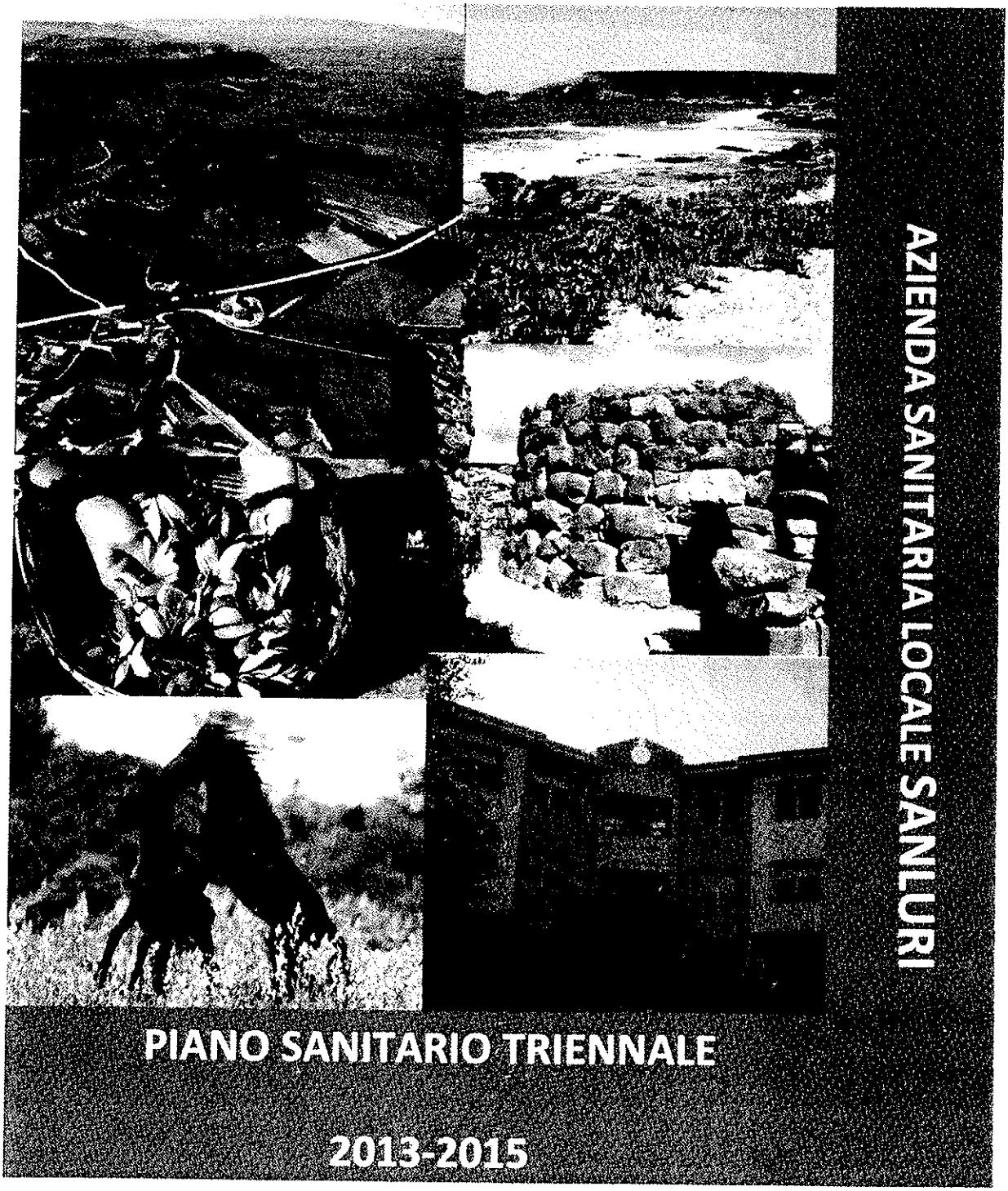
Del. n° del 28.12.2012
891



AZIENDA SANITARIA LOCALE SANLURI

PIANO SANITARIO TRIENNALE

2013-2015

ASL 6 SANLURI
DIREZIONE GENERALE

SERVIZIO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

PARTE I – PREMESSA 5

Introduzione 5
La Mission aziendale 6
Dal Piano strategico 2012-2014 al Piano sanitario triennale 2013-2015 9

PARTE II – QUADRO AZIENDALE ANNO 2011 12

Profilo demografico ed epidemiologico 12
Profilo socioeconomico 18

PARTE III – PROGRAMMAZIONE ANNO 2013 - 2015 20

PIANO DELLE ATTIVITÀ 20
Miglioramento dell'assistenza territoriale 20
La Prevenzione (vaccinazioni e screening) 20
Le case ed i centri della salute 21
La riabilitazione e lungodegenza 22
L'assistenza residenziale 22
L'assistenza distrettuale 23
La rete ASL – MMG - PLS 23
Miglioramento dell'Assistenza ospedaliera 25
Nuova organizzazione e gestione dell'attività di ricovero – ospedale per intensità di cura 25
Rete ospedaliera e nuovo ospedale 26
Tasso di ospedalizzazione 28
Appropriatezza DRG 29
Ricoveri ripetuti 30
Degenza media per ricoveri con DRG chirurgico 31
Liste di attesa 31
Miglioramento Assistenza integrata 33
Assistenza domiciliare 33
I Percorsi di salute integrati 34
Il Pua e l' Uvt 35
Il Piano locale unitario dei servizi alla persona - Plus 36
La Salute penitenziaria 37
Miglioramento dell'organizzazione 38
Atto Aziendale 38
Semplificazione dell'organizzazione 38
Sistemi e flussi informativi 40
PIANO DEL PERSONALE 42
Scenari 42
Fabbisogno 44
PIANO ECONOMICO 46
Profilo quinquennio 2008 - 2012 46
Linee generali di intervento 2013-2015 52
Razionalizzazione costi di Produzione 52
Contenimento costo dei farmaci territoriali e ospedalieri 53
Monitoraggio e gestione dei fondi vincolati 54
Rispetto budget di spesa 54
Investimenti 55
Previsione economica 56
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI 58

PARTE I – PREMESSA

Introduzione

La direzione generale, attraverso il presente documento, intende tracciare le linee di programmazione e di sviluppo organizzativo del proprio mandato, mossa sia da un forte senso di responsabilità verso i cittadini-utenti della ASL 6, sia dalla necessità di definire e quindi governare le problematiche che influenzano il quadro della qualità complessiva dell'assistenza socio sanitaria (qualità gestionale, organizzativa, professionale e sociale). Più in generale, si impegna a tal proposito, per il prossimo triennio, a lavorare intensamente per dare un contributo, per la parte di propria competenza, al miglioramento del welfare territoriale. A tal fine esamina le proprie azioni, si interroga sulla validità delle strategie poste in essere, valuta i risultati e gli obiettivi raggiunti e riflette su quelli prefissati per gli anni avvenire.

I principi ispiratori dell'opera della Direzione sono la legalità, la moralità e l'equità. Tali principi sono fondamentali per poter gestire una macchina complessa come è un'Azienda Sanitaria nel particolare periodo storico che il sistema Italia sta vivendo. In particolare l'Azienda sarà chiamata a fare un grande sforzo organizzativo per poter applicare le varie indicazioni Nazionali e Regionali di recente approvazione, quali le "Disposizioni urgenti in materia sanitaria connesse alla manovra finanziaria", "I criteri di riparto delle risorse finanziarie", "Le linee guida per la predisposizione degli atti aziendali", "I criteri di accreditamento delle strutture sanitarie", e altre iniziative che mirano a portare il sistema sanitario sardo verso una corretta ed equilibrata gestione, passando anche per la riduzione dei posti letto per acuzie ed un potenziamento dell'offerta territoriale.

La Mission aziendale

Crediamo nella centralità della persona e per questo promuoviamo l'accessibilità e la flessibilità dei servizi Aziendali mirando al potenziamento della continuità assistenziale tra ospedale e territorio in modo da garantire dei percorsi virtuosi di presa in carico integrata dell'utente;

Forniamo il nostro contributo alla creazione di condizioni di equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi rivisitando costantemente, in un contesto dinamico, i processi di lavoro che legano l'Ospedale al territorio, potenziando le attività che generano valore per l'utente;

Ricerchiamo l'integrazione socio-sanitaria attraverso processi di revisione organizzativa e funzionale coinvolgendo gli attori sociali, pubblici e privati, perché dalle sinergie possano scaturire soluzioni adeguate alla complessità delle sfide;

Promuoviamo la costruzione di una rete di alleanze miranti al potenziamento della rete ospedaliera, del settore della prevenzione e dei servizi territoriali per dare risposte ai nostri residenti in una logica di continuità assistenziale e rispetto delle diversità;

Crediamo nella politica dell'ascolto come strumento di percezione dei bisogni dei nostri utenti per meglio comprendere le esigenze del territorio e migliorarne i servizi offerti;

Consideriamo la razionalizzazione delle risorse elemento essenziale per il buon governo dell'Azienda così come farebbe un buon padre di famiglia nella gestione delle risorse familiari;

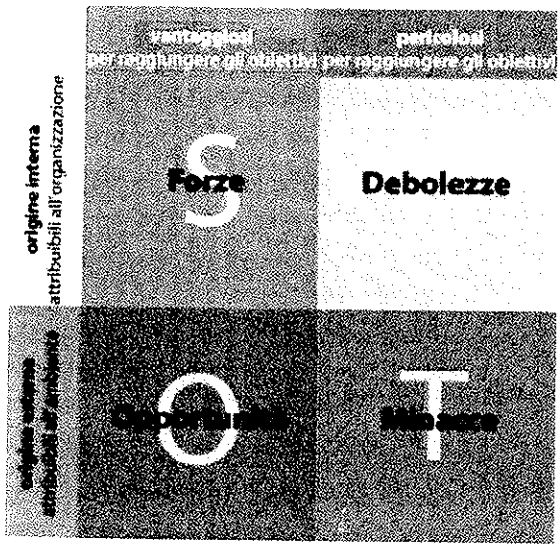
Ci impegniamo nella selezione, valorizzazione, motivazione e formazione continua dei nostri dipendenti, creando un ambiente serenamente laborioso ed intellettualmente stimolante che dia prospettive di crescita, puntando all'attrazione delle migliori professionalità;

Favoriamo il miglioramento continuo delle prestazioni che mira all'eccellenza dei percorsi clinici ed assistenziali anche attraverso la costruzione delle garanzie professionali, organizzative e di accessibilità che infondono affidabilità e senso di sicurezza;

Crediamo nell'innovazione tecnologica e informatica integrata, quale strumento di buon governo della ASL;

Crediamo nell'efficacia delle politiche di prevenzione e promozione della salute attraverso le quali si possono affrontare in maniera pro attiva le principali cause di morte prematura, di disabilità, di infortuni, di dipendenze da alcol e droghe, di disturbi alimentari, problemi psichici, tumori e di talune affezioni circolatorie e respiratorie. Il tutto con la presa in carico globale della persona partendo dalla prevenzione e passando, in base alle necessità, per la cura e la riabilitazione.

La swot analysis



L'azienda nel compimento del presente Piano ha deciso di utilizzare la swot analysis perché ritenuto un consolidato strumento di valutazione della competitività di qualsiasi organizzazione. L' analisi swot, conosciuta anche come matrice swot, è uno strumento di pianificazione strategica usato per valutare i punti di forza (Strengths), debolezza (Weaknesses), le opportunità (Opportunities) e le minacce (Threats) di un'organizzazione che si trova nella posizione di dover prendere delle decisioni per raggiungere determinati obiettivi. Lo strumento, pertanto, attraverso l'individuazione dei suoi punti di forza e di debolezza e delle opportunità e delle minacce, ha permesso alla asl 6 di individuare le principali linee strategiche su cui incanalare le attività.

S (Punti di forza)	W (Punti di debolezza)
Capillarità dei servizi territoriali (case della salute, centri salute, poliambulatori, consultori, ospedale)	Obsolescenza della struttura ospedaliera Mobilità passiva cronicizzata in certi settori Carente integrazione ospedale territorio
O (Opportunità)	**T (Minacce)**
Rimodulazione della rete Ospedaliera Sarda Programmazione integrata con il territorio - Plus Frequenti progetti di promozione e prevenzione Incremento della popolazione straniera e innalzo del numero delle nascite	Limitate dimensioni aziendali Elevati indici di vecchiaia Basso tasso di crescita della popolazione Situazione socioeconomica problematica

Alcune priorità di intervento della Asl 6:

- **IL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA;**
- **GESTIONE AZIENDALE BASATA SUL MIGLIORAMENTO DEL GOVERNO CLINICO E SUI PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI;**
- **LA CREAZIONE DELLA LUNGODEGENZA OSPEDALIERA**
- **IL POTENZIAMENTO DELLA RIABILITAZIONE AD ALTA INTENSITÀ E DELLA LUNGODENGENZA NEL TERRITORIO;**
- **LA FORMAZIONE CONTINUA AZIENDALE;**
- **L'INFORMATIZZAZIONE E L'AMMODERNAMENTO TECNOLOGICO AZIENDALE;**
- **L'INTEGRAZIONE OSPEDALE – TERRITORIO;**
- **LA RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA SANITARIA;**

Il Piano strategico della ASL 6 di Sanluri ripone la massima attenzione alla ricognizione dell'esistente e arriva poi a ragionare su quanto necessario per il continuo miglioramento dei servizi.

Dal Piano strategico 2012-2014 al Piano sanitario triennale 2013-2015

Il Piano sanitario triennale 2013-2015 riprende in esame gli obiettivi contemplati dalla pianificazione strategica 2012-2014 valutando quali attività sono già state avviate e quali invece saranno protagoniste dell'anno in corso e degli anni seguenti.

Il piano sanitario triennale tenta pertanto di analizzare cosa cambia nell'azienda e quali strategie possono essere utili nei prossimi anni per soddisfare i bisogni della popolazione e quelli degli altri portatori di interesse.

Come si esporrà di seguito in modo più dettagliato nel territorio della Provincia del Medio campidano si rileva in maniera marcata il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione correlato all'aumento della vita media e ad una costante riduzione della natalità, ma anche un incidenza significativa delle malattie croniche soprattutto legate alla fascia di popolazione anziana. Pertanto la strategia dell'azienda sanitaria sarà orientata a prevedere un'organizzazione finalizzata a potenziare l'attività sanitaria utile a soddisfare le richieste della popolazione anziana con particolare riguardo all'assistenza a domicilio e alla medicina territoriale per garantire una presa in carico globale e continua dell'utente.

Il Piano strategico 2012-2014 (delibera n° 509 del 14/11/2011) aveva considerato tre prospettive di lavoro e di crescita che ricalcano anche gli obiettivi assegnati dalla Regione ai Direttori generali delle Aziende sanitarie locali (DGR. n. 30/60 del 12.7.2011. Allegato 1 e 2) sintetizzati in:

- obiettivi assistenziali;
- obiettivi organizzativi;
- obiettivi economici.

