ASL 6 SANLURI

PIANO STRATEGICO AZIENDALE TRIENNIO 2012 / 2014

Novembre 2011

INDICE

INTRODUZIONE **5**
PARTE I – IL CONTESTO TERRITORIALE **6**
Il profilo territoriale 6
Il profilo demografico 7
Il profilo epidemiologico 11
Il profilo socioeconomico 15
PARTE II – L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE **17**
La struttura 17
Le principali linee di attività 20
Trend ultimi bilanci economici (2007-2010) 23
PARTE III – LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA per il triennio 2012-2014 ..... **26**
La mission 26
Dalla mission alle strategie 28
Miglioramento dell'assistenza **29**
AREA TERRITORIALE 30
Miglioramento dell'attività di prevenzione 30
Potenziamento della Rete per la tutela della salute nel Medio Campidano: realizzazione case per la salute e centri della salute 31
Sviluppo della medicina dello sport 32
Sviluppo dell'area riabilitzione 32
Sviluppo dell'assistenza residenziale 34
Potenziamento dei distretti 35
Potenziamento rete medici medicina generale (MMG) e pediatri libera scelta (PLS) 36
AREA OSPEDALIERA 38
Sviluppo ospedale e rete ospedaliera 38
Riduzione tasso ospedalizzazione e miglioramento appropriatezza ricoveri 39
Rispetto liste di attesa 42
AREA INTEGRATA 44
Miglioramento della collaborazione nell'ambito del Plus 44
Potenziamento Adi 45
Studio e implementazione Percorsi di salute integrati 45
Potenziamento Pua - Uvt 47

Miglioramento dell'organizzazione **48**
Riorganizzazione della struttura per processi 49
Atto Aziendale e Organigramma 50
Riduzione delle duplicazioni di strutture ospedaliere 51
Riorganizzazione mediante piani di accorpamento funzionale di taluni reparti 51
Sperimentazione ricoveri multidisciplinari secondo il week hospital 52
Sviluppo del day service 52
Miglioramento sistemi e flussi informativi 53
Percorsi clinico organizzativi - Gestione del rischio - Audit 54
La qualità dal lato dell'utente 56
Processo di budget, definizione obiettivi e sistema premiante 57
Formazione continua 57
Potenziamento della comunicazione interna ed esterna 58

Razionalizzazione e sostenibilità economica 60
Razionalizzazione costi di Produzione 61
Contenimento costo dei farmaci territoriali e ospedalieri 61
Monitoraggio e gestione dei fondi vincolati 62
Rispetto budget di spesa 62
Piano del personale 63
Piano degli investimenti 65

Previsione economica 2012 / 2014 68

INTRODUZIONE

La nuova direzione generale insediatasi a decorrere dal 31/03/2011, ha deciso di tracciare le prime linee di programmazione e di sviluppo organizzativo del proprio mandato.
Questo lavoro è ispirato prima di tutto da un forte senso di responsabilità verso i cittadini nonché utenti della ASL 6 e poi da una forte necessità di circoscrivere tutta una serie di problematiche di grande complessità che caratterizzano il contesto afferente all'azienda e che confluiscono in generale nel quadro del miglioramento della Qualità complessiva dell'assistenza (qualità gestionale, organizzativa, professionale e sociale).
Tra le priorità di intervento, la asl 6 annovera:

- IL NUOVO OSPEDALE;
- LA RINASCITA DEL CENTRO DI RIABILITAZIONE SANTA MARIA ASSUNTA;
- IL POTENZIAMENTO DELL'AREA DELLA RIABILITAZIONE CARDIOLOGIA AD ALTA INTENSITÀ PRESSO VILLAMAR;
- L'APERTURA DELLA CASA DELLA SALUTE NEL COMUNE DI ARBUS;
- L'APERTURA DEI CENTRI DI SALUTE NEI COMUNI DI SERRAMANNA, DI TUILI E DI LUNAMATRONA;
- L'APERTURA DEL CENTRO SPORTIVO SANITARIO REGIONALE NEL COMUNE DI LUNAMATRONA;
- LA FORMAZIONE CONTINUA AZIENDALE;
- L'INFORMATIZZAZIONE E L'AMMODERNAMENTO TECNOLOGICO AZIENDALE;
- GESTIONE AZIENDALE BASATA SUL GOVERNO CLINICO;
- LA RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA SANITARIA;
- RSA VILLACIDRO;
- L'INTEGRAZIONE OSPEDALE – TERRITORIO;
- AMBULATORIO DI SIDDI.

Conseguentemente, il Piano strategico della ASL 6 di Sanluri parte con l'attribuzione di una massima attenzione alla ricognizione dell'esistente e arriva poi a ragionare su quanto necessario per il continuo miglioramento dei servizi. In questo modo attraverso un atto di coraggio e di responsabilità si inizia a delineare un processo di cambiamento nella piena consapevolezza dei punti di forza e di debolezza della realtà su cui si è chiamati ad intervenire.
Sarà pertanto inevitabile sottoporre il qui presente documento strategico a periodiche revisioni sulla base dei cambiamenti e delle necessità rilevate attraverso una puntuale analisi dell'andamento dell'azienda; sarà, inoltre, ben accetto ogni contributo, anche critico, ogni stimolo propositivo, ogni nuova sfida che il contesto e gli attori che lo animano vorranno far pervenire alla Direzione strategica dell'azienda.
Per concludere questa introduzione al documento, un ringraziamento sincero da parte della Direzione generale agli operatori tutti, perché è grazie al loro contributo che si è reso possibile un lavoro così importante fatto di idee e soluzioni a tante problematiche che è normale ci siano in qualunque sistema organizzativo.

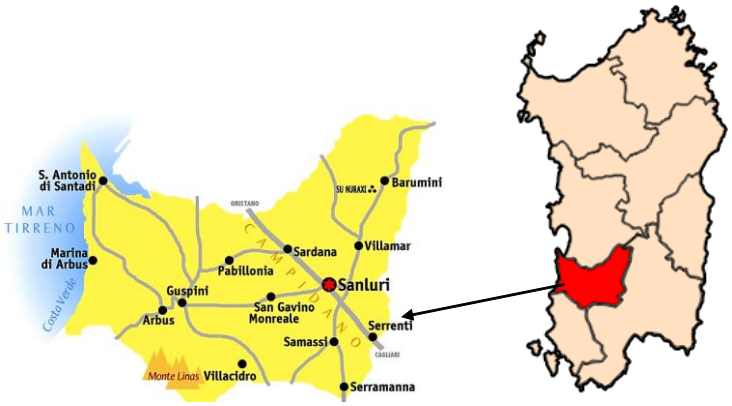
Sanluri, 15 Novembre 2011

La Direzione Generale della Asl 6 Sanluri
Salvatore Piu, Direttore Generale
Antonio Farci, Direttore Sanitario
Gianluca Calabrò, Direttore Amministrativo

PARTE I – IL CONTESTO TERRITORIALE

Il profilo territoriale

Il territorio della ASL 6 di Sanluri coincide con quello della provincia del Mediocampidano (in sardo Provìntzia de su Campidànu de Mèsu) affacciata a ovest sul Mar di Sardegna, confinante a nord con la provincia di Oristano, a est con la provincia di Cagliari, a sud con le province di Carbonia-Iglesias.



La provincia del medio Campidano è una delle quattro neo province dell'isola e si sviluppa sul territorio che era, fino al 2005, di autorità della provincia di Cagliari.

La popolazione totale è distribuita su una superficie territoriale di 1.516,2 Kmq con una densità abitativa di 67,9 abitanti/Kmq.

Con i suoi 1.516,2 kmq di estensione copre poco più del 6% del territorio sardo, sui quali sorgono 28 Comuni distribuiti in 2 distretti sociosanitari:

1.516, 2 kmq

67,9 ab/kmq

28 comuni

2 distretti

102.647 abitanti

- 7 nel distretto di Guspini (comuni di: Arbus, Gonnosfanadiga, Guspini, Pabillonis, San Gavino Monreale, Sardara e Villacidro).
- 21 distretto di Sanluri (comuni di: Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Barumini, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Samassi, Sanluri, Segariu, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru, Villanovafranca).

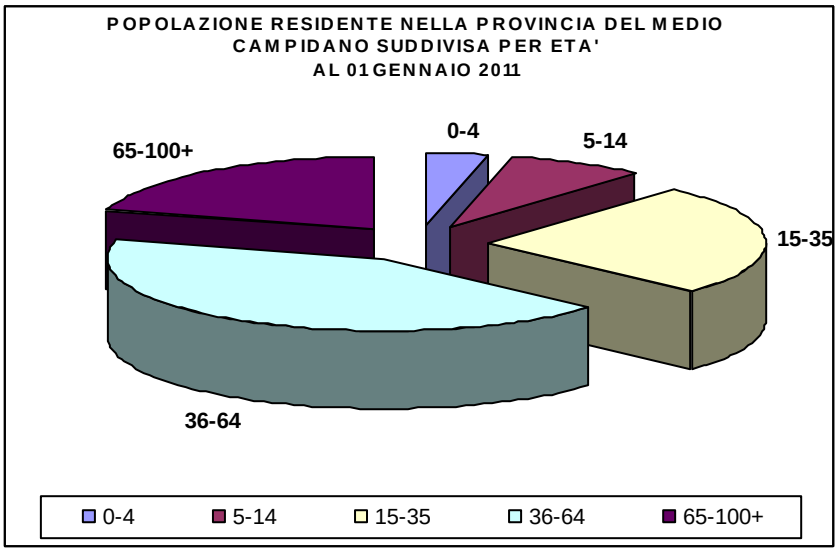
Il profilo demografico

I dati Istat (popolazione residente al 1 Gennaio 2010) registrano una popolazione residente totale pari a 102.647, suddivisa in 50824 maschi, pari al 49,51 % del totale e 51823 femmine, pari al 50,48 % distribuita in maniera disomogenea nei due Distretti:

- il Distretto di Guspini è quello con il maggior numero di abitanti, infatti ne conta 56.776 pari al 55,31 % della popolazione totale,
- il Distretto di Sanluri conta una popolazione di 45.871 abitanti pari al 44,68 % della popolazione totale.

