



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

Piano della Performance  
Anni 2014-2015-2016

Allegato A) alla deliberazione del Commissario Straordinario n \_\_\_\_\_, del \_\_\_\_\_



## INDICE

<b>1</b>	<b>Premessa .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Presentazione .....</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri Stakeholder esterni.....</b>	<b>8</b>
3.1	<i>Chi siamo .....</i>	8
3.2	<i>Cosa facciamo .....</i>	8
3.3	<i>Come operiamo.....</i>	9
<b>4</b>	<b>Identità .....</b>	<b>10</b>
4.1	<i>L'amministrazione in cifre: Le risorse professionali.....</i>	10
4.2	<i>L'amministrazione in cifre: I Principali dati economici .....</i>	12
4.2.1	<i>Il risultato di esercizio.....</i>	12
4.2.2	<i>I costi della produzione.....</i>	12
4.3	<i>Mandato istituzionale e missione .....</i>	14
<b>5</b>	<b>Analisi del contesto.....</b>	<b>15</b>
5.1	<i>Analisi del contesto esterno.....</i>	15
5.2	<i>Analisi del contesto interno .....</i>	15
5.2.1	<i>Alcuni dati di sintesi sulle attività dei Servizi dell'Area dell'Assistenza Sanitaria di prevenzione .....</i>	17
5.2.2	<i>Alcuni dati di sintesi sulle attività dell'Assistenza Domiciliare Integrata.....</i>	26
5.2.3	<i>Sintesi attività rivolte ai pazienti sofferenti mentali e affetti da dipendenza patologica .....</i>	26
5.2.4	<i>Sintesi sull'attività di specialistica ambulatoriale prestata dai centri pubblici e privati convenzionati della Provincia .....</i>	27
5.2.5	<i>Sintesi dell'attività di assistenza ospedaliera.....</i>	28
<b>6</b>	<b>Albero della Performance.....</b>	<b>30</b>
<b>7</b>	<b>Obiettivi Strategici 2014.....</b>	<b>32</b>
7.1	<i>Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi 2014 .....</i>	33
7.1.1	<i>Obiettivi Area Strategica Appropriatezza (Area Obiettivi Assistenziali dei Documenti di Programmazione 2014/2015/2016.....</i>	33



7.1.2	<i>Obiettivi Area Strategica Efficienza Organizzativa e Area Strategica Produzione e Gestione (Area Obiettivi Organizzativi e Economico-Gestionali dei Documenti di Programmazione 2014/2015/2016)</i> .....	34
7.1.3	<i>Obiettivi Area Strategica Qualità dei Servizi (Area Obiettivi Assistenziali, Organizzativi e Economico-Gestionali dei Documenti di Programmazione 2014/2015/2016)</i> .....	36
<b>8</b>	<b>Obiettivi strategici 2015-2016</b> .....	<b>37</b>
<b>8.1</b>	<b>Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi</b> .....	<b>40</b>
8.1.1	<i>Obiettivi Area Organizzativa</i> .....	41
8.1.2	<i>Obiettivi Area Assistenziale</i> .....	44
8.1.2.1	Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale nell'anziano .....	44
8.1.2.2	<i>Sviluppare l'ADI a favore degli anziani non autosufficienti</i> .....	45
8.1.2.3	Ridurre il tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) .....	45
8.1.2.4	Efficacia assistenziale nella cura delle patologie croniche .....	45
8.1.2.5	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale (Day Hospital medici con finalità diagnostica).....	46
8.1.2.6	Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per ricoveri evitabili (Ricoveri ordinari medici brevi da 0 a 2 giorni) .....	47
8.1.2.7	Migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziali (DRG chirurgici a rischio di inappropriata erogati in regime Day Surgery) .....	47
8.1.2.8	Evitare i ricoveri ripetuti 30gg per Categoria Diagnostica Principale.....	47
8.1.2.9	Riepilogo obiettivi Assistenziali .....	48
8.1.3	<i>Obiettivi Area Qualitativa</i> .....	49
8.1.3.1	Governo Clinico .....	49
8.1.3.2	Potenziamento Sistema Informativo.....	50
8.1.3.3	Programmazione e governo dei processi di gestione e delle tecnologie sanitarie HTA	50
8.1.3.4	Programma di verifiche della qualità e dell'appropriatezza delle attività erogate presso i centri residenziali e semiresidenziali .....	50
8.1.4	<i>Obiettivi Area Economica</i> .....	51
8.1.4.1	Riorganizzazione del sistema ospedaliero aziendale. <b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>	
8.1.4.2	Disposizioni in materia di contenimento della spesa per il personale.....	53
8.1.4.3	Spesa farmaceutica. ....	53



8.1.5	<i>Obiettivi Area Trasparenza e anti-corruzione .....</i>	<i>56</i>
<b>9</b>	<b>Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione della performance .....</b>	<b>58</b>
9.1	<i>Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano.....</i>	<i>58</i>
9.2	<i>Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio .....</i>	<i>59</i>
9.3	<i>Coordinamento tra Piano triennale per la prevenzione della corruzione (PTPC) e Piano della Performance.....</i>	<i>60</i>
9.4	<i>Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance .....</i>	<i>60</i>



## 1 Premessa

La Legge Regionale 21.07.2006 n. 10, ed in particolare gli articoli 13 e 27.2, prevedono che le Aziende Sanitarie predispongano il programma sanitario triennale ed annuale ed il bilancio di previsione annuale e pluriennale, che contengono la definizione delle strategie, degli obiettivi di assistenza sanitaria e socio-sanitaria e dei correlati mezzi per conseguirli.

Questa Azienda, per gli anni 2014, 2015, 2016, ha provveduto agli adempimenti su richiamati in tema di programmazione, con le proprie deliberazioni n. 238 del 18/02/2014, n. 1852 del 13/11/2014 e n. 1939/C del 23/12/2015, così come integrate ed aggiornate con deliberazioni n. 281/C del 29/02/2016 e n. 727/C del 16/05/2016. Conseguentemente, all'interno del percorso di budgeting ed in coerenza con gli obiettivi strategici e le risorse individuati nelle programmazioni di cui alle citate deliberazioni, sono stati definiti ed assegnati gli obiettivi per le Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali (deliberazioni n. 1312 del 13/08/2014, n. 14/84 del 22/09/2014 e n. 1936 del 21/12/2015 e n.981/C del 28/06/2016).

Successivamente alla citata Legge Regionale n.10/2006, il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (art. 10) ha stabilito che le Amministrazioni Pubbliche redigono un documento programmatico triennale, denominato Piano della Performance, da adottare in coerenza con i contenuti ed il ciclo di programmazione finanziaria e di bilancio. Il suddetto Piano della Performance, similmente alla programmazione già adottata con i provvedimenti aziendali richiamati, individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione.

È di tutta evidenza, quindi, che entrambi gli impianti documentali (programmazione sanitaria ed economico finanziaria più obiettivi di budget, da una parte, e Piano della Performance, dall'altra) vertono sugli stessi argomenti: individuazione degli indirizzi strategici aziendali e delle correlate risorse e definizione coerente degli obiettivi operativi.

Tuttavia, stante l'attuale quadro normativo nazionale e regionale, non appare come un esercizio privo di benefici sostanziali il provvedere ad un'armonizzazione ed integrazione del quadro programmatorio e previsionale aziendale, anche in ragione del valore comunicativo nei confronti di tutti gli stakeholder e del ruolo propedeutico e di collegamento con il sistema premiante assegnato dal d.lgs. 150/2009 al documento denominato "Piano della Performance".

Nel fare ciò, però, va adeguatamente considerato che l'ampio processo di riordino del sistema sanitario regionale di cui alle Leggi Regionali n. 23 del 17.11.2014 (che ha disposto il commissariamento straordinario delle attuali aziende sanitarie) e n. 36 del 28/12/2015 (che ha previsto l'istituzione di un'unica ASL a partire dal 1 luglio 2016) suggerisce l'opportunità di provvedere all'aggiornamento solo sino all'anno 2016, e questo anche in coerenza con le stesse indicazioni regionali emanate in merito alla predisposizione dei già citati documenti di programmazione (d.G.R. 34/23 del 07/07/2015).



## 2 Presentazione

Il presente Piano è uno strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance, previsto dal Decreto Legislativo 27 Ottobre 2009, n. 150 (cd. Decreto Ministro Brunetta), per la cui redazione si fa riferimento alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti della Commissione per la Valutazione, la trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) con la delibera n.112/2010 del 28 ottobre 2010.

Il Piano della Performance (art. 10 c. 1 lett. a D.Lgs 27 ottobre 2009 n. 150) è il documento programmatico attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi (target di riferimento), delle varie articolazioni organizzative dell'Azienda Sanitaria Locale n. 7 di Carbonia.

Il presente Piano 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.

Il Piano delle Performance si configura come documento programmatico a valenza pluriennale, di collegamento della pianificazione strategica con la programmazione operativa, declinato annualmente ai fini della coerenza ed integrazione tra indirizzi strategico istituzionali (obiettivi di interesse regionale), obiettivi aziendali e livello esecutivo per l'attuazione delle priorità.

Con il presente documento, quindi, s'intende offrire alla lettura una ricostruzione completa sotto il profilo logico motivazionale del quadro strategico di riferimento che sta alla base degli obiettivi di performance assegnati e perseguiti nel periodo in questione, rinviando per il dettaglio degli stessi alle già richiamate deliberazioni (n. 1312 del 13/08/2014, n. 14/84 del 22/09/2014 e n. 1936 del 21/12/2015 e 981/C del 28/06/2016).



## **3 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri Stakeholder esterni**

### **3.1 Chi siamo**

L'Azienda Sanitaria Locale n. 7 di Carbonia è stata istituita il 01.10.1995 come risultato delle fusione 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 (art. 2 L.R. 10/2006).

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 79.684 abitanti distribuiti su una superficie di 895,31 Km<sup>2</sup> (densità media 88 abitanti per Km<sup>2</sup>).

Il Distretto Sanitario di Iglesias conta 7 comuni con una popolazione complessiva di 48.274 abitanti distribuiti su una superficie di 604,36 Km<sup>2</sup> (densità media 81 abitanti per Km<sup>2</sup>).

### **3.2 Cosa facciamo**

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.





### **3.3 Come operiamo**

Il sistema organizzativo aziendale è basato sulla identificazione e distinzione di macro-funzioni.

Oltre le funzioni di governo rappresentate dall'insieme delle attività finalizzate alla pianificazione, alla programmazione e al controllo strategico, esercitate dalla Direzione Generale con il supporto dei Servizi di staff sono definite:

- funzioni di tutela, che traggono mandato dalle istanze e dai fabbisogni della comunità locale;
- funzioni di produzione, legate alla produzione di servizi e di prestazioni dirette agli utenti.

Le funzioni di tutela rappresentano l'insieme delle attività finalizzate ad assicurare la tutela della salute dei cittadini, affidate alle Strutture sanitarie e socio-sanitarie che agiscono negli ambiti territoriali a loro assegnati.

Le funzioni di produzione rappresentano l'insieme delle attività finalizzate all'erogazione diretta di servizi sanitari e socio-sanitari, in ambito ospedaliero e territoriale, di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, anche attraverso attività svolte in regime di libera professione intramuraria.

Le Strutture organizzative deputate allo svolgimento delle funzioni di tutela e di produzione sono supportate, per le attività di governo e di gestione, dai Servizi tecnico-amministrativi e da funzioni di staff.

La Direzione aziendale persegue l'integrazione tra governo clinico ed economico, con l'obiettivo di pianificare e controllare azioni che vedano interessate le componenti sanitarie e tecnico amministrative.

L'Azienda Sanitaria adotta i principi e gli strumenti del governo clinico ed economico come elementi strategici del proprio modello organizzativo, con l'impegno al miglioramento continuo della qualità ed economicità dei servizi e alla salvaguardia degli standard sanitari e socio-sanitari, cercando continuamente un ambiente in cui possa svilupparsi il miglioramento della pratica clinica, dell'assistenza sanitaria e della gestione delle risorse economico-finanziarie.

L'Azienda si impegna a presidiare la compatibilità tra i livelli di assistenza e l'allocazione delle risorse, attraverso l'elaborazione e il controllo dei piani annuali e pluriennali di attività, in concertazione con le strutture organizzative deputate alla produzione delle prestazioni e dei servizi.

L'Azienda inoltre promuove azioni controllate per diffondere i dati economico-finanziari all'interno e all'esterno della propria organizzazione, al fine di favorire una maggiore consapevolezza dei risvolti economici e una coscienza del dato quale fattore determinante di orientamento e di economia aziendale.



## 4 Identità

### 4.1 L'amministrazione in cifre: Le risorse professionali

Si riporta di seguito la consistenza del personale dipendente a tempo indeterminato, espresso in termini di unità e distinto per ruolo, aggiornato al 2015 (Tabella 1).

Tabella 1: Personale dipendente tempo indeterminato

Indicatori	Valore
Personale del ruolo sanitario	1227
Personale del ruolo professionale	2
Personale del ruolo tecnico	281
Personale del ruolo amministrativo	186
N° Totale personale	1696

Il numero totale dei dipendenti a tempo determinato della ASL n° 7 di Carbonia si compone di 97 unità a tempo determinato e 29 lavoratori con contratto di somministrazione (ex interinale) (Tabella 2).

