie | - 6.050,00 | - 60.107,29 | - 54.057,29 |
| 10) Accantonamenti per rischi e oneri | 600.000,00 | 2.013.257,28 | 1.413.257,28 |
| 11) Altri accantonamenti | 106.589,44 | 2.260.686,03 | 2.154.096,59 |
| 12) Oneri diversi di gestione | 1.259.102,37 | 1.396.868,52 | 137.766,15 |



| | | | |
|--|-----------------|-----------------|----------------|
| Totale costi della produzione | 224.256.868,54 | 222.258.250,54 | - 1.998.618,00 |
| Differenza tra valore e costi di produzione (A-B) | - 14.571.590,26 | - 12.083.069,25 | 2.488.521,01 |
| C) Proventi e oneri finanziari | - 567.973,18 | - 424.668,27 | - 143.304,91 |
| D) Rettifiche di valore di attività finanziarie | - | - 3.303,50 | - 3.303,50 |
| E) Totale delle partite straordinarie (Proventi e Oneri) | - | - 1.696.811,11 | - 1.969.811,11 |
| Risultato prima delle imposte (A-B±C±D±E) | - 15.139.563,44 | - 14.207.852,13 | 931.711,31 |
| Totale delle imposte sul reddito dell'esercizio | 3.781.595,33 | 1.960.931,19 | - 1.820.664,14 |
| Utile (Perdita) dell'esercizio | - 18.921.158,78 | - 16.168.783,32 | 2.752.375,46 |

Rispetto all'esercizio precedente, il totale del valore della produzione si riduce di € 15.277.473,98. La causa fondamentale è da ricercare nella riduzione delle assegnazioni per il finanziamento della spesa di parte corrente che, nel 2014, hanno registrato un calo che sfiora i 17 milioni di euro. Tale decremento è solo apparentemente compensato da un aumento delle quote relative ai contributi a destinazione vincolata che, come già ricordato, sono in realtà da mettere in relazione ai maggiori costi sostenuti per i progetti specificamente finanziati. Da rilevare anche una contrazione dell'intramoenia.

Tabella 27: Valore della Produzione Anni 2013-2014

| VOCE MODELLO CE | | Consuntivo 2013 | Consuntivo 2014 | Differenza |
|-----------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| A.1) | Contributi in c/esercizio | 219.277.672,23 | 204.250.719,49 | -15.026.952,74 |
| A.2) | Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti | 0 | - | - |
| A.3) | Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti | 0 | - | - |
| A.4) | Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria | 1.725.897,41 | 1.569.233,47 | -156.663,94 |
| A.5) | Concorsi, recuperi e rimborsi | 403.111,32 | 302.952,79 | -100.158,53 |
| A.6) | Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) | 1.747.537,56 | 1.647.955,21 | -99.589,36 |
| A.7) | Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio | 2.054.450,58 | 2.084.692,14 | 30.241,56 |
| A.9) | Altri ricavi e proventi | 243.979,16 | 319.628,19 | 75.649,03 |
| Totale | | 225.452.648,26 | 210.175.181,29 | -15.277.473,98 |

Il Risultato di Esercizio

L'esercizio 2014 si è chiuso con una perdita lorda di - € 16.168.783,32 che al netto delle poste figurative di costo, ovvero delle sterilizzazioni (€ 2.084.692,14) e degli interessi di computo (€ 128.862,83), fa registrare una perdita netta di - € 13.415.813,11.

Tabella 22: Risultato d'Esercizio Anno 2014

| | 2014 |
|---------------------------------|--------------------------|
| RISULTATO DELL'ESERCIZIO | - € 13.415.813,11 |



5 Pari opportunità e bilancio di genere

Le pari opportunità rappresentano un tema importante nell'ottica dello sviluppo delle risorse umane, anche le amministrazioni pubbliche svolgono un ruolo propositivo e propulsivo ai fini della promozione ed attuazione concreta del principio delle pari opportunità e della valorizzazione delle differenze nelle politiche del personale, attraverso la rimozione di forme esplicite ed implicite di discriminazione, l'individuazione e la valorizzazione delle competenze delle lavoratrici e dei lavoratori.