Popolazione residente nella provincia del Mediocampidano al 1 Gennaio 2010 per sesso (fonte ISTAT *2010*)

COMUNI	**MASCHI**	**FEMMINE**	**MASCHI + FEMMINE**
Arbus	3.311	3.348	6.659
Gonnosfanadiga	3.387	3.563	6.950
Guspini	6.136	6.307	12.443
Pabillonis	1.484	1.476	2.960
San Gavino Monreale	4.400	4.619	9.019
Sardara	2.090	2.140	4.230
Villacidro	7.229	7.286	14.515
TOTALE DISTRETTO GUSPINI	**28.037**	**28.739**	**56.776**
Collinas	446	461	907
Furtei	858	819	1.677
Genuri	173	186	359
Gesturi	657	645	1.302
Barumini	671	669	1.340
Las Plassas	137	136	273
Lunamatrona	883	915	1.798
Pauli Arbarei	337	310	647
Samassi	2.594	2.723	5.317
Sanluri	4.178	4.366	8.544
Segariu	643	676	1.319
Serramanna	4.641	4.685	9.326
Serrenti	2.518	2.536	5.054
Setzu	77	75	152
Siddi	367	352	719
Tuili	545	549	1.094
Turri	229	229	458
Ussaramanna	293	283	576
Villamar	1.447	1.432	2.879
Villanovaforru	348	327	675
Villanovafranca	745	710	1455
TOTALE DISTRETTO SANLURI	**22.787**	**23.084**	**45.871**
TOTALE ASL 6	**102.647**		



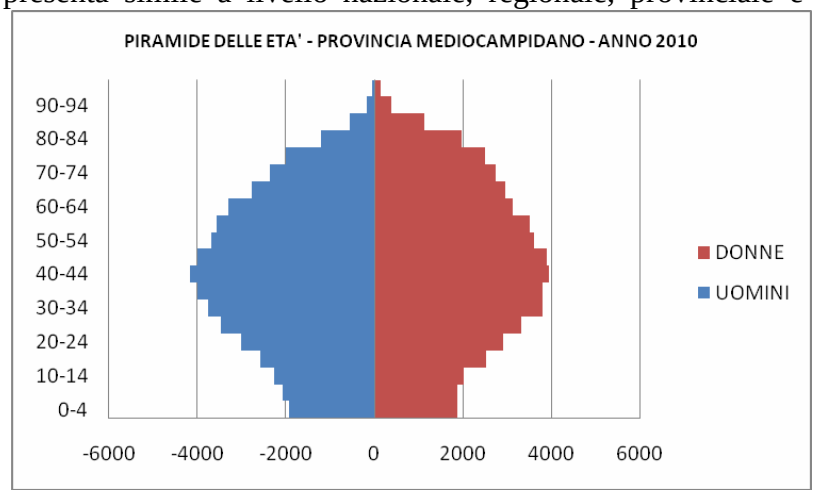
Declino della popolazione – Nella provincia del Medio campidano la popolazione residente ha subito un generale decremento. Il declino demografico è dato, principalmente dal saldo naturale negativo che da diversi anni caratterizza il territorio.

Saldo naturale – 0,7

Saldo migratorio + 2,3

Nell'arco di tre anni, nella provincia del Mediocampidano, si è passati da una popolazione pari a 103.436 (istat 1°gennaio 2008) ad una pari a 102.647 (istat 1°gennaio 2010).

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.

Il grafico è denominato piramide delle età perché originariamente assumeva la forma tipica di una piramide quando ancora la popolazione risultava equilibrata, più numerosa nelle età giovanili e più limitata nelle età di riferimento per i grandi vecchi. Oggi la sagoma della piramide, in tutti contesti territoriali, assume quasi una forma ad albero, con una base sempre più ristretta e un progressivo rigonfiamento delle parti più alte, segno che la struttura della popolazione si è modificata significativamente con l'invecchiamento.

Indice di vecchiaia 174,29

Tasso di natalità 7,79

Nella provincia del Mediocampidano, i dati Istat 2010, registrano 20.917 ultra-sessantacinquenni su un totale di 102.647 abitanti; questo valore, in termini percentuali si traduce in 20,37 % (Sardegna 19,07; Italia 20,22). Va evidenziato a tal proposito che il progressivo invecchiamento della popolazione 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‰.

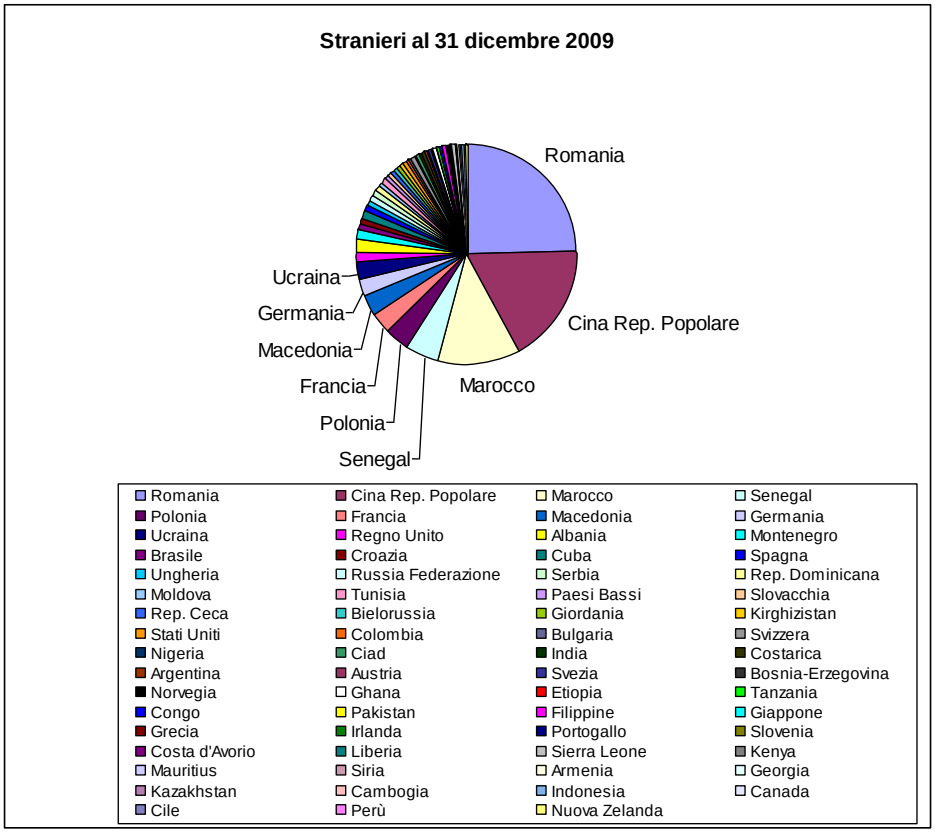
Numero famiglie 39063

Numero medio componenti 2,62

Numero convivenze 47

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. Il 2010 registra 39063 famiglie, 47 convivenze e un numero medio di componenti pari a 2,62. 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 01/01/2010 l'Istat registra, nella Provincia del Mediocampidano, una popolazione straniera residente pari a 716 persone di cui 313 maschi e 403 femmine (rispetto ai 654 nel 2008).



Il profilo epidemiologico

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.

L'esame della mortalità per causa nella Provincia del Medio Campidano è condotto sulla base dei dati di mortalità rilevati e codificati dall'Istituto centrale di statistica (Istat). I dati disponibili, relativi all'anno 2008 e rappresentati nella tabella seguente, consentono di osservare che complessivamente le Malattie del sistema circolatorio sono state la prima causa di morte (35,0%), seguite a breve distanza dai Tumori (30,6%) e, con una quota decisamente inferiore, dalle Malattie del sistema respiratorio (7,7%) e dalle Cause esterne di traumatismo e avvelenamento (5,5%).

Cause di morte di cittadini residenti nella provincia del Medio Campidano – anno 2008

CAUSE DI MORTE	Totale	
Malattie del sistema circolatorio	363	35,0%
Tumore	317	30,6%
Malattie del sistema respiratorio	80	7,7%
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	57	5,5%
Malattie dell'apparato digerente	43	4,1%
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	39	3,8%
Disturbi psichici e comportamentali	32	3,1%
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	32	3,1%
Malattie infettive e parassitarie	20	1,9%
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	20	1,9%
Malattie del sistema genitourinario	13	1,3%
Mal. del sangue e degli organi ematop. ed alc. dist. imm.	8	0,8%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	6	0,6%
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	4	0,4%
Alcune condizioni che hanno origine nel periodo perinatale	2	0,2%
Malformazioni congenite e anormalità cromosomiche	1	0,1%
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	0	0,0%
Totale complessivo	1037	

In particolare, tra le malattie cardiovascolari, a provocare il maggior numero di decessi sono le malattie cerebrovascolari (148) e le malattie ischemiche del cuore (96). Per le neoplasie causano maggiori vittime i tumori maligni della laringe, della trachea e dei bronchi e del polmone (60) seguiti a distanza dai tumori maligni della mammella (29), tumori del fegato (26), del colon (25) e dell'apparato linfoematopoietico (21).

Ospedalizzazione – 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 2010 i ricoveri più frequenti sono stati relativi alle malattie e disturbi del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo (10,7%), immediatamente dopo troviamo le malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (10,1%) e dell'apparato digerente (9,4%).

Ricoveri erogati a favore di cittadini residenti nella provincia del medio campidano per mdc

descrizione mdc (major diagnostic category) - anno 2010	ricoveri	
malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	2.212	10,7%
malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	2.095	10,1%
malattie e disturbi dell'apparato digerente	1.940	9,4%
gravidanza parto e puerperio	1.491	7,2%
malattie e disturbi del sistema nervoso	1.336	6,5%
malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	1.235	6,0%
malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	1.127	5,5%
malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	1.075	5,2%
malattie e disturbi dell'occhio	913	4,4%
malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	891	4,3%
malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	824	4,0%
malattie e disturbi del periodo neonatale	817	4,0%
malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	720	3,5%
malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	689	3,3%
malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	652	3,2%
fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	606	2,9%
malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	527	2,6%
malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	426	2,1%
malattie e disturbi mentali	405	2,0%
traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	171	0,8%
malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	170	0,8%
altri d.r.g.	128	0,6%
infezioni da h.i.v.	105	0,5%
abuso di alcol/droghe e disturbi mentali organici indotti	75	0,4%
Ustioni	17	0,1%
traumatismi multipli rilevanti	16	0,1%
ricoveri complessivi	20.663	

Disabilità – La fonte di dati per stimare il numero di disabili in Italia è l'indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Tale indagine consente di soddisfare i bisogni informativi tali da garantire stime regionali ma non è possibile rilevare i dettagli provinciali del fenomeno. Pertanto la certificazione di esenzione per patologia gestita dalla Azienda Sanitaria Locale, sebbene sia un dato sottostimato per via dell'esenzione per reddito che abbraccia anche le prestazioni per le patologie croniche, è una fonte utile alla visione della diffusione delle patologie croniche nel territorio della provincia del Medio Campidano. Si rileva dalla tabella seguente che complessivamente la prima causa di esenzione è l'Ipertensione arteriosa (40,3%), seguita a distanza dal Diabete mellito (27,3%) e dalle Affezioni del sistema circolatorio (13,7%).