Tabella 2: Personale dipendente a tempo determinato

Ruolo professionale	Tempo determinato	Contratti di somministrazione (ex interinale)
ruolo sanitario	90	9
ruolo professionale	0	0
ruolo tecnico	7	0
ruolo amministrativo	0	20
totale	97	29

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 31/12/2015.

La tabella sottostante analizza nello specifico alcuni caratteri qualitativi e quantitativi aziendali. L'età media del personale è pari a 48 anni, mentre l'età media dei dirigenti è pari a 52.

Il tasso di crescita delle unità del personale nel corso dell'anno 2015 è stato pari a 1,59 e la % di dipendenti in possesso di laurea è pari al 25,04 % (uno su quattro). Il tasso di compensazione del turnover del personale è pari al 97% % (Tabella 3).

**Tabella 3: Dati caratteri qualitativi**

Indicatori	Valore
Età media del personale (anni)	48
Età media dei dirigenti (anni)	52
Tasso di crescita unità di personale	1,59
% di dipendenti in possesso di laurea	25,05%
% di dirigenti in possesso di laurea	100%
Tasso di compensazione del Turnover del personale	97%

La tabella sottostante analizza il benessere organizzativo. Il tasso di richieste di trasferimento è 0,47%, pari al 0,70 %, mentre la % di personale assunto a tempo indeterminato è pari a 94,59 %. Nel corso dell'anno 2013, non si è verificato nessun caso di dimissioni premature (Tabella 4).

**Tabella 4: Analisi Benessere organizzativo.**

Indicatori	Valore
Tasso di dimissioni premature	0,47 %
Tasso di richieste di trasferimento	0,70 %
% di personale assunto a tempo indeterminato	94,59 %

La tabella seguente analizza alcuni dati riguardo il genere femminile. La percentuale di dirigenti donna è pari al 54,04 %, mentre la percentuale di donne rispetto al totale del personale è di 59,89 %, la percentuale di donne assunte a tempo indeterminato è pari al 58,60 %. L'età media dei dirigenti donna è pari a 49 anni, mentre per quanto riguarda il personale del comparto è uguale a 50 anni (Tabella 5).

**Tabella 5: Analisi di genere**

Indicatori	Valore
% di dirigenti donne	54,04 %
% di donne rispetto al totale del personale	59,89 %
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	58,60 %
Età media del personale femminile (personale dirigente)	49
Età media del personale femminile (personale comparto)	50
% di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile	22,83%



## 4.2 L'amministrazione in cifre: I Principali dati economici

### 4.2.1 Il risultato di esercizio

Anno	2014
RISULTATO DELL'ESERCIZIO	- € 16.168.783,33

L'esercizio 2014 ha chiuso con una perdita lorda di - € 16.168.783,33 che al netto delle poste figurative di costo, ovvero delle sterilizzazioni (€ 2.153.289,07) e degli interessi di computo (€ 128.862,83), ha fatto registrare una perdita netta di - € 13.484.410,04.

Il motivo principale di tale risultato è da ricercare nella riduzione delle assegnazioni finanziarie riconosciute.

Il totale delle risorse trasferite per il finanziamento della spesa di parte corrente, nel 2014, ha di fatto registrato un calo rispetto all'anno precedente che sfiora i 17 milioni di euro.

### 4.2.2 I costi della produzione

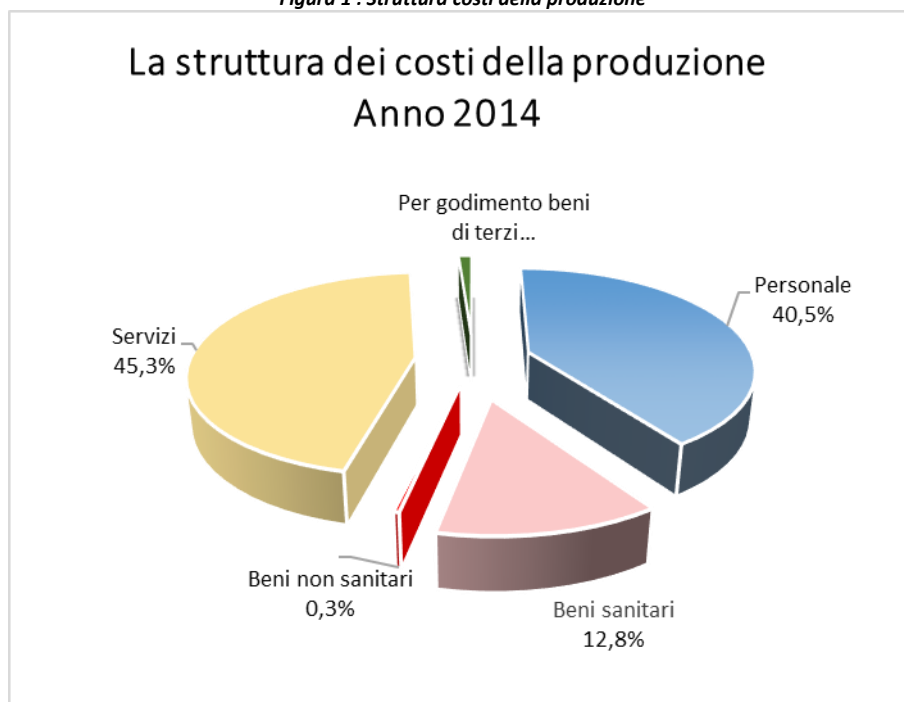
In termini complessivi, i costi della produzione, nel corso dell'anno 2014 sono in riduzione rispetto all'anno 2013. La riduzione è riconducibile in parte ad incremento del valore delle rimanenze finali di beni rispetto all'anno precedente (variazione pari a- € 2.199.385,56), alla riduzione del costo per acquisto di servizi (- € 1.768.565,55), compensata, da un aumento dell'acquisto di beni (+ € 1.241.726,18) e da un aumento degli accantonamenti dell'esercizio (+ 1.774.862,67).

La differenza tra i costi della produzione del 2014 rispetto all'anno precedente è di circa - € 1.738.000 (Tabella 6).

**Tabella 6 : Costi della Produzione**

VOCE MODELLO CE	Consuntivo 2013	Consuntivo 2014	Differenza
Acquisti di beni	€ 26.960.057,91	€ 28.201.784,09	€ 1.241.726,18
Acquisti di servizi	€ 93.629.535,65	€ 91.860.969,10	-€ 1.768.566,55
Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	€ 4.797.332,54	€ 4.368.317,84	-€ 429.014,70
Godimento di beni di terzi	€ 2.202.204,05	€ 2.351.546,95	€ 149.342,90
Personale del ruolo sanitario	€ 71.843.242,88	€ 71.368.273,99	-€ 474.968,89
Personale del ruolo professionale	€ 288.696,21	€ 222.516,80	-€ 66.179,41
Personale del ruolo tecnico	€ 8.938.935,91	€ 9.044.192,27	€ 105.256,36
Personale del ruolo amministrativo	€ 6.308.105,59	€ 5.947.711,36	-€ 360.394,23
Oneri diversi di gestione	€ 1.596.835,28	€ 1.987.137,04	€ 390.301,76
Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	€ 4.790.227,13	€ 4.689.492,01	-€ 100.735,12
Variazione delle rimanenze	€ 116.900,54	-€ 2.082.485,02	-€ 2.199.385,56
Accantonamenti dell'esercizio	€ 2.476.535,26	€ 4.251.397,93	€ 1.774.862,67
<b>Totale</b>	<b>€ 223.948.608,95</b>	<b>€ 222.210.854,36</b>	<b>-€ 1.737.754,59</b>

Figura 1 : Struttura costi della produzione



L'82% del Costo del Personale è riferito al personale del ruolo sanitario.

Tra i **Beni Sanitari** i costi che gravano maggiormente si riferiscono a:

- 50,82 % prodotti farmaceutici ed emoderivati;
- 17,07% presidi chirurgici e materiale sanitario ;
- 14,15% materiali diagnostici e prodotti chimici ;
- 6,23 % materiali protesici;
- 1,73 % altri beni sanitari

Tra i **Servizi Sanitari** la maggior incidenza è rappresentata da:

- 31,11 % Acquisti servizi sanitari per farmaceutica;
- 23,14 % Acquisti servizi sanitari per la medicina di base;
- 11,85 % Acquisto prestazioni Socio-sanitarie a rilevanza sanitaria
- 8,90 % Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale;

All'interno dei Servizi non sanitari la maggiore voce di costo è rappresentata da:

- 17 % per lavanderia e lavoio;
- 18 % per servizi di vigilanza;



### **4.3 Mandato istituzionale e missione**

L'Azienda Sanitaria di Carbonia concorre alla realizzazione della missione del servizio Sanitario Nazionale e della Sanità Regionale contribuendo ad assicurare la tutela e la promozione del benessere degli individui e della collettività mediante la soddisfazione dei bisogni sanitari e socio sanitari nel territorio.

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.

I principi guida ai quali l'Azienda sanitaria si ispira sono:

- Il rispetto della dignità umana, l'equità e l'etica professionale;
- La centralità della persona, intesa come soggetto autonomo e responsabile;
- La qualità e l'appropriatezza clinico-assistenziale ed il coinvolgimento e la qualificazione delle risorse professionali;

I "valori di riferimento" che l'Azienda sanitaria assume per il perseguimento della propria missione sono:

- Equità ed imparzialità nell'accesso all'assistenza e nella erogazione delle prestazioni e dei servizi;
- Qualità e appropriatezza dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria;
- Soddisfazione dell'utenza;
- Coinvolgimento degli operatori nei processi e nelle decisioni aziendali;
- Razionale ed economico utilizzo delle risorse professionali, tecnologiche, impiantistiche ed economico-finanziarie;
- Chiarezza e visibilità degli impegni assunti nei confronti del cittadino;



## 5 Analisi del contesto

### 5.1 *Analisi del contesto esterno*

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, 127.857 abitanti (il 7,7 % della popolazione sarda) e si estende per 1.499,67 Km<sup>2</sup> (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 Km<sup>2</sup> (densità media 88 abitanti per Km<sup>2</sup>).

Il Distretto Sanitario di Iglesias conta 7 comuni con una popolazione complessiva di 48.118 abitanti distribuiti su una superficie di 604,36 Km<sup>2</sup> (densità media 81 abitanti per Km<sup>2</sup>).

Il 44% circa della popolazione vive nei Comuni di Carbonia (29.007 abitanti) e Iglesias (27.332 abitanti). Oltre questi il solo comune che supera i 10.000 abitanti è quello di Sant'Antioco (11.389).

Nel totale la popolazione della Asl n. 7 è diminuita passando dalle 128.551 unità al 1 Gennaio 2014 a 127.857 del 1 Gennaio 2015. Pertanto si è registrato un saldo naturale negativo per 694 unità.

Lo scenario epidemiologico che è andato a delinearsi negli ultimi anni nel territorio della Asl n. 7 è 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.

### 5.2 *Analisi del contesto interno*

L'Azienda Sanitaria Locale n. 7 garantisce lo svolgimento dei suoi compiti istituzionali attraverso la propria struttura organizzativa definita nell'Atto Aziendale adottato con provvedimento deliberativo n. 1031 del 9/10/2007.

All'interno dell'organizzazione aziendale sono state individuate due tipologie di dipartimenti: strutturali e funzionali.

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 ed amministrativa. I dipartimenti strutturali sono distinti in:

- Ospedalieri (area medica, area chirurgica e area dei servizi);
- Territoriali (dipartimento di prevenzione);
- Ospedale\territorio (salute mentale);



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. Operano con l'obiettivo del miglioramento della qualità del processo sanitario, socio-sanitario e tecnico-amministrativo, assicurando la continuità diagnostica, terapeutica e riabilitativa per la componente sanitaria e tecnico-amministrativa per l'area dei servizi di competenza.

I dipartimenti funzionali istituiti sono distinti in ospedale\territorio (emergenza - urgenza, materno infantile) e dipartimento amministrativo.

La configurazione organizzativa della Asl n. 7 prevede le seguenti strutture:

- Distretto di Carbonia;
- Distretto di Iglesias;
- Presidio Ospedaliero Sirai di Carbonia;
- Presidio Ospedaliero Santa Barbara di Iglesias;
- Presidio Ospedaliero C.T.O. di Iglesias;
- Dipartimenti ospedalieri e territoriali;

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 7)

**Tabella 7: Posti letto per Presidio**

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
<b>TOTALE ASL7</b>	<b>261</b>	<b>62</b>

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 102 medici di medicina generale, 14 medici pediatri di libera scelta, 67 medici di C.A. a tempo indeterminato, 33 medici di C.A. a tempo determinato. Le ore totali erogate dai MCA sono pari a 142.150.





**Tabella 8: Dati riepilogativi offerta rete distrettuale**

Voce	N°
Medici di medicina generale	102
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

### 5.2.1 Alcuni dati di sintesi sulle attività dei Servizi dell'Area dell'Assistenza Sanitaria di prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione rappresenta una struttura organizzativa dell'Azienda che controlla la salute collettiva del cittadino e garantisce forme di tutela sanitaria, sviluppando azioni rivolte alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie e delle disabilità e al miglioramento della qualità della vita destinando adeguate risorse per individuare e ridurre/eliminare i rischi legati alla nocività e malattie di origine ambientale, umana ed animale, anche attraverso azioni coordinate ed integrate con i Distretti socio-sanitari presenti sul territorio. In seguito si riporta una sintesi dell'attività svolta.

#### Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Si riporta di seguito la sintesi delle attività svolte dal Servizio nell'anno 2014 (Tabella 9).

**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
<b>Sorveglianza sanitaria:</b>	
Studio Passi (n. soggetti coinvolti)	480
Prevenzione ludopatie	156
Tatuatori estetisti	10
Controllo legionella:	
Numero strutture	120
Numero campionamenti effettuati	530
<b>Screening Oncologici</b>	
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
<b>Attività di prevenzione TBC:</b>	
N. notifiche	7
N. tine test e test Mantoux	50
N. indagini epidemiologiche	9
Disinfestazioni e derattizzazioni:	
N. sopralluoghi	85
N. pareri	85
<b>Commissioni medico legali:</b>	
Invalità 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.

### **Medicina Legale**

Il servizio ha svolto la propria attività eseguendo un totale di 4.288 visite di cui:

- 2.948 visite agonistiche in regime LEA;
- 62 visite agonistiche non rientranti in regime LEA;
- 1278 visite non agonistiche non rientranti in regime LEA, delle quali 138 Watt Test;
- 100 visite su portatori di handicap
- 85 visite con prescrizione di attività fisica controllata, su pazienti portatori di patologie cronico-degenerative (ipertensione arteriosa, diabete mellito, diabete tipo II);

Il servizio ha, inoltre, misurato la soddisfazione dell'utenza attraverso la somministrazione di 1.150 questionari di gradimento, registrando una percentuale di gradimento del 90%.

### **Igiene degli Alimenti e della Nutrizione**

Il ruolo del servizio, anche in collaborazione con altri Servizi dipartimentali, è quello di tutelare la salute della popolazione attraverso la prevenzione dei rischi legati all'assunzione di alimenti di origine vegetale. Il servizio si articola, in due aree funzionali:

- L'area di "Igiene degli alimenti e delle bevande", con la funzione di pianificare ed eseguire i controlli ufficiali mediante, controllo e valutazione sulla potabilità acqua, gestione sistema di allerta sanitari per alimenti destinati al consumo umano, gestione degli esposti relativi all'igiene e salubrità degli alimenti; controllo nei luoghi di utilizzo e vendita di prodotti fitosanitari, gestione dell'Ispettorato Micologico.
- L'area di "Igiene della Nutrizione", che ha come fine ultimo quello di promuovere l'uso di corretti stili di vita attraverso azioni di promozione di un'alimentazione sana e sicura mediante: sorveglianza nutrizionale, valutazione e controllo delle tabelle dietetiche, consulenza sui capitolati per i servizi di ristorazione, diffusione delle conoscenze di stili alimentari corretti nella popolazione generale e per gruppi di popolazione (genitori, insegnanti, infanzia ed età evolutiva).

Nella tabella sottostante (Tabella 10) è riportata l'attività del servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione nell'anno 2014.

**Tabella 10: Attività Servizio Igiene degli alimenti e della nutrizione**

Attività	Anno 2014
Controlli effettuati sul rispetto dei requisiti delle acque potabili	759
Controlli su attività alimentari non servite da acquedotto	18
Controlli sui centri di cottura e sui refettori	60
Controlli sulle attività di detenzione e di commercializzazione dei prodotti fitosanitari	18
Progetto "OKKIO alla salute"	N°12 incontri complessivi con Dirigenti scolastici, docenti, genitori e bambini.
Progetto "Drinn...una prima colazione..." nelle scuole	N°106 incontri con Dirigenti scolastici, docenti, genitori e bambini.

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

Il Servizio, in relazione all'esecuzione di quanto previsto nel Piano Operativo di Vigilanza 2014, ha posto in essere le seguenti attività ispettive presso le aziende sotto riportate (Tabella 11):

**Tabella 11: Attività ispettive 2014 (SPRESAL)**

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

Il totale delle aziende ispezionate è stato di 511.

Il servizio ha inoltre 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.

Il servizio ha eseguito 11 sopralluoghi congiunti con DTL (direzione territoriale del lavoro) 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.

**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 (**Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**).

**Tabella 12: Attività del Servizio Sanità animale**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Anno 2014</b>
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 oviceprine 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
Sopralluoghi per revoca focolaio F.C.O. (Blue Tongue)	
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.
Sopralluoghi in sede di focolaio F.C.O.(Blue Tongue)-Sieroconversione	9
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 (BND)	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 Brucellosu Ovicaprino)	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
<b>Totale</b>	<b>260.188</b>

### Servizio igiene degli alimenti di origine animale

Il Servizio svolge controlli, sia preliminari che periodici, sui requisiti strutturali e funzionali delle imprese e degli esercizi che producono, trasformano, depositano, commerciano e trasportano alimenti di origine animale. Si riporta nella seguente tabella l'attività svolta dal Servizio svolta nel 2014 (Tabella 13).

**Tabella 13: Attività del Servizio igiene degli alimenti di origine animale**

DECRIZIONE 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 2012/2013/2014 (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 Pronta 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 2014 è riassunta nella tabella seguente (Tabella 14).

**Tabella 14: Attività del 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 ovicapriini	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 ( ricerca 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

### 5.2.2 Alcuni dati di sintesi sulle attività dell'Assistenza Domiciliare Integrata

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. Nell'anno 2014 si è osservato un significativo potenziamento delle cure domiciliari sia in termini di ore erogate dal personale medico, professionale e tecnico che del numero di assistiti coperti (Tabella 15).

**Tabella 15: Attività Assistenza Domiciliare Integrata**

CURE DOMICILIARI	2013
<b>numero casi</b>	<b>1605</b>
di cui anziani >65 anni	1083
<b>ore di assistenza erogata</b>	<b>39619</b>
di cui infermieri professionali	23539
di cui terapisti della riabilitazione	10080
di cui altri operatori	6000
<b>numero accessi personale medico</b>	<b>18.220</b>

### 5.2.3 Sintesi attività rivolte ai pazienti sofferenti mentali e affetti da dipendenza patologica

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).

**Tabella 16: riassunto delle prestazioni del DSMD, Anno 2014 (Fonte Relazione DSMD)**

	CARBONIA SERD	IGLESIAS SERD	CARBONIA CSM	IGLESIAS CSM	CASA CIRCONDARIALE
<b>N°PAZIENTI IN CARICO</b>	589	312	1093	1397	65
<b>N°PRESTAZIONI CLINICHE EROGATE</b>	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

#### 5.2.4 Sintesi sull'attività di specialistica ambulatoriale prestata dai centri pubblici e privati convenzionati della Provincia

L'attività di Specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture pubbliche è organizzata in 8 Poliambulatori territoriali e nei PP. OO. C.T.O, Santa Barbara e Sirai. Operano nel territorio anche delle strutture private accreditate, specializzate nelle branche Cardiologia, Fisiatria, Laboratorio Analisi e Radiologia (Tabella 17 **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**).

**Tabella 17: Attività di specialistica ambulatoriale anno 2014 (Fonte File C, Elaborazione Flussi Informativi Aziendali)**

SPECIALISTICA AMBULATORIALE	2014	
	NUMERO	IMPORTO
PUBBLICO	915.013	14.311.523,30
PRIVATO	501.896	4.739.199,54
<b>TOTALE</b>	<b>1.416.909</b>	<b>19.050.722,84</b>



### 5.2.5 Sintesi dell'attività di assistenza ospedaliera

#### Accessi al Pronto Soccorso

Il Dipartimento funzionale ospedale-territorio di Emergenza-Urgenza, ha l'obiettivo di garantire l'organizzazione della complessa rete dell'emergenza dal momento dell'evento acuto fino alla ospedalizzazione. I Servizi di Pronto soccorso sono erogati presso i Presidi Ospedalieri di Carbonia (P.O. Sirai) e Iglesias (P.O. Santa Barbara). (Tabella 18; Tabella 19).

Tabella 18 : Accessi Pronto Soccorso Carbonia (Fonte SISaR Ospedaliero)

Pronto Soccorso Carbonia	2014
<b>Triage di Ingresso</b>	Accessi
BIANCO	485
VERDE	7706
GIALLO	10727
ROSSO	257
NERO	3
Totale complessivo	19178

Tabella 19 : Accessi Pronto Soccorso Iglesias (Fonte SISaR Ospedaliero)

Pronto Soccorso Iglesias	2014
<b>Triage di Ingresso</b>	Accessi
BIANCO	902
VERDE	11869
GIALLO	4945
ROSSO	160
NERO	2
Totale complessivo	17878

#### L'attività di ricovero nei singoli Presidi Ospedalieri della Provincia

L'andamento generale del 2014 osserva una riduzione dell'attività ospedaliera, in parte riconducibile alla riorganizzazione di alcuni protocolli di cura dal regime ospedaliero a quello ambulatoriale (Tabella 20).



**Tabella 20: Attività ospedaliera 2014 (Fonte File A provvisorio, Elaborazione Flussi Informativi Aziendali)**

<b>PRESIDIO OSPEDALIERO</b>	<b>REGIME RICOVERO</b>	<b>2014</b>
<b>SIRAI</b>	ordinario	7.381
	day hospital	757
	day surgery	428
	<b>totale</b>	<b>8.566</b>
<b>S. BARBARA</b>	ordinario	3.901
	day hospital	719
	day surgery	490
	<b>totale</b>	<b>5.110</b>
<b>C.T.O.</b>	ordinario	827
	day hospital	117
	day surgery	956
	<b>totale</b>	<b>1.900</b>
<b>TOTALE AZIENDA</b>	ordinario	12.109
	day hospital	1.593
	day surgery	1.874
	<b>totale</b>	<b>15.576</b>

## 6 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.

In considerazione dell'accennato processo di riforma complessiva del Servizio Sanitario Regionale che ha comportato il commissariamento, a partire dal 2015, di tutte le ASL della Sardegna, con conseguente modifica sostanziale dello scenario di riferimento, si ritiene più opportuno mantenere separati questi due momenti programmatori nonostante che, come si potrà constatare dalla lettura, il processo di riordino del Sistema Sanitario Regionale fosse già in corso e, per certi versi, esista un certo grado di continuità fra le due fasi. Di seguito si riportano le rappresentazioni grafiche dei due Alberi delle Performance, rispettivamente dell'anno 2014 (Figura 2) e degli anni 2015-2016 (Figura 3: Albero delle PerformanceFigura 3).