L'ASL 6 in armonia con tali indirizzi aziendali e regionali, nel contesto dell'attività di pianificazione declina gli obiettivi suddetti in tre macro-aree strategiche di azione. Queste tre prospettive di analisi descrivono, a loro volta, un percorso ideale tramite il quale attuare un vero e proprio progetto di *miglioramento della Qualità* e in certi casi anche di cambiamento del sistema esistente.

1. Miglioramento dell'assistenza 2. Miglioramento dell'organizzazione 3. Miglioramento della gestione economica	=	Miglioramento della Qualità complessiva del Sistema

Di seguito il dettaglio delle aree di sviluppo verso le quali la asl intende concentrare l'attenzione nel triennio avvenire.

Miglioramento dell'assistenza

Area territoriale

- miglioramento attività di prevenzione
- sviluppo dell'area riabilitazione e lungodegenza
- sviluppo dell'assistenza domiciliare per intensità di cura
- potenziamento rete con i MMG e PLS

Area ospedaliera

- implementazione del modello di gestione del paziente ospedaliero per intensità di cura
- miglioramento dell'offerta e della rete ospedaliera
- riduzione tasso ospedalizzazione e miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri
- gestione completa liste di attesa

Area integrata

- potenziamento percorsi integrati ospedale-territorio
- garanzia della collaborazione nell'ambito del Plus per quanto riguarda gli aspetti sanitari
- potenziamento PUA-UVT

Miglioramento dell'organizzazione

Rivisitazione della struttura organizzativa

- attuazione della legge regionale sul riordino della rete ospedaliera
- riorganizzazione struttura ospedaliera per intensità di cura
- riorganizzazione per processi di tutte le attività aziendali
- ridefinizione osservazione breve in pronto soccorso
- sviluppo day hospital e day surgery
- riesame organigramma e atto aziendale
- definizione dell'area sanitaria di integrazione ospedale-territorio

Potenziamento degli strumenti di clinical governace

- percorsi clinico organizzativi - audit - gestione del rischio clinico
- valutazione appropriatezza
- valutazione rischi
- processo di budget - definizione obiettivi - sistema premiante
- strumenti per rilevare la soddisfazione del paziente
- applicazione sistemi informativi integrati

- formazione continua

Razionalizzazione e sostenibilità economica

- Razionalizzazione dei costi di produzione
- Contenimento costo dei farmaci territoriali e ospedalieri
- Monitoraggio e gestione fondi vincolati
- Rispetto budget di spesa
- Piano Investimenti
- Piano del Personale

PARTE II – QUADRO AZIENDALE ANNO 2011

Profilo demografico ed epidemiologico

Popolazione - L'ASL n. 6 di Sanluri insiste in un territorio composto da 28 comuni distribuiti in due distretti sociosanitari, Guspini e Sanluri. La distribuzione dei comuni è molto differente nei due distretti, infatti:

- sette comuni appartengono al Distretto di Guspini: Arbus, Gonnosfanadiga, Guspini, Pabillonis, San Gavino Monreale, Sardara, Villacidro;
- ventuno appartengono al Distretto di Sanluri: Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Samassi, Segariu, Sanluri, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru, Villanovafranca.

Territorio Mediocampidano

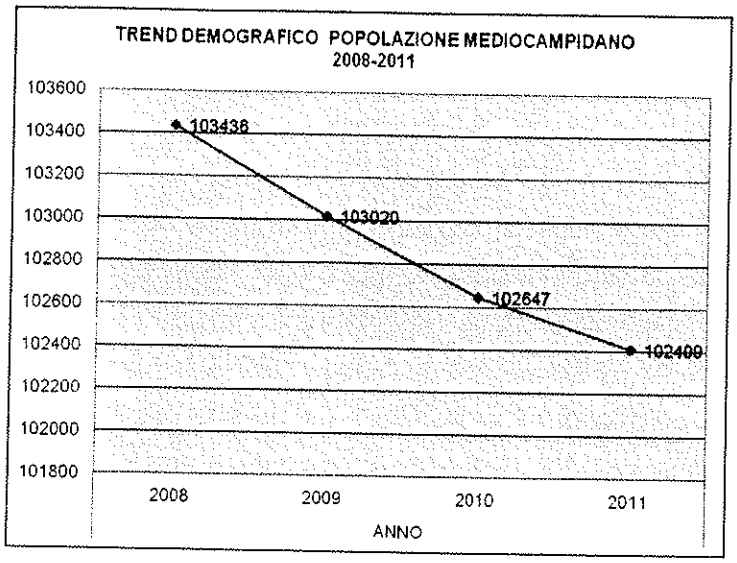
Superficie territoriale	Densità abitativa
1.516,2 Kmq	67,54 abitanti/Kmq.

Popolazione Mediocampidano al 1 Gennaio 2011 (Istat)

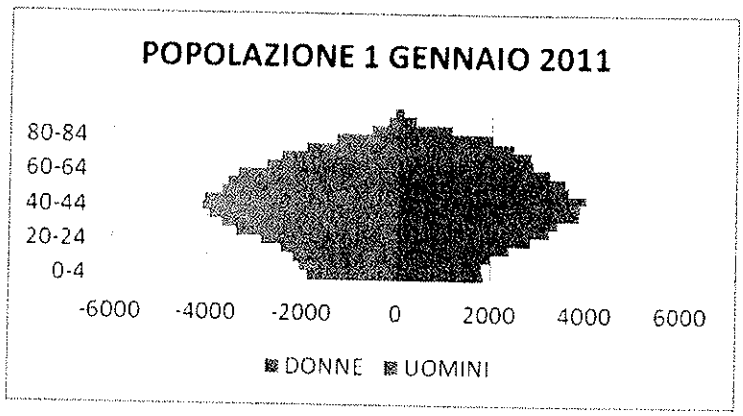
Maschi	Femmine	Totale
50.659 ab. (49,46 %)	51.750 ab. (50,53%)	102.409 ab.

- il Distretto di Guspini è quello con il maggior numero di abitanti, infatti ne conta 56.579 pari al 55,24% della popolazione totale;
- il Distretto di Sanluri conta una popolazione di 45.830 abitanti pari al 44,75 % della popolazione totale.

Declino della popolazione - Nella provincia del Medio campidano la popolazione residente ha subito un generale decremento. Il declino demografico è dato, principalmente dal saldo naturale negativo che da diversi anni caratterizza il territorio.
Nell'arco di 4 anni, nella provincia del Mediocampidano, si è passati da una popolazione pari a 103.436 (istat 1°gennaio 2008) ad una pari a 102.409 (istat 1°gennaio 2011).



Aumento della popolazione anziana e diminuzione delle nascite - Tra i tanti fenomeni collegati al processo di trasformazione demografica, si distingue il costante invecchiamento della popolazione, indicatore non solo del crescente fenomeno dell'allungamento della vita e quindi della riduzione della mortalità in età avanzata, ma anche dello scarso rinnovamento generazionale. L'aumento della longevità (come mostra la piramide delle età riportata di seguito), riguarda maggiormente la parte femminile. Il dato si presenta simile a livello nazionale, regionale, provinciale e distrettuale. Nonostante studi recenti abbiano evidenziato che il trend e i comportamenti dei due sessi tendono sempre più ad avvicinarsi (aumenta il numero di donne che fuma, beve e lavora), risulta che la popolazione femminile è sempre più resistente di quella maschile alle diverse cause patogene di morte.



Nella provincia del Mediocampidano, i dati Istat 2011, registrano 21.234 ultra-sessantacinquenni su un totale di 102.409 abitanti; questo valore, in termini percentuali si

traduce in 20,37 % (Sardegna 19,07; Italia 20,22). Va evidenziato a tal proposito che l'aumento della vita media determina anche un aumento degli ultra 85-enni.
Nella provincia del Medio Campidano i valori del tasso di natalità sono invece al di sotto sia della media regionale sia di quella nazionale. A fronte infatti di una media provinciale quasi costante nell'arco di tempo considerato, pari a circa 7 nuovi nati per 1000 abitanti (con la registrazione di un nuovo graduale aumento a partire dal 2009) si collocano valori regionali e nazionali superiori corrispondenti rispettivamente a 8‰ e 9‰.

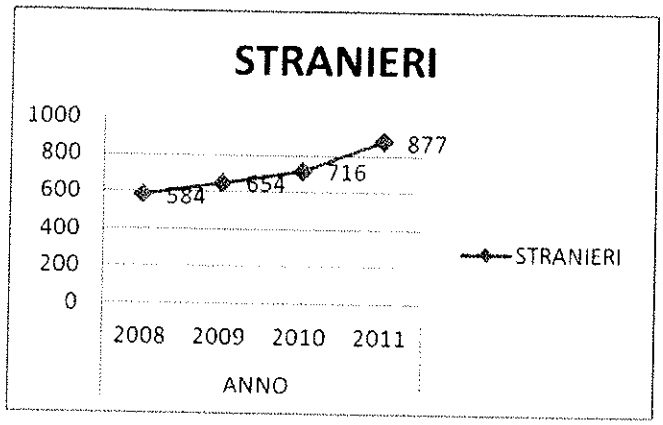
Nuclei familiari - I più importanti cambiamenti demografici avvenuti nel corso degli anni, così come fino ad ora descritti, hanno avuto un grande impatto sul tessuto sociale ed economico del territorio e in particolare sulla struttura delle famiglie.

Famiglie Mediocampidano 2011 (Istat)

Famiglie	Numero medio di componenti
39381	2,59

Da un analisi più generale si può asserire che con l'incremento della popolazione anziana aumentano anche le famiglie composte di soli anziani. Contemporaneamente diminuisce l'intensità delle relazioni parentali e delle famiglie estese. Inoltre, per vari motivi di carattere sociale, culturale ed economico, aumenta l'instabilità matrimoniale, i figli ritardano nel creare nuove famiglie, manifestano una minore propensione al matrimonio e alla procreazione, e sempre più spesso prolungano il tempo di permanenza nella famiglia di origine, o decidono, malgrado le tante difficoltà, di vivere una vita da single.

Stranieri – Anche il fenomeno dell'immigrazione sta avendo negli ultimi anni uno sviluppo molto importante. Il fenomeno appare in costante crescita. Al 01/01/2011 l'Istat registra, nella Provincia del Mediocampidano, una popolazione straniera residente pari a 877 persone di cui 365 maschi e 512 femmine (rispetto ai 716 nel 2010).



Mortalità e incidenze della malattie – La descrizione della mortalità è uno strumento epidemiologico che fornisce importanti indicazioni sullo stato di salute di una popolazione. Si deve tuttavia tener conto delle caratteristiche delle diverse cause di morte, una mortalità elevata può essere legata per esempio alla grande diffusione di una malattia ma anche a una sua diffusione minore legata però a un'alta letalità. I dati diffusi dall'ISTAT, relativi alla mortalità dell'anno 2008, non mostrano scostamenti tra la provincia del Medio campidano e la media della regione Sardegna; si rilevano le *Malattie del sistema circolatorio* e i *Tumori* le più frequenti cause di morte.

Morti per causa Regione Sardegna e provincia medio campidano
Maschi e Femmine – Anno 2008

CAUSE DI MORTE	Sardegna		Medio Campidano	
	n	%	n	%
Malattie del sistema circolatorio	4.929	34,5%	363	35,0%
Tumore	4.435	31,0%	317	30,6%
Malattie del sistema respiratorio	914	6,4%	80	7,7%
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	795	5,6%	57	5,5%
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	512	3,6%	47	4,5%
Malattie dell'apparato digerente	653	4,6%	43	4,1%
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	592	4,1%	39	3,8%
Disturbi psichici e comportamentali	412	2,9%	32	3,1%
Malattie del sistema nervoso e organi di senso	588	4,1%	32	3,1%
Malattie infettive e parassitarie	210	1,5%	20	1,9%
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	287	2,0%	20	1,9%
Malattie del sistema genitourinario	221	1,5%	13	1,3%
Malattie del sangue e organi ematop. ed alc. dist. imm.	70	0,5%	8	0,8%
Malattie del sistema osteomuscolare, tessuto connettivo	105	0,7%	6	0,6%
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	30	0,2%	4	0,4%

Condizioni che hanno origine nel periodo perinatale	21	0,1%	2	0,2%
Malformazioni congenite e anormalità cromosomiche	33	0,2%	1	0,1%
Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	0		0	
Totale	14.295	100,0%	1.037	100,0%

Diagnosi più frequenti – Il ricorso al ricovero ospedaliero è riservato alle patologie che per tipologia e gravità non possono essere trattate con un'assistenza territoriale ma necessitano del più elevato grado di assistenza sanitaria. Dall'analisi dei dati relativi ai ricoveri erogati per i cittadini residenti nella provincia del Medio Campidano si può osservare la distribuzione dei ricoveri nelle Major Diagnostic Category (MDC); nell'anno 2011 i ricoveri più frequenti sono stati relativi alle malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (9,1%) immediatamente dopo troviamo le malattie e disturbi dell'apparato digerente (8,9%) e del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo (8,4%).

Ricoveri erogati a favore di cittadini residenti nella provincia del medio campidano per mdc				
	Ricoveri			
descrizione mdc (major diagnostic category) - anno 2011	**2011**		**2010**	
Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	1670	9,1%	2095	10,1%
Malattie e disturbi dell'apparato digerente	1631	8,9%	1940	9,4%
Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1527	8,4%	2212	10,7%
Gravidanza parto e puerperio	1350	7,4%	1491	7,2%
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	1015	5,6%	1127	5,5%
Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	1006	5,5%	606	2,9%
Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	952	5,2%	1075	5,2%
Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	898	4,9%	1235	6,0%
Malattie e disturbi dell'occhio	824	4,5%	913	4,4%
Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	806	4,4%	824	4,0%
Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	796	4,4%	891	4,3%
Malattie e disturbi del periodo neonatale	766	4,2%	817	4,0%
Malattie e disturbi del sistema nervoso	761	4,2%	1336	6,5%
Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	751	4,1%	720	3,5%
Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	605	3,3%	689	3,3%
Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	598	3,3%	652	3,2%

Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	398	2,2%	527	2,6%
Malattie e disturbi mentali	373	2,0%	405	2,0%
Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	372	2,0%	426	2,1%
Traumatismi multipli rilevanti	352	1,9%	16	0,1%
Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	273	1,5%	171	0,8%
Abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	169	0,9%	75	0,4%
Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	127	0,7%	170	0,8%
Infezioni da h.i.v.	112	0,6%	105	0,5%
Altri d.r.g.	73	0,4%	128	0,6%
Ustioni	70	0,4%	17	0,1%
Ricoveri complessivi	**18275**	**100%**	**20663**	**100%**

La domanda relativa alle prestazioni di ricovero non è soddisfatta completamente dalla struttura ospedaliera della Asl 6. Circa il 55% dei ricoveri erogati a favore dei cittadini residenti nell'ambito territoriale della Asl sono stati erogati da altre aziende sanitarie prevalentemente localizzate nell'area cagliaritana. La Asl 8 nell'anno 2011, per gli assistiti a carico della Asl 6, ha erogato oltre 5.300 ricoveri, di cui il 47% sono stati gestiti presso le case di cura private, circa 2.300 ricoveri sono stati prodotti dalla AOU di Cagliari e 2.200 dalla A.O: San Michele.