L'ASL n° 7 con un totale di 1696 dipendenti a tempo indeterminato, ha 708 dipendenti uomini (il 43% del personale) e 990 dipendenti donne (il 57% del personale). La dirigenza è divisa in 183 (il 46% della dirigenza) donne e 187 uomini (il 54% della dirigenza), mentre il comparto è diviso in 807 (il 60% del comparto) donne e 521 uomini (il 40% del comparto). (Tabella 23 e Figura 2, Figura 3, Figura 4)

Tabella 23: Personale a tempo indeterminato Asl n°7 Carbonia

| Indicatori | Valore | Percentuale su totale dipendenti |
|--------------------------------------|--------|----------------------------------|
| N° Totale personale | 1693 | 100% |
| N° Totale personale dirigenza | 370 | 21,79% |
| N° Totale personale comparto | 1322 | 78,21% |
| N° Totale personale dirigenza donne | 183 | 10,80% |
| N° Totale personale dirigenza uomini | 187 | 11,04% |
| N° Totale personale comparto donne | 805 | 47,55% |
| N° Totale personale comparto uomini | 518 | 30,60% |

Figura 2: Personale dipendente per genere

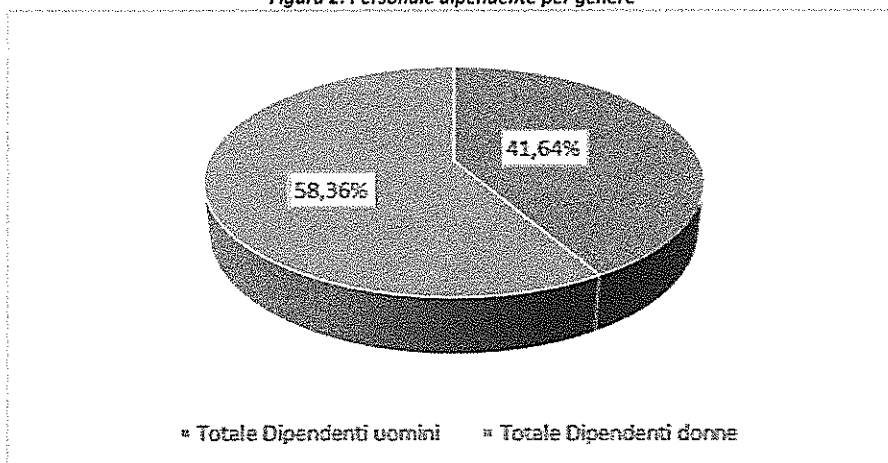


Figura 3: Personale dirigenza diviso per uomini e donne

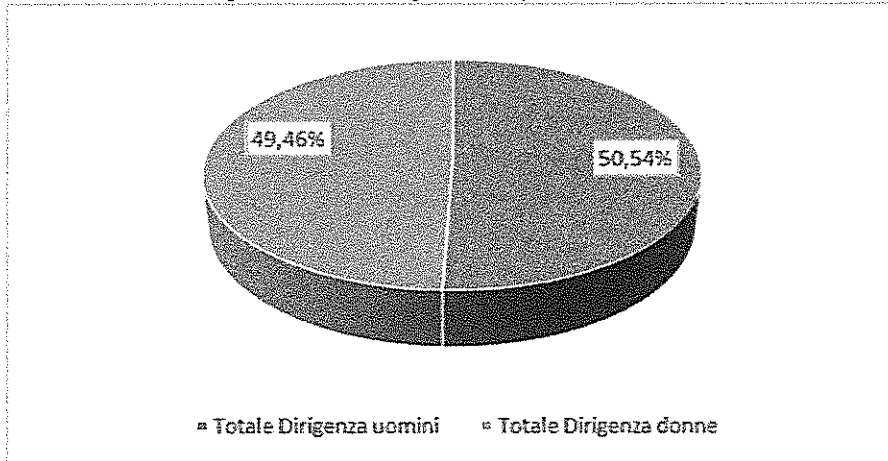
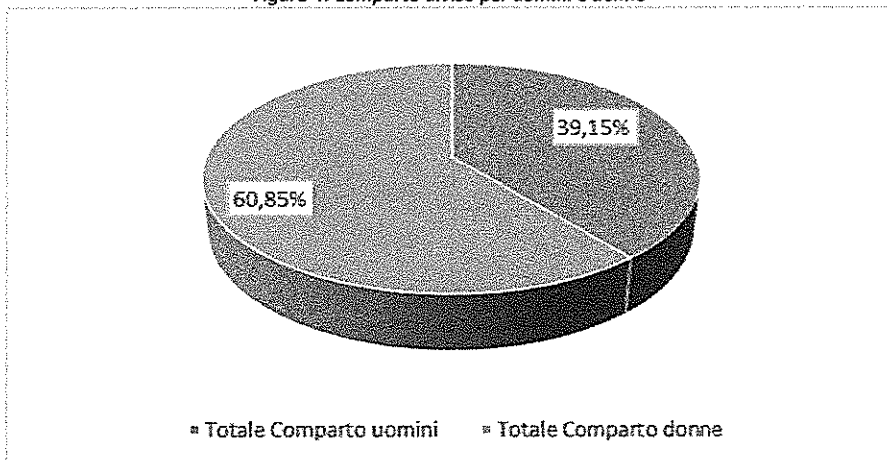