Figura 2: Albero della Performance anno 2014

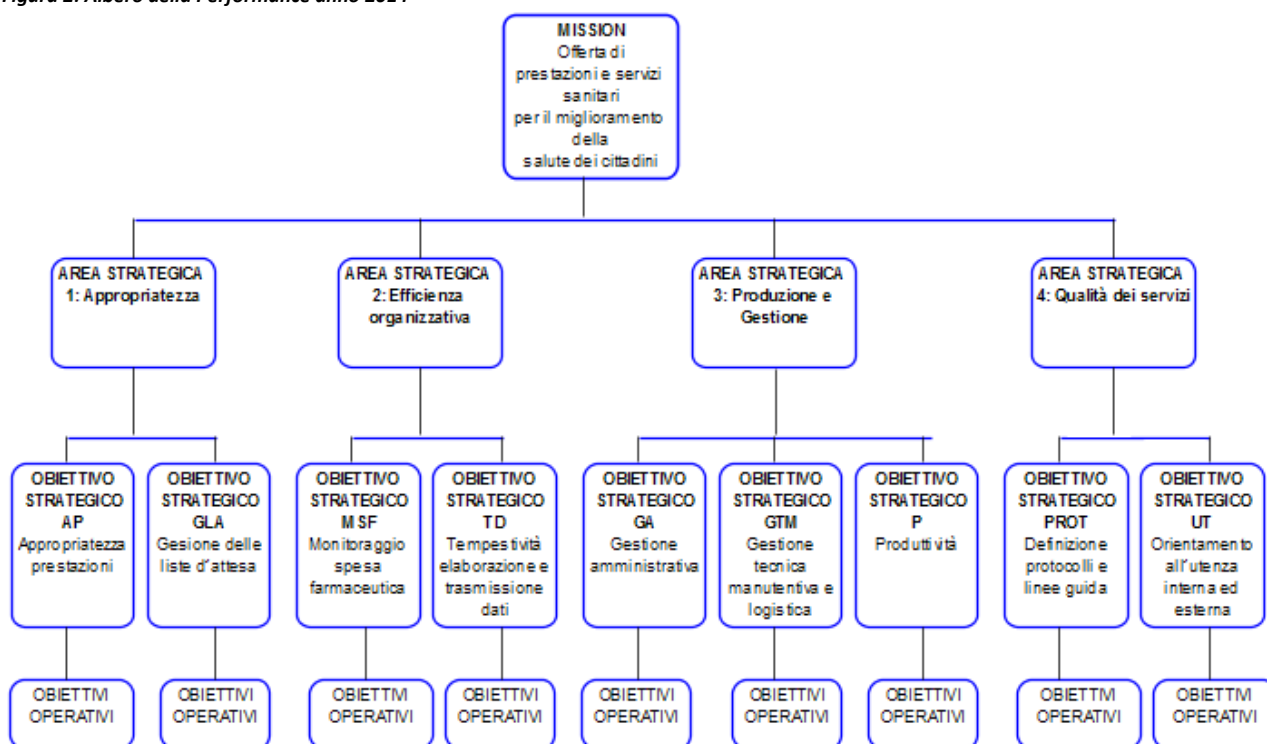
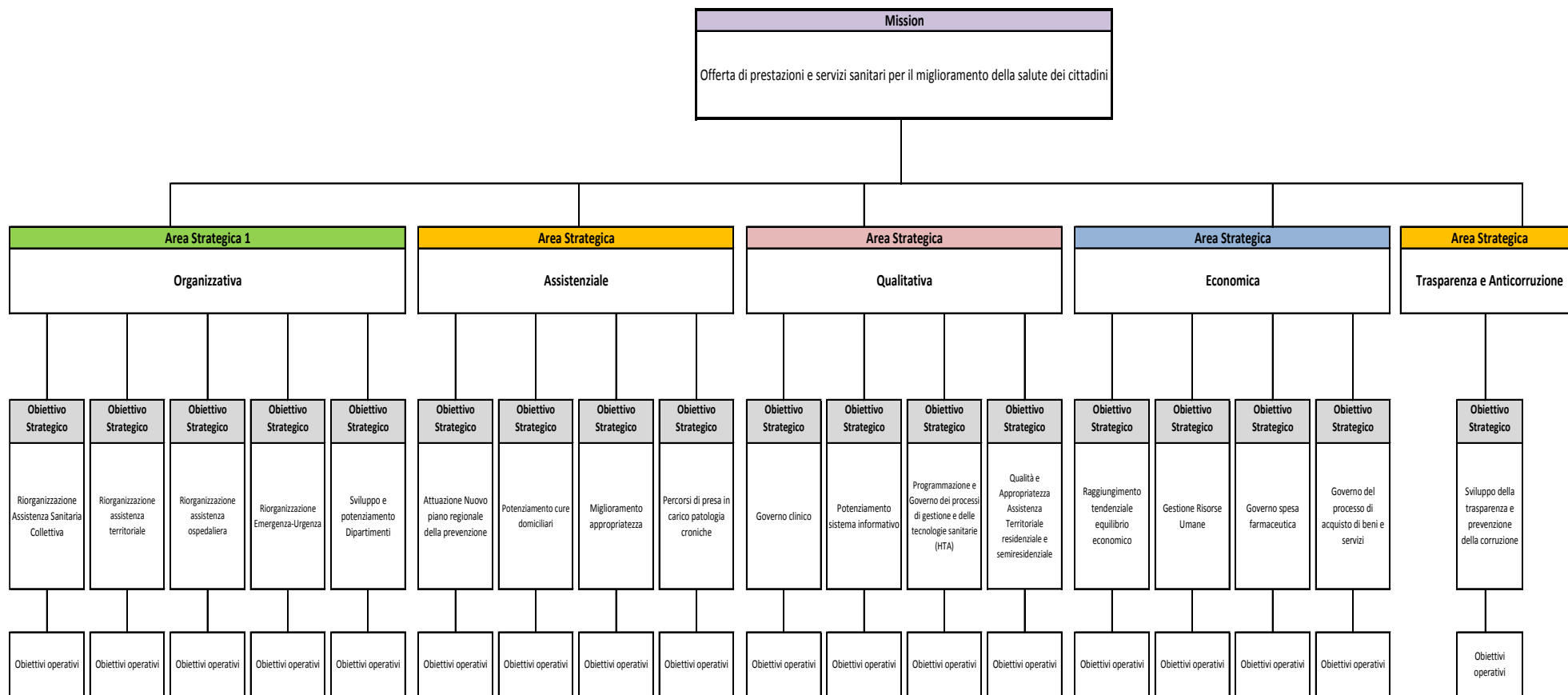


Figura 3: Albero delle Performance anni 2015/2016





## 7 Obiettivi Strategici 2014

Nel 2014, sulla base degli obiettivi assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali di cui alla Deliberazione n°30/60 del 12/07/2011 “Obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali. Anno 2011.”, l’Azienda ha fissato le aree strategiche nell’ambito delle quali sviluppare il processo di definizione degli obiettivi dal perseguire nell’arco del quinquennio di riferimento.

Le quattro aree strategiche di valutazione individuate sono le seguenti:

1. Area dell’appropriatezza delle prestazioni erogate;
2. Area dell’efficienza organizzativa;
3. Area della produzione e della gestione;
4. Area della qualità dei servizi.

Più precisamente:

- 1) Nell’ambito dell’Area dell’appropriatezza sono definiti obiettivi strategici volti alla appropriatezza delle prestazioni e delle prescrizioni e alla gestione delle liste d’attesa;
- 2) Nell’ambito dell’Area dell’efficienza organizzativa sono definiti obiettivi strategici indirizzati al monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata, al rischio clinico e alla tempestività dell’elaborazione e trasmissione dei dati;
- 3) Nell’Area della produzione e della gestione gli obiettivi individuati riguardano la produttività dei servizi dell’area sanitaria, nonché i processi della gestione amministrativa, della gestione tecnica manutentiva e logistica, e di supporto alla Direzione Generale;
- 4) Nell’Area della qualità dei servizi gli obiettivi strategici riguardano la definizione di protocolli o linee guida volte all’integrazione ospedale-territorio e tra unità operative, e la definizione di strumenti di comunicazione per la rilevazione del grado di soddisfacimento dell’utenza interna ed esterna;





## **7.1 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi 2014**

### *7.1.1 Obiettivi Area Strategica Appropriatelyzza (Area Obiettivi Assistenziali dei Documenti di Programmazione 2014/2015/2016)*

In quest'area sono definiti gli obiettivi volti al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni di assistenza ospedaliera e allo sviluppo dell'assistenza territoriale. I valori standard dovevano essere raggiunti, a partire dall'anno 2011, nell'arco di un quinquennio.

Gli obiettivi volti al miglioramento dell'appropriatezza sono di seguito esplicitati:

- Ridurre il tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) fino al raggiungimento del valore dell'indicatore standard  $\leq 180$  per mille abitanti;
- Ridurre il tasso di ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva fino al raggiungimento del valore dell'indicatore standard di 80 su 10.000 residenti di età compresa tra i 50 e i 74 anni;
- Ridurre i ricoveri diurni medici con finalità diagnostica entro il 23% del totale. L'obiettivo è migliorare l'appropriatezza tramite l'erogazione delle prestazioni di diagnostica nelle strutture ambulatoriali;
- Ridurre i ricoveri ordinari medici brevi (fino a 2 gg. di degenza) entro la percentuale del 17%;
- Mantenere la percentuale di ricoveri in day surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza entro i limiti dell'87%;
- Evitare i ricoveri ripetuti (percentuale di re ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC) entro lo standard del 4%;
- Mantenere i tempi di degenza per ricoveri con DRG chirurgico nella media nazionale.
- Gli obiettivi definiti per lo sviluppo dell'assistenza territoriale sono di seguito esplicitati:
- Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale della popolazione anziana tendendo al valore standard di  $\geq 70\%$ ;
- Estendere lo screening mammografico alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni fino alla copertura del 95%;
- Sviluppare l'assistenza alla popolazione anziana non autosufficiente tramite cure domiciliari integrate (standard 4% della popolazione  $\geq 65$  anni) e ricovero presso strutture residenziali (standard 4% della popolazione  $\geq 75$  anni).



### **7.1.2 Obiettivi Area Strategica Efficienza Organizzativa e Area Strategica Produzione e Gestione (Area Obiettivi Organizzativi e Economico-Gestionali dei Documenti di Programmazione 2014/2015/2016)**

Nell'Area degli obiettivi economico-gestionali sono definiti obiettivi indirizzati in generale al controllo dei Costi della Produzione e più dettagliatamente per le principali componenti: a) per la spesa farmaceutica, b) per l'acquisto di beni e servizi; c) per i costi del personale.

**a)** La Legge n°135 del 7 agosto 2012 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n.95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" ha stabilito che il tetto per la farmaceutica territoriale viene fissato per l'anno 2012 al 13,1% e a decorrere dal 2013 all'11,35%. Quello della farmaceutica ospedaliera dal 2013 viene fissato al 3,5%.

Il contenimento della spesa farmaceutica può essere perseguito attraverso:

- il potenziamento del controllo dell'appropriatezza prescrittiva in particolare per alcune classi di farmaci (Inibitori di Pompa Protonica; Farmaci attivi sul sistema renina angiotensina; Inibitori delle coa-reduttasi (statine); Inibitori selettivi del reuptake della serotonina) che coinvolga i medici di medicina generale e i medici specialisti nella definizione di protocolli per una razionale prescrizione delle classi di farmaci interessate che consentano il monitoraggio e il confronto con gli standard di riferimento nazionali e regionali.

- l'incremento della distribuzione diretta e per conto e dei farmaci equivalenti. Il consolidamento ed il miglioramento della distribuzione diretta dei farmaci del PHT e il monitoraggio dei piani terapeutici, le consegne personalizzate ai pazienti in assistenza domiciliare integrata o ricoverati presso le residenze sanitarie assistite hanno già consentito la realizzazione di economie sulla spesa farmaceutica convenzionata.

- il potenziamento della distribuzione diretta in dimissione ospedaliera e post visita specialistica può indurre ulteriori economie sulla spesa farmaceutica convenzionata. La spesa farmaceutica ospedaliera può essere tenuta sotto controllo potenziando la razionalizzazione delle scorte (verifica periodica giacenze armadi farmaceutici di reparto) e il monitoraggio della spesa per unità operativa e per tipologia di prodotto.

**b)** Il controllo dei costi per l'acquisto di beni e servizi può essere perseguito mediante: 1) gli acquisti in forma associata previa unificazione delle caratteristiche dei beni e servizi da acquisire; 2) il ricorso alle gare Consip; 3) riduzione, nelle gare, della percentuale destinata alla valutazione delle caratteristiche qualitative dei beni e servizi da acquisire. Una rilevante novità introdotta dalla Legge n°135/2012 riguarda il taglio del 5% degli oneri dei contratti di fornitura di beni e servizi sanitari già in essere (ad esclusione dei farmaci).

**c)** Il contenimento dei costi del personale potrà essere raggiunto attraverso una prudente politica delle assunzioni che mantenga il saldo positivo tra cessazioni e assunzioni ed un attento monitoraggio dei costi relativi alle spese accessorie nell'ambito dei limiti stabiliti dai Fondi contrattuali.



Nell'ambito dell'Area degli obiettivi organizzativi sono definiti obiettivi orientati alla ridefinizione della rete ospedaliera e territoriale.

La premessa dell'allegato 1 alla Deliberazione n°30/60 del 12/07/2011 avente ad oggetto gli "Obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali. Anno 2011.", definisce in maniera efficace il Servizio Sanitario della Regione Sardegna, ponendo in luce tutte le sue criticità e debolezze, ma evidenziando anche le potenzialità e le prospettive di sviluppo.

L'immagine che ne discende dall'analisi regionale è quella di una sanità ancora troppo "ospedalocentrica", a danno dell'assistenza territoriale.

Secondo il documento regionale l'assistenza ospedaliera è contraddistinta da:

- una rete ospedaliera eccedente lo standard nazionale, (presenza di presidi ospedalieri con meno di 120 posti letto);
- la sovra-dotazione di personale, in particolare medico;
- un tasso di ospedalizzazione elevato;
- inappropriata: ricoveri medici con finalità diagnostiche, in luogo di prestazioni che potrebbero essere fornite ambulatorialmente, ricoveri per patologie trattabili domiciliariamente, ricoveri medici in reparti chirurgici;
- inefficienza organizzativa (elevata degenza media dei DRG chirurgici, ricoveri ordinari in luogo di diurni);
- un costo della farmaceutica ospedaliera, in particolare per i presidi, molto elevato.

Anche l'assistenza territoriale, a parere del documento della Regione, presenta lacune croniche:

- scarso sviluppo dell'assistenza domiciliare e semiresidenziale.
- inadeguato sviluppo dei servizi per i soggetti fragili.

Inoltre l'assistenza territoriale presenta una spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata ancora troppo elevata.

Quanto ciò premesso, anche alla luce delle direttive del Ministero della salute, richiede alla Regione Sardegna di intraprendere un processo di riorganizzazione del SSR, con l'obiettivo di:

- dare fattivo impulso all'assistenza territoriale, evitando che il ricorso all'assistenza ospedaliera sia dovuto alla inadeguatezza dei servizi territoriali;
- definire in maniera più netta l'ambito di azione dell'assistenza ospedaliera, attraverso un percorso di appropriatezza dei ricoveri, previsto solo per quelli acuti;
- conseguentemente, ridisegnare la rete dei presidi ospedalieri regionali e la distribuzione territoriale delle discipline in base al grado di maggiore diffusione.



La realtà della Asl 7 di Carbonia, mostra in gran parte le stesse criticità riscontrate a livello regionale:

- una spesa sanitaria sbilanciata nell'assistenza ospedaliera, a discapito di necessari interventi su quella territoriale;
- inapproprietezza nella erogazione delle prestazioni: numero elevato di ricoveri medici con finalità diagnostiche, di ricoveri per patologie trattabili domiciliariamente, di ricoveri medici in reparti chirurgici;
- una carenza organizzativa caratterizzata spesso da ricoveri ordinari in luogo di diurni;
- la spesa farmaceutica territoriale (convenzionata) molto elevata.