La casistica dei ricoveri erogati nell'anno 2011 organizzata per Major Diagnostic Category (MDC) evidenzia oltre che una riduzione del numero assoluto rispetto all'anno precedente, anche una differente distribuzione percentuale delle cause di ricovero; si rileva una riduzione dei casi correlati con la possibilità di gestire le patologie croniche in modo continuo sul territorio per evitare il ricorso al ricovero ospedaliero.

Profilo socioeconomico

Di seguito una traccia della struttura produttiva della provincia del Medio Campidano sulla base degli ultimi dati resi disponibili dal sistema informativo regionale "SardegnaStatistiche".

Struttura produttiva - Illustra le caratteristiche strutturali del sistema produttivo attraverso dati sugli addetti, le imprese e istituzioni e una selezione di indicatori. Fornisce inoltre un approfondimento sull'industria, sui servizi e sull'agricoltura.

Variabili	Nuova provincia Medio Campidano	Regione Sardegna	Anno
Numero di imprese per comparto economico - Industria	1,201	22,992	2001
Numero di imprese per comparto economico - Servizi	3,626	72,156	2001
Numero di imprese per comparto economico - Totale	4,857	95,822	2001
Numero di addetti alle imprese per comparto economico - Industria	4,867	91,061	2001
Numero di addetti alle imprese per comparto economico - Servizi	8,757	182,099	2001
Numero di addetti alle imprese per comparto economico - Totale	13,752	277,275	2001
Numero di unità locali per comparto economico - Industria	1,302	24,818	2001
Numero di unità locali per comparto economico - Servizi	4,142	80,119	2001
Numero di unità locali per comparto economico - Totale	5,474	105,642	2001
Numero di addetti alle unità locali per comparto economico - Industria	5,319	104,828	2001
Numero di addetti alle unità locali per comparto economico - Servizi	9,099	202,244	2001
Numero di addetti alle unità locali per comparto economico - Totale	14,546	311,180	2001
Dimensione media delle imprese per comparto economico - Industria	4.05	3.96	2001
Dimensione media delle imprese per comparto economico - Servizi	2.42	2.52	2001
Dimensione media delle unità locali per comparto economico - Industria	4.09	4.22	2001
Dimensione media delle unità locali per comparto economico - Servizi	2.2	2.52	2001
Numero di aziende agricole	12,238	112,689	2000
Superficie agricola totale	109,297.79	1,701,791.54	2000
Superficie Agricola Utilizzata - SAU	75,352.68	1,020,411.26	2000

Fonte: http://report.sardegnastatistiche.it/reportingSystem/selezionaTerritorioConfronto.do

Da un punto di vista storico, il Centro regionale di programmazione della Regione Sardegna, nell'ambito della Progettazione Integrata 2006, ha individuato all'interno della Provincia tre aree sostanzialmente omogenee per storia, cultura, tradizioni ed economia:

1. Area ex mineraria al cui interno ricadono i comuni di Arbus, Gonnosfanadiga, Guspini,Pabillonis, San Gavino M.le e Villacidro;
2. Campidano irriguo di cui fanno parte i Comuni di Samassi, Serramanna e Serrenti;
3. Marmilla di cui fanno parte i Comuni di Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Sanluri, Sardara, Segariu, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovafranca, Villanovaforru

Segue una immagine di una Provincia che ha subito un forte processo di deindustrializzazione, conseguente alla chiusura delle miniere e del grosso insediamento tessil-chimico, caratterizzata da alte percentuali di disoccupazione, superiori al resto della Sardegna, con indice del 19,8%, da una scarsa qualità del lavoro, troppo precario e instabile, da indici di vecchiaia e di povertà elevati, da un alto tasso di spopolamento e di emigrazione, da dimensioni ridotte delle imprese, da reddito pro capite al di sotto della media regionale. La deindustrializzazione del Medio Campidano, oltre a problematiche di natura socio-economica ha determinato anche problemi di natura ambientale legati a siti da risanare.

PARTE III – PROGRAMMAZIONE ANNO 2013 - 2015

Piano delle attività

Miglioramento dell'assistenza territoriale

La Prevenzione (vaccinazioni e screening)

La Asl 6 nell'ambito dell'area della Prevenzione si impegna nel portare avanti politiche di prevenzione e promozione della salute e sani stili di vita. In questo modo si possono combattere alcune delle principali cause di morte quali:

- affezioni circolatorie e respiratorie
- tumori
- disabilità
- dipendenze
- disturbi alimentari
- problemi psichici

In accordo, poi, con gli obiettivi regionali la Asl 6 dedicherà un attenzione particolare:

- al miglioramento della copertura vaccinale antinfluenzale.

VACCINAZIONI	
Valore 2011:	60 %
Valore atteso 2014:	66 %
Valore atteso 2015:	70 %

A tal proposito la Asl 6 registra una copertura in aumento, si è passati dal 53% dell'anno 2010 al 60% del 2011 (dosi complessive over 65: 12.745; popolazione over 65: 21.234). Si conferma dunque l'impegno nel migliorare l'attività di vaccinazione per raggiungere gradualmente entro il 2015 lo standard previsto dalla delibera di Giunta Regionale n° 30/60 del 12.07.2011 concernente gli obiettivi dei Direttori Generali (70%);

- all'estensione dell'attività di screening.

I programmi di screening oncologici previsti a livello nazionale sono tre:

- prevenzione del carcinoma della cervice uterina
- prevenzione del carcinoma della mammella
- prevenzione del carcinoma colon retto.

La Asl 6 di Sanluri ha attivato in data 18 giugno 2008 il primo programma di screening oncologico previsto, cioè quello per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina. Nel 2011 sono state invitate 10.871 donne, pari al 99,3% delle chiamate previste dagli obiettivi della programmazione regionale (10.944 chiamate).

SCREENING MAMMOGRAFICO	
Valore 2011:	91 %
Valore atteso 2015:	95 %

In data 16 marzo 2009 l'azienda ha attivato il secondo programma previsto orientato alla prevenzione del carcinoma della mammella. Nel 2011 è terminata la prima fase del progetto per cui tutte le donne della popolazione target aziendale hanno ricevuto almeno una lettera di invito ad eseguire la mammografia, durante il 2012/2013 si è attivata la seconda parte del progetto con richiamo delle donne dopo due anni dalla prima chiamata. Le donne invitate nel 2011 sono state 5.940 pari al 90,9% della popolazione target annuale (6.537).

SCREENING CERVICE UTERINA	
Valore 2011:	98 %
Valore atteso 2015:	100 %

L'ultimo programma di screening oncologico per la prevenzione del carcinoma al colon retto è stato attivato nel dicembre del 2010. Nel 2011 risultano invitate 11.556 persone pari al 86,4% della popolazione target annuale.

SCREENING COLON RETTO	
Valore 2011:	86 %
Valore atteso 2015:	95 %

Le case ed i centri della salute

La Asl 6 intende consolidare l'attività delle case e dei centri della salute esistenti e avviati negli anni passati al fine di garantire al cittadino un più facile accesso ad una serie di servizi sanitari che fino ad ora sono stati frammentati e dispersi nel territorio.

Si darà particolare rilievo all'attività dei MMG in modo tale da migliorare la collaborazione di questi ultimi con gli altri servizi sanitari dell'azienda e garantire la continuità dell'assistenza.

Le case della salute rappresentano il principale modello di organizzazione della medicina del territorio nonchè sede privilegiata dell'integrazione socio-sanitaria. In uno stesso luogo il cittadino potrà usufruire di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale (guardie mediche), specialisti ambulatoriali, personale dell'emergenza territoriale (punto di soccorso mobile 118), in accordo con il personale dei servizi sociali dei Comuni che operano per la pianificazione dei Plus.

Attualmente nel territorio della ASL 6 insiste la casa della salute di Villacidro ed è in via di definizione contrattuale l'accesso dei Medici nei locali pronti di Serramanna. Si stanno invece definendo le prossime aperture di Lunamantrona e di Arbus.

La riabilitazione e lungodegenza

a) Attività di riabilitazione cardiologica territoriale ad alta intensità - Con la DGR n. 37/11 del 6.9.2011 l'assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della regione Sardegna ha istituito, per tutto il territorio regionale, 45 posti letto complessivi di riabilitazione globale a ciclo continuativo ad alta intensità. Nell'ambito della stessa deliberazione sono stati istituiti in via sperimentale 30 posti letto di riabilitazione cardiologica ad alta intensità per tutto il territorio regionale, di cui 15 saranno attivati nel territorio del Medio Campidano. La linea di attività interesserà nello specifico il comune di Villamar.

b) Attività di riabilitazione e lungodegenza - Nell'area della riabilitazione si ritiene opportuno lavorare perché il Centro di riabilitazione S.M. Assunta di Guspini, nata come struttura sanitaria riabilitativa estensiva di I fase assistenziale, sia inserita nell'ambito dell'assistenza riabilitativa regionale secondo il modello Hub-And-Spoke.
In attesa che vengano sciolti i problemi gestionali ed economici della vecchia gestione del Centro, l'azienda ha pronto un progetto di riorganizzazione ospedaliera per intensità di cura che vede interessata la citata struttura per la lungodegenza ospedaliera. In tal modo la struttura sarà utile per potenziare l'offerta ai cittadini, per garantire l'integrazione territorio-ospedale e per assicurare un'assistenza appropriata all'intensità di cura nell'area della riabilitazione globale.

L'assistenza residenziale

Le RSA sono strutture di ricovero temporaneo in lungodegenza, rivolte a persone con patologie invalidanti, cronico-degenerative e comunque non autosufficienti che non possono essere assistite a domicilio in quanto necessitano di una riabilitazione di tipo globale.
Le RSA hanno la finalità di offrire prestazioni sanitarie e di recupero funzionale per il reinserimento sociale, garantendo comunque un'assistenza medica e infermieristica e fisioterapica 24 h su 24.
Sulla base di queste premesse l'Azienda si impegna nell'utilizzo dei finanziamenti dedicati già da tempo per la realizzazione di una residenza sanitaria assistenziale a Villacidro prevedendo 40 posti letto.

Valore 2011:	2,2 %
Valore atteso 2015:	2,5%

Più in generale, per quanto riguarda lo sviluppo

dell'assistenza residenziale l'azienda, secondo gli indirizzi regionali, deve prestare particolare attenzione all'assistenza a favore degli anziani non autosufficienti. Per valutare la percentuale di anziani ultra75 anni trattati in strutture residenziali occorre rapportare il valore in oggetto alla popolazione residente in quella fascia di età al 1° Gennaio. La percentuale degli ultra75enni da trattare in RSA deve aumentare progressivamente sino al 2,5 % della popolazione totale entro il 2015.

L'assistenza distrettuale

Alla luce dei mutamenti sociali e sanitari in materia di salute del cittadino, in cui è lampante il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione e quindi l'aumento del carico assistenziale per far fronte a patologie soprattutto di tipo cronico[1], importante è il ruolo dei distretti. A tal fine l'azienda intende da quest'anno riorganizzare l'attività dei distretti per funzioni e percorsi. Una gestione centralizzata delle politiche sanitarie territoriali consentirà un maggiore uniformità di accesso e di servizi in tutta l'area di competenza della asl.

La rete ASL – MMG - PLS

MMG: 78 PLS : 13

Il Medico di medicina generale è il garante della appropriatezza e della continuità terapeutico-assistenziale anche in un'ottica di promozione complessiva della salute sia del paziente, sia della famiglia e della comunità. La continuità delle cure deve prevedere la partecipazione attiva del medico a tutte le fasi del percorso di assistenza del proprio assistito.

Sulla base degli indirizzi regionali (deliberazione n. 19/9 del 12.5.2010) e dell'accordo regionale per la medicina generale in attuazione di quanto previsto dall'accordo collettivo nazionale del 29 luglio 2009, l'azienda fa propri i principali contenuti dell'Accordo integrativo e ha avviato una serie di iniziative che, dato il successo rilevato sino ad ora, intende perseguire anche nelle annualità successive. Tra le finalità si sottolinea:

- la semplificazione delle procedure burocratiche, anche attraverso l'attivazione di un sistema di mailing certificato;
- la definizione di criteri di appropriatezza prescrittiva attraverso progetti condivisi centrati sulla patologia e la spesa per la farmaceutica e la diagnostica;

[1] Una persona con patologia cronica è "persona affetta da una malattia di lunga durata, tendenzialmente lunga quanto la vita del soggetto. Questa procura invalidità di vario grado; è dovuta a cause non reversibili; richiede speciali forme di riabilitazione; impegna l'interessato ad osservare prescrizioni e, spesso, ad apprendere un nuovo stile di vita (dietetico, relazionale, motorio, ecc.). Necessita di consistenti periodi di controllo, di osservazione e di cura sia a domicilio sia in ambiti specialistici" (Fabris, 1997).

- lo sviluppo dell'assistenza domiciliare come vera alternativa al ricovero ospedaliero per il trattamento della cronicità e della post-acuzie;
- il lavoro in rete quale garanzia della continuità di assistenza attraverso equipes di professionisti che organizzano le proprie attività nel sistema di rete che comprende le diverse realtà assistenziali del distretto;
- la definizione di procedure di raccordo Ospedale-Territorio, unitamente all'istituzione di efficaci canali di dialogo interattivo, per la riduzione dei ricoveri impropri e delle dimissioni che non garantiscano la continuità assistenziale;
- il riconoscimento del ruolo cardine della Medicina Generale nella prevenzione quanto nella gestione delle patologie ad alto impatto sociale: cardiovascolari, metaboliche, oncologiche, degenerative;
- la capillare diffusione dell'informatizzazione negli studi dei Medici di Assistenza Primaria che consenta l'utilizzo delle nuove procedure di trasmissione dei dati e delle ricette.

L'azienda, a tal fine, applica, un sistema di valutazione e premialità dei MMG che aderiscono e collaborano con la asl specificatamente per alcune iniziative tra cui:

- valutazione rischio cardiovascolare;
- valutazione rischio renale;
- gestione integrata paziente diabetico;
- cure palliative, dolore cronico e screening;
- semplificazione burocratica e appropriatezza prescrittiva;
- assistenza domiciliare lavoro in rete;
- procedura di raccordo ospedale – territorio;
- altre prestazioni e attività.

Miglioramento dell'Assistenza ospedaliera

Nuova organizzazione e gestione dell'attività di ricovero – ospedale per intensità di cura

L'asl 6 intende procedere alla rimodulazione dell'organizzazione del proprio presidio ospedaliero in modo tale che si avvii il processo che consenta di gestire l'assistenza ospedaliera in funzione dell'intensità di cura richiesta dal singolo caso clinico. La centralità del paziente sarà pertanto l'elemento guida della nuova gestione delle attività del presidio.

L'ospedale non più strutturato come da tradizione in Reparti o Unità operative in base alla patologia e alla disciplina per la sua cura, ma organizzato in aree che aggregano i pazienti in base alla maggiore o minore gravità del caso e al conseguente minore o maggiore livello di complessità assistenziale.