Figura 4: Comparto diviso per uomini e donne





6 Il processo di redazione della Relazione sulla Performance

6.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano.

Il processo di redazione del Piano della performance si inserisce nell'ambito del più ampio processo di pianificazione strategica e programmazione dell'Azienda. Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti nel Piano Sanitario Regionale.

La Direzione Generale, in armonia con gli atti di programmazione sanitaria regionale ed in relazione alle proprie strategie, definisce il Piano della Performance, integrato ed aggiornato annualmente.

Le strategie (Aree strategiche) sono quindi declinate in obiettivi strategici e obiettivi operativi. Tali obiettivi, e i relativi indicatori e standard, vengono assegnati attraverso un processo di negoziazione con i Dirigenti responsabili di Unità Operative.

La verifica e la misurazione definitiva dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi sia strategici che operativi è avvenuta a Marzo 2015 a cura dell'unità operativa Programmazione e Controllo.

Il processo di valutazione individuale da parte del responsabile di struttura, comprendente anche la misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi individuali, non è stato concluso nell'anno 2015 a causa di diversi fattori concomitanti che hanno condotto ad una gestione amministrativa di tipo straordinario tra cui:

- il commissariamento straordinario, a partire da dicembre 2014, con mandati a brevissimo termine ripetutamente prorogati;
- il termine del mandato del nucleo di valutazione, a dicembre 2014;
- la necessità di far convergere tutte le risorse dello staff di Direzione Generale nel supporto al importante processo di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari in corso;

Nonostante la presenza di tali criticità questa fase del ciclo della performance è stata avviata nel 2016, e si prevede il suo completamento entro il mese di agosto 2016.

La stessa unità operativa Programmazione e Controllo ha provveduto poi alla redazione del presente documento con il coinvolgimento delle diverse aree interessate.

Di seguito è rappresentato in tabella il processo di redazione con l'indicazione, per ogni fase, dei soggetti dei tempi e delle responsabilità.

Tabella 24: Processo di redazione della Relazione sulla Performance

| Fasi | Attori coinvolti e responsabili della fase | Tempi |
|---|---|---------------|
| Misurazione degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi assegnati ai responsabili di Unità Operativa Complessa e Semplice a Valenza Dipartimentale | U.O. Programmazione e Controllo | Marzo 2015 |
| Misurazione degli obiettivi assegnati al personale in servizio presso ogni Unità Operativa Complessa e Semplice a Valenza Dipartimentale | Responsabili di Unità Operativa Complessa e Semplice a Valenza Dipartimentale | Agosto 2016 |
| Consuntivo al Bilancio 2014 | U.O. Contabilità e Bilancio | Dicembre 2015 |
| Redazione della Relazione sulla Performance | U.O. Programmazione e Controllo | Agosto 2016 |

6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance

Occorre precisare che il presente documento viene redatto in una fase avanzata del percorso normativo regionale iniziato con la Legge Regionale n. 23 del 17.11.2014 e proseguito con la Legge Regionale n. 36 del 28/12/2015 e, da ultimo con la legge Regionale n.8 del 27/07/2016, che ha posto le basi e portato avanti un ampio processo di riordino e di riforma del sistema sanitario regionale, le cui linee generali mirano all'adeguamento dell'assetto istituzionale ed organizzativo del servizio sanitario regionale attraverso l'istituzione di una Azienda per la Tutela della Salute (ATS).