Esenzioni per patologia registrate per cittadini residenti nella provincia del Medio Campidano – anno 2010

Codice e Descrizione Esenzione		Totale	
31	ipertensione arteriosa	3779	40,3%
013	diabete mellito	2554	27,3%
002	affezioni del sistema circolatorio	1287	13,7%
007	Asma	525	5,6%
16	epatite cronica (attiva)	351	3,7%
048	soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne e da tumori di comportamento incerto	287	3,1%
023	insufficienza renale cronica	203	2,2%
009	colite ulcerosa e malattia di crohn	129	1,4%
008	cirrosi epatica, cirrosi biliare	75	0,8%
021	insufficienza cardiaca (N.Y.H.A. classe III e IV)	54	0,6%
052	soggetti sottoposti a trapianto (rene, cuore, polmone, fegato, pancreas, midollo)	34	0,4%
020	infezione da HIV	28	0,3%
024	insufficienza respiratoria cronica	16	0,2%
040	neonati prematuri, immaturi, a termine con ricovero in terapia intensiva neonatale	16	0,2%
051	soggetti nati con condizioni di grave deficit fisici, sensoriali e neuropsichici	12	0,1%
053	soggetti sottoposti a trapianto di cornea	10	0,1%
050	soggetti in attesa di trapianto (rene, cuore, polmone, fegato, pancreas, cornea, midollo)	5	0,1%
022	insufficienza corticosurrenale cronica (morbo di Addison)	3	0,0%
049	soggetti affetti da pluripatologie che abbiano determinato grave ed irreversibile compromissione di più organi e/o apparati e riduzione dell'autonomia personale correlata all'età risultante dall'applicazione di convalidate scale di valutazione	1	0,0%
Totale complessivo		9369	

Dipendenze – La Asl 6 si fa carico delle problematiche legate alle dipendenze attraverso il Ser.t per quanto riguarda le tossicodipendenze e attraverso il Centro alcologico per quanto riguarda i problemi alcolcorrelati.

Le principali caratteristiche qualitative dell'utenza attualmente afferente al Ser.T. della Asl 6 sono le seguenti:

- prevalente richiesta primaria urgente di farmacoterapia per eroino dipendenza, alcoldipendenza, polidipendenza;
- richiesta d'aiuto tardiva (dopo anni di abuso), spesso in condizioni di scompenso e urgenza sanitaria e socio-ambientale, con presenza già alla presa in carico di complicanze correlate (sanitarie, sociali,

relazionali, legali, ecc.); spesso sono già presenti gravi problematiche a livello familiare, sociale, scolastico e psichiatrico;

- condizione di poliabuso_polidipendenza in oltre il 50% dei casi (alcol-cocaina-psicofarmaci-cannabinoidi come sostanze secondarie-terziarie, ecc);
- doppia diagnosi con comorbilità psichiatrica nel 70% dei casi, con caratteristiche di gravità nel 25% con necessità di elevata intensità assistenziale e di integrazione tra servizi, con problemi incrociati di compliance e aggravamento prognostico;
- persistente elevata richiesta/bisogno di programmi residenziali di comunità, sia come prima esperienza, sia più volte da parte dello stesso utente anche con storia di precedenti programmi di comunità interrotti o anche conclusi positivamente e seguiti da ricadute;
- persistenza di un'utenza storica con grave disabilità e compromissione sanitaria - sociale e psicoattitudinale, quindi con prognosi grave di cronicità e bisogno di percorsi socio-assistenziali integrati di durata indefinita;
- rilevante fenomeno della "porta girevole", cioè delle recidive anche dopo il conseguimento di remissioni cliniche complete e protratte: in relazione: sia alla implicita tendenza alla cronicità con recidive propria delle Dipendenze Patologiche; sia alle carenze nei percorsi riabilitativi e di reinserimento socio-occupazionali proposti dai Servizi Territoriali con conseguente mantenimento di condizioni di disagio, marginalità e stigma che favoriscono le ricadute.

Dall'altra parte, invece, gli utenti del Centro Alcologico hanno un'età media all'ingresso più elevata rispetto ai tossicodipendenti; spesso vivono una condizione di adeguato inserimento familiare, sociale e lavorativo benché con situazioni di crisi - scompenso favorite o aggravate dai Problemi alcolcorrelati.

Totale utenti in carico serd	620 (anno 2010)
Tossicodipendenti	344
Alcoldipendenti	223
Tabagismo	25
Gioco d'azzardo	12

Altrettanto spesso può invece essere presente una lunga storia di solitudine e assenza di risorse familiari, marginalità socio occupazionale e povertà economica, carente qualifica o esperienza professionale.

Rilevante la frequenza di gravi patologie organiche alcolcorrelate e la frequenza della comorbilità tra problemi alcolcorrelati e disturbi psichiatrici, anche gravi; frequente anche la condizione attuale o lifetime di poliabuso o polidipendenza.

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	Nuove province 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 II – L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

La struttura

Il sistema organizzativo della Asl 6 si articola, come quanto stabilito dall'atto aziendale (Deliberazione n. 520 del 6.12.2007) nelle seguenti macroaree:

- area direzionale
- area territoriale - distrettuale
- area prevenzione
- area ospedaliera
- area amministrativa

L'area **direzionale** comprende la Direzione generale e tutto quell'insieme di risorse umane e strumentali con cui l'azienda persegue le proprie finalità e dirige le attività. Quest'area è composta da 6 strutture (5 complesse e 1 semplice dipartimentale).

N	C/S	Denominazione
1	C	Affari generali e legali
2	C	Programmazione e controllo
3	C	Sviluppo organizzativo e sistema informativo
4	S	Valorizzazione risorse umane, comunicazione, relazioni esterne
5	C	Servizio di assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni tecnico-sanitarie
6	C	Servizio sociosanitario art. 14 LR 10/06

Direzione generale – Strutture complesse (C) e semplici aziendali (S)

L'area **territoriale-distrettuale** è preposta all'organizzazione, produzione ed erogazione di prestazioni di assistenza a livello extraospedaliero ed è composta:

- dal dipartimento di salute mentale dipendenze,
- dai due distretti sociosanitari: distretto di Guspini e distretto di Sanluri
- dal servizio di diabetologia
- dal servizio farmaceutico aziendale.

Il dipartimento di salute mentale dipendenze conta 2 strutture: il servizio dipendenze e il centro di salute mentale.

I distretti invece sono articolati in 6 strutture semplici come indicato nella tabella che segue:

N	S	Denominazione
1	SD	Consultori, tutela della salute della donna, della infanzia, della famiglia
2	SD	Cure primarie
3	SD	Cure domiciliari, patologie croniche, non autosufficienza
4	SA	Emergenza sanitaria territoriale
5	SD	Neuropsichiatria infantile
6	SD	Riabilitazione e disabilità

Area territoriale-distrettuale – Strutture semplici distrettuali (SD) e semplici aziendali (SA)

L'area della **prevenzione** è preposta agli interventi per la tutela e per la prevenzione della salute individuale o collettiva ed è articolata in 8 strutture di cui 4 semplici dipartimentali e 4 complesse, come quanto segue:

N	C/S	Denominazione
1	C	Igiene e sanità pubblica
2	S	Igiene alimenti e nutrizione
3	S	Igiene alimenti origine animale e derivati
4	S	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche
5	C	Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro
6	C	Sanità animale
7	C	Promozione, educazione e comunicazione per la salute
8	S	Ambiente e salute

Dipartimento di Prevenzione – Strutture complesse (C) e semplici dipartimentali (S)

L'area **ospedaliera** è preposta all'organizzazione, produzione ed erogazione di prestazioni di assistenza a livello ospedaliero, e pronto soccorso ed è articolata in 3 dipartimenti più la direzione sanitaria del presidio:

- dipartimento di chirurgia
- dipartimento di medicina
- dipartimento dei servizi
- direzione del presidio

A sua volta il *Dipartimento di chirurgia* conta 7 strutture :

N	C/S	Denominazione
1	C	Anestesia e rianimazione
2	C	Chirurgia generale
3	S	Oculistica
4	C	Ortopedia e traumatologia
5	C	Ostetricia e ginecologia
6	S	Urologia
7	S	Diagnostica e terapia endoscopica

Dipartimento di Chirurgia – Strutture complesse (C) e semplici dipartimentali (S)

Il *Dipartimento di medicina* conta anch'esso 7 strutture:

N	C/S	Denominazione
1	C	Cardiologia e UTIC
2	C	Medicina generale e lungodegenza
3	C	Nefrologia e dialisi
4	S	Neurologia
5	C	Pediatria, neonatologia, nido
6	C	Riabilitazione
7	S	Oncologia

Dipartimento di Medicina – Strutture complesse (C) e semplici dipartimentali (S)

Il *Dipartimento dei servizi* conta 5 strutture:

N	C/S	Denominazione
1	C	Radiologia
2	C	Laboratorio
3	C	Pronto Soccorso e osservazione breve
4	C	Centro trasfusionale
5	S	Farmacia

Dipartimento dei Servizi – Strutture complesse (C) e semplici dipartimentali (S)

L'area **tecnica-amministrativa** è preposta all'organizzazione e all'espletamento di attività dirette al funzionamento del l'azienda, strumentali ed accessorie a quelle sanitarie, al controllo, nonché alla fornitura e mantenimento delle risorse necessarie alle diverse attività. La sua articolazione prevede 4 strutture complesse:

N	C/S	Denominazione
1	C	Contabilità e bilancio
2	C	Provveditorato
3	C	Risorse umane
4	C	Servizi tecnico-logistici (logistica, servizi alberghieri, monitoraggio di servizi di supporto esternalizzati, servizi generali, servizi tecnici, amministrazione del patrimonio)

Dipartimento amministrativo – Strutture complesse (C)

Le principali linee di attività

L'area della **direzione generale** con il suo staff svolge le seguenti specifiche funzioni e attività:

- Affari generali
- Affari legali
- Programmazione e controllo
- Acquisto di prestazioni sanitarie (definizione fabbisogni di prestazioni da acquisire da soggetti accreditati, contrattazione, valutazione dei servizi acquisiti)
- Relazioni esterne
- Qualità e appropriatezza
- Sviluppo organizzativo e valutazione del personale, dirigente e non
- Formazione
- Sistema informativo
- Technology assessment
- Risk management
- Servizio sociosanitario di cui all 'art . 14 della LR 10/2006
- Centro epidemiologico aziendale (CEA)
- Adempimenti ex dlgs. 626/94
- Servizio aziendale di assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni tecnico- sanitarie.

Lo staff comprende, inoltre, le funzioni di coordinamento interdistrettuale con finalità strategiche e di indirizzo, relative a cure primarie, disabili e soggetti fragili, con il compito di predisporre linee guida e protocolli e/o per corsi assistenziali, basati sulle evidenze cliniche, di definire i livelli qualitativi delle prestazioni , di verifica e standardizzazione della qualità dei servizi e delle prestazioni rese dalle unità operati ve distrettuali.

L'area **territoriale – distrettuale** in base agli atti di programmazione sanitaria, l'assistenza distrettuale implica lo svolgimento delle seguenti attività e funzioni:

- medicina di base, pediatria di libera scelta e continuità assistenziale;
- emergenza sanitaria territoriale;
- salute mentale;
- assistenza farmaceutica;
- attività e servizi di assistenza domiciliare;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- attività e servizi per la prevenzione e cura delle dipendenze;
- attività e servizi consultoriali per la tutela della salute dell 'infanzia, della donna e della famiglia , compresa l'assistenza alle disabilità fisiche e psichiche;
- attività e servizi per le persone disabili adulte e anziane;
- attività e servizi per le patologie da HIV;

- attività e servizi per patologie croniche e assistenza a i pazienti nella fase terminale della vita;
- medicina scolastica.