Sembra opportuno rilevare che con deliberazione n. 24/43 del 27/06/2013 la Regione ha definito diverse azioni per il perseguimento dell'efficienza del SSR. Tra queste, la prima tende alla razionalizzazione dell'utilizzo dei posti letto senza creare detrimento alle necessità assistenziali dei cittadini, prevedendo la disattivazione di quei posti letto che registrano tassi di occupazione inferiori al 75% (65% nei piccoli ospedali). La ASL di Carbonia, ha provveduto ad adeguare il proprio assetto dell'offerta ospedaliera in coerenza con i provvedimenti citati con Deliberazione del Direttore Generale n. 1403 del 06/08/2013. Bisogna specificare, però, che l'obiettivo dichiarato dell'azione regionale è quello di iniziare il percorso di ristrutturazione della rete ospedaliera previsto dagli artt.4 e 7 della L.R. n. 21/2012, che porterà su base regionale ad una dotazione di posti letto pari a 3 posti per acuti ogni mille abitanti e 0,7 posti per post acuti ogni mille abitanti e che la Giunta Regionale ritiene che tale obiettivo sarà raggiungibile in un lasso temporale di medio periodo. Per questi motivi, pur nel rispetto dei parametri obiettivo di dotazioni di posti letto per mille abitanti, questa ASL per l'anno in considerazione (2014) ha ritenuto opportuno proseguire la propria programmazione sanitaria in continuità con il passato, nelle more della definizione del percorso di ristrutturazione della rete ospedaliera regionale.

In ambito territoriale un'occasione importante per sviluppare le capacità di assistenza offerte è costituita dalla realizzazione delle "Case della Salute". Con Deliberazione della Giunta Regionale n°42/3 del 20 ottobre 2011 sono state assegnate le risorse di 1.900.000,00 Euro da destinare alla realizzazione delle Case della salute di Carloforte, Fluminimaggiore, Giba e San'Antioco.

Per la polifunzionalità, e l'integrazione con i servizi sociali, le Case della Salute rappresenteranno la base dell'organizzazione delle Cure Primarie ed il punto di riferimento per i cittadini e gli operatori socio sanitari del territorio del Sulcis-Iglesiente.

### *7.1.3 Obiettivi Area Strategica Qualità dei Servizi (Area Obiettivi Assistenziali, Organizzativi e Economico-Gestionali dei Documenti di Programmazione 2014/2015/2016)*

In quest'area rientrano tutti gli obiettivi relativi alla standardizzazione dei processi clinici attraverso la definizione di protocolli diagnostico terapeutico assistenziali e linee guida.

Inoltre rientrano in quest'area tutte le azioni dell'Azienda volte alla misura della qualità percepita dall'utenza interna e esterna, in un'ottica di orientamento alla rilevazione e soddisfazione dei loro bisogni.



## 8 Obiettivi strategici 2015-2016

Nonostante gli elementi di continuità con il passato rappresentati in particolare dal perseguimento degli obiettivi di appropriatezza assistenziale e dalla conclusione del piano degli investimenti (case della salute e ammodernamento dei presidi ospedalieri), l'anno 2015 rappresenta per la programmazione aziendale un momento di grande novità. È in tale anno, infatti, che prende l'avvio del percorso di riorganizzazione dell'intero Sistema Sanitario Regionale voluto dalla Legge Regionale n. 23 del 17.11.2014. Per questo motivo pare utile fare un breve riepilogo dei più salienti fatti di variazione dello scenario di riferimento in modo da evidenziare i collegamenti tra la programmazione nazionale e regionale e i correlati elementi essenziali della strategia aziendale.

Con la Legge regionale n. 23 del 17.11.2014, la Regione Sardegna ha avviato il processo di riforma del sistema sanitario regionale mediante disposizioni urgenti finalizzate a:

- a) garantire la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività;
- b) riorganizzare il sistema sanitario regionale mediante il rafforzamento delle attività territoriali e la razionalizzazione della rete ospedaliera;
- c) adeguare l'assetto istituzionale e organizzativo, prevedendo una riduzione del numero delle aziende sanitarie locali, rispetto all'attuale, in coerenza con le norme di riordino del sistema degli enti locali;
- d) garantire il miglioramento della qualità e dell'adeguatezza dei servizi sanitari e sociosanitari in ogni territorio, attraverso il rafforzamento di quelli esistenti, l'efficientamento delle strutture organizzative, garantendo forme di partecipazione democratica e mantenendo l'autonomia dei territori periferici nelle politiche socio-sanitarie;
- e) attuare politiche di prevenzione delle malattie e di promozione della salute e del benessere delle persone, incentivando la diffusione di corretti stili di vita sotto i profili dell'attività motoria, della pratica sportiva e dell'educazione alimentare e ambientale;
- f) rafforzare il governo del servizio sanitario regionale, anche mediante la riassunzione nell'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale delle funzioni già assegnate all'Agenzia regionale della sanità;
- g) ridurre il disavanzo della spesa regionale sanitaria, in applicazione della normativa nazionale in materia di fabbisogni e costi standard;
- h) riorganizzare il sistema dell'emergenza-urgenza, della rete territoriale di assistenza e della medicina del territorio.

Coerentemente con l'articolo 9 della sopracitata Legge Regionale, onde 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.



Nel corso del 2015, in linea con il mandato assunto e rispettando le indicazioni contenute nella D.G.R. n. 1/14 del 13/1/2015 avente come oggetto: "Obiettivi di mandato dei Commissari straordinari ex L.R. n.23/2014", la Asl di Carbonia ha proceduto all'elaborazione del "Piano di Riorganizzazione e Riqualficazione dei servizi sanitari".

Presentato alla Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria e trasmesso in seguito all'Assessorato alla Sanità e Assistenza Sociale (prot. n. PG/2015/7473 del 31/03/2015), tale piano nello specifico conteneva l'insieme delle azioni strategiche individuate dall'azienda per intervenire rispetto alle criticità emerse dall'analisi dettagliata del sistema dell'offerta di assistenza collettiva, territoriale ed ospedaliera.

Quasi in contemporanea, in ambito nazionale, il Ministero della salute in concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, con il Decreto n. 70 del 2 aprile 2015, ha adottato la proposta di Regolamento approvato dalla Conferenza Stato Regioni del 5 agosto 2014. Tale regolamento reca la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, e prevede, fra l'altro, che le regioni debbano adottare un provvedimento di programmazione teso a ricondurre la dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente utilizzati a carico del Servizio sanitario regionale (SSR), ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, di cui 0,7 per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, garantendo il progressivo adeguamento agli standard previsti nell'arco di un triennio.

In linea di coerenza, con la delibera di Giunta Regionale n. 38/12 del 28.7.2015, è stata proposta la riorganizzazione della rete ospedaliera regionale.

Sulla scorta di tale quadro programmatico la ASL, ha proceduto alla specificazione di una Proposta di riorganizzazione del sistema ospedaliero aziendale, presentato alla Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria in data 07/08/2015 e discusso e condiviso con il medesimo organismo nella seduta del 26/08/2015 (prot. n. PG/2015/20059). Tale documento di programmazione aziendale, di cui in coerenza nel presente bilancio di previsione si esplicitano gli obiettivi assunti in termini economici, in estrema sintesi prevedeva:

- Configurazione del sistema come presidio ospedaliero unico sui due stabilimenti per acuti Sirai di Carbonia e CTO di Iglesias;
- Destinazione dello stabilimento Santa Barbara di Iglesias come presidio a valenza territoriale e sede delle attività di lungodegenza – ospedale di Comunità;
- Alienazione dello stabilimento Crobu;
- Vocazione del Sirai come primaria sede del DEA di 1° livello e delle attività di emergenza-urgenza e di più alta complessità assistenziale;
- Vocazione del CTO come presidio per le attività programmate di chirurgia polispecialistica, sperimentazione di forme di week e day hospital, sede di completamento del DEA di 1° livello con il polo materno infantile e punto nascita.

Come scenario di lungo termine, vale la pena di segnalare che il Piano di riorganizzazione e riqualficazione dei servizi sanitari redatto da questa ASL ai sensi dell'art. 9, comma 5 della Legge Regionale 23/2014



ipotizzava, riprendendo un'ipotesi già oggetto di attenzione da diversi anni, che il territorio potesse essere interessato dalla realizzazione di un nuovo ospedale, in posizione baricentrica tra i due centri urbani principali, capace di soddisfare l'intera domanda di prestazioni ospedaliere.

Lo scenario configurabile in questa ipotesi può essere, sinteticamente il seguente:

- disponibilità di un nuovo ospedale per acuti di 250-260 posti letto realizzato in posizione baricentrica rispetto al territorio del Sulcis-Iglesiente;
- riconfigurazione dei due stabilimenti Sirai e CTO come "cittadelle della salute", in continuità e integrazione con l'ospedale per acuti, ospitanti l'intero sistema delle cure extraospedaliere di prevenzione, diagnosi e cura, l'ospedale di Comunità, il sistema direzionale e amministrativo aziendale, i presidi territoriali centrali per le emergenze, le centrali territoriali per l'Assistenza Domiciliare, il sistema delle attività di supporto sociale;
- configurazione delle case della salute di Giba, Carloforte, Fluminimaggiore e Sant'Antioco come "spoke" delle due cittadelle della salute in collegamento e continuità organizzativa e operativa con le medesime;
- alienabilità dell'insieme delle strutture ricollocabili nel patrimonio disponibile a seguito dell'intervento, in particolare:

Il Crobu, già citato;

lo stabilimento Santa Barbara;

la sede direzionale in Via Dalmazia a Carbonia;

la sede del Dipartimento di Prevenzione e del Servizio Farmaceutico territoriale in via Costituente a Carbonia;

La sede del distretto/poliambulatorio di Piazza San Ponziano a Carbonia;

la sede del servizio di continuità assistenziale/servizi medici e veterinari di Igiene degli Alimenti di Piazza Cagliari a Carbonia;

la sede del consultorio familiare e Centro Screening di Via Brigata Sassari a Carbonia;

la sede del servizio Igiene degli Allevamenti di via Brigata Sassari a Carbonia;

la sede del consultorio familiare di Iglesias ospitato in locazione da privati;

la sede del Dipartimento di Prevenzione e Servizio dei Sistemi Informativi di via Gorizia a Iglesias.

Rimarrebbe impregiudicato il mantenimento di ulteriori strutture territoriali periferiche (Case della Salute e strutture polispecialistiche territoriali) in relazione al complessivo fabbisogno di punti di erogazione di prestazioni a livello locale e/o comunale da verificare.



Poste tali premesse, le cinque aree strategiche individuate per il biennio 2015-2016 rappresentano le prospettive in cui vengono idealmente definiti e specificati gli obiettivi di mandato istituzionale e la *mission* Aziendale:

- Area organizzativa;
- Area assistenziale;
- Area qualitativa;
- Area economica.
- Area trasparenza e anti-corrruzione

Più precisamente:

- Nell'ambito dell'Area organizzativa, sono definiti gli obiettivi volti a modificare il disegno organizzativo, tesi ad attivare e rafforzare l'assistenza sul territorio, creando i presupposti per fare in modo che le strutture si presentino come delle alternative valide e credibili rispetto agli ospedali, riqualificando così il servizio sanitario regionale;
- Nell'ambito dell'Area assistenziale sono identificati gli obiettivi volti al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni secondo logiche di presa in carico globale, percorsi assistenziali integrazione di diversi ambiti di cura e delle diverse professionalità, gestione condivisa delle risorse;
- Nell'Area della qualità dei servizi gli obiettivi strategici coerentemente con il punto precedente, riguardano la definizione di protocolli e/o linee guida volte all'integrazione ospedale-territorio e tra unità operative, e la definizione di strumenti di governo clinico e di gestione delle tecnologie sanitarie (HTA);
- Nell'Area economica gli obiettivi individuati mirano a garantire il perseguimento del tendenziale equilibrio economico gestionale dell'Azienda, al fine di assicurare una durevole sostenibilità.
- Nell'Area dell'anti-corrruzione e trasparenza gli obiettivi individuati mirano a seguire da vicino tutti gli adempimenti normativi volti a garantire il perseguimento di azioni di promozione della trasparenza e dell'integrità.

### **8.1 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi**

Gli obiettivi strategici vengono declinati in obiettivi operativi che faranno parte integrante del presente piano. La definizione degli obiettivi operativi è negoziata dalla Direzione e dai singoli Responsabili di Struttura. Durante la fase negoziale ogni Responsabile di Struttura sulla base di informazioni storiche sui propri dati di attività e di costo, formula proposte di azione per il conseguimento degli obiettivi strategici individuati all'interno di una o più aree strategiche.



### 8.1.1 Obiettivi Area Organizzativa



Con la deliberazione n. 67/30 del 29.12.2015 recante “Proroga incarico Commissari straordinari delle Aziende Sanitarie e aggiornamento degli obiettivi di mandato” sono stati integrati gli obiettivi di mandato definiti con la Delib.G.R. n. 1/14 del 13 gennaio 2015.

Ricevute le indicazioni regionali contenute nella delibera sopra citata per il 2016 ai Commissari è stato assegnato l’obiettivo di porre in essere le azioni gestionali e organizzative previste nel Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale, approvato con la deliberazione n.63/24 del 15 dicembre 2015.