Questo nuovo modello coniuga meglio sicurezza, efficienza, efficacia ed economicità dell'assistenza mettendo ancora di più al centro il paziente e il livello del suo bisogno di assistenza.

L'assistenza per intensità di cura deve garantire la coerenza tra i bisogni di salute ed il setting della risposta assistenziale. Sono previsti tre livelli:

1. un livello di intensità alta che comprende le degenze intensive e sub-intensive (ad esempio rianimazione, unità di terapia intensiva cardiologica - UTIC);
2. un livello di intensità media che comprende le degenze suddivisi per aree funzionali (Area medica, chirurgica, materno-infantile);
3. un livello di intensità bassa dedicato ai pazienti post-acuti.

Un aspetto di grande rilevanza è l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse tecnologiche e strutturali (gli ambienti di degenza, le sale operatorie, gli ambulatori, i servizi di diagnosi, e tutte le strutture assistenziali sono utilizzabili da più professionisti, senza divisioni e senza dispersioni) e delle risorse umane (i diversi professionisti sono chiamati a un confronto quotidiano maggiormente attinente alla propria competenza).

La nuova gestione coinvolge tutto l'ospedale, compresi i servizi, non solo le degenze. Deve essere modellata secondo la specificità dell'ospedale, e quindi del contesto in cui lo stesso ospedale si trova, e dei servizi di cui dispone. Permette di diminuire i posti letto non utilizzati (superando il non pieno utilizzo dei posti letto dei diversi Reparti) e di impiegare meglio le risorse infermieristiche (da mettere a disposizione non più in base al numero di posti letto di un reparto, ma in base alla intensità dei bisogni assistenziali dei pazienti).

Nella struttura sarà indispensabile garantire la più completa integrazione delle diverse competenze professionali necessarie per trattare le diverse patologie di pazienti con uguale livello di bisogno assistenziale. È un "modello" che necessita di una gestione centralizzata capace di organizzare procedure e processi e di garantire continuità delle cure e dunque integrazione con il territorio, a partire dai medici di famiglia e dalle strutture di riabilitazione.
La nuova organizzazione dell'ospedale per intensità di cura richiede un mutamento della presa in carico del paziente, più personalizzata e condivisa da tutti i livelli di cura. È necessario avviare schemi di lavoro multidisciplinari per processi ed obiettivi con definizione di linee guida e protocolli. Sono quindi indispensabili ruoli professionali specifici, quale è la figura del Tutor, che con adeguata esperienza e competenza relativamente alla gestione dei percorsi assistenziali, prende in carico il paziente predispone il piano clinico ed è responsabile del percorso personalizzato sul singolo paziente, si interfaccia con il MMG ed è il referente informativo del paziente e della sua famiglia. Questa nuova organizzazione quindi prevede una cultura assistenziale completamente nuova, il medico può concentrarsi sulle proprie competenze distintive ed esercitarle nelle diverse aree dell'ospedale.

Rete ospedaliera e nuovo ospedale

La rete ospedaliera oggi deve essere studiata per garantire organizzazioni più articolate. Si devono prevedere strutture adeguate a trattare la casistica che richiede i maggiori livelli di assistenza sanitaria ma capaci di gestire la continuità del trattamento con le altre strutture aziendali meno complesse. L'ospedale è quindi una struttura in continuo adattamento interno per rispondere ai cambiamenti dell'offerta e della domanda.
L'attuale distribuzione delle discipline nell'organizzazione sanitaria regionale disegna una rete ospedaliera nella quale la ASL 6 di Sanluri occupa una posizione nevralgica nelle patologie ad alta ed altissima diffusione rimandando quelle medie e rare a dei centri caratterizzati dalla concentrazione dell'assistenza ad elevata complessità ed eccellenza distribuiti principalmente nei poli distrettuali ed aziendali di Cagliari e Sassari.
Gli obiettivi della rimodulazione della rete ospedaliera regionale rimangono quelli di una sostenibilità dell'attuale tasso di ospedalizzazione, previamente fissato dalle direttive regionali (160 per 100.000 abitanti), e di un contenimento riguardo ai ricoveri inappropriati (la percentuale di ricoveri ordinari dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in Sardegna e fra le più alte del Paese). La riorganizzazione della rete ospedaliera anche per la ASL 6 di Sanluri dovrà prevedere delle valutazioni specifiche di riduzione della lungodegenza a favore dell'assistenza riabilitativa estensiva (in strutture extraospedaliere) e domiciliare. Tenuto conto della peculiarità della ASL 6 di Sanluri, un'azienda sanitaria di piccole dimensioni, con

una capacità ricettiva ospedaliera particolarmente inadeguata sia sotto il profilo qualitativo (la dotazione di posti letto per 1000 abitanti è la più bassa della Regione) sia qualitativo (a causa della carenza di alcune specialità di base e della limitatezza della struttura ospedaliera) si rendono necessari alcuni interventi urgenti, primo fra tutti la realizzazione di una nuova struttura ospedaliera nel Comune di San Gavino.

Rimane un punto fermo e condiviso l'urgenza di superare il modello dell'ospedale basato sulla crescita per unità specialistiche a favore della nuova struttura che ponga l'accento sul *paziente*, anche in relazione allo sviluppo epidemiologico e demografico della popolazione ospedaliera, profondamente cambiata negli ultimi decenni. Ripensare quindi in maniera diversa l'organizzazione dei reparti di assistenza in modo tale da dare delle risposte più efficaci e mirate per tipologia di paziente.

La popolazione dell'azienda sanitaria di Sanluri è caratterizzata da un progressivo invecchiamento e da un innalzamento delle malattie cronico degenerative che porta con sé un aumento della domanda di servizi per il loro trattamento. L'ospedale non è più l'unico erogatore di prestazioni sanitarie e il tema dell'intensità di cura pone l'accento sull'offerta dei servizi di una rete territoriale di tipo sociosanitario. Si tenderà per questo a orientare i pazienti acuti verso l'ospedale e i cronici verso strutture alternative territoriali. Questo tipo di strutturazione non sempre può rimanere circoscritta in ambito aziendale ma, per una efficace razionalizzazione della spesa sanitaria, a volte deve essere estesa a livello extra aziendale ovviamente in maniera pre-organizzata.

L'azienda intende sviluppare il modello dell' *hub & spoke*. Tale modello organizzativo è caratterizzato dalla concentrazione dell'assistenza a elevata complessità in centri di eccellenza (centri hub), supportati da una rete di servizi (centri spoke) cui competono la selezione dei pazienti e il loro invio a centri di riferimento quando una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale viene superata.

Un'organizzazione di questo genere permetterà sopratutto di gestire meglio e in maniera integrata il paziente con la garanzia della continuità delle cure ed incidere significativamente sulla economia sanitaria.

Sulla base di queste osservazioni, con la realizzazione della nuova struttura ospedaliera, la mission sarà quella di sopravanzare progressivamente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica ed elaborare modalità assistenziali che includano alcuni primi passi di avanzamento per la definizione del termine, come la durata della degenza ed il regime di ricovero.

L'intensità di cura (l'assegnare al malato il posto letto collocato nel settore più appropriato rispetto ai sui bisogni assistenziali) e la complessità assistenziale (l'insieme di prestazioni

infermieristiche espresse in termini di intensità di impegno e quantità di lavoro dell'infermiere) rappresentano un duplice strumento attraverso il quale è possibile seguire una progettazione e strutturazione anche fisica e di per se stessa peculiare di un Ospedale così concepito. E' importante rivolgere il nostro interesse al fatto che non sempre intensità di cura e complessità assistenziale sono speculari, ma di fatto coesistono e si compenetrano a seconda della circostanza. Si può affermare che a medesime specialità cliniche corrispondono differenti profili di complessità infermieristiche. L'intensità di cura ci permette di indicare i tre elementi per la sua misurazione, in base ai quali sarà percorribile la classificazione e la destinazione dei pazienti nelle diverse aree a bassa, media ed alta intensità di cura: la tipologia di ricovero (chirurgico, medico, pediatrico); la durata della degenza (breve, diurno, one day surgery, week surgery, altre); la gradazione della complessità del caso.

Avremo quindi un:

- Ricovero Sociale, in una situazione di bassa intensità di cura, quando una degenza si protrae non solo per motivazioni di tipo prettamente clinico, ma per necessità di tipo sociale (tale servizio sarà prestato sempre di più sul territorio con le case della salute, i centri di riabilitazione e di lungodegenza, altro);
- Ricovero ordinario, breve o lungo corrispondente ad una media intensità di cura;
- Ricovero High Care, in una situazione di alta intensità di cura.

Tasso di ospedalizzazione

Il Tasso di Ospedalizzazione esprime il numero di ricoveri medio annuale che si verifica ogni 1.000 residenti nell'ambito territoriale della Azienda Sanitaria, e rappresenta la più comune misura dell'impatto esercitato dalla domanda della popolazione verso il grado più elevato di assistenza sanitaria offerta dall'azienda.

Valore 2010: 174 Valore 2011: 166 Valore atteso 2014 / 15: = < 160

Un contributo rilevante alla efficienza del sistema ospedaliero in questi ultimi anni è stato dato dal trasferimento di alcune attività (ad esempio l'intervento di cataratta, il trattamento della calcolosi renale e del tunnel carpale) da ricovero ordinario o di day surgery a chirurgia ambulatoriale (Day service).

Il tasso è calcolato considerando i ricoveri complessivi (degenza ordinaria e diurna, con esclusione del DRG 391 "neonato sano") ovunque erogati (produzione delle proprie strutture più mobilità passiva) a carico di propri residenti. La standardizzazione è stata fatta considerando le 18 classi quinquennali dell'istat (da 0-4 fino a 85+) e il genere per

complessivi 36 strati con riferimento alla popolazione nazionale istat al censimento del 2001. L'Azienda 6 che è partita con un valore registrato al 2010 pari a 174, raggiunto grazie all'attuazione delle direttive regionali relative all'avvio del Day service, ha stabilizzato nel 2011 il valore del tasso (166 ricoveri ogni 1.000 abitanti), si impegna ad arrivare nel 2014 e 2015 al valore standard =< 160.

Un altro obiettivo legato al tasso di ospedalizzazione è la Riduzione del tasso di ospedalizzazione per patologie assistibili domiciliarmente. Le patologie croniche rappresentano le malattie maggiormente diffuse e in crescita in tutto il mondo. Si può prevenire l'insorgenza e si possono curare efficacemente se si seguono stili di vita sani, se il paziente viene preso in carico dal medico di famiglia e dal distretto e seguito con continuità. Il ricovero è spesso il segno che questa presa in carico manca e che il servizio deputato all'assistenza territoriale non è adeguato. L'ospedalizzazione per condizioni potenzialmente evitabili (diagnosi di Diabete e BPCO), è un indicatore utile al fine di identificare potenziali aree critiche in termini di continuità assistenziale nell'ambito della Azienda Sanitaria. Il tasso, riferito a 1.000 abitanti, è calcolato considerando i ricoveri complessivi in regime ordinario (DO) 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). L'azienda si impegna affinché continui l'andamento in diminuzione registrato nell'ultimo biennio, dal 137,9 dell'anno 2010 si è passati al 95,5 del 2011.

Valore 2010 :	137,9
Valore 2011:	95,5
Valore atteso 2014 :	91,6
Valore atteso 2015 :	80

Appropriatezza DRG

Il miglioramento dell'appropriatezza risulta essere fondamentale per una corretta gestione economica gestionale. Con il DPCM del 29 novembre 2001 è stato individuato un set di raggruppamenti di ricoveri (43 DRG) ad elevato rischio di inappropriatezza se erogati in regime ordinario di degenza. Questo numero è stato successivamente ampliato (108) dal Patto della Salute approvato il 3 dicembre 2009, che ha introdotto un ulteriore elenco di prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day-surgery e trasferibili in regime ambulatoriale.

Le disposizioni normative nazionali (Legge 388/2000 e Decreto Ministeriale 10/12/2009) e le norme di regolamentazione regionale impongono alle Aziende Sanitarie di attivare procedure di valutazione della qualità dell'assistenza erogata e pertanto ciascuna struttura ospedaliera è chiamata a verificare la propria produzione secondo criteri di appropriatezza.

La Asl 6 rafforza nel 2012 il sistema di monitoraggio dell'appropriatezza dei ricoveri avviato nel Presidio Ospedaliero N.S. di Bonaria nell'anno 2011. Il monitoraggio prevede l'analisi di un campione rappresentativo dei ricoveri complessivamente effettuati nell'anno 2011, stratificato secondo pesi proporzionali al rischio di maggiore o minore inappropriatezza. Il percorso adottato definisce un metodo di valutazione che conduce ad esprimere un giudizio di appropriatezza del ricovero e delle singole giornate di degenza; tale procedura utilizza i criteri indicati nel Protocollo per la Revisione dell'Uso dell'Ospedale (PRUO) distinti per la verifica dell'urgenza nel giorno di ammissione e per la valutazione dell'appropriatezza delle giornate ulteriori di degenza.

Valore 2010:	75,70
Valore 2011:	78,35
Valore atteso 2014:	84,74
Valore atteso 2015:	87,00

L'indicatore è calcolato considerando al denominatore l'insieme di ricoveri (DO+diurni) erogati in produzione dalle proprie strutture ed esitati in un DRG chirurgico dell'elenco dei 43 DRG a rischio di inappropriatezza indicati dal DPCM del 2001; al numeratore è stata considerata la quota di questi erogati in regime di ricovero diurno.

Ricoveri ripetuti

Il tema della continuità assistenziale ed efficacia delle cure si fonda sulla necessità di garantire cure appropriate ed efficaci, riducendo le conseguenze negative del passaggio tra diverse forme di presa in carico, in particolare dall'ospedale al domicilio, ed eliminando i costi generati dai ricoveri ripetuti. La continuità assistenziale è utile all'ospedale per poter dimettere in tempi brevi le persone dopo gli interventi di fase acuta, ma è anche una necessità per il territorio che deve gestire tempestivamente la presa in carico dei bisogni riducendo emergenze e sofferenze evitabili ed è soprattutto un bisogno delle persone e delle famiglie interessate per gestire al meglio gli eventi limitando al massimo gli inconvenienti.

I ricoveri ripetuti sono il segno che la presa in carico non è adeguata. Nella ASL 6 si prevede l'implementazione di un sistema integrato per la gestione del paziente post dimissione con la presa in carico da parte delle forme assistenziali riabilitative, residenziali o domiciliari. In tal modo, dopo il trattamento ospedaliero, si potrà garantire un'assistenza adeguata che eviti la riacutizzazione delle condizioni cliniche tale da richiedere un secondo ricovero.

Il calcolo è effettuato considerando i ricoveri prodotti in regime ordinario (regime di ricovero=1) per acuti (esclusione delle discipline di dimissione 28,56,60,75) a carico del SSN e ripetuti entro 30 giorni per lo stesso paziente nella medesima struttura e a parità di MDC del DRG esitato e considerando il valore per azienda in base al contributo

Valore 2010 :	3,00
Valore atteso 2015 :	2,80

che al suo interno ha dato ciascun presidio e ogni ricovero successivo al precedente, indipendentemente dall'individuazione di un ricovero indice. L'obiettivo è di ridurre la percentuale dei ricoveri ripetuti, passando dall'attuale 3 % al 2,80 %.