I Consultori, la neuropsichiatria infantile e i pediatri di libera scelta fanno parte del dipartimento funzionale "Materno Infantile", insieme alle strutture ospedaliere di "Ostetricia e ginecologia" e "Pediatria – Neonatologia e nido"; il DMI, in collaborazione con il dipartimento di prevenzione, garantisce le attività vaccinali.

La struttura territoriale per l'emergenza sanitaria, struttura semplice aziendale alle dipendenze del direttore sanitario dell'azienda, è aggregata al distretto in quanto il DEU è organizzato come dipartimento funzionale.

La riabilitazione territoriale fa parte, con la riabilitazione ospedaliera e la lungodegenza, del dipartimento funzionale di riabilitazione.

Il CSM, struttura complessa per la tutela della salute mentale, ha competenze generali, e specifiche legate alla organizzazione e gestione dei Centri per la Salute Mentale e delle altre strutture in cu i sono erogati i trattamenti assistenziali, e la riabilitazione mentale per il recupero dei pazienti, o per il mantenimento di stati di equilibrio; il SerD, struttura complessa, invece, garantisce l'assistenza e la tutela correlate alle dipendenze, cui fanno capo i bisogni assistenziali connessi, e la gestione delle strutture in cui sono erogati i trattamenti.

L'area della **prevenzione** promuove le azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale, mediante iniziative coordinate con le altre aree e con i servizi competenti in materia di tutela dell'ambiente. A tal fine persegue obiettivi di promozione della salute, di prevenzione della malattia e della disabilità, di miglioramento della qualità della vita, anche attraverso la prevenzione primaria e secondaria, in base a quanto previsto dalle norme nazionali e regionali e dal PRSS. L'area della prevenzione, in analogia al la classificazione nazionale dei Lea, per quanto previsto nel Piano dei Servizi Sanitari , e tenuto conto del la collocazione in staff del CEA, comprende:

- medicina legale
- progettazione e coordinamento delle iniziative di educazione sanitaria e di prevenzione rivolta alle persone, sviluppate con la collaborazione delle aree di assistenza distrettuale ed ospedaliera;
- integrazione salute e ambiente;
- tutela della salute delle attività sportive.

E' compito del dipartimento, infine, favorire l'integrazione orizzontale con organismi ed enti quali l'ARPAS e gli Istituti Zooprofilattici , e con altre aziende per potenziare sorveglianza e tutela.

La configurazione organizzativa del dipartimento di prevenzione deve tenere conto dell' impianto formale e legale definito all'art . 7- quater , comma 2, del d.lgs . 502/92, e all'ar t . 17 , comma 2, della LR 10; deve tener e conto, inoltre, degli indirizzi della RAS che prevedono il mantenimento delle funzioni di seguito

indicate, nell'ambito di sei strutture corrispondenti prima citate. Di importanza particolare sono i programmi di prevenzione secondaria, e screening oncologico; le attività di promozione della salute e di sani stili di vita; la realizzazione e partecipazione a progetti nei diversi contesti di vita quotidiana, quali la scuola, il mondo del lavoro, i luoghi di cura, i punti vendita, i mass media, le piazze e i luoghi di aggregazione; l'attuazione e supporto ad iniziative di comunicazione e sensibilizzazione sui temi del la prevenzione e della promozione della salute.

L'area **ospedaliera** gestisce la produzione e l'erogazione delle prestazioni di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno, nonché delle prestazioni specialistiche ambulatoriali organizzate ed integrate con le altre attività di assistenza sanitaria e sociosanitaria erogate nei distretti; l'area collabora e svolge attività di controllo in relazione alle prestazioni di competenza rese dal privato accreditato, ed a altre aziende pubbliche fornitrici. Oltre alle attività del pronto soccorso, competono all'area le attività per il coordinamento con gli ospedali regionali di alta specializzazione, in relazione alla attivazione e al funzionamento del modello hub and spoke, e al la formulazione di programmi ed iniziative conseguenti, e coerenti con la riqualificazione della rete ospedaliera e la razionalizzazione dell' offerta.

L'area ospedaliera, attraverso i dipartimenti ospedalieri, concorre con la direzione generale, e le altre strutture preposte, a rafforzare la dimensione applicativa e operativa del principio della separazione delle funzioni di tutela da quelle di produzione, assicurando il controllo e la valutazione:

- dell'attività svolta in relazione alla accessibilità, alla qualità, alla appropriatezza;
- dei volumi di offerta necessari per soddisfare i bisogni;
- dell' impiego ottimale delle risorse assegnate, in rapporto alle necessità della popolazione.

L'area **amministrativa** e delle attività di supporto comprende le attività e funzioni riguardanti:

- contabilità e bilancio
- provveditorato
- amministrazione del personale
- logistica
- servizi alberghieri (ove non esternalizzati) e/o monitoraggio di servizi di supporto esternalizzati
- servizi generali (trasporti interni , portineria, vigilanza, ecc.)
- servizi tecnici (manutenzione immobili e impianti , edilizia sanitaria, ingegneria clinica)
- amministrazione del patrimonio.

Trend ultimi bilanci economici (2007-2010)

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 4 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 e dei vincoli evidenziati nei "Piani di Rientro".

Costi della Produzione - Nel corso del quadriennio 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 2007 si attestavano intono ai 116 milioni di euro, mentre nel 2010 il dato ha raggiunto i 136 milioni di euro con un incremento in termini assoluti di circa 20 milioni di euro tra il 2007 e il 2010, pari a circa il 17%. La crescita annuale dei costi di produzione nei quattro anni considerati si è attestata in media al 5,40%.

Componenti economiche dei costi della produzione (valori assoluti)

Variabili Economiche	2007	2008	2009	2010
Acquisti di beni sanitari	9.315	11.716	15.260	14.623
Acquisti di beni non sanitari	436	471	474	369
Totale Acquisti di beni	**9.751**	**12.187**	**15.734**	**14.992**
Acquisti di Servizi sanitari	53.405	56.852	57.980	63.771
Acquisti di Servizi non sanitari	5.939	7.658	8.587	8.939
Totale Acquisti di servizi	**59.344**	**64.510**	**66.567**	**72.710**
Manutenzioni e riparazioni	**257**	**679**	**1.377**	**1.480**
Godimento beni di terzi	**826**	**917**	**874**	**1.150**
Costo personale Sanitario	30.966	33.067	34.176	35.427
Costo personale professionale	166	200	255	253
Costo personale tecnico	2.864	3.062	3.171	3.339
Costo personale amministrativo	3.565	3.642	3.911	3.926
Totale costo del personale	**37.561**	**39.971**	**41.513**	**42.945**
Oneri diversi di gestione	**2.058**	**1.083**	**1.191**	**1.026**
Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	59	54	98	94
Ammortamenti immobilizzazioni materiali	1.616	1.587	1.837	1.958
Totale Ammortamenti	**1.675**	**1.641**	**1.935**	**2.052**

Svalutazione crediti	**0**	**0**	**0**	**0**
Variazione rimanenze	**-45**	**-107**	**-189**	**-475**
Accantonamenti tipici dell'esercizio	**5.237**	**1.385**	**2.513**	**670**
TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE	***116.664***	***122.266***	***131.515***	***136.550***

Raffronto tra il valore della produzione e i costi della produzione dal 2007 al 2010 - Da quanto emerge nell'analisi dei dati, è importante evidenziare come nel corso dei quattro anni considerati vi sia stata nel bilancio della ASL 6, una crescita tendenziale sia delle voci di ricavo sia delle voci di costo.

E' interessante notare come, mentre fino al 2008, i ricavi risultassero essere superiori al valore dei costi della produzione, 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.

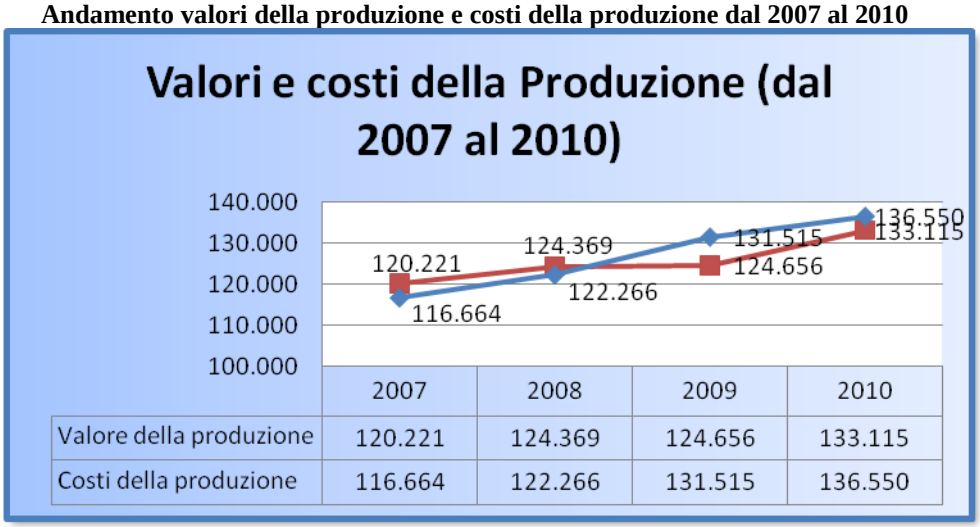
In generale, se si valuta il quadriennio nel suo complesso, e si raffrontano i dati del 2010 con quelli del 2007, è possibile notare come il valore della produzione è cresciuto del 10,7%, ma è altrettanto vero che si è determinata una crescita dei costi di produzione decisamente superiore, superando il 17% nello stesso arco temporale, con un differenziale negativo prossimo al 6,5%.