Le aree d’intervento del mandato dei Commissari, stabilite dal piano di riorganizzazione e riqualificazione del servizio sanitario regionale si possono sinteticamente così rappresentare:

- Per l’Assistenza Sanitaria Collettiva, con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 30/21 del 16 giugno 2015 è stato adottato il Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2018, articolato in due sezioni: la prima sezione è costituita da 24 Programmi che perseguono, attraverso le azioni previste, tutti gli obiettivi centrali (i Macro-Obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione); la seconda sezione è il piano di monitoraggio e valutazione del PRP.

Al fine di conseguire gli obiettivi previsti dal nuovo Piano Regionale di Prevenzione la Direzione Aziendale sarà coinvolta nella definizione dei ruoli e delle responsabilità nell’attuazione del Piano, rafforzando il ruolo di stewardship dei Dipartimenti di Prevenzione e la partecipazione coordinata



dei diversi attori sanitari ed extra-sanitari nell'attuazione dello stesso, in coerenza con i principi fondamentali di trasversalità ed intersettorialità dei programmi.

- Per l'Assistenza territoriale si è reso opportuno rafforzare i Distretti Sociosanitari, potenziando forme alternative al ricovero (in particolare le forme domiciliari di assistenza), procedendo all'accreditamento del sistema trasfusionale, riorganizzando le strutture territoriali per la salute mentale e le dipendenze patologiche, potenziando il nucleo di cure intermedie con l'attivazione delle Case della Salute che costituiscano una valida alternativa al ricovero in ospedale.

In questa prospettiva, con DGR 42/3 del 2011, è stata finanziata con fondi POR FESR per il 2007 – 2013, la realizzazione nella provincia di Case della Salute nei Comuni di Carloforte, Giba, Fluminimaggiore e Sant'Antioco, i cui lavori, come da programma sono terminati a fine 2015.

Al fine di rendere operativo il funzionamento delle Case della Salute, è stato sottoposto ad approvazione della Direzione il regolamento condiviso dai Distretti Socio Sanitari di Carbonia e Iglesias volto a disciplinare il funzionamento delle Case della Salute.

Coerentemente risulta inoltre strategicamente importante supportare sperimentazioni gestionali e funzionali di aggregazione delle cure primarie (Unità Complesse di Cure Primarie e Aggregazioni Funzionali Territoriali), sviluppate le relazioni organizzative tra i diversi settori assistenziali verso una gestione complessiva del singolo caso e la definizione di profili di cura condivisi (con particolare riferimento alle cronicità, ai pazienti fragili e alle non autosufficienze), che privilegino metodologie di lavoro di gruppo e favoriscano il confronto permanente fra i diversi professionisti ;

- Per quanto riguarda l'Assistenza ospedaliera, con la delibera di Giunta Regionale n. 38/12 del 28.7.2015, è stata proposta la riorganizzazione della rete ospedaliera regionale.

Alla luce delle indicazioni di tale quadro programmatico la ASL, ha proceduto alla specificazione di una Proposta di riorganizzazione del sistema ospedaliero aziendale, presentato alla Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria in data 07/08/2015 e discusso e condiviso con il medesimo organismo nella seduta del 26/08/2015 (prot. n. PG/2015/20059).

Tale documento di programmazione aziendale che persegue la logica del presidio ospedaliero unico, anche se articolato su più stabilimenti, con le diverse strutture aziendali e i servizi socio sanitari, in estrema sintesi prevede:

- Configurazione del sistema come presidio ospedaliero unico sui due stabilimenti per acuti Sirai di Carbonia e CTO di Iglesias;
- Destinazione dello stabilimento Santa Barbara di Iglesias come presidio a valenza territoriale e sede delle attività di lungodegenza – ospedale di Comunità;
- Alienazione dello stabilimento Crobu;
- Vocazione del Sirai come primaria sede del DEA di 1° livello e delle attività di emergenza-urgenza e di più alta complessità assistenziale;
- Vocazione del CTO come presidio per le attività programmate di chirurgia polispecialistica, sperimentazione di forme di week e day hospital, sede di completamento del DEA di 1° livello con il polo materno infantile e punto nascita.

Tale soluzione mira a garantire, fra l'altro, una migliore integrazione con l'assistenza territoriale,



- Il Sistema emergenza-urgenza, con la citata L.R. n. 23/2014 prevedeva l'istituzione dell'Azienda Regionale di Emergenza e Urgenza della Sardegna (AREUS). L'Azienda anche per il 2016 avrà l'obiettivo di garantire, gestire e rendere omogeneo, nel territorio della Regione, il soccorso sanitario di emergenza-urgenza territoriale e, più in generale, tutto il sistema dei trasporti sanitari. Pur garantendo i servizi attualmente svolti, si procederà a porre in essere tutte le azioni necessarie per assicurare l'avvio e l'operatività della AREUS;
- Proseguirà il percorso di consolidamento e potenziamento del modello organizzativo dipartimentale, attraverso l'attuazione della riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari, con il supporto delle Direzioni dei Dipartimenti in condivisione con le Direzioni Mediche di Presidio e con i Distretti Sanitari, secondo le indicazioni di cui alla d.G.R. 14/1 del 13/01/2015.

Gli ambiti di intervento riguarderanno:

- La definizione di modelli organizzativi che favoriscano la promozione dell'appropriatezza degli interventi di cura, con lo sviluppo di forme di assistenza appropriate al livello di intensità (basso, medio, alto) necessario (attivazione e/o potenziamento delle attività di day-hospital, week-surgery, day-surgery, day-service, percorsi ambulatoriali complessi);
- La proposta, lo sviluppo e l'applicazione di modelli di organizzazione per la gestione dipartimentale delle degenze;
- La proposta, lo sviluppo e l'applicazione di modelli di organizzazione per la gestione condivisa delle risorse logistiche, strumentali e delle professionalità;
- La migliore gestione delle relazioni e della comunicazione tra le unità organizzative e tra gli operatori anche al fine sviluppare ed accrescere il senso di appartenenza all'organizzazione;
- Il corretto, completo e puntuale utilizzo delle procedure informatiche che alimentano il sistema informativo aziendale al fine di migliorare sempre più la qualità della conoscenza immessa nei Sistemi di Supporto alle Decisioni (DSS) già disponibili;
- La definizione dei profili di ruolo, coerenti con l'organizzazione dipartimentale;

### 8.1.2 Obiettivi Area Assistenziale



Gli obiettivi volti al miglioramento dell'Area Assistenziale, molti con scadenza temporale per il raggiungimento del target, saranno nel tempo mantenuti e aggiornati, sia in relazione a nuovi target e medie nazionali, sia in relazione alle future revisioni delle prestazioni e dei controlli di appropriatezza previsti con in nuovi LEA.

#### 8.1.2.1 Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale nell'anziano

L'influenza rappresenta uno dei principali problemi di salute sia individuale sia collettiva perché oltre a essere a contagiosità elevata e a comportare eventuali gravi complicanze nei soggetti a rischio, come gli anziani e i portatori di patologie croniche, è frequente motivo di ricorso a strutture sanitarie (visita medica, ricovero ospedaliero) e la prima causa di assenza dal lavoro.

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più efficace per prevenire e combattere l'infezione sia perché aumentano notevolmente le probabilità di non contrarre la malattia sia perché, in caso di sviluppo di sintomi influenzali, questi sono molto meno gravi e, generalmente, non seguiti da ulteriori complicanze. Per questo è raccomandata ogni anno ai soggetti a rischio, in particolare: persone di 18-64 anni affette da malattie croniche e coloro che se ne prendono cura (per esempio, operatori sanitari) e chi ha più di 64 anni.



Il ministero della Salute indica gli obiettivi di copertura per la vaccinazione antinfluenzale: il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio.

Nell'anno 2014 per la vaccinazione antinfluenzale della popolazione anziana è stata rilevato una copertura fino al 46,07% dei residenti over 65. È obiettivo dell'Azienda anche per il 2016 incrementare il grado di copertura vaccinale raggiunto.

#### 8.1.2.2 *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. Questo servizio si rivolge a persone di tutte le età che siano totalmente o parzialmente non autosufficienti in modo temporaneo o protratto e affette da patologie subacute o croniche con criticità specifiche e non. 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. Nell'anno 2014 è stata raggiunta una percentuale di copertura delle Cure Domiciliari pari al 4,17% della popolazione over 65 residente nel territorio, il risultato raggiunto ha consentito di consolidare il trend superiore al 4%.

Nel corso del 2016, l'obiettivo è quello di incrementare il già ottimo grado di copertura raggiunto negli anni precedenti.

#### 8.1.2.3 *Ridurre il tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno)*

Il tasso di ospedalizzazione per il 2013 (ultimo dato consolidato disponibile) è stato pari a 167 ricoveri per mille abitanti. L'obiettivo assegnato è quello di ridurre il tasso sino al raggiungimento del valore target di 160/1000 ab.

#### 8.1.2.4 *Efficacia assistenziale nella cura delle patologie croniche*

Le malattie croniche rappresentano la principale causa di morte nel mondo. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità sono responsabili del 63% dei decessi che si sono verificati nel 2008: 17 milioni di persone sono morte a causa di malattie cardiovascolari, 4,2 milioni per le conseguenze di disturbi respiratori e 1,3 milioni di diabete. L'aumento della loro prevalenza è legato all'aumento della sopravvivenza e quindi all'invecchiamento della popolazione.

I principali fattori di rischio, come l'ipertensione, l'obesità, livelli elevati di colesterolo e glicemia, sono modificabili mediante interventi, in ambito sociale, mirati a promuovere la competenza dei cittadini a conservare e migliorare la propria salute. La prevenzione e la terapia delle malattie croniche rappresentano, pertanto, strumenti fondamentali per assicurare alla popolazione una vita più lunga ed un invecchiamento in buona salute. Si può prevenire l'insorgenza e si possono curare efficacemente le patologie croniche se si seguono stili di vita sani, se il paziente preso in carico dal medico di famiglia e dal distretto è seguito con continuità. Il ricovero è il sintomo che questa presa in carico non è sufficiente e che



il livello dell'assistenza erogata in ambito territoriale non è del tutto adeguato. L'ospedalizzazione per condizioni potenzialmente evitabili (diagnosi di Diabete, BPCO e dello Scompenso cardiaco), è un indicatore utile al fine di identificare le potenziali aree critiche in termini di continuità assistenziale nell'ambito della Azienda Sanitaria. L'indicatore, infatti, si propone di misurare indirettamente la capacità di intervento preventivo e continuativo delle cure erogate a livello territoriale, con la misurazione di efficacia indiretta delle cure primarie attraverso i tassi di ospedalizzazione per patologie croniche ad alta prevalenza.

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per diabete non controllato è calcolato a partire dalle dimissioni in Regime ordinario con diagnosi principale di "Diabete" (codici ICD-9-CM 250.02, 250.03) con età  $\geq$  20 anni. Esclusi i pazienti deceduti in ospedale, provenienti da altri istituti di cura, afferenti a MDC 14 e 15.

Il tasso di ospedalizzazione BPCO, riferito a 100.000 residenti nella fascia di età 50-74 anni, è calcolato considerando i ricoveri complessivi in regime ordinario per acuti a esclusione delle discipline di dimissione 28, 56, 60 e 75, erogati in produzione delle proprie strutture a carico di propri residenti ed esitati nel DRG 88(classificazione dell'evento di ricovero a cui sono ricondotte tutte le diagnosi che identificano la BPCO).

Il tasso di ospedalizzazione riguardo lo Scompenso Cardiaco, formulato su 100.000 abitanti nella fascia di età 50-74 anni, è calcolato considerando i ricoveri ordinari aventi una diagnosi principale di insufficienza cardiaca o cardiopatia (codici ICD9-CM 428.\*, 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93) ad esclusione dei casi che richiedono un intervento sul cuore o sul pericardio (codici di procedura ICD9-CM 35.\*\* , 36-\*\*, 37.\*\* ) o dei dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuro riabilitazione (codici 28, 56, 60, 75). In assenza di intervento chirurgico tali ricoveri solitamente esitano nel DRG medico 127 (Insufficienza Cardiaca e Shock).

L'obiettivo aziendale dell'ottimizzazione della risposta a questo bisogno di salute, coerentemente con le Linee Regionali per la riqualificazione delle cure primarie (Delib.G.R. n. 60/2 del 2.12.2015), viene perseguito attraverso l'attivazione o il potenziamento di strutture integrate Ospedale-Territorio che prendano in carico il paziente cronico prima della sua acutizzazione anche attraverso la sperimentazione nel territorio di esperienze basate sul Chronic Care Model e forme di medicina di iniziativa. Questa area necessita sicuramente di grande attenzione in quanto i valori storici degli indicatori rilevati sono relativamente lontani dagli standard nazionali, in particolare per lo scompenso cardiaco.

#### 8.1.2.5 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).

Anche 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%.



#### 8.1.2.6 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%.

L'obiettivo per il 2016 è quello di migliorare il livello di performance al fine di raggiungere il valore target del 17%.

#### 8.1.2.7 Migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziali (DRG chirurgici a rischio di inappropriatezza erogati in regime Day Surgery)

Questo obiettivo strategico anche il 2016 mira a ottimizzare l'appropriatezza dell'organizzazione della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più adeguato. È riferita ai 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime di ricovero ordinario, elencati nel 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 medio aziendale registrato per il 2014 è stato dell'82,48% a fronte di un target del 87%.

#### 8.1.2.8 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 dei primi episodi di ricovero. L'indicatore individuato dovrebbe tendere entro il triennio 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 5,25%, verificato 5.94%).