Degenza media per ricoveri con DRG chirurgico

Valore 2011 :	9,75
Valore atteso 2014 :	6,38
Valore atteso 2015 :	5,75

L'indicatore è calcolato come degenza media trimmata dei ricoveri ordinari per acuti erogati in produzione dalle proprie strutture ed esitati in Drg chirurgico. La trimmatura è eseguita escludendo i ricoveri brevi (0-1 gg) e quelli con degenza superiore alla soglia DRG specifica.

Un rilevante strumento di programmazione delle attività in degenza è la preospedalizzazione, che ha lo scopo di annullare la degenza preoperatoria finalizzata all'esecuzione di visite ed esami necessari per la valutazione del rischio operatorio e la preparazione all'intervento. In questo modo il paziente può essere ricoverato il giorno stesso dell'intervento e ciò consente la riduzione del numero di giornate di degenza (in media tre giorni per paziente).

Il sistema SISAR, per l'accettazione dimissione e trasferimento del paziente in regime di ricovero, modulo ADT, utilizzato ormai a regime presso il Presidio N.S. di Bonaria dell'Azienda Sanitaria consentirà in misura maggiore la gestione della preospedalizzazione dal punto di vista informatico e il governo delle attività programmate integrate con le prestazioni dei servizi sanitari necessari per il ricovero del paziente.

Sulla base dell'obiettivo di organizzare l'assistenza per intensità di cure, pianificata mediante lo sviluppo di percorsi e procedure, l'azienda intende progressivamente elaborare modalità assistenziali che prevedano il regime assistenziale più adeguato al trattamento del bisogno dell'utente, introducano la definizione della durata massima della degenza dei ricoveri ordinari e dell'assistenza post dimissione garantita sul territorio.

Liste di attesa

Un altro obiettivo della asl 6 è il rispetto dei tempi massimi previsti per le liste di attesa.

Il bisogno delle prestazioni sanitarie dei cittadini sarà gestito dall'Azienda Sanitaria con il governo delle Liste d'Attesa che, ponendo al centro dell'attenzione l'utenza, sarà impostato secondo principi di appropriatezza e priorità clinica. È infatti necessario massimizzare l'appropriatezza delle prestazioni erogate cercando di fornire la migliore risposta clinica rispetto al problema di salute riscontrato, con tempestività e nel giusto ambito assistenziale.

La Regione Sardegna ha stabilito un elenco di prestazioni diagnostiche, terapeutiche/riabilitative per le quali sono stati fissati tempi massimi di attesa, che verranno

monitorati come previsto dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA). Il tempo massimo di attesa per le classi di priorità indicate nella prescrizione medica dovrà essere garantito al 90% degli utenti.

Il governo delle Liste di Attesa è caratterizzato da differenti ambiti tutti con specifiche criticità e ciascuno rilevante in una possibile strategia d'intervento:

- appropriatezza prescrittiva, con l'indicazione del quesito diagnostico e l'appropriata prestazione da eseguire discriminando prime visite o prestazioni strumentali da visite di controllo o prestazioni successive con indicazione della classe di priorità;
- definizione di appropriati Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT), per le casistiche a maggior impatto sulla popolazione;
- potenziamento della gestione dell'offerta di servizi sanitari pubblici e privati con il sistema delle prenotazioni (CUP);
- aumento della capacità di erogazione delle prestazioni anche con l'adeguato ricorso alla libera professione intramuraria o all'incremento delle prestazioni erogate dal privato accreditato;
- pubblicizzazione dei canali di accesso al sistema sanitario e della trasparenza delle Liste;
- aumento dell'atteggiamento responsabile dell'utenza nell'accogliere le indicazioni dei clinici ed evitare la ridondanza delle prescrizioni, l'eccesso di prenotazioni o la loro mancata disdetta nel caso di impedimento.

L'azienda inoltre per il triennio avvenire ritiene indispensabile concentrare parte della sua attenzione anche verso l'area della Neuropsichiatria infantile, la quale registra un aumento della domanda di assistenza sempre più consistente che, se non ben governata, si potrebbe tradurre in una gestione non controllata delle liste di attesa. A tal fine si intende potenziare la rete dei servizi e il raccordo tra territorio e ospedale, e quindi con i medici di medicina generale, i pediatri, le strutture consultoriali, e, più ancora, con il presidio ospedaliero. Questo permetterà di definire meglio l'effettivo bisogno dell'utente e il suo percorso assistenziale, secondo un approccio, una visione e una presa in carico non più frammentata ma unitaria orientata ad un'offerta sempre più personalizzata e appropriata.

Miglioramento Assistenza integrata

Assistenza domiciliare

Nell'ambito del quadro normativo delineato dalle leggi di riforma del sistema dei servizi alla persona (Legge Regionale 23/2005) e del sistema sanitario (Legge Regionale 10/2006), sono stai ridefiniti anche gli indirizzi per la riqualificazione degli interventi domiciliari con la DGR n. 51/49 del 20.12.2007 "Direttive per la riqualificazione delle cure domiciliari integrate". L'obiettivo è quello di mantenere le persone non autosufficienti nel proprio ambiente di vita, organizzando al domicilio gli interventi sociosanitari di cui necessitano.

Il potenziamento del servizio di cure domiciliari è stato ripreso anche all'interno del Piano d'Azione per il raggiungimento degli obiettivi inseriti nel Quadro Strategico Nazionale per la politica regionale di sviluppo 2007-2013, approvato con la DGR n. 52/18 del 3.10.2008 "Adozione del Piano d'Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio 2007/2013". Il suddetto piano individua come obiettivo finale per il 2013, l'accesso al servizio di almeno il 3,5% della popolazione anziana residente (≥65 anni).

La bozza dei LEA 2008 hanno previsto che "Il Servizio sanitario nazionale garantisca alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita". Essi prevedevano inoltre che "Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrino con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 recante Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria". I LEA hanno inoltre previsto l'articolazione delle cure domiciliari in diversi livelli (1°, 2°, 3° livello, cure palliative) in relazione al bisogno di salute dell'assistito e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale. E su quest'ultimo punto che la ASL 6 intende concentrare i suoi sforzi ovvero organizzare l'assistenza domiciliare per livelli di cura:

- Livello assistenza distrettuale con assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare:
  - Assistenza programmata a domicilio: ADI, ADP e varie forme di assistenza infermieristica territoriale
  - Attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale (domiciliare)
  - Attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti con infezione da HIV (domiciliare)
- Livello assistenza ospedaliera con interventi ospedalieri a domicilio.

Secondo le più recenti analisi aziendali la quota percentuale di anziani in età pari o superiore ai 65 anni a cui è stata erogata attività in ADI, è in aumento, si è passati dal 2,1% anno 2010, al 2,35% del 2011 e si stima di superare il valore soglia del 4 % entro il 2015. Il dato è risultato del rapporto fra i casi over 65 e la popolazione totale over 65.

Valore 2010 :	2,10 %
Valore 2011 :	2,35 %
Valore atteso 2014:	3,62 %
Valore atteso 2015:	=>4 %

I Percorsi di salute integrati

Parallelamente all'evoluzione del concetto e del profilo di salute, anche l'organizzazione ha dovuto provvedere ad un riadeguamento delle strategie e delle politiche in modo tale da dare risposte sempre più adeguate e di qualità. E' cambiato il modo di relazionarsi con l'utente ed il modo di lavorare all'interno della stessa organizzazione. Rilevante, a tal proposito, è stata la necessità di sviluppare un approccio per processi e non più per funzioni, un approccio integrato, all'interno di un sistema inter-professionale, inter-disciplinare, utile per la risoluzione dei problemi sia da un punto di vista organizzativo sia clinico-sanitario.

Tra gli strumenti tecnico-operativi utilizzati per sperimentare e applicare questo nuovo metodo di lavoro, importante, a livello aziendale, è lo strumento dei Percorsi clinico-organizzativi (PCO) che offre la possibilità:

- di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento ed alle risorse disponibili,
- di instaurare un confronto tra i professionisti coinvolti in un unico processo,
- di misurare le attività e gli esiti con indicatori specifici,
- di definire gli obiettivi, i ruoli e gli ambiti di intervento,
- di garantire chiarezza delle informazioni all'utente e chiarezza dei compiti agli operatori,
- di migliorare la costanza, la riproducibilità e l'uniformità delle prestazioni erogate,
- di prevedere e quindi ridurre l'evento straordinario, facilitando la flessibilità e gli adattamenti ai cambiamenti,
- di facilitare la visione totale della problematica da gestire,
- di agevolare a delineare il miglior percorso praticabile per la risoluzione di un problema di salute.

A partire dal 2010, la ASL 6 ha elaborato e accolto una serie di percorsi e procedure che migliorano la gestione di determinati processi di cura e assistenza. Di questi l'azienda intende svilupparne e approfondirne alcuni tra cui:

- Procedura accessi venosi a lungo termine nel cittadino oncologico
- Assistenza protesica
- Dimissione del paziente nefropatico
- Doppia diagnosi
- Nuove dipendenze
- Procedura analgesia nel parto
- Percorso continuità assistenziale
- Percorso controllo delle cartelle cliniche ospedaliere
- Percorso gestione del trauma cranico
- Percorso gestione integrata del paziente diabetico
- Percorso integrato per la gestione della riabilitazione globale
- Percorso nascita
- Percorso screening tumore cervice uterina
- Percorso screening tumore colon retto
- Percorso screening tumore mammella
- Percorso sistema di valutazione per l'appropriatezza dei ricoveri
- Percorso sorveglianza echinococcosi cistica negli animali e nell'uomo
- Percorso trattamento del paziente in adi
- Percorso urgenze ed emergenze in ospedale
- Prestazioni extra regione
- Prevenzione delle cadute accidentali
- Prevenzione lesioni da decubito
- Prevenzione rischio cardiovascolare
- Procedura accertamenti incovenienti igienico sanitari ambientali
- Procedura operativa per il trasporto dei campioni del dipartimento di prevenzione ai laboratori di competenza
- Schizofrenia
- Processi integrati con il pua – uvt - ospedale

Il Pua e l' Uvt

Il Punto unico di accesso (PUA) è un luogo di accoglienza destinato alle persone con problemi di natura sociosanitaria che hanno un "bisogno complesso". E' rivolto

prioritariamente alle persone con grave disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali e assicura una adeguata informazione sull'offerta dei servizi garantendo l'ascolto dei problemi della persona e della sua famiglia.

L'unità di valutazione territoriale (UVT) è il gruppo tecnico che esamina tutte le domande inoltrate al PUA per il soddisfacimento dei bisogni complessi, volte ad ottenere risposte per la riabilitazione globale definendone il percorso assistenziale personalizzato che assicura la presa in carico dell'utente nel rispetto dell' appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie erogate. L'UVT è il gruppo tecnico che esamina tutte le domande inoltrate al PUA per il soddisfacimento dei bisogni complessi, volte ad ottenere risposte per la riabilitazione globale definendone il percorso assistenziale personalizzato che assicura la presa in carico dell'utente nel rispetto dell' appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie erogate.

Come stabilito anche nei documenti Plus, obiettivo generale per il futuro è migliorare il sistema dell'offerta dei servizi sociosanitari in modo da garantire l'equità nell'accesso, la valutazione multidimensionale, la risposta unitaria e globale ai bisogni di salute, garantendo la continuità assistenziale e la partecipazione degli utenti.

A tal proposito, la ASL, più che istituire ulteriori PUA, intende definire un vero e proprio sistema capace di informare, orientare e accompagnare gli utenti all'interno di una rete di offerta capace di definire in maniera adeguata e appropriata Procedure/Percorsi/Processi unitari e universali per l'accoglienza e l'assistenza. L'azienda intende in tal modo potenziare il ruolo dei PUA affidandogli maggiori competenze e responsabilità soprattutto sull'appropriatezza dell'assistenza, sulla valutazione e orientamento di piani e percorsi di salute personalizzati, integrati e assistiti che prediligono il "restare a casa" dell'utente, evitando, dove possibile, l'istituzionalizzazione inappropriata.

Le fasce di utenza sulle quali si concentrerà maggiore attenzione saranno: gli anziani, le persone con problemi mentali, i casi borderline e chi risulterà portatore di un bisogno complesso. È proprio la complessità delle nuove situazioni cliniche che implica la necessità di sviluppare nuove risposte e nuovi modelli assistenziali-terapeutici più duttili ed efficaci che considerano il soggetto, inserito in un contesto familiare e sociale che può e deve partecipare, ove possibile, allo sviluppo della sua personalità e alla cura della sua salute.

Il Piano locale unitario dei servizi alla persona - Plus

Nell'ambito dell'assistenza integrata, l'azienda, per quanto riguarda gli aspetti sanitari, si impegna nel miglioramento della programmazione integrata sociosanitaria anche in virtù del fatto che le aziende sanitarie locali e i comuni associati, ognuno per propria parte di

competenza, devono per legge (l.r.23/2005; l.r 10/2006) e secondo gli indirizzi indicati nel Piano regionale, garantire l'integrazione socio-sanitaria attraverso la programmazione integrata degli interventi e dei servizi sociosanitari di rispettiva competenza mediante il piano locale unitario dei servizi o più comunemente chiamato "Plus". L'azienda a tal proposito si impegna: a realizzare in forma congiunta la programmazione di ambito; a stipulare appositi accordi e convenzioni con i quali è disciplinata la realizzazione dei livelli essenziali sociosanitari di assistenza di cui all'articolo 3 septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni.

La Salute penitenziaria

Dato atto che ai sensi dell'art. 2, commi 283 e 284, della Legge 244/2007 le funzioni sanitarie di competenza del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria sono state trasferite al SSN e che con il D.lgs n. 140 del 18/07/2011 sono state emanate le norme di attuazione dello Statuto Speciale della Regione Sardegna in materia di sanità penitenziaria e che quest'ultima con deliberazione della Giunta Regionale n. 17/12 del 24/04/2012 ha adottato specifiche linee guida rivolte alle AA.SS.LL. per l'organizzazione del servizio e il trasferimento dei rapporti di lavoro nel settore sanitario in discorso, la ASL 6 ha preso in carico, per la propria parte di competenza, la gestione dell' Istituto Penitenziario "Casa di Reclusione di Is Arenas" situata nel comune di Arbus con l'obiettivo di garantire il diritto alla salute di tutti i soggetti detenuti presso tale Casa di Reclusione.

L'azienda inoltre si impegna nell'adempimento del proprio mandato cercando di adottare le soluzioni più ottimali nonostante l'attuale carenza di personale da dedicare all' assistenza sanitaria destinata ai soggetti del prefato istituto penitenziario, in quanto il proprio personale dipendente è già massimamente impegnato nei servizi sanitari di rispettiva appartenenza.

La ASL, quindi, in attesa dell'adeguamento ai contenuti della D.G.R. n. 17/12 del 24/04/2012 e della definizione della dotazione organica del personale da assegnare all'assistenza penitenziaria si impegna, per il breve termine, a colmare la situazione di criticità attraverso la proroga delle prestazioni stabilite.