Raffronto valori della produzione e costi della produzione (dal 2007 al 2010)

	2007	2008	2009	2010	Δ % 2010-2007
Valore Produzione	120.221	124.369	124.656	133.115	10,73
Costi Produzione	116.664	122.266	131.515	136.550	17,05
Δ % Val.Prod.	-	3,45	0,23	6,79	-
Δ % Costi Prod.	-	4,80	7,56	3,83	-
Differenziale VP-CP	-	-1,35	-7,33	2,96	-

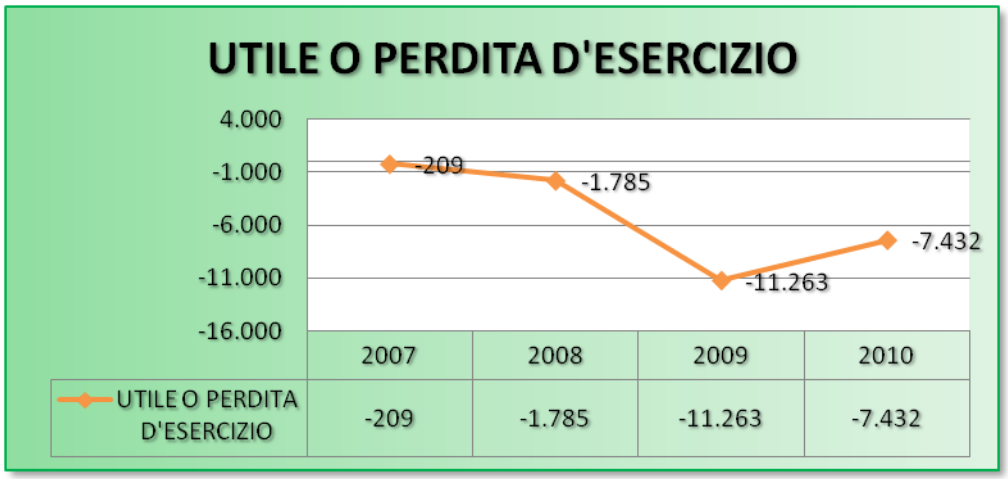
Lo stesso grafico, mostra quanto appena sottolineato. Il valore della produzione è cresciuto dai 120 milioni di euro del 2007 ai 133 milioni del 2010 (+10,73%), mentre i costi di produzione sono passati dai 116 milioni del 2007 ai 136 milioni del 2010 (+17,05%). La crescita media dei ricavi nei quattro anni è stata del 3,50%, contro il 5,40% dei costi.

Andamento valori della produzione e costi della produzione dal 2007 al 2010



Osservando il grafico è possibile riscontrare l'andamento del risultato d'esercizio della ASL 6 negli ultimi quattro anni. I dati inseriti, mostrano come per quanto concerne il 2007 il risultato d'esercizio pur essendo negativo, evidenziava una tendenza prossima al pareggio di bilancio; a partire dall'anno 2008 si è riscontrata invece, una crescita negativa del risultato economico aziendale, raggiungendo il valore massimo nel corso del 2009 con un meno 11 milioni di euro. Il dato del 2010 è risultato in diminuzione, attestandosi a 7,4 milioni di euro (-34% rispetto al 2009), ma le previsioni per il 2011 presentano tendenze nuovamente in crescita.

Risultati d'esercizio dal 2007 al 2010



PARTE III – LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA per il triennio 2012-2014

La mission

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;

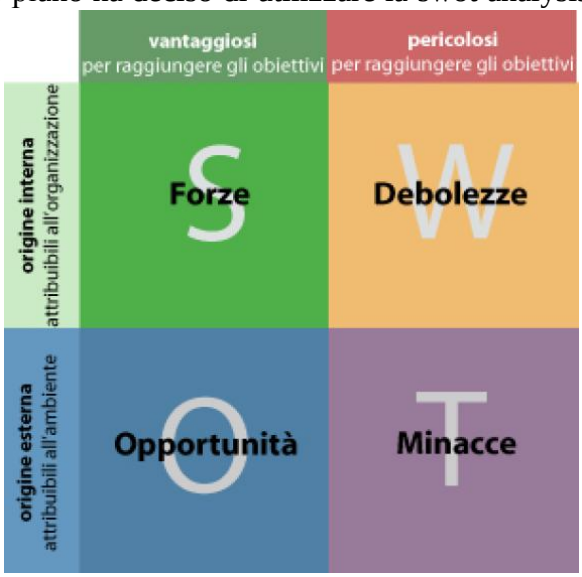
Favoriamo il miglioramento continuo delle prestazioni che mira all'eccellenza dei percorsi clinici ed assistenziali anche attraverso la costruzione delle garanzie professionali, organizzative e di accessibilità che infondono affidabilità e senso di sicurezza;

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 delle servizi nel territorio (case della salute, centri salute, centro riabilitazione, poliambulatori, consultori, ospedale)	Obsolescenza della struttura ospedaliera Mobilità passiva cronicizzata in certi settori Carente integrazione ospedale territorio
O (Opportunità)	**T (Minacce)**
Programmazione integrata - Plus Frequenti progetti di promozione e prevenzione con scuole Incremento della popolazione straniera e innalzo del numero delle nascite	Limitate dimensioni aziendali (possibile accorpamento futuro) Elevati indici di vecchiaia Basso tasso di crescita della popolazione Situazione socioeconomica problematica Probabile incremento popolazione immigrata irregolare Interessi di settore

Dalla mission alle strategie

I propositi contenuti nella mission danno vita a tre prospettive di lavoro e di crescita che ricalcano anche gli obiettivi assegnati dalla Regione ai Direttori generali delle Aziende sanitarie locali (Delib.G.R. n. 30/60 del 12.7.2011. Allegato 1 e 2). Le azioni da intraprendere sono riferibili alle seguenti categorie di obiettivi:

- obiettivi assistenziali;

- obiettivi organizzativi;

- obiettivi economici.

L'ASL 6, pertanto, in armonia con gli indirizzi regionali, nel contesto dell'attività di pianificazione declina gli obiettivi suddetti in tre macro-aree strategiche di azione:

1. **Miglioramento dell'assistenza**
2. **Miglioramento dell'organizzazione**
3. **Miglioramento della gestione economica**

= **Miglioramento della Qualità complessiva del Sistema**

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.

L'orientamento alla qualità, come si avrà modo di capire anche nella futura declinazione delle azioni strategiche dell'azienda in interventi operativi, risulta quindi il fine ultimo della prospettiva aziendale. Tutto ciò in coerenza anche del Piano del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione nel quale si afferma la necessità di "migliorare la qualità dei servizi pubblici promuovendo la gestione orientata al miglioramento continuo, l'adozione di standard, la misurazione della soddisfazione e il benchmarking".

Di seguito una descrizione più dettagliata degli obiettivi con un rimando ai piani attuativi. Gli obiettivi e linee di azione del presente documento contemplano sia gli obiettivi regionali attribuiti ai direttori generali delle aziende sanitarie della regione Sardegna sia le strategie specifiche della Asl 6 di Sanluri.

Miglioramento dell'assistenza

MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA

AREA TERRITORIALE

- MIGLIORAMENTO ATTIVITÀ DI PREVENZIONE:
- POTENZIAMENTO CASE E CENTRI DELLA SALUTE
- SVILUPPO MEDICINA DELLO SPORT
- SVILUPPO DELL'AREA RIABILITAZIONE
- SVILUPPO DELL'ASSISTENZA RESIDENZIALE
- POTENZIAMENTO DEI DISTRETTI
- POTENZIAMENTO RETE CON I MMG E PLS

AREA OSPEDALIERA

- MIGLIORAMENTO DELL'OFFERTA E DELLA RETE OSPEDALIERA
- POTENZIAMENTO AREE OSPEDALIERE SPECIFICHE
- RIDUZIONE TASSO OSPEDALIZZAZIONE E MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI:
- LISTE DI ATTESA

AREA INTEGRATA

- MIGLIORAMENTO DELLA COLLABORAZIONE NELL'AMBITO DEL PLUS
- POTENZIAMENTO ADI – ASSISTENZA DOMICILIARE
- STUDIO E IMPLEMENTAZIONE PERCORSI INTEGRATI OSPEDALE-TERRITORIO
- POTENZIAMENTO PUA-UVT

AREA TERRITORIALE

Miglioramento dell'attività di prevenzione

La Asl 6 nell'ambito dell'area della Prevenzione si impegna nel portare avanti politiche di prevenzione e promozione della salute e di sani stili di vita d'accordo con i più recenti orientamenti in materia che confermano che attraverso una efficace attività di prevenzione si possono affrontare meglio :

- le principali cause di morte prematura
- le principali cause di malattie tra cui alcune forme di:
  - disabilità, di infortuni
  - dipendenze
  - disturbi alimentari
  - problemi psichici
  - affezioni circolatorie e respiratorie
  - tumori

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

- al miglioramento della copertura vaccinale. A tal proposito la Asl 6 registrando una copertura relativa all'anno 2010 pari a 53,3 % (dosi complessive over 65: 11144; popolazione over 65: 20917) si impegna nel migliorare l'attività per raggiungere gradualmente lo standard nazionale;

VACCINAZIONI
Valore 2010 : 53,3 %
Valore atteso 2014: 66,66 %
Valore atteso 2015: 70 %

- all'estensione dell'attività di screening – I programmi di screening oncologici previsti a livello nazionale e per i quali ci sono evidenze scientifiche sulla loro efficacia preventiva sono tre:

  - Prevenzione del carcinoma della cervice uterina,
  - Prevenzione del carcinoma della mammella
  - Prevenzione del carcinoma colon retto.

SCREENING MAMMOGRAFICO
Valore 2010 : 74,78 %
Valore atteso 2014: 76 %
Valore atteso 2015: 95 %

SCREENING COLON RETTO
Valore 2010 : 0 %
Valore atteso 2014: 90 %

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, successivamente in data 16 marzo 2009 ha attivato il secondo programma previsto: quello per la prevenzione del carcinoma della mammella. Infine quello per la prevenzione per il carcinoma al colon retto è stato attivato nel dicembre del 2010.

SCREENING CERVICE UTERINA
Valore 2010 : 70 %
Valore atteso 2014: 90 %

Potenziamento della Rete per la tutela della salute nel Medio Campidano: realizzazione case per la salute e centri della salute

La Asl 6 in accordo con la Regione e i comuni del territorio si impegna nel potenziare la rete per la tutela della salute e dell'assistenza territoriale, attraverso la realizzazione:

- della casa della salute nel comune di Arbus e di Sanluri;
- dei centri di salute nei comuni di Serramanna, di Tuili, di Lunamatrona, S.Gavino, Villamar;
- del centro sportivo sanitario regionale nel comune di Lunamatrona.

CASE SALUTE ESISTENTI
- nel comune di Villacidro

CASE SALUTE PREVISTI
- nel comune di Arbus
- nel comune di Sanluri

L'obiettivo delle case della salute è quello 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. Infatti in uno stesso luogo "le case della salute" per l'appunto il cittadino può 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 nei casi richiesti con il personale dei servizi sociali dei Comuni che operano per la pianificazione dei PLUS. Le case della salute rappresentano il principale modello di organizzazione della medicina del territorio e la sede privilegiata dell'integrazione socio-sanitaria.

CENTRI SALUTE ESISTENTI
- nel comune di Gonnosfanadiga

CENTRI SALUTE PREVISTI
- nel comune di Lunamatrona,
- nel comune di S.Gavino
- nel comune di Serramanna
- nel comune di Tuili
- nel comune di Villamar

I centri della salute nel Medio Campidano dal canto loro, insieme alle Case per la Salute, e alle sedi distrettuali di Sanluri e di Guspini, sono individuati come la risorsa di riferimento per l'assistenza: favoriscono, infatti, l'accessibilità dei cittadini ai servizi e alle cure, operando come nodo e riferimento di un complesso sistema in rete attraverso il quale:

1. si garantiscono, all'interno dei centri, servizi diffusi e/o di prima necessità per i cittadini, nei casi in cui è giustificato dal contesto in cui il centro è inserito, e dalla domanda;

2. si attivano, nel territorio, processi concernenti l'informazione e la comunicazione per la salute, rendendo visibili, accessibili e fruibili, da parte dei cittadini residenti nei centri minori, tutti i servizi e le prestazioni utili per la salute.