Il dettaglio delle UU.OO mostra comunque un trend generale di riduzione entro i target per la maggior parte delle strutture.



## 8.1.2.9 Riepilogo obiettivi Assistenziali

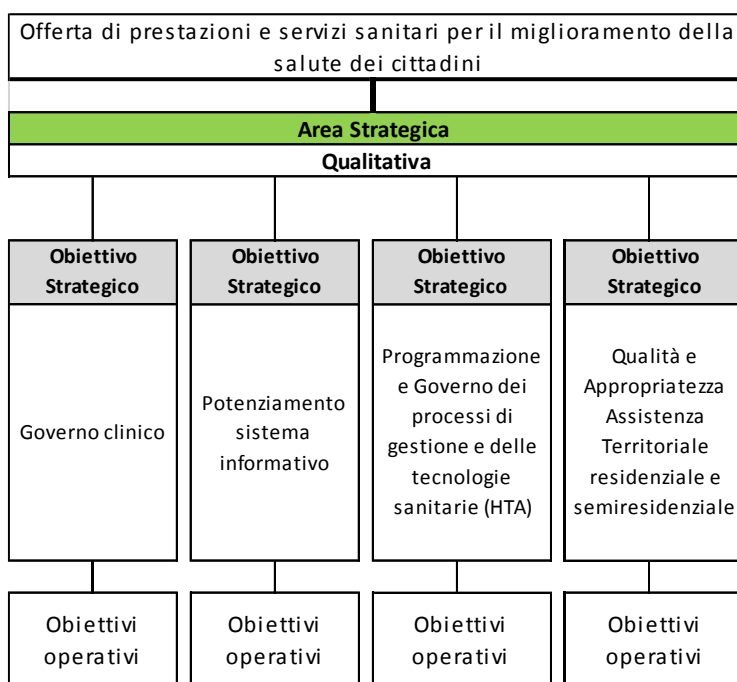
Nella tabella sottostante sono riassunti gli obiettivi assistenziali dall'anno 2012 sino al 2016 (Tabella 21).

**Tabella 21: Obiettivi assistenziali 2012-2016**

OBIETTIVI	2012	2013	2014	2015	2016
Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale nell'anziano	45,95	50	>=55	>=60	>=65
Sviluppare l'ADI a favore degli anziani non autosufficienti: percentuale di anziani => 65 anni trattati in ADI	4,2	4,81	>=4,85	>=4,9	>=4,95
Ridurre il tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per mille	180,5	167	<=165,25	<=163,5	<=161,75
Ridurre il tasso di ospedalizzazione grezzo per patologie assistibili domiciliariamente: tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni	90,03	<=90	<=87,5	<=85	<=82,5
Ridurre il tasso di ospedalizzazione grezzo per patologie assistibili domiciliariamente: tasso di ospedalizzazione per Diabete per 100.000 residenti 20-74 anni	64,66	<=65	<=60	<=55	<=50
Ridurre il tasso di ospedalizzazione grezzo per patologie assistibili domiciliariamente: tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni	266,07	<=260	<=255	<=250	<=245
Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale e per ricoveri evitabili: % ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	24,72	9,56	<10	<10	<10
Ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale e per ricoveri evitabili: % ricoveri ordinari medici brevi	30,4	29,8	<=26,6	<=23,4	<=20,2
Migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziale: % ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza	81,71	88,29	>=87	>=87	>=87
Evitare i ricoveri ripetuti: % re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC	5,6	5,5	<=5,47	<=4,98	<=4,49



### 8.1.3 Obiettivi Area Qualitativa



#### 8.1.3.1 Governo Clinico

La gestione aziendale si ispirerà all'implementazione di logiche e strumenti del governo clinico, inteso come strategia mediante la quale i servizi sanitari si renderanno responsabili del miglioramento della qualità assistenziale, raggiungendo e mantenendo elevati standard assistenziali e creando in questo modo un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale. In tutti i processi del governo aziendale vengono integrati i seguenti strumenti del Governo Clinico:

- Evidence-Based Practice ;
- Information Management & Data Management ;
- Practice Guidelines and Care Pathways ;
- Clinical Audit ;
- Risk Management ;
- CME, professional training and accreditation ;
- Research & Development ;
- Staff management ;
- Consumer Involvement .



### 8.1.3.2 Potenziamento Sistema Informativo

Il Sistema Informativo Sanitario va inteso, oltre che come supporto gestionale per l'operatività quotidiana, anche come preziosa e insostituibile fonte di informazioni utili alle esigenze programmatiche e valutative nei diversi ambiti di competenza (Dipartimentale, Aziendale, Regionale, Nazionale).

Per questo motivo è fondamentale potenziare il sistema informativo sanitario, allo scopo di favorirne una reale finalizzazione alle esigenze conoscitive con particolare riferimento:

- ai flussi NSIS ed economico-finanziari;
- al rispetto degli impegni assunti con il MEF relativamente alla de-materializzazione delle ricette, in coerenza con la Delib.G.R. n. 47/6 del 25 novembre 2014 "Programmazione degli interventi relativi alla dematerializzazione della prescrizione medica presso i Medici di Medicina Generali e i Pediatri di Libera Scelta e delle azioni di sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico"; - all'avvio o consolidamento dei flussi informativi di assistenza territoriale: ARS, ADI, CDM, Hospice.

In particolare sarà altresì importante:

- Assicurare i corretti adempimenti necessari per l'attuazione del percorso di verificabilità del bilancio con specifico riferimento alla corretta alimentazione della contabilità generale;
- Assicurare tempestività, completezza e coerenza interna nella compilazione dei flussi NSIS e modelli economico-finanziari (CE, LA, SP);
- Condurre la revisione del modello LA 2013, sulla base dei rilievi che verranno forniti dalla Regione, al fine costituire la base informativa per definire gli obiettivi aziendali che tenga conto dei fabbisogni e costi standard.

### 8.1.3.3 Programmazione e governo dei processi di gestione e delle tecnologie sanitarie HTA

La razionalizzazione delle risorse disponibili per la spesa sanitaria, in uno scenario di spesa in costante crescita, impone l'obbligo di mostrare maggiore attenzione agli aspetti gestionali dei processi interni aziendali e di valutare gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia, sia a priori che durante l'intero ciclo di vita, nonché le conseguenze che l'introduzione o l'esclusione di un intervento ha per il sistema sanitario, l'economia e la società.

Un valido supporto per rispondere all'esigenza di programmare e governare le tecnologie dell'Azienda Sanitaria è fornito dall'Health Technology Assessment, un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo.

### 8.1.3.4 Programma di verifiche della qualità e dell'appropriatezza delle attività erogate presso i centri residenziali e semiresidenziali

Per quanto riguarda i livelli qualitativi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale territoriale, l'obiettivo di mandato del Commissario sarà quello di predisporre un programma di verifiche della qualità e dell'appropriatezza delle attività erogate presso centri residenziali e semiresidenziali gestiti da erogatori privati accreditati, con conseguenti relazioni da fornire all'assessorato trimestralmente.

### 8.1.4 Obiettivi Area Economica



Lo sfioramento dei costi del sistema sanitario regionale, rispetto al fabbisogno definito a livello nazionale, è un'altra delle criticità che l'Azienda si pone l'obiettivo di risolvere, anche in coerenza con le azioni gestionali e organizzative previste nel piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale (Piano di Rientro 2016-2018 - DGR n. 63/24 del 15 dicembre 2015).

Vista la riduzione delle risorse destinate al finanziamento della spesa sanitaria di parte corrente per l'esercizio 2015, assegnate con Delibera 67/21 del 29/12/2015, che ha determinato un decremento di risorse pari ad oltre 10 milioni di euro rispetto al 2014, l'azienda, prosegue, con la messa in atto di azioni volte al perseguimento del percorso di sostenibilità economica dell'assistenza sanitaria, tra le altre così individuate:

- Reclutamento del personale effettuato prioritariamente attraverso le procedure di mobilità come previsto dalla d.G.R. 24/43 del 27 giugno del 2013;
- Riduzione degli importi dei contratti in essere aventi ad oggetto acquisto o fornitura di beni e servizi, nella misura del 5 per cento, per tutta la durata residua dei contratti medesimi, come previsto dalle disposizioni di cui all'art.8, comma8, del decreto legge n. 66/2014;
- Progressiva riduzione dei contratti di lavoro interinale con la previsione, per ciascuna categoria di dipendenti, di un contestuale trasferimento al personale di ruolo delle competenze acquisite;
- Progressiva riduzione del lavoro a tempo determinato entro il limite del 50% della spesa del 2009 come previsto dall'art 9, comma 28, del D.L. n. 78/2010 con riferimento ai contratti a tempo determinato, alle convenzioni ed ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa;



- Applicazione delle disposizioni per il perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione della spesa nelle pubbliche amministrazioni presenti nella legge 30 ottobre 2013, n.125;

Essendo ormai chiara la correlazione presente tra i problemi economico-finanziari e le criticità organizzativo-gestionali, per dare inizio un percorso di riallineamento che garantisca la sostenibilità economico-finanziaria attuale e futura e al contempo assicurare l'adeguamento del sistema dell'offerta sanitaria alle mutate esigenze, l'azione che l'azienda intende condurre consisterà in una profonda rivisitazione e razionalizzazione del modello organizzativo e gestionale di erogazione dei servizi di assistenza ospedalieri e territoriali. Altri ambiti di intervento riguarderanno:

- il governo della gestione del personale dipendente, con particolare attenzione allo sviluppo delle competenze ed alla cura per la formazione;
- il governo dei processi di acquisto di beni e servizi, in coerenza con gli indirizzi nazionali e Regionali in materia;

#### 8.1.4.1 Riorganizzazione del sistema ospedaliero aziendale.

Oltre a porre in essere le azioni sopra citate, coerentemente con la delibera di Giunta Regionale n. 38/12 del 28.7.2015, questa Asl ha presentato la proposta la riorganizzazione del sistema ospedaliero aziendale.

La proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera aziendale ha lo scopo di ripensare al sistema ospedaliero tenendo conto dell'esigenza di promuovere logiche di efficacia nella gestione dei percorsi di cura, di flessibilità nella gestione degli spazi e della logistica, di efficiente utilizzo delle risorse economiche, tecnologiche e professionali disponibili, di costruzione di meccanismi di promozione della qualità organizzativa, tecnico-professionale e relazionale del sistema. La proposta di riorganizzazione mira a far sì che ogni stabilimento dei tre attualmente operativi entrino a far parte di un sistema integrato dell'Azienda. Ogni stabilimento dovrà quindi considerarsi come parte di un sistema integrato, a rete, di servizi, professionisti sanitari, livelli di assistenza e percorsi clinico-assistenziali al servizio dei bisogni dei pazienti (integrati tra loro e con le altre strutture ospedaliere e territoriali presenti sul territorio: centri sanitari, Università, rete dei servizi sanitari di base e professionisti operanti nel territorio). Ciò allo scopo di:

- evitare duplicazioni di servizi o processi poco utili;
- realizzare economie di scala per la realizzazione e gestione di servizi primari o di supporto (vedi attività di approvvigionamento di beni, centrali di sterilizzazione, progettazione del sistema informativo, etc.);
- modulare l'intervento sui percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali da assicurare anche in logica di integrazione tra diversi punti di erogazione;
- Realizzare un impatto positivo sul miglioramento del sistema sanitario e del welfare dell'intera Provincia.



#### 8.1.4.2 Disposizioni in materia di contenimento della spesa per il personale.

Nelle more della conclusione dei processi di riorganizzazione e riordino del servizio sanitario regionale di cui alla legge regionale del 17 novembre 2014, n. 23, anche dall'Azienda è stata adottata la D.G.R. n°. 43/9 del 1.9.2015, recante "Disposizioni alle Aziende sanitarie in materia di contenimento della spesa per il personale. Blocco del turnover".

Con la Delibera sopra citata è stato disposto il blocco del turnover, al fine di legare le politiche di reclutamento alle nuove esigenze organizzative che scaturiranno a seguito dell'approvazione della nuova rete ospedaliera e territoriale.

L'azienda si impegna a porre in essere azioni mirate a contemperare le esigenze di contenimento dei costi con la necessità di ridurre le forme di precariato, nel rispetto degli specifici vincoli esistenti, in un quadro organico di tendenziale riallineamento nel medio periodo, come definito dalla DGR sopraccitata.

#### 8.1.4.3 Spesa farmaceutica.

Un'area di particolare criticità per la nostra ASL è l'ambito dell'assistenza farmaceutica, sia in termini di appropriatezza che, conseguentemente, per l'elevato valore delle risorse assorbite.

Con d.G.R. n. 51/11 del 10/11/2015 sono stati introdotti alcuni interventi per la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica sia ospedaliera che territoriale.

##### 8.1.4.3.1 Misure di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera.

Con l'Allegato n. 1 alla Delib.G.R. n. 54/11 del 10.11.2015, recante "Misure di contenimento della spesa farmaceutica" è stato previsto un programma di azioni di contenimento della spesa per farmaci dispensati in regime ospedaliero ed in distribuzione diretta, l'attenzione è stata concentrata sui medicinali ad alto costo delle categorie ATC L04 immunosoppressori, L03 immunostimolanti e L01 citostatici.