Miglioramento dell'organizzazione

Atto Aziendale

Già nel 2007, la ASL 6 ha elaborato un nuovo organigramma fedele all'Atto Aziendale della ASL 6 di Sanluri approvato con delibera n°520 del 6 Dicembre 2007 e risultato conforme alla normativa vigente ed approvato dalla Giunta Regionale con deliberazione n° 50/18 del 11 Dicembre 2007. Sulla base di questo schema, l'azienda, intende rivisitare l'organizzazione aziendale.

Le linee strategiche sulla predisposizione del prossimo atto aziendale, sono legate alle decisioni Regionali contenute nelle linee guida per la predisposizione degli atti aziendali.

La Asl 6 intende ridefinire il suo sistema organizzativo nelle seguenti macro aree, articolate per strutture e funzioni:

- area di direzione e staff
- area tecnico amministrativa
- area distrettuale
- area prevenzione
- area ospedaliera
- area integrata (territorio-ospedale)

Il sistema organizzativo della Asl 6 si pone l'obiettivo di garantire una presa in carico dell'utente garantendogli le prestazioni sanitarie secondo percorsi di salute specifici e livelli di intensità di cura necessari a soddisfare le esigenze assistenziali del cittadino utente.

Semplificazione dell'organizzazione

La semplificazione, lo snellimento e la qualità dell'organizzazione e delle sue procedure rappresentano, oggi, un fattore chiave per la competitività, lo sviluppo dell'offerta e il raggiungimento dei risultati nei tempi e nei modi prestabiliti.

Programmare e gestire l'attività, sia essa clinica sia essa amministrativa, per processi e non più per funzioni permette di avere una visione globale dei casi in carico e quindi di dare una risposta più adeguata in termini di tempi e di contenuti. Al fine di assicurare flessibilità, integrazione ed efficacia dell'organizzazione, l'Azienda promuove specifiche soluzioni organizzative orientate all'avvio ed alla realizzazione di specifici piani, programmi e progetti. Tali soluzioni flessibili sotto forma di gruppi operativi interdisciplinari, programmi, task forces, cantieri aziendali, sono finalizzate ad assicurare una unitaria programmazione,

organizzazione e valutazione di processi organizzativi o di percorsi assistenziali, con riferimento ad aree problematiche di particolare interesse che richiedono competenze specifiche appartenenti ad unità operative diverse, anche a livello interdipartimentale. Con specifico riferimento all'integrazione dei percorsi assistenziali, il programma si configura come una articolazione organizzativa trasversale che crea sinergie e relazioni funzionali tra unità organizzative in ragione della tipologia di prestazione/servizio erogata con integrazione e condivisione operativa per l'ottimizzazione delle risorse. Il Direttore Generale potrà istituire specifici programmi su percorsi assistenziali o per particolari target di popolazione con prioritario riferimento all'integrazione ospedale – territorio. Il sentiero che si vuole percorrere è quello di una organizzazione aziendale più snella attraverso procedure, percorsi e livelli di intensità assistenziali semplificati dove ogni attore assume un ruolo di responsabilità proprio della sua posizione accompagnato da una apertura professionale e specialistica alle diverse macroaree aziendali a seconda della specifica complessità assistenziale (ospedaliera – distrettuale/territoriale – integrata).

Sistemi e flussi informativi

Anche nella Asl 6 come in qualsiasi altra organizzazione complessa diventa sempre più necessaria l'adozione di un sistema efficiente di gestione dei flussi informativi. Il tutto si inserisce a supporto della realizzazione di una più solida strutturazione dell'attività amministrativo, tecnico e direzionale. L'obiettivo è quello di fornire i dati necessari al buon governo dell'Amministrazione, finalizzati ad una migliore ottimizzazione delle risorse impiegate (sia umane che finanziarie), ad una migliore risposta alle problematiche esistenti con un conseguente miglioramento dello stato di salute della popolazione. Per raggiungere questi obiettivi è necessario avere a disposizione informazioni che consentano di decidere, che permettano cioè il governo del sistema sanitario ed orientarlo nelle scelte. Si tratta, quindi, in primis, di avere a disposizione una sorta di cruscotto direzionale che consenta di monitorare la situazione, segnalare eventuali problemi, riconoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi migliorativi attuati. In altre parole, si tratta di pianificare e gestire gli interventi sanitari sulla base di informazioni leggibili, condivise, affidabili e comprensibili, utili e fondamentali per i decisori e per il governo della sanità. Il sistema dei flussi informativi diviene in tal modo il "nodo" di raccordo tra la domanda, la progettazione, la programmazione, le azioni e l'offerta finale, pertanto è il sistema fondamentale per il governo delle attività nell'ottica dell'efficienza, efficacia e appropriatezza, doverosi obiettivi per la gestione della sanità.

In relazione alle attività gestionali, la RAS e le aziende sanitarie della Sardegna sono impegnate, insieme, nel progetto denominato SISAR, con cui si sta cercando con un notevole sforzo di modernizzare e informatizzare, con nuovi e più avanzati sistemi informativi, le modalità di governo, la gestione dei flussi e dei processi sanitari e di tutti gli altri processi collegati. Nel realizzare questo obiettivo si è provveduto, tra l'altro, all'implementazione di un nuovo sistema informativo sanitario integrato, che comprende:

- il sistema informativo sanitario direzionale;
- il sistema informativo epidemiologico;
- il sistema informativo amministrativo – contabile (contabilità, personale, acquisti, pianificazione e controllo);
- il sistema informativo sanitario ospedaliero;
- il sistema informativo sanitario attività assistenziali e di prevenzione (adi-pua-uvt) ;
- il sistema informativo CUP;
- il sistema informativo atti - delibere e protocollo;

- il sistema infrastrutturale.

Tra le alte priorità di intervento nel campo del sistema informativo l'azienda intende potenziare il *Centro Unico di Prenotazione* (CUP). Infatti, il CUP nasce come un sistema di prenotazione informatizzata che consente ai cittadini di prenotare tutte le prestazioni sanitarie con una semplice telefonata da effettuare dai telefoni fissi ad un numero dedicato o recandosi presso le strutture che erogano le prestazioni.

La novità introdotta con il Cup è che vengono messe in rete un insieme di strutture sanitarie eroganti prestazioni specialistiche, permettendo così agli utenti di accedere al SSN con più semplicità e inoltre gli consente di scegliere il luogo dove poter effettuare le prestazioni ambulatoriali e gli esami diagnostici, nel più breve tempo possibile. Il Cup nasce per far fronte alla crescente richiesta di prestazioni sanitarie che ha portato alla formazione di lunghe liste e tempi di attesa che, prima di un sistema informativo recavano non pochi problemi di gestione con gravi ricadute sulla prognosi e sulla qualità di vita dell'utente. Scopo del Centro Unico di Prenotazione è quindi proprio quello di gestire l'erogazione ai cittadini delle prestazioni sanitarie con tempi di accesso certi ed adeguati ai problemi clinici. Il CUP consente di:

- razionalizzare il sistema di accesso alle prestazioni sanitarie;
- aumentare la trasparenza sui meccanismi di prenotazione;
- ampliare le opportunità di scelta;
- ridurre le barriere di accesso per gli utenti;
- produrre elaborazioni e dati.

Dopo aver provveduto ad implementare molti di questi sistemi sopradescritti ora si stanno perfezionando i sistemi procedendo ad una integrazione tra gli stessi. L'obbiettivo è quello di riuscire ad avere nel più breve tempo possibile un sistema informativo efficace ed efficiente e completamente integrato che permetta così all'azienda di avere un quadro di governo sempre più completo ed attendibile.

Piano del personale

Scenari

Il quadro programmatico attuale della ASL 6 risente del problema di una dotazione organica non allineata, per qualità e quantità, alle necessità derivanti dalla riorganizzazione avvenuta in conseguenza dell'ultimo atto aziendale. A breve verrà predisposto e formalizzato il nuovo atto aziendale e conseguentemente si cercherà di porre rimedio alle evidenti carenze.

L'adeguamento degli organici rappresenta una condizione inderogabile per realizzare quanto previsto dai LEA, e, in sintonia con la programmazione regionale, per attuare i programmi aziendali. Attualmente esistono grossi problemi legati agli organici ridotti al minimo soprattutto in ospedale, dove si è costretti a ricorrere a soluzioni improvvisate e a consulenze esterne per garantire l'assistenza minima correttamente richiesta dai pazienti e dalla normativa vigente.

Il problema della carenza di personale riveste particolare importanza:

- sia dal *punto di vista assistenziale*, ovvero per quanto riguarda la capacità da parte della struttura di offrire un minimo livello di qualità delle cure erogate al cittadino;
- sia dal *punto di vista tecnico-amministrativo*, per quanto riguarda la capacità di dare risposte adeguate ai cambiamenti di tipo istituzionale, organizzativo e professionale legati soprattutto alla modernizzazione e innovazione della pubblica amministrazione.

In altri termini, in un contesto in cui tutto cambia, anche le Amministrazioni pubbliche sono indotte ad adeguarsi, non solo nei suoi aspetti formali più evidenti (come l'utilizzo delle tecniche dell'informazione e della comunicazione), ma anche nei suoi contenuti sostanziali, e di riflesso in una varietà di nuove funzioni (vedi il caso specifico del risk management, della ricerca, della progettazione, della valutazione della qualità, del controlling).

L'attuazione delle azioni e dei programmi previsti dalle linee strategiche aziendali, nonché la riorganizzazione strutturale conseguente all'applicazione dei contenuti dell'Atto Aziendale, comportano una inevitabile rimodulazione della dotazione organica sia in relazione al numero dei posti che in relazione ai profili professionali necessari per conseguire i risultati previsti.

Pertanto a seguito di un'attenta analisi degli strutturali e duraturi fabbisogni assistenziali ed organizzativi, della dotazione organica e delle unità di personale effettivo mediamente in servizio in via continuativa nell'ultimo quinquennio, nonché effettuata una valutazione sul

contenimento della spesa nei parametri previsti, la ASL 6 intende procedere ad avviare un programma che prevede l'assunzione in ruolo del personale di cui necessita.

In virtù di una corretta politica di contenimento dei costi, la ASL 6 avrebbe una notevole ricaduta positiva se potesse normalizzare le dotazioni organiche effettuando i concorsi per l'assunzione del personale mancante (personale medico, infermieristico e di supporto) e limitare in tal modo il ricorso all'assunzione di personale a contratto ma anche di lavoratori interinali (il ricorso ai lavoratori interinali si stima possa attestarsi per il futuro in una percentuale massima del 2% del monte salari del personale).

Inoltre in previsione della costruzione del nuovo ospedale, i cui tempi di edificazione sono stati stimati in pochissimi anni, si rende necessario avviare un programma di "normalizzazione" delle risorse umane con conseguenti periodi di formazione ed addestramento alle moderne metodiche e metodologie assistenziali, ormai irrinunciabili in un moderno ospedale per acuti.

Da una prima analisi del personale in carico che ha tenuto conto sopratutto degli orientamenti della spending review e dei più recenti dettami di legge in materia di razionalizzazione delle risorse, sono emerse le prime puntualizzazioni circa le principali criticità e le priorità di intervento. È stato rinviato ad un momento successivo la definizione della dotazione organica completa ed ufficiale anche in relazione all'ipotesi di un nuovo ospedale e alla elaborazione dell'atto aziendale.

Segue una tabella contenente la dotazione organica ufficiale esistente e le integrazioni necessarie per il prossimo triennio al netto delle nuove richieste di personale necessarie per l'avvio del nuovo personale. Inoltre viene allegato al presente documento (all. 1) la descrittiva delle risorse necessarie per l'attivazione del presente piano strategico.

Fabbisogno

PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE ANNO 2013 - 2015

PERSONALE DIPENDENTE	01/01/2012	01/11/2012		02/11/2012 - 31/12/2012		INCREMENTO D.O. (*)	al 31/12/2012		1/1/2013 - 30/12/2013		al 31/12/2013		1/1/2014 - 30/12/2014		al 31/12/2014		1/1/2015 - 30/12/2015		al 31/12/2015	
	D.O.	D.O.	N. DIPENDENTI	assunzioni	cessazioni		D.O.	n° dipendenti	assunzioni	cessazioni	D.O.	n° dipendenti	assunzioni	cessazioni	D.O.	n° dipendenti	assunzioni	cessazioni	D.O.	n° dipendenti
ASSISTENZA COLLETTIVA																				
ruolo sanitario	96	92	81	1			92	82	1		92	83	4		92	87	2		92	89
ruolo tecnico	9	8	7				8	7			8	7			8	7			8	7
ruolo amministr.	8	9	8				9	8			9	8			9	8			9	8
ruolo professionale	1	1					1				1				1				1	
ASSIST.DISTRETTUALE																				
ruolo sanitario	155	159	148	2	1	5	164	149	10	1	164	158	6		164	164	1		164	165
ruolo tecnico	17	17	21			1	18	21			18	21	3		18	24			18	24
ruolo amminist.	37	32	31			6	38	31	6		38	37	4		38	41			38	41
ruolo professionale																				
ASSIST. OSPEDALIERA (*)																				
ruolo sanitario	322	322	304	4	3	35	357	305	33	2	357	336	17		357	353	2		357	355
ruolo tecnico	43	43	30			9	52	30	20		52	50	1		52	51	1		52	52
ruolo amministr.	8	8	8				8	8		1	8	7	1		8	8			8	8

ruolo professionale	1	1	1				1	1			1	1			1	1			1	1
DIREZIONE GENERALE																				
ruolo sanitario	8	11	9			1	12	9	1		12	10	1		12	11	1		12	12
ruolo tecnico	6	6	3			6	12	3	4		12	7	1		12	8			12	8
ruolo amministr.	24	24	15		1	5	29	14			29	14	6		29	20	2		29	22
ruolo professionale	3	3	3				3	3			3	3			3	3			3	3
SERVIZI CENTRALI DI SUPPORTO																				
ruolo sanitario	-																			
ruolo tecnico	29	30	26				30	26			30	26	2		30	28	1		30	29
ruolo amministr.	39	43	40	1		1	44	41	1	1	44	41	6		44	47	1		44	48
ruolo professionale	1	1				1	2		1		2	1	1		2	2			2	2
TOTALE	807	810	735	8	4	70	880	738	77	5	880	810	53		880	863	11		880	874
ruolo sanitario	581	584	542	7	4	41	625	545	45	3	625	587	28	-	625	615	6		625	621
ruolo tecnico	104	104	87	-	-	16	120	87	24	-	120	111	7	-	120	118	2		120	120
ruolo amministr.	116	116	102	1	1	12	128	102	7	2	128	107	17	-	128	124	3		128	127
ruolo professionale	6	6	4	-	-	1	7	4	1	-	7	5	1	-	7	6	-		7	6

23

(*) incrementi di dotazione organica per i quali si è in attesa di autorizzazione regionale richiesta con nota da integrare (per n. 9 unità) n. 33568 del 15/10/2012

Piano economico

Profilo quinquennio 2008 - 2012

In relazione, alla necessità di una gestione sempre più efficiente ed efficace dell'Amministrazione Pubblica, e in particolare della Sanità, si delinea il bisogno e il dovere di porre in essere delle analisi e delle valutazioni economiche sempre più precise e corrette nella programmazione delle performance economiche delle Aziende Sanitarie.