Ciò è di fondamentale importanza perché la straordinarietà dell'attuale fase della vita aziendale (e dell'intero Sistema Sanitario Regionale), caratterizzata da una gestione commissariale (dalla fine del 2014 a tutt'oggi) è un elemento imprescindibile per consentire una migliore lettura del grado di sviluppo del ciclo di gestione della performance.

In tal senso pare opportuno anticipare immediatamente che, l'orizzonte temporale limitato, le continue proroghe ed il mandato definito tipici dell'istituto del commissariamento, possono rappresentare di per se elementi di pesante stravolgimento e condizionamento dell'intero sistema di gestione della performance.

Una delle maggiori difficoltà che hanno riguardato il regolare svolgimento del ciclo delle performance, infatti, è rappresentata dalla discontinuità ed incompletezza delle varie fasi.

Le comprensibili turbolenze introdotte dalla riforma e dalla conseguente gestione commissariale hanno impattato pesantemente (e non poteva accadere diversamente) sulla gestione dell'intero ciclo della performance, producendo come macroscopico effetto una dilatazione della tempistica di definizione ed assegnazione degli obiettivi, che è stata tale da limitare la validità temporale del processo, con possibili ripercussioni circa le stessa capacità di definire e raggiungere i necessari target di miglioramento. Queste considerazioni, specie per il 2014 e a differenza del 2015, non hanno riguardato la fase della programmazione quanto, piuttosto, quella successiva della verifica e della rendicontazione.

Il Piano della Performance

Il documento, se da una parte è concettualmente in larga parte sovrapponibile alla struttura dei modelli di programmazione definiti in ambito regionale, d'altra parte soffre di sensibili disallineamenti di ordine pragmatico (in particolare per quanto riguarda la tempistica e i differenti modelli di rappresentazione) e, per certi versi, risente di notevoli duplicazioni.

Per tale motivo l'azienda ha provveduto ad una stesura del Piano della Performance per gli anni 2014/2015/2016, ma particolarmente difficoltosa si è rivelata l'attività di aggiornamento per via della stretta concomitanza con altre scadenze istituzionali (approvazione della programmazione aziendale) e legate ai processi interni (chiusura dei monitoraggi di fine anno, avvio dei budget in particolare). Ciò nonostante si ritiene che il Piano della performance, se adeguatamente coordinato con gli altri strumenti vigenti, rappresenti un utile mezzo per migliorare la coerenza con le linee generali del documento di programmazione e assicurare un maggiore livello partecipativo e di integrazione dei diversi ambiti dell'azienda, garantendo una coerente traduzione operativa della pianificazione strategica.



Il Sistema misurazione e valutazione delle performance e il processo di budgeting

Il Sistema di valutazione del personale dipendente è stato innovato nel 2012 secondo le disposizioni contenute nel D.Lgs. n. 150/2009. Rispetto al precedente sistema di valutazione, legato essenzialmente al grado di raggiungimento degli obiettivi di struttura, il nuovo sistema copre sia l'area dei risultati che quella dei comportamenti e riguarda sia la performance organizzativa delle strutture che la performance individuale di tutti i dirigenti e di tutto il personale non dirigenziale. Il processo di budgeting, già esistente, è diventato perciò uno degli elementi su cui ancorare la valutazione.

L'esito finale del monitoraggio ha posto in luce le maggiori criticità del sistema che sono rappresentate, da una parte, dalla relativa autoreferenzialità di proposizione e rendicontazione degli obiettivi e, dall'altra parte, dalla parziale disarticolazione della programmazione operativa rispetto alle strategie aziendali. Da questo punto di vista l'utilizzo di uno strumento quale quello dell'albero della performance rappresenta un utile mezzo di garanzia della coerenza complessiva. Indubbiamente ancora da migliorare è il collegamento con il sistema della gestione delle risorse economiche e del bilancio.

Da sottolineare, anche, un tendenziale appiattimento verso l'alto sia delle performance organizzative che individuali che suggeriscono la necessità di introdurre nel sistema un valido metodo di misura della capacità di differenziazione delle valutazioni quale elemento per la performance dei valutatori.

Relazione sulla performance

Questa che rappresenta la seconda edizione volontaria della relazione della performance soffre indubbiamente delle criticità complessive del sistema che come detto non risulta essere ancora perfettamente allineato. Ciò nonostante si ritiene che tale tipo di rendicontazione possa essere un utile strumento di feedback positivo verso il miglioramento complessivo dell'intero sistema