Nella parte sottostante si riportano gli interventi individuati quali misure per la razionalizzazione e il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera:

- **Razionalizzazione della prescrizione di farmaci oncologici e oncoematologici ad alto costo**

La U.O di oncologia/ematologia della Asl 7 non potrà superare il costo medio terapia dell'anno 2014 per le terapie orali dispensate ai pazienti (file DD) e per le terapie somministrate in ambito ospedaliero.

Si riportano nel riquadro sottostante i costi medi terapia dell'anno 2014 della la U.O di oncologia/ematologia della Asl 7.



TERAPIE ONCOLOGICHE/EMATOLOGICHE PER VIA ORALE IN FILE DD			
AZIENDA	SPESA	N. PZ	COSTO MEDIO TERAPIA
ASL 7	€ 707.917,32	109	€ 6.494,65

TERAPIE ONCOLOGICHE/EMATOLOGICHE INFUSIONALI E ORALI SOMMINISTRATE NEI REPARTI			
AZIENDA	SPESA	N. PZ	COSTO MEDIO TERAPIA
ASL 7	€ 831.871,91	205	€ 4.057,91

- **Razionalizzazione della prescrizione di farmaci per la terapia della sclerosi multipla attraverso la definizione del costo medio terapia per paziente**

L'allegato n.1 della sopra citata Delibera regionale, ha assegnato ai Centri autorizzati alla diagnosi e prescrizione della terapia farmacologica per la sclerosi multipla l'obiettivo di razionalizzare la prescrizione dei farmaci, adeguandosi entro il triennio al costo benchmarking/terapia della struttura con la migliore performance. Da settembre 2015 la Asl 7 pur non essendo un centro autorizzato alla diagnosi e prescrizione di farmaci per la terapia di questa patologia, può erogare ai propri pazienti residenti i farmaci per la trattamento della sclerosi multipla, si impegna a verificare e a monitorare l'attività dei centri di diagnosi e prescrizione al fine di garantire la diminuzione di questa voce di spesa.

- **Razionalizzazione della prescrizione di farmaci per la terapia della artrite reumatoide attraverso la definizione del costo medio terapia per paziente**

I medicinali per il trattamento della artrite reumatoide incidono in maniera rilevante sulla spesa farmaceutica ospedaliera. Essendo stato individuato l'Ambulatorio di Reumatologia del P.O. Santa Barbara quale Centro autorizzato alla diagnosi e alla formulazione del piano terapeutico in ambito reumatologico, anche la Asl 7 dovrà porre in essere azioni volte alla razionalizzazione della prescrizione di farmaci per la terapia della artrite reumatoide.

Più specificamente è obiettivo dei Centri autorizzati adeguarsi entro il triennio al costo benchmarking/terapia della struttura con miglior performance che, considerando esclusivamente i Centri autorizzati per l'età adulta, è rappresentata dai Centri dell'AOU di Cagliari.

- **Misure volte a promuovere l'utilizzo dei farmaci originator/biosimilari a minor costo terapia.**

I medicinali biosimilari rappresentano una importante opportunità per il governo della spesa, sono uno strumento irrinunciabile per lo sviluppo di un mercato dei farmaci biotecnologici competitivo e concorrenziale, necessario per la sostenibilità del sistema sanitario, garantendo ai pazienti pari efficacia e sicurezza delle terapie. In seguito all'immissione in commercio dei farmaci biosimilari con deliberazione della Giunta regionale n. 20/5 del 26.4.2011 sono state date precise disposizioni in merito alle procedure per la fornitura e conseguentemente all'utilizzo di farmaci biologici e biosimilari. La



deliberazione citata, garantiva la continuità terapeutica ai pazienti in trattamento, e disponeva per i pazienti naive la prescrizione del medicinale aggiudicato in gara e quindi a minor costo. Sempre secondo la deliberazione n. 20/5 del 26.4.2011 le Direzioni aziendali erano incaricate di monitorare l'applicazione della direttiva verificando che sui pazienti naive fosse prescritto il farmaco aggiudicatario nella procedura di acquisizione. Al fine di garantire la libertà prescrittiva del medico, nel caso il clinico ritenesse di prescrivere per uno specifico paziente un trattamento farmacologico più costoso era stata prevista, contestualmente alla prescrizione, l'invio alla Direzione Sanitaria di appartenenza di specifica relazione da cui erano rilevabili le motivazioni della scelta. Dall'esame dei dati è risultato che gli indirizzi impartiti con la citata Deliberazione sono stati applicati in maniera parziale, per promuovere l'utilizzo dei farmaci originator/biosimilari è obiettivo dell'Azienda erogare al nel caso di pazienti naive, il prodotto aggiudicato nella procedura pubblica d'acquisto e pertanto a costo inferiore, rispettando entro un anno le seguenti percentuali di prescrizione: somatropina: 40%, epoetina alfa 60% e filgrastim 60%.

La Direzione aziendale si impegnerà inoltre ad inviare trimestralmente all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza sociale un report con le dispensazioni difformi da quanto disposto e allegheranno le relazioni dei clinici contenenti l'indicazione della specialità medicinale richiesta, dosaggio, indicazione terapeutica, via di somministrazione e motivazione documentata e supportata da adeguati riferimenti scientifici.

- ***Adesione al PTR da parte di medici specialisti ospedalieri e ambulatoriali***

I farmaci inseriti nel Prontuario Terapeutico Regionale (PTR), sono quelli che hanno le maggiori evidenze scientifiche e a parità di evidenze il miglior rapporto costo/beneficio. L'allegato n.1 della sopra citata Delibera regionale ha disposto che la percentuale massima di acquisto e dispensazione di farmaci non inseriti in PTR non deve essere superiore al 10% della spesa farmaceutica aziendale. Il valore aziendale registrato nel 2014 è stato del 2,67%, in virtù di ciò è obiettivo dell'Azienda confermare le percentuali registrate nell'anno 2014.

#### 8.1.4.3.2 Misure di contenimento della spesa farmaceutica territoriale

Con l'Allegato n. 2 alla Delib.G.R. n. 54/11 del 10.11.2015, recante "Misure di contenimento della spesa farmaceutica territoriale" oltre ad essere stati assegnati specifici obiettivi da raggiungere entro il triennio ad alcune Aziende Sanitarie (negli ambiti dove è stata rilevata una importante variabilità nella scelta del percorso terapeutico e quindi dei relativi costi e/o una inappropriata prescrizione) sono stati individuati per tutte le Aziende obiettivi sulle classi di farmaci con documentati livelli di inappropriata prescrizione. Le classi di farmaci oggetto di specifici interventi tesi a contenere consumi e spesa migliorando l'appropriata prescrizione sono riportati nella seguente tabella (Tabella 22):



**Tabella 22: Classi di Farmaci oggetto di contenimento della spesa**

CATEGORIE DI FARMACI	OBIETTIVI DGR 54/11/ del 10 Novembre 2015
Inibitori della pompa protonica	Unità posologiche pro capite < 28 cps/cpr (2 confezioni)
Colecalciferolo	DDD Formulazioni im-os da 100-300.000UI/DDD totali A11CC05 > 70%
Antagonisti del recettore per l'angiotensina II (sartani) e loro associazioni	Unità posologiche sartani C09C+C09D/ unità posologiche gruppo C09 < 40 %
	Unità posologiche sartani C09C+C09D senza copertura brevettuale( off-patent) > 90 %
Inibitori della Idrossimetil-CoA reduttasi (Statine) e loro associazioni con altri agenti modificanti i lipidi	Confezioni anno per 100 abitanti < 110
	Unità posologiche di rosuvastatina e C10BA/ unità posologiche C10AA+C10BA < 15 %
Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)	Confezioni anno per 100 abitanti < 50
	Confezioni COXIB (M01AH)/confezioni FANS M01A < 15 %
Adrenergici per via inalatoria	DDD adrenergici in associazione (R03AK)/ DDD adrenergici (R03A) < 60 %

### 8.1.5 Obiettivi Area Trasparenza e anti-corruzione



Le politiche sulla performance applicate da questa Azienda mirano a fornire un contributo alla costruzione di un clima Organizzativo che favorisca la prevenzione della corruzione e la massima estensione del principio di trasparenza “inteso come accessibilità totale (...), delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il





perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità"

L'Azienda, inoltre, si impegna a garantire l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, traducendo tali misure in un obiettivo strategico, declinandolo a sua volta in obiettivi operativi ai dirigenti che in essa agiscono. Ciò è volto ad agevolare l'individuazione di misure ben definite in termini di obiettivi, da rendere più efficaci e verificabili a conferma della piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento della funzionalità amministrativa.



## 9 Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione della performance

### 9.1 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 delle Unità Operative.

Il Piano della performance, deliberato dal Direttore Generale, deve essere pubblicato entro e non oltre il 31 Gennaio. La particolare contingenza attuale che, come già visto in premessa, è caratterizzata da una profonda revisione dell'intero sistema sanitario regionale i cui dettagli sono a tutt'oggi in fase di definizione, non consentono il rispetto di tale termine.

L'approvazione formale del Piano è la conclusione di un percorso, ipotizzato come mostrato nelle fasi riportate nella seguente tabella (Tabella 23):

**Tabella 23: Fasi e tempi del Processo di redazione del Piano**

Fasi	Attori coinvolti e responsabili della fase	Tempi
Definizione delle linee strategiche e degli indirizzi di programmazione con il coinvolgimento dei portatori d'interesse	Direzione Generale, Collegio di Direzione allargato, U.O. Programmazione e Controllo	Settembre
Aggiornamento e revisione degli obiettivi strategici	Direzione Generale, U.O. Programmazione e Controllo	Settembre
Definizione fabbisogni di tecnologia, beni e servizi, personale, formazione, coerentemente con gli obiettivi definiti.	Dipartimenti, Distretti sanitari, U.U. O.O.	Settembre
Consolidamento dei fabbisogni e programmazione dei processi aziendali di acquisizione coerentemente con i vincoli economici assegnati.	Ingegneria Clinica, Acquisti, Servizi Farmaceutici, personale, Formazione, U.O. Programmazione e Controllo	15 Ottobre
Elaborazione del progetto dei documenti di programmazione aziendale	Direzione Generale U.O. Programmazione e Controllo	25 Ottobre
Invio dei progetti dei documenti di programmazione aziendale alla Conferenza Territoriale Sociosanitaria per il coinvolgimento dei portatori di interesse locali.	Direzione Generale	25 Ottobre



Adozione dei documenti di programmazione aziendale annuale e triennale tenuto conto del parere della Conferenza Territoriale Sociosanitaria.	Direzione Generale	15 Novembre
Aggiornamento degli obiettivi strategici e degli Outcomes del piano della Performance.	U.O. Programmazione e Controllo	15 Gennaio
Adozione e pubblicazione del Piano della Performance aggiornato	Direzione Generale	31 Gennaio
Avvio negoziazione obiettivi specifici operativi	Direzione Generale, Distretti sanitari, Dipartimenti, U.U. O.O., U.O. Programmazione e Controllo	Febbraio
Chiusura negoziazione, adozione obiettivi formalizzati e pubblicazione ad integrazione del piano della Performance	Direzione Generale, U.O. Programmazione e Controllo	28 Febbraio

## **9.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio**

Secondo quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, e dall'articolo 10, comma 1, lett. a), del D.lgs. 150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione e di bilancio di previsione. L'integrazione e il collegamento tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione e di bilancio viene realizzata tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione e di pianificazione delle performance ;
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi: dal Servizio Bilancio al Servizio Programmazione e Controllo, all'Organismo Indipendente di Valutazione, agli Uffici ordinatori e alle singole Strutture aziendali sanitarie e non sanitarie ;
- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, primo fra tutti il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

L'elaborazione del bilancio di previsione deve avvenire nel terzo trimestre dell'anno precedente a quello di riferimento, in modo da poter essere adottato entro il 15 novembre.

Il fine è quello di creare un valido strumento che costituisca la base per la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi economici alle varie strutture aziendali.



### **9.3 *Coordinamento tra Piano triennale per la prevenzione della corruzione (PTPC) e Piano della Performance***

Il presente Piano della Performance è coerente con il Piano triennale per la prevenzione della corruzione (PTPC), in quanto assume come obiettivo strategico rilevante quello di dare attuazione concreta alle misure anti corruzione attraverso la declinazione puntuale degli obiettivi da assegnare alle diverse strutture.

### **9.4 *Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance***

Il documento, che si trova ora nella sua terza stesura, verrà sistematicamente aggiornato e verranno individuati, in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i necessari correttivi.

Il Piano verrà comunque revisionato nel corso dell'anno 2016 in funzione dell'assegnazione degli obiettivi regionali nonché del confronto con tutti i portatori di interessi e nel caso in cui dovessero intervenire situazioni straordinarie.

Inoltre, affinché la procedura del ciclo della performance possa migliorare la sua significatività e la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, di trasparenza e di responsabilizzazione, è importante l'ottimizzazione di un adeguato sistema di supporto agli Organismi di valutazione e verifica, affinché venga garantito il collegamento tra ciclo di gestione della performance e la programmazione.

I sistemi di supporto riguardano il sistema di misurazione delle prestazioni e la sua integrazione con i sistemi di valutazione, il sistema di reporting sulle prestazioni misurate e la tempestività degli strumenti di rendicontazione. Per il miglioramento del ciclo della gestione della performance diventa inoltre rilevante la definizione del regolamento di organizzazione con la definizione delle competenze di ciascuna struttura e con l'individuazione delle funzioni delegabili a ciascun dirigente.