Se si prendono in considerazione i valori prettamente economici dell'Azienda Sanitaria Locale 6 di Sanluri degli ultimi 5 anni, si può determinare un'analisi utile per comprendere quali priorità programmatiche può porsi l'Azienda al fine di determinare una gestione economica virtuosa.

E' sempre più stringente la necessità di porre in essere politiche di gestione economica dell'Azienda Sanitaria che determinino nei prossimi tre anni, una graduale riduzione dell'incidenza della perdita d'esercizio sul bilancio aziendale, sino a pervenire al pareggio di bilancio, determinando nel contempo il raggiungimento delle indicazioni contenute nella legge regionale di riassetto della rete ospedaliera.

Costi della Produzione - Nel corso del quinquennio preso in esame, si è verificata una crescita delle voci di spesa della ASL 6, determinando una conseguente crescita dei costi di produzione aziendali. Nel 2008 il totale dei costi di produzione si attestavano intorno ai 122 milioni di euro, mentre nel 2011 il dato ha raggiunto i 140,6 milioni di euro, determinando un incremento in termini assoluti di circa 18 milioni di euro tra gli esercizi economici presi in considerazione, con una crescita pari a circa il 15%. La crescita annuale dei costi di produzione nei cinque anni considerati, ha comunque evidenziato un trend in diminuzione, passando dal +7,5% per il biennio 2008-2009, al +3,8% tra il 2009-2010 e il +3% tra il 2010-2011, mentre tra il 2011 ed il 2012 si stima una crescita pari allo 0,67 % ben al di sotto del tasso di inflazione programmata che è pari ad 1,5 per il 2012.

Inoltre va preso in considerazione che, come ben evidenziato nel Bilancio anno 2011, il risultato d'esercizio per l'anno 2011 è stato pesantemente influenzato dalla gestione della struttura privata S.M. Assunta di Guspini. La struttura in questione risulta legata ad un emergenza sociale che è tuttora in via di definizione. La ASL 6 è stata infatti chiamata dalla Regione e dalla Prefettura di Cagliari a gestire temporaneamente la struttura privata al fine di evitare che i pazienti allora presenti venissero lasciati privi di cure. Nel maggio del 2012, in attesa di avere le necessarie autorizzazioni per poter continuare tale gestione, la ASL 6 ha temporaneamente lasciato la gestione della struttura nelle mani del commissario liquidatore.

Conseguentemente tra il 2010 ed il 2011, mentre i ricavi hanno avuto un incremento inferiore al tasso d'inflazione programmata, i costi di Produzione hanno evidenziato un incremento maggiore a causa della gestione della struttura di cui sopra. Il maggior onere è stato affrontato dall'Azienda Sanitaria 6 di Sanluri al fine di garantire ai pazienti gli standard minimi di assistenza in virtù dell'emergenza socio sanitaria. Perciò, dal punto di vista prettamente economico-finanziario, è necessario svolgere un'attenta analisi che tenga conto del peso avuto dalla gestione della struttura sul risultato d'esercizio per l'anno 2011.

Componenti economiche dei costi della produzione (valori assoluti)

Variabili Economiche	2008	2009	2010	2011	2012*
Acquisti di beni sanitari	11.716	15.260	14.623	14.673	14.375
Acquisti di beni non sanitari	471	474	369	570	560
Totale Acquisti di beni	**12.187**	**15.734**	**14.992**	**15.243**	**14.935**
Acquisti di Servizi sanitari	56.852	57.980	63.771	64.109	65.172
Acquisti di Servizi non sanitari	7.658	8.587	8.939	10.619	10.652
Totale Acquisti di servizi	**64.510**	**66.567**	**72.710**	**74.728**	**75.824**
Manutenzioni e riparazioni	**679**	**1.377**	**1.480**	**2.023**	**1.855**
Godimento beni di terzi	**917**	**874**	**1.150**	**1.489**	**1.500**
Costo personale Sanitario	33.067	34.176	35.427	35.638	35.769
Costo personale professionale	200	255	253	249	265
Costo personale tecnico	3.062	3.171	3.339	3.226	3.258
Costo personale amministrativo	3.642	3.911	3.926	3.808	3.815
Totale costo del personale	**39.971**	**41.513**	**42.945**	**42.921**	**43.107**
Oneri diversi di gestione	**1.083**	**1.191**	**1.026**	**979**	**1.148**
Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	54	98	94	86	**90**
Ammortamenti immobilizzazioni materiali	1.587	1.837	1.958	1.949	**1.945**
Totale Ammortamenti	**1.641**	**1.935**	**2.052**	**2.035**	**2.035**
Svalutazione crediti	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Variazione rimanenze	**-107**	**-189**	**-475**	**353**	**309**
Accantonamenti tipici dell'esercizio	**1.385**	**2.513**	**670**	**875**	**885**
TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE	***122.266***	***131.515***	***136.550***	***140.646***	***141.598***

** Dati previsionali CE 2012*

Entrando nel dettaglio dei costi di produzione è possibile evidenziare come la crescita degli stessi sia riconducibile principalmente all'incremento del valore dell'Acquisto di Servizi, in particolare di quelli sanitari che, tra gli anni 2009 e 2010, hanno evidenziato una crescita di 5.8 milioni di euro pari a circa il 10%, portando ad una crescita complessiva dei costi per servizi a 6.1 milioni di euro pari a circa il 9.2%.
Mentre tra gli anni 2010-2011 l'incremento più significativo si è evidenziato nell'ambito dei servizi non sanitari che hanno determinato una crescita dei costi di 1.6 milioni di euro con un +19% tra i due anni considerati, determinando una crescita complessiva dei servizi del 3% circa.

Raffronto tra il valore della produzione e i costi della produzione dal 2008 al 2012.
Da quanto emerge nell'analisi dei dati, a partire dal 2009 si è determinata un'inversione di tendenza che ha mostrato una crescita dei costi di produzione rispetto all'anno precedente del 7,5% circa contro un incremento del valore della produzione dello 0,23%, determinando un profondo gap solo parzialmente rientrato nel corso del 2010, dove i ricavi sono cresciuti poco meno del 6,8% contro il più 3,8% dei costi. Per l'anno 2011, si è evidenziata una nuova crescita dei costi di produzione (+3%) superiore all'incremento determinatosi nei ricavi (+1%).
In generale, valutando i dati ufficiali del quadriennio 2008 – 2011, è possibile riscontrare una crescita del valore della produzione di circa un 8%, a cui corrisponde però una contemporanea crescita dei costi della produzione decisamente superiore, che si attesta a circa il 15%, con un differenziale negativo pari al 6,8%. Per quanto attiene l'anno 2012, le previsioni implicano una sostanziale costanza dei dati attinenti il valore della produzione poiché le attribuzioni delle risorse destinate al finanziamento indistinto della spesa sanitaria di parte corrente nei futuri esercizi rimarranno pressoché costanti, salvo gli incrementi riconducibili al tasso di inflazione programmato e ad eventuali modifiche della parte attiva della produzione.

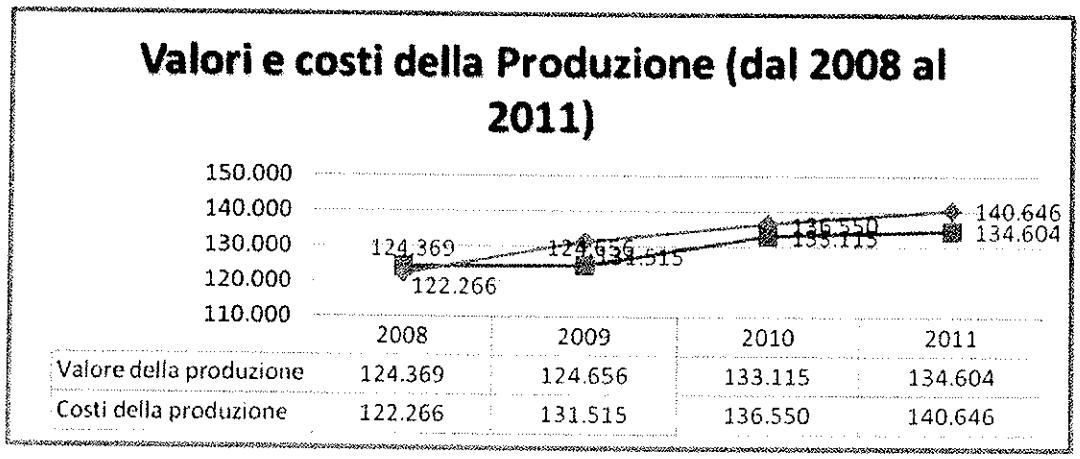
Raffronto valori della produzione e costi della produzione (dal 2008 al 2012)

	2008	2009	2010	2011	2012*	Δ % 2011/2008
Valore Produzione	124.369	124.656	133.115	134.604	*134.311*	8,23
Costi Produzione	122.266	131.515	136.550	140.646	*141.598*	15,03
Δ % Val.Prod.	3,45	0,23	6,79	1,12	*-0,22*	-
Δ % Costi Prod.	4,80	7,56	3,83	3,00	*0,68*	-
Differenziale VP-CP	-1,35	-7,33	2,96	-1,88	*-0,9*	-

** Dati previsionali CE 2012*

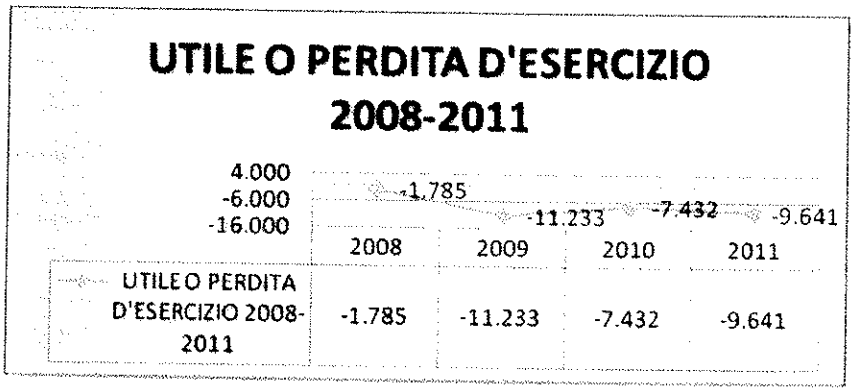
Il grafico sottostante, mostra quanto appena sottolineato. Il valore della produzione è cresciuto dai 124 milioni di euro del 2008 ai 134,6 milioni del 2011 (+8,23%), mentre i costi di produzione sono passati dai 122 milioni del 2008 ai 140,6 milioni del 2011 (+15%).
La crescita media dei ricavi nei quattro anni si è attestata al 2,9%, contro il 4,8% dei costi.

Andamento valori della produzione e costi della produzione dal 2008 al 2011



Il grafico sottostante riporta invece l'andamento del risultato d'esercizio per i quattro anni presi in considerazione. I dati mostrano come a partire dall'anno 2008 si è riscontrata una crescita negativa del risultato economico aziendale, raggiungendo il valore massimo nel corso del 2009 con un meno 11 milioni di euro. I dati del 2010 e del 2011, mostrano un andamento altalenante con una cospicua riduzione della perdita d'esercizio per l'anno 2010 pari a 7.3 milioni di euro (-34% rispetto al 2009), ma un nuovo incremento della stessa tra gli anni 2010-2011 pari ad un +30%.

Risultati d'esercizio dal 2008 al 2011



Analisi economica Centro S.M. Assunta di Guspini

Nell'analisi della gestione economica relativa al quinquennio 2008-2012, si è evidenziato come per l'esercizio 2011 la gestione dell'attività caratteristica aziendale sia stata influenzata, dalla gestione del Centro S.M. Assunta di Guspini.

E' opportuno a riguardo, considerare quale incidenza economica abbia avuto la stessa nella determinazione del risultato d'esercizio per l'anno 2011.

Infatti, come è possibile evidenziare dai dati contenuti nella tabella seguente, il peso della struttura in termini di costi, è decisamente importante se raffrontato al risultato aziendale 2011.

La gestione economica del Centro ha determinato per l'anno 2011 costi pari a 2.237.265 euro, con una forte incidenza su tale dato della voce relativa ai servizi sanitari e non. In primo luogo emerge il peso del personale afferente al Centro (consulenze sanitarie, personale interinale sanitario e non sanitario), il cui costo complessivo è stato pari a 1.570.041 euro. Entrando nel dettaglio delle singole voci del personale, è possibile notare, come le consulenze sanitarie imputabili al Centro, abbiano rappresentato circa il 6% del totale delle consulenze aziendali. Mentre i contratti interinali dell'area sanitaria hanno

rappresentato il 79% di tutti i contratti interinali dell'area sanitaria dell'Azienda. Infine, i contratti interinali dell'area non sanitaria del Centro hanno assorbito l'82% del totale dei contratti interinali non sanitari dell'Azienda.

Per quanto attiene i servizi non sanitari, il costo che ha presentato il peso maggiore dopo la voce del "personale interinale non sanitario" è quello delle "Pulizie", con oltre l'8% del costo totale aziendale.

Costi di Produzione S.M. Assunta di Guspini – Anno 2011 Voci di costo

Voci di Costo	S.M. Assunta
Beni sanitari	33.048
Beni non sanitari	29.704
Servizi sanitari	**705.675**
Consulenze Sanitarie	141.477
Contratti lavoro interinale area sanitaria	564.198
Servizi non sanitari	**1.036.654**
Contratti lavoro interinale area non sanitaria	864.366
Lavanderia e lavanolo	10.556
Pulizia	102.360
Servizio ristorazione mensa degenti	59.372
Godimento beni di terzi	27.640
Manutenzioni e riparazioni	404.544
Totale costi di produzione	***2.237.265***

Il dato sopra evidenziato, mostra come la gestione economica del Centro abbia pesato notevolmente sulla gestione delle voci di costo aziendali e sul risultato finale d'esercizio. Infatti esso rappresenta il 79% dell'incremento dei costi aziendali principali (Servizi: +2.567.807 – Beni di Consumo: +248.954) riscontrati per l'anno 2011, nonché il 98% della perdita d'esercizio tra il 2010 e il 2011 (+2.285.170 euro).

Ipotizzando che, il risultato d'esercizio aziendale per l'anno 2011 fosse stato iscritto al netto del dato attinente alla gestione economica del Centro, il valore si sarebbe attestato intorno ai 7.7 milioni di euro; un dato che avrebbe confermato la perdita d'esercizio riscontrata per l'anno 2010.