I Centri per la Salute si propongono, quindi, come nodi di una estesa rete per la tutela della salute; questa rete è proposta: per l'assistenza, per l'accoglienza, per l'informazione e comunicazione per la salute.

Sviluppo della medicina dello sport

Per quanto riguarda il servizio di medicina dello sport la promozione dell'attività fisica si esplica nelle seguenti attività:

- educazione sanitaria, motoria, sportiva della popolazione quale mezzo efficace di promozione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica di ciascun soggetto;
- recupero funzionale di soggetti affetti da patologie che possono beneficiare dell'esercizio fisico attraverso l'utilizzo dello sport terapia;
- organizzazioni delle funzioni della medicina dello sport.

Lo scopo è quello di prevennire le malattie cornico degenerative e affrontare in maniera pro attiva alcune patologie quali il diabete, l'obesità, la sindrome metabnolica, l'ipertensione arteriosa, le malattie cardiovascolari, l'osteoporosi, gli stati di anzia e depressivi.

La ASL 6 a tal proposito intende:

- all'interno del dipartimento di prevenzione attivare una struttura di medicina dello sport
- all'interno di un progetto regionale, attivare un centro sportivo nel comune di Lumatrona.

Sviluppo dell'area riabilitzione

Attività di riabilitazione cardiologia territoriale ad alta intensità - Nell'ambito della vasta area delle attività sanitarie e sociosanitarie di riabilitazione, con la DGR n.37/11 del 6.9.2011 l'assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della regione Sardegna ha deliberato la necessità di istituire in via sperimentale attività di riabilitazione cardiologia territoriale ad alta intensità. Nell'ambito della stessa deliberazione sono stati previsti, per tutto il territorio regionale, 45 posti letto complessivi di riabilitazione globale a ciclo continuativo ad alta intensità di cui 20 nel territorio del Medio Campidano. La linea di azione interesserà nello specifico il comune di Villamar con un accordo pubblico privato che coinvolge la ASL 6 ed l'Azienda Ospedaliera Brotzu di Cagliari. Infatti la ASL 6 invierà i pazienti dimessi dall'UTIC mentre il Brotzu invierà pazienti dimessi dalla cardiochirurgia.

Centro S. Maria Assunta - Nell'area della riabilitazione, nel territorio del Medio Campidano, particolare importanza ricopre anche il Centro di riabilitazione S.M.Assunta, che fondato nel 2004 dal Comune di Guspini come Fondazione Onlus Guspini per la vita, ha svolto, sino al momento dell'acquisizione da parte della ASL 6, la propria attività nei campi della assistenza sanitaria, sociale e socio-sanitaria, anche mediante la gestione di appositi servizi e strutture o la partecipazione ad essi. E' stata costituita per la creazione di una struttura sanitaria riabilitativa estensiva di I fase assistenziale, che si inserisce, nell'ambito dell'assistenza riabilitativa regionale, nel quadro di un modello sperimentale, denominato Hub-And-Spoke.

Sino a Luglio 2010 la Fondazione Guspini per la Vita ha gestito il centro in questione, il quale risulta suddiviso in cinque settori:

- Centro Diurno per malati di Alzheimer
- Hospice
- Comunità alloggio
- Comunità protetta
- Centro di cura e riabilitazione globale

Attualmente, sono in corso verifiche di fattibilità per una presa in carico della struttura da parte dell'Azienda. Tali verifiche hanno lo scopo di evidenziare la sostenibilità economica della presa in carico, nonché della valutazione delle attività che in tale struttura dovranno eventualmente svolgersi.

Dal 9 agosto 2010 il centro di Riabilitazione "Santa Maria Assunta" di Guspini vive un periodo di assestamento economico legato alla razionalizzazione delle risorse utilizzate per il suo funzionamento. Si è ora in una fase di riorganizzazione e reingegnerizzazione dei processi gestita da un commissario liquidatore. La ASL 6 è in attesa di riattivarne il funzionamento. Spetta alla Regione definire con atto formale l'eventuale modalità di gestione della struttura da parte della ASL, ovviamente correlata dai necessari trasferimenti economici essenziali per la sua gestione e che ad oggi mancano.

Una volta sciolta la riserva Regionale, la asl utilizzerà la struttura di Guspini come costola dell'ospedale perche si vuole realizzare la lungo degenza che garantisca l'integrazione territorio - l'ospedale. A tal fine nella predisposizione del progetto del nuovo Ospedale di San Gavino, sono stati ridotti i posti letto di 50 unità passando da 250 a 200 in previsione di utilizzare i 50 PL di lungo degenza esistenti presso la struttura di Guspini.

Infatti il Centro si distingue nel contesto sardo e italiano per avere strumentazione di eccellenza che permettono:

- la riabilitazione robotica arti inferiori

Attività effettuata tramite il macchinario Lokomat per il training del passo e la riabilitazione degli arti inferiori per adulti e bambini. Il presidio per la deambulazione robotizzata Lokomat è un ortosi di deambulazione a funzionamento elettrico che assiste, mediante un sofisticato sistema robotizzato, il movimento degli arti inferiori nel cammino, e permette di aumentare notevolmente le potenzialità della riabilitazione motoria nell'ambito del recupero della deambulazione, anche nei soggetti più gravi.

- l' idrochinesi terapia con training del passo in vasca

L'idrochinesi è utilizzabile quale fattore in grado di amplificare l'intervento riabilitativo e si propone come valida integrazione ai mezzi tradizionali di fisiochinesi terapia. L'attività viene svolta con: vasca riabilitativa di 1,5 m; vasca ad altezza variabile di 120 cm e 60 cm; vasca riabilitativa di 5 metri con iperbarismo di

1,5 atmosfere, applicazione assolutamente innovativa dell'iperbarismo e con diverse concentrazioni di ossigeno per l'idrochinesiterapia.

- la reo riabilitazione robotica degli arti superiori

La terapia Reo è dotata di una tecnologia robotica modellata, soluzione perfetta per le attività ripetitive. La terapia Reo completa i correnti programmi terapeutici, offrendo l'ìopportunità di ulteriori esercizi mirati al recupero degli arti superiori nel pazienti ospedalizzati ed ambulatoriali.

- il T.A.B.

Il centro ha sviluppato un proprio sistema denominato TAB, una soluzione completamente web based che permette l'interazione diretta tra medico e paziente da postazioni remote su reti IP, attraverso connessioni wired e/o wireless.

Sviluppo dell'assistenza residenziale

Il ruolo della Residenza sanitaria assistita, legata all'assistenza di persone non autosufficienti, riveste un'importanza notevole nella determinazione delle politiche socio-sanitarie aziendali del futuro.

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 anche l'Azienda ha progettato di creare una residenza sanitaria assistenziale a Villacidro.

Più in generale, per quanto riguarda lo sviluppo dell'assistenza residenziale l'azienda, secondo gli indirizzi regionali, si deve prestare particolare attenzione all'assistenza a favore degli anziani non autosufficienti. Per valutare la percentuale di anziani => 75 anni trattati in strutture residenziali occorre rapportare il valore in oggetto alla popolazione residente in quella fascia di età al 1° gennaio. Il valore previsto dalla regione Sardegna nel 2014 è pari a 1,6 % e nel 2015 al 2%.

Valore 2010 : mancante
Valore atteso 2014: 1,6 %
Valore atteso 2015: 2 %

Potenziamento dei distretti

Alla luce dei mutamenti sociali e sanitari in materia di salute del cittadino, in cui lampante è il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione e quindi l'aumento del carico assistenziale per far fronte a patologie soprattutto di tipo cronico[1], appare urgente ed improcrastinabile riorganizzare l'attuale offerta assistenziale territoriale e quindi potenziare il ruolo dei distretti.

Il nuovo modello dell'assistenza distrettuale per la corretta gestione delle malattie croniche si caratterizza essenzialmente per quanto segue :

- un'assistenza di tipo proattivo (paradigma dell'iniziativa)
- un'offerta integrata delle attività/prestazioni sanitarie e sociosanitarie
- una programmazione e gestione delle attività partecipate con i cittadini e la comunità locale .

Nello specifico, l'assistenza di tipo pro-attivo si attua attraverso:

- la valutazione dei bisogni della comunità e l'attenzione ai determinanti della salute, che comportano anche le disuguaglianze nella salute (come nell'accesso ai servizi e nella adesione alle cure);
- una grande attenzione al momento della prevenzione e alle attività programmate e agli interventi pro-attivi (come la costruzione di registri di patologia, la stratificazione del rischio e il richiamo programmato dei pazienti);
- il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini (che passa attraverso una buona comunicazione e la motivazione degli utenti), l'attività di counselling individuale e di gruppo, l'interazione con le risorse della comunità (associazioni di volontariato e gruppi di auto aiuto).

Tale nuovo approccio risulta essere adeguato per una effettiva presa in carico delle problematiche connesse all'assistenza distrettuale. Pertanto, è anche quella che meglio si adatta alla gestione delle cure primarie, dove l'assistenza è caratterizzata dalla presa in carico a lungo termine, dove il valore aggiunto dei processi di cura è rappresentato dalla capacità di presidiare la continuità delle cure e la qualità delle relazioni che si stabiliscono tra operatori e utenti.

[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).

Ci si muove nella direzione di una comunità di cittadini più competenti, come auspicato dal PSN 1998-2000. In questo ambito trovano spazio anche i programmi per la promozione dell'autogestione delle patologie croniche (disease management).

Potenziamento rete medici medicina generale (MMG) e pediatri libera scelta (PLS)

Il Medico di medicina generale è il garante 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, a partire dalle cure domiciliari al suo ritorno a casa dopo l'ospedalizzazione o la transitoria, o definitiva, istituzionalizzazione.

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 6 fa propri i principali contenuti dell'Accordo integrativo e ha avviato tutta una serie di iniziative che, dato il successo rilevato sino ad ora, intende perseguire anche nelle annualità successive. Tra le finalità si sottolinea:

MMG: 78
PLS : 13

1. l'implementazione di tutte quelle attività che portano la medicina generale all'interno delle strutture familiari allo scopo di stimolare e creare una "coscienza di salute" tale da affrontare con criteri diversi patologie di grande rilevanza sociale;

2. 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;

3. lo sviluppo dell'assistenza domiciliare come vera alternativa al ricovero ospedaliero per il trattamento della cronicità e della post-acuzie;

4. 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;

5. 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;

6. il riconoscimento del ruolo cardine della Medicina Generale nella prevenzione quanto nella gestione delle patologie ad alto impatto sociale: cardiovascolari, metaboliche, oncologiche, degenerative;

7. 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, infine, 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

AREA OSPEDALIERA

Sviluppo ospedale e rete ospedaliera

Nuovo ospedale - Tra gli obiettivi programmatici aziendali di maggiore rilevanza vi è sicuramente quello della costruzione del nuovo ospedale presso il comune di San Gavino. La costruzione della nuova struttura andrà ad influenzare in modo rilevante le politiche socio-sanitarie aziendali, con ripercussioni sia dal punto di vista prettamente sanitario e assistenziale, sia da quello economico-organizzativo.

La costruzione della nuova struttura, da un punto di vista socio-sanitario, non potrà prescindere dall'applicazione di politiche volte a considerare l'integrazione, ormai indispensabile, tra l'assistenza offerta dal territorio e quella offerta dall'ospedale. La struttura ospedaliera attuale, non consente, di poter porre in essere quelle specialità ritenute indispensabili e strategiche per l'Azienda, determinando tra l'altro una spesa continua per la sua stessa manutenzione. In funzione proprio della costruzione del nuovo ospedale, l'Azienda sta infatti ponendo in essere progetti, politiche di razionalizzazione e riqualificazione che andranno ad interessare in particolar modo l'appropriatezza delle performance delle prestazioni.

Un primo obiettivo è quello di porre le basi per la costituzione effettiva delle seguenti specialità cliniche:

- Oculistica;
- Pediatria;
- Neonatologia e nido;
- Neurologia;
- Oncologia

Un altro obiettivo, non meno importante è quello di indirizzare le politiche di governance clinica verso soluzioni di ricovero giornaliere legate al day hospital, day surgery, nonché alle dimissioni protette e al day service. Inoltre, per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, la razionalizzazione dei processi dovrebbe andare ad incidere in positivo sulla mobilità passiva che ha mostrato fino ad oggi un peso di non poco conto sul bilancio aziendale.

L'ospedale dovrebbe risultare operativo, tra la fine del 2014 e l'inizio del 2015. I tempi effettivi di apertura, sono ovviamente legati ai tempi necessari per la ridefinizione della nuova rete ospedaliera regionale e alle disposizioni ministeriali a riguardo.

Rete ospedaliera - Invece, nel quadro del potenziamento della rete ospedaliera vi rientra lo sviluppo dell' *hub & spoke*. L'hub e spoke nei servizi sanitari è un modello organizzativo caratterizzato dalla concentrazione dell´assistenza a elevata complessità in centri di eccellenza (centri hub), supportati da una rete di servizi (centri spoke) cui compete la selezione dei pazienti e il loro invio a centri di riferimento quando una determinata sogli di gravità clinico-assistenziale viene superata.

Un organizzazione di questo genere permetterà sopratutto di :

- gestire meglio e in maniera integrata con la garanzia della continuità delle cure, il paziente;
- incidere significativamente sulla economia sanitaria.

Nel territorio della ASL 6, caratterizzato da un elevata incidenza di patologie cronico degenerative, date in principal luogo dall'aumento della fascia di popolazione anziana, 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 rimane circoscritta in ambito aziendale ma per una efficace razionalizzazione della spesa sanitaria a volte è estesa a livello extra aziendale ovviamente in maniera pre-organizzata.

Lo scenario futuro impegnerà, quindi, la ASL di Sanluri, come sicuramente anche tante altre aziende sanitarie della Sardegna, nella individuazione, di specialità, di criteri che potranno consentire - in un'ottica di centralità dell'utente e di valorizzazione delle aziende satelliti - :

- la concentrazione di alcune specialità nelle aziende più dotate soprattutto dal punto di vista tecnologico
- la distribuzione delle altre attività nel territorio.

Riduzione tasso ospedalizzazione e miglioramento appropriatezza ricoveri

Mantenimento del 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.

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 (DO e diurni, in regime di acuti e post acuzie con esclusione del DRG 391 "neonato sano") ovunque erogati (produzione delle proprie strutture più mobilità passiva infra ed extra regionale) a carico di propri residenti. La standardizzazione è stata fatta considerando le 18 classi quinquennali dell'istat (0-4, 85+) e il genere per complessivi 36 strati con riferimento alla popolazione nazionale istat al censimento del 2001. L'Azienda 6 che parte con un valore registrato al 2010 pari a 174,30 raggiunto grazie all'attuazione delle direttive regionali relative all'avvio del Day service, si impegna a mantenere nel 2014 - 2015 il valore di questo indicatore entro lo standard =< 180.

Valore 2010 : 174,30
Valore atteso 2014 - 15: =>180 %

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.

Valore 2010 : 137,90
Valore atteso 2014 : 91,58
Valore atteso 2015 : 80

Il tasso 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). La standardizzazione è stata fatta considerando le 5 classi quinquennali di età istat (50-54, 70-74) e il genere per complessivi 10 strati con riferimento la popolazione nazionale istat censimento 2001.

Miglioramento dell'appropriatezza - Il DPCM del 29 novembre 2001 ha 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.

Il sistema di monitoraggio dell'appropriatezza dei ricoveri, avviato nel Presidio Ospedaliero N.S. di Bonaria nell'anno 2011, muove dall'analisi di un campione rappresentativo dei ricoveri complessivamente effettuati nell'anno 2010, 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.

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.

Valore 2010 : 75,70
Valore atteso 2014 : 84,74
Valore atteso 2015 : 87

Evitare i ricoveri ripetuti: % re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC - 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, è 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 del sistema informativo (Atlante) 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 che al suo interno ha dato ciascun presidio e ogni ricovero successivo al precedente, indipendentemente dall'individuazione di un ricovero indice.

Valore 2010 : 4,70
Valore atteso 2014 : 4,14
Valore atteso 2015 : 4

Degenza media per ricoveri con DRG chirurgico - 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.

Valore 2010 : 8,9
Valore atteso 2014 : 6,38
Valore atteso 2015 : 5,75

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).

L'avvio del sistema SISAR per l'accettazione dimissione e trasferimento del paziente (ADT) in regime di ricovero, presso il Presidio N.S. di Bonaria dell'Azienda Sanitaria consentirà 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.

Rispetto 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.

AREA INTEGRATA

Miglioramento della collaborazione nell'ambito del Plus

Nell'ambito dell'assistenza integrata, l'azienda si impegna per prima cosa nel miglioramento della programmazione integrata sociosanitaria anche in virtù del fatto che le aziende sanitarie locali e i comuni associati devono per legge (l.r.23/2005; l.r 10/2006) garantire l'integrazione socio-sanitaria attraverso la programmazione integrata degli interventi e dei servizi sociosanitari di rispettiva competenza attraverso il nuovo strumento di programmazione territoriale: il piano locale unitario dei servizi o più comunemente chiamato "Plus".

È l'art. 21 della l.r.23/2005 (Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione della legge regionale n. 4 del 1988 Riordino delle funzioni socio-assistenziali) che precisa che i comuni dell'ambito e l'azienda sanitaria locale provvedono alla programmazione ed alla realizzazione del sistema integrato ed all'attuazione locale dei livelli essenziali sociali e sociosanitari attraverso il Piano locale unitario dei servizi (PLUS), secondo gli indirizzi indicati nel Piano regionale.

L'art. 16 della stessa legge afferma a tal proposito che al fine di costruire un sistema di responsabilità condivisa e di favorire l'integrazione degli interventi sociali, sociosanitari e sanitari a livello di ambito, i comuni associati e l'azienda sanitaria locale competente:

a) realizzano in forma congiunta la programmazione di ambito;

b) stipulano 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.

Anche la legge regionale 10 del 2006 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995 n. 5) all'art. 13, specifica che alla definizione della programmazione attuativa locale concorre la Conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria, la quale, sulla base della programmazione regionale degli obiettivi di cui alla lettera b) del comma 1 dell'articolo 16, nonché del Piano locale unitario dei servizi (PLUS), verifica entro il 30 giugno di ogni anno il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PLUS e dalla programmazione attuativa locale; entro il 30 giugno del terzo anno di vigenza del PLUS, la Conferenza delibera gli indirizzi per la nuova programmazione locale tenendo conto delle conseguenze finanziarie per l'azienda sanitaria locale e per gli altri soggetti sottoscrittori del PLUS.

Si ricorda inoltre che nel mese di ottobre 2011 è stato firmato a Cagliari l'atto costitutivo di Federsanità/Anci Sardegna, la federazione delle Aziende sanitarie locali, ospedaliere, miste della Sardegna e dei Comuni sardi associati all'Anci. Tra le finalità del nuovo organismo di rappresentanza, vi è quello di attivare i rapporti necessari con gli organi dello Stato e della Regione, con le istituzioni, le forze politiche e le parti sociali per concorrere allo sviluppo della qualità ed efficacia del

servizio sanitario, sociosanitario e socio-assistenziale regionale e locale; assicurare la rappresentanza delle Aziende sanitarie, ospedaliere, miste nei rapporti con lo Stato e con la Regione per contribuire alle decisioni in materia sanitaria e sociosanitaria; individuare le linee d'indirizzo e di coordinamento delle attività degli enti associati; promuovere iniziative di studio e di proposta e attivare organismi di assistenza tecnico-giuridica agli associati.

Potenziamento Adi

Valore 2010 : 2,1 % Valore atteso 2014: 3,62 % Valore atteso 2015: =>4 %

L'Assistenza domiciliare integrata è caratterizzata da un approccio multidisciplinare degli interventi che comporta l'integrazione, in un lavoro di equipe, di diverse professionalità, sia di tipo sanitario che di tipo sociale e che coinvolge istituzioni diverse attraverso i propri servizi: l'Azienda Sanitaria Locale, il Comune, la Famiglia. L'obiettivo è quello di garantire l'assistenza primaria attraverso un Piano di Assistenza Personalizzato a persone non autosufficienti o comunque a rischio di non autosufficienza, con bisogni sanitari e socio-assistenziali, inseriti in un contesto familiare o riconducibile ad esso, con patologie stabilizzate e perciò trattabili a domicilio.

Vista l'importanza dell'intervento l'azienda si impegna nel potenziare l'attività. 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, nell'anno 2010, è pari a 2,1. Il dato è risultato del rapporto fra i casi over 65 e la popolazione totale over 65. Dal momento che lo standard di riferimento è =>4, la asl si impegna a migliorare la prestazione.

Studio e implementazione 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 integrato, all'interno di un sistema inter-professionale, inter-disciplinare e multi-disciplinare, utile per la risoluzione dei problemi sia da un punto di vista organizzativo sia clinico-sanitario. Da qui l'esigenza della Asl 6 di utilizzare un metodo di lavoro non più per funzioni ma per processi che attraverso la costruzione di un criterio tecnico-gestionale che permette un miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza di ogni intervento. Tra gli strumenti tecnico-operativi utilizzati per sperimentare e applicare il metodo in questione, indicativo, a livello aziendale, è stato 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.

Nel 2010, la ASL 6 ha elaborato e deliberato i seguenti PCO:

- Percorso screening oncologici: tumore colon retto
- Percorso screening oncologici: tumore cervice uterina
- Percorso screening oncologici: tumore mammella
- Percorso nascita
- Percorso gestione integrata del paziente diabetico
- Percorso analgesia nel parto
- Percorso gestione del trauma cranico
- Percorso definizione delle urgenze ed emergenze in ospedale
- Percorso doppia diagnosi
- Percorso gestione infortuni sul lavoro
- Procedura accertamenti incovenienti igienico sanitari ambientali
- Percorso controllo delle cartelle cliniche ospedaliere
- Procedura operativa per il trasporto dei campioni del dipartimento di prevenzione ai laboratori di competenza
- Percorso sistema di valutazione per l'appropriatezza dei ricoveri
- Percorso gestione delle contestazioni di violazioni amministrative
- Percorso sorveglianza echinococcosi cistica negli animali e nell'uomo
- Processi integrati con il pua – uvt - ospedale
- Percorso trattamento del paziente in adi
- Procedura per l'appropriatezza delle richieste di plasma congelato
- Percorso continuita' assistenziale
- Prestazioni extra regione
- Assistenza protesica
- Prevenzione rischio cardiovascolare
- Preospedalizzazione day service
- Day surgery
- Integrazione laboratorio e farmacia nelle infezioni ospedaliere
- Schizofrenia
- Nuove dipendenze
- Percorso integrato per la gestione della riabilitazione globale
- Percorso budget finanziario
- Dimissione del cittadino nefropatico
- Accessi venosi a lungo termine nel cittadino oncologico

A fronte di questi 32 percorsi, nel 2011, l'azienda ha previsto di approfondirne alcuni, scelti in base alle priorità della azienda stessa per portare avanti un lavoro finalizzato al miglioramento dell'assistenza erogata anche attraverso l'attività di audit.

Potenziamento Pua - 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 nel documento Plus 2009 (recepito dagli attori istituzionali coinvolti), obiettivo generale per il futuro è riorganizzare 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 più che istituire ulteriori Punti Unici di Accesso (PUA), ancorché costituiti da operatori fortemente specializzati, occorre definire un vero e proprio sistema organizzato integrato capace di informare, orientare e accompagnare gli utenti all'interno di una rete di offerta capace di definire Procedure/Percorsi/Processi Unitari/Universali per l'accoglienza e l'assistenza.

Miglioramento dell'organizzazione

MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE

RIVISITAZIONE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

- RIORGANIZZAZIONE PER PROCESSI
- RIESAME ORGANIGRAMMA E ATTO AZIENDALE
- POTENZIAMENTO STAFF DIREZIONE
- RIDUZIONE DUPLICAZIONI OSPEDALIERE (STRUTTURE SEMPLICI E/O DIPARTIMENTALI)
- RIORGANIZZAZIONE MEDIANTE PIANI DI ACCORPAMENTO FUNZIONALE DEI REPARTI CON MENO DI 20 PL
- SPERIMENTAZIONE WEEK HOSPITAL
- SVILUPPO DAY SERVICE

POTENZIAMENTO DEGLI STRUMENTI DI CLINICAL GOVERNACE

- PERCORSI CLINICO ORGANIZZATIVI - AUDIT - GESTIONE DEL RISCHIO
- PROCESSO DI BUDGET - DEFINIZIONE OBIETTIVI - SISTEMA PREMIANTE
- STRUMENTI PER RILEVARE LA SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE
- GESTIONE DEI SISTEMI / FLUSSI INFORMATIVI FUNZIONALI ALLA GOVERNANCE
- FORMAZIONE CONTINUA
- MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE ESTERNA ED INTERNA

RIVISTAZIONE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA AZIENDALE

Per quanto riguarda la ***rivisitazione della Struttura organizzativa***, l'obiettivo principale è quello di rendere il sistema tecnico – amministrativo più snello e più rispondente alle contingenze di cui si fa carico la direzione generale. Attraverso una rivisitazione dell'organigramma, si cercherà, quindi, di superare le logiche farraginose tipiche di un sistema altamente burocratizzato, troppo spesso mero garante della regolarità dell'azione e delle procedure, a discapito dell'efficienza, efficacia, dell'economicità e della qualità di tutta l'attività gestionale e manageriale. È proprio per questo motivo che si intende ***potenziare il ruolo degli uffici di staff***, in modo tale da creare un forte team di esperti a supporto della Direzione Generale capace di rilevare le problematiche in ordine di priorità, studiare e proporre modelli e strumenti di intervento per il miglioramento continuo.

A tale scopo, l'azienda, in armonia con il nuovo Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, enfatizza la necessità di investire in settori strategici quali la Clinical Governance. Solo seguendo questi orientamenti, l'azienda potrà superare meccanismi figli di un passato burocratizzato e indirizzarsi verso lo sviluppo di metodi, modelli di programmazione, gestione e valutazione, innovativi rispondenti alle nuove esigenze aziendali e del territorio come: lo Standard di servizio, i Percorsi clinico organizzativi, gli strumenti per rilevare la soddisfazione del paziente, nonché l'implementazione degli Audit, la Gestione del rischio, il Processo di budget, la Gestione dei sistemi e flussi informativi funzionali alla governance. A livello organizzativo si prevede inoltre sia l'adeguamento del Piano del personale con un attenzione specifica alla valorizzazione delle professionalità, sia il potenziamento delle attività di Comunicazione interna ed esterna all'azienda al fine di facilitare la comunicazione e la collaborazione tra servizi aziendali, tra professionisti, tra azienda e altri attori (istituzionali e non) del territorio.

In base agli indirizzi regionali e alle strategie specificatamente aziendali, gli obiettivi organizzativi, a decorrere dal 2011, sono:

Riorganizzazione della struttura per processi

Un aspetto legato alla riorganizzazione della struttura aziendale è l'organizzazione del lavoro per processi. La Pubblica Amministrazione in generale e le aziende in particolare, si trovano, come già anticipato, in questi tempi di veloci cambiamenti, in una posizione a metà tra il modello burocratico eccessivamente rigido e ripetitivo non più adatto al mutare rapido degli eventi, ed il modello adhocratico troppo flessibile per una organizzazione comunque legata nel suo funzionamento e nella sua articolazione alla struttura normativa sia per esigenze di legalità e controllo sia per esigenze di certezza verso la collettività essendo le risorse utilizzate pubbliche, mentre gli strumenti di programmazione e controllo sono ancora in divenire. A metà tra questi modelli si trova pertanto un tipo di approccio per "processi" che è anche il concetto base per un migliore sistema di gestione della qualità. Tale principio favorisce la visione globale dell'organizzazione aziendale, rappresentandola attraverso un insieme di processi tra loro interconnessi (manageriali, clinici, infermieristici, amministrativi) in cui è coinvolto anche il paziente/utente.

Le conseguenze di una ristrutturazione siffatta possono sintetizzarsi in :

- snellimento delle gerarchie, attraverso la riorganizzazione per gruppi di lavoro interfunzionali con conseguente ridimensionamento del ruolo del management intermedio;
- evoluzione delle mansioni operative e direttive, mediante la perdita della loro frammentazione e ripetitività a favore di un approccio integrato e multidimensionale;
- cambiamento nei criteri di valutazione del personale valorizzando le persone capaci di autogestirsi, motivate dal raggiungimento di obiettivi quali-quantitativi e di interpretare il proprio sviluppo all'interno dell'azienda più in chiave professionale che non in chiave di potere gerarchico.

Atto Aziendale e Organigramma

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'organigramma aziendale.

Nel pieno rispetto della Legge regionale 10 del 2006 e del d.lgs. 229/99, si vuole proporre un modello di atto aziendale con contenuti vincolanti e stringenti, che tragga forza dalla verifica del rispetto delle norme, regole e procedure, che definiscono il modo migliore, e più efficiente, di svolgere le attività. La programmazione, così come le decisioni, hanno quindi caratteristiche di definitività ed assumono carattere vincolante. Così che la gerarchia, la definizione di norme di comportamento e la verifica del loro rispetto portino ad elevati gradi di formalizzazione ed uniformità dei comportamenti. La gestione, in tal senso prevede la definizione dei risultati da raggiungere, la loro misurazione e valutazione al fine di poter attivare un sistema premiante per i professionisti più meritevoli e sanzionatorio per chi attua comportamenti negligenti.

Fatta premessa, si disegnerà un modello di atto aziendale con elementi specifici e di dettaglio "molto stringenti", con vincoli quantitativi e/o con indicazioni sul tipo di strutture e la loro organizzazione. L'atto aziendale richiamerà la strategia aziendale attraverso la dichiarazione di Mission e gli obiettivi della direzione generale del medio periodo.

Il documento conterrà l'organigramma come parte integrante, dovrà prevedere la possibilità di gestire programmi specifici definendone i principi organizzativi generali, che definisca in maniera chiara il livello di autonomia delle aziende nei confronti della Regione. Mentre si ritiene inopportuno la creazione di un ufficio di organizzazione per il piano di rientro, attività quest'ultima che può essere gestita con facilità dagli uffici di Staff.

La struttura organizzativa sarà completamente esplicitata, ovvero saranno dichiarate le singole strutture autonome presenti nei vari dipartimenti / distretti, sia complesse che semplici. Sarà inoltre predisposta, entro i tre mesi successivi l'approvazione del

documento, la dotazione organica aziendale necessaria correlata con le linee di attività che partiranno.

Per quel che concerne le discriminanti legate alla strategia organizzativa, si proporrà un modello dipartimentale diffuso (tutte le strutture governate da un dipartimento). Il governo delle professioni sanitarie sarà gestito da un'unica struttura con unico dirigente coadiuvato da posizioni organizzative per le diverse aree, che gli operatori sanitari dell'emergenza siano gestiti al livello regionale unico per tutte le aziende.

Al livello distrettuale ugualmente si vuole centralizzare la gestione delle attività territoriale al fine di creare un forte legame territorio ospedale. Questa scelta non mira alla rivisitazione del numero di distretti che rimarrebbero inalterati, anzi vuole rafforzare la gestione ed il controllo delle attività territoriali attraverso un coordinamento unico distrettuale, con distretti in ogni caso forti e che abbiano competenza nell'analisi dei fabbisogni per la conseguenza erogazione dei servizi. Il distretto cosi pensato dovrà gestire le strutture territoriali quali la RSA, Casa della salute, ecc.

Le linee strategiche sulla predisposizione dell'atto aziendale prossimo sopra descritte, saranno ovviamente legate alle decisioni Regionali contenute nelle linee guida per la predisposizione degli atti aziendali in via di pubblicazione.

Riduzione delle duplicazioni di strutture ospedaliere

Secondo indicazione regionale, la asl 6 si impegna a rivedere la propria organizzazione ospedaliera e quindi la eventuale riduzione ove necessario di duplicazioni di strutture complesse e semplici dipartimentali non giustificate dal bacino di utenza, ovvero:

- predisporre ed inviare all'Assessorato competente, entro la fine di novembre, una ricognizione