Bilancio 2011 al netto costi di produzione Centro S.M. Assunta di Guspini

Voci di costo*	Bilancio 2011	Costi Centro S.M. Assunta 2011	Bilancio 2011 (al netto del Centro S.M. Assunta Guspini)
Beni sanitari	14.671.234	33.048	14.638.186
Beni non sanitari	569.417	29.704	539.713
Servizi Sanitari	62.481.368	705.675	61.775.693
Servizi non sanitari	12.148.510	1.036.654	11.111.856
Godimento beni di terzi	1.489.693	27.640	1.462.053
Manutenzioni e riparazioni	2.022.720	404.544	1.618.176
Totale costi di produzione	***140.648.181***	***2.237.265***	***138.410.916***
Utile/perdita d'esercizio	***-9.962.716***	-	***-7.725.451***

* *Le voci di costo comprendono le macrovoci più significative del bilancio aziendale 2011 in linea con i valori economici di spesa del Centro S.M. Assunta di Guspini.*

Tale analisi risulta importante al fine di evidenziare come la gestione economica aziendale per l'anno 2011, escludendo il peso economico del Centro, sarebbe risultata in linea con i trend di crescita naturale delle voci costo e ricavo.
L'analisi sopra esposta sui costi di Produzione, esula il discorso dell'equilibrio economico che la struttura potrebbe avere in determinate condizioni. A tal proposito la ASL 6 ha pronto un piano di rilancio della struttura con un analisi economica che prevede il pareggio di Bilancio. Infatti con un mix di linee di attività allo studio della direzione, una volta che sarà risolta la questione legale della precedente gestione, e nell'ipotesi che con le regolari procedure la struttura divenga pubblica, la ASL 6 sarebbe pronta a rilanciarne le attività così come già era stato evidenziato nel piano strategico aziendale 2012 – 2014 al quale si rimanda.

Linee generali di intervento 2013-2015

L'azienda ASL 6, come esplicitato sopra, ha avuto un peggioramento dei conti economico patrimoniali negli ultimi tre anni. Infatti si è passati da un sostanziale pareggio di Bilancio nel 2007 e nel 2008 ad una perdita importante sia nel 2009 che nel 2010 e 2011.
L'obiettivo strategico dell'attuale direzione è quello di determinare una tendenziale decrescita della perdita d'esercizio nel triennio 2013/2015.
Per arrivare al pareggio di bilancio, occorre intraprendere un percorso virtuoso che abbia come riferimento la razionalizzazione dei costi di produzione, il contenimento della spesa farmaceutica, il monitoraggio e la corretta gestione dei finanziamenti vincolati, ed infine il corretto utilizzo dei Budget di spesa.
Di seguito le linee generali degli interventi che si vogliono adottare, rimandando ai piano operativi i dettagli tecnici. Dopo aver approfondito i punti sopra elencati si esporrà in sintesi quello che sarà l'andamento economico dei bilancio 2013/2015.

Razionalizzazione costi di Produzione

La razionalizzazione dei costi di produzione rappresenta uno degli obiettivi prioritari per l'Azienda. Il controllo dell'andamento dei costi necessita di un intervento sia a livello complessivo, sia attraverso il monitoraggio delle singole componenti di costo, in particolar modo dopo l'approvazione della Legge n° 135 del 7 agosto 2012 relativa alle disposizioni per la revisione della spesa pubblica, nota come "Spending Review" e che andranno ad incidere fortemente sui costi di produzione delle Aziende Sanitarie, prevedendo per l'appunto cospicui tagli in materia di costi per contratti di prestazioni e servizi da parte delle stesse.
In termini generali gli obiettivi sono:

- Superamento dei differenziali di spesa sanitaria tra uguali attività (ragionamento sui costi standard);
- Miglioramento del rapporto costi - ricavi dell'attività ospedaliera (cercando una corretta appropriatezza);
- Riduzione dei differenziali tra costi-ricavi complessivi;
- Costo del personale dipendente e non: in funzione di tale voce di costo, che rappresenta una quota importante del bilancio di ogni singola azienda, si evidenzia l'esigenza, di porre in essere politiche di contenimento e di razionalizzazione della spesa per personale dipendente e non;
- Costo dei farmaci: in relazione alla spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera è emersa la necessità di determinare specifici standard di spesa, attraverso un continuo monitoraggio delle prescrizioni dei medici generici e degli specialisti, l'applicazione di strumenti che valorizzino e incrementino la distribuzione diretta e per conto dei farmaci e l'incremento dell'incidenza sulla spesa farmaceutica aziendale della componente "generica";
- Costo per l'acquisto di beni e servizi: è necessario porre in essere politiche di razionalizzazione nella spesa sia per quanto concerne l'acquisto di beni sanitari e non, sia per quanto riguarda in particolare l'acquisto di servizi, la cui incidenza sul bilancio aziendale è cospicua.

Contenimento costo dei farmaci territoriali e ospedalieri

In riferimento al raggiungimento dell'obiettivo di contenimento dei costi legati alla spesa farmaceutica, sia territoriale che ospedaliera, la Asl 6 di Sanluri ha istituito un Comitato di appropriatezza prescrittiva, al fine di determinare un monitoraggio continuo e costante sulle prescrizioni farmaceutiche eseguite sia dai medici generici, sia degli specialisti ambulatoriali, ma anche dei dipendenti stessi della ASL. L'Azienda stessa ritiene tale obiettivo prioritario per il perseguimento dell'obiettivo più generale della razionalizzazione dei costi della produzione. Gli obiettivi aziendali che si vogliono perseguire saranno riconducibili a:

- Costo dei farmaci legato maggiormente a valori standard che consentano una razionalizzazione effettiva della spesa farmaceutica;
- Riduzione del consumo dei farmaci con "brevetto" a vantaggio dei farmaci cosiddetti "generici" con proprietà farmacologiche equivalenti il cui costo è tendenzialmente più contenuto;
- Incremento della distribuzione diretta e per conto;

- Analisi continua e costante del consumo di farmaci suddiviso per reparto.

Monitoraggio e gestione dei fondi vincolati

In relazione al monitoraggio e alla gestione dei fondi a finanziamento vincolato, di cui l'Azienda usufruisce per progetti di notevole importanza per il loro impatto socio-sanitario, la Direzione Generale ha costituito un gruppo di lavoro che si occuperà di tenere sotto controllo e monitorare continuamente la progettualità posta in atto per i singoli progetti, nonché verificare l'avanzamento dei lavori e verificare le voci di spesa con relativa rendicontazione.
L'obiettivo aziendale è quello di avere una precisa e corretta valutazione economico-qualitativa dello stato dei lavori dei diversi progetti.

Rispetto budget di spesa

L'Azienda 6, ha inserito come strumento di monitoraggio specifico della spesa, quello del Budget finanziario, che attraverso la precisa individuazione dei Centri di Spesa aziendali, determina attraverso la predisposizione di apposite schede prima dell'inizio del nuovo esercizio contabile, il budget a disposizione degli stessi.
Il budget finanziario è affidato solo ai dirigenti che gestiscono un centro di spesa e che quindi possono, attraverso il corretto utilizzo dei conti economico patrimoniali che sono autorizzati a movimentare, spendere solo su indicazione della direzione generale e solo su determinati conti di bilancio. Così facendo, qualora i dirigenti abbiano necessità di incrementare i vincoli di spesa, gli incrementi degli stessi devono essere giustificati formalmente attraverso richieste scritte e firmate da parte degli stessi dirigenti di riferimento, con l'obiettivo di responsabilizzarli maggiormente nella gestione e nell'utilizzo dei soldi pubblici.

Investimenti

Il piano degli investimenti dell'Azienda Sanitaria di Sanluri per il triennio 2013-2015 mostra un importante impegno economico-finanziario dell'Azienda per un valore complessivo di circa 111 milioni di euro. Gli investimenti si legano in particolar modo agli interventi riguardanti la costruzione del nuovo ospedale che impegnerà complessivamente 94 milioni di euro, circa il 95% del totale.

Struttura di riferimento	Progressivo intervento	Interventi da realizzare	Tipologia	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Totale investimenti 2013-15
Presidio Ospedaliero	1	Acquisto attrezzature sanitarie	attrezzature	1.200.000	1.200.000	2.000.000	**4.400.000**
Presidi Territoriali	2	Acquisto attrezzature sanitarie	attrezzature	150.000	130.000	200.000	**480.000**
Presidio Ospedaliero	3	Adeguamenti e/o implementazioni e messa a norma P.O	edilizia	700.000	400.000	400.000	**1.500.000**
Presidi territoriali	4	Adeguamenti e/o implementazioni e messa a norma Presidi territoriali	edilizia	4.600.000	900.000	2.000.000	**7.500.000**
Presidio Ospedaliero	5	Acquisto arredi vari	Arredi sanitari e non	50.000	50.000	50.000	**150.000**
Presidi territoriali	6	Acquisto arredi vari	Arredi sanitari e non	50.000	50.000	50.000	**150.000**
Presidio Ospedaliero	7	Realizzazione nuovo Presidio	edilizia	32.000.000	42.000.000	20.000.000	**94.000.000**
Totale investimenti				**38.750.000**	**44.730.000**	**24.700.000**	**108.180.000**

Fonte dati: elaborazioni fornite da Servizio Tecnico-Logistico ASL 6 di Sanluri

Per quel che concerne l'elenco dei cespiti da acquisire si rimanda all'allegato di riferimento.

Previsione economica

Di seguito vengono esposti in maniera sintetica i Bilanci triennio 2010-2012 e quelli di previsione per gli anno 2013/2015.

Risultati economici conseguiti nel 2010/2012

Risultati economici conseguiti	**2010**	**2011**	**2012***
Valore della produzione	133.115	134.604	134.311
Costi della produzione	136.550	140.646	141.598
Differenza	**-3.435**	**-6.042**	**-7.287**
Proventi ed oneri finanziari	-19	25	25
Rettifiche di valore di attività finanziarie	0	0	0
Proventi ed oneri straordinari	-630	57	-46
Risultato prima delle imposte	**-4.084**	**-5.960**	**-7.308**
Imposte sul reddito dell'esercizio	-3.348	-3.681	-3.736
Utile (perdita) dell'esercizio	**-7.432**	**-9.641**	**-11.044**

* *Valori tratti dal preconsuntivo non ancora ufficializzato.*

Come risulta emergere dai dati inseriti nella tabella relativa al triennio 2010-2012, si evidenzia una sostanziale crescita della perdita d'esercizio per gli anni considerati, che come spiegato in precedenza, sono determinate in gran parte dal diverso trend di crescita determinatosi negli anni tra ricavi e costi influenzato dalla gestione del centro di riabilitazione S.M. Assunta di Guspini. Per gli esercizi relativi al triennio successivo al 2012, la gestione economico-patrimoniale, avrà come obiettivo principale quello di determinare una diminuzione della perdita d'esercizio progressiva.

Sarebbe auspicabile che ad un trend di crescita dei ricavi, si determinasse una conseguente decrescita del valore dei costi di produzione (che in questo contesto a titolo prudenziale si sono mantenuti costanti), portando ad una riduzione notevole della perdita d'esercizio .

In particolar modo, dal lato dei costi di produzione si prevede di determinare un incremento del costo del personale, in funzione di una ristrutturazione della pianta organica aziendale, compensata da una contemporanea riduzione progressiva del peso delle consulenze sanitarie e non sanitarie necessarie a garantire gli standard sociosanitari richiesti.

Risultati economici previsti per il triennio 2013/2015

Risultati economici previsionali	**2013**	**2014**	**2015**
Valore della produzione	134.138	136.150	138.192
Costi della produzione	139.008	139.000	139.000
Differenza	**-4.870**	**-2.850**	**-808**
Proventi ed oneri finanziari	25	25	25
Rettifiche di valore di attività finanziarie	0	0	0
Proventi ed oneri straordinari	-46	-46	-46
Risultato prima delle imposte	**-4.891**	**-2.871**	**-829**
Imposte sul reddito dell'esercizio	-3.736	-3.700	-3.700
Utile (perdita) dell'esercizio	**-8.627**	**-6.571**	**-4.529**

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bergamaschi, M. 2000. *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*. Ed. Mc Graw Hill. Milano.
- Beck, U. 1999. *Che Cos'è la glocalizzazione*. Ed. Carocci. Roma.
- Bertin, G. 2007.*Governance e valutazione della qualità nei servizi sociosanitari*. Ed. Franco Angeli. 2007
- Brian, S. e Cortesi, E., *L'Ospedale per intensità di cura: aspetti teorici e problemi aperti*, in Igiene e Sanità Pubblica, n° 63, 2007, pgg. 577 – 586
- Campbell, H. 1998. *Integrated care pathways*. Ed BMJ.
- Casati, G., *La gestione dei processi in Sanità*, in QA, Vol. 13, n°1, 2002.
- Cipolla, C., Giarelli, G. e Altieri, L., *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*, in Collana Laboratorio Sociologico, 2004.
- Consiglio Regionale della Sardegna. 2007. *Piano Regionale dei Servizi Sanitari*. Cagliari, pg 93.
- Corposanto, C., *Sulla valutazione della qualità nei servizi sociali e sanitari*, in Collana Salute e Società, Ed. Franco Angeli, Milano. 2007.
- Crozier, M. 1978. *Attore sociale e sistema*. Ed. Etas Libri, Milano, 1978.
- D'Egidio, F. 2000. *Il change management. Pensiero creativo e le strategie delle aziende*. Ed Ultra Egea. Milano.
- Di Mauro, S., *Gli elementi culturali a sostegno di un organizzazione clinica e ospedaliera per intensità di cura e di complessità assistenziale*, in Atti del Convegno: Il modello assistenziale per intensità di cura nel nuovo Ospedale: aspetti teorici ed applicativi, A.O.O.O.R.R, Bergamo, 2010, pg 18.
- Guarino, F. e Mignardi, L., *Tecnologie a rete per la salute e l'assistenza*, in Collana Salute e Società.....op.cit.
- Herring, L. 1999. *Critical pathways: an efficient way to manage care*. Ed. Nurse Stand
- Ingrosso, M., *Fra reti e relazioni*, in Collana Salute e Società.....op.cit.
- Lega, F., *Intensità di cura versus complessità dell'assistenza?*, in Atti del Convegno: Il modello.....op.cit., Bergamo, 2010, pg. 31.
- Meneguzzo, M. 1996. *Strategia e gestione di reti di aziende sanitarie*. Ed Egea. Milano.
- Moiset, C. e Vanzetta, M. 2003. *Misurare l'assistenza, un modello informativo della performance infermieristica*. Ed. Mc Graw Hill. Milano.
- Panella, M., Moran, N. e Di Stanislao, F., *Una metodologia per lo sviluppo dei profili di assistenza: l'esperienza del TriHealth Inc. Profili assistenziali*, in QA, Vol. 8, n° 1, 1997.
- Pintus, E. 2003. *Il project management per le aziende sanitarie*. Ed Mc Graw Hill. Milano.
- Russo, R., *Profili di cura e profili assistenziali: obiettivi e metodologia*, in Politiche Sanitarie, Vol. 1, n° 4, 2000.
- Tanese, A., *L'efficacia del cambiamento organizzativo*, in Bergamaschi, M., Valutazione dell'efficacia dei network sanitari, Mecosan, n° 19, 1996.
- Wilson, J., *Integrated Care Mangement* , in Br. J . Nurs, Serie 11, Vol. 7, n° 4. 1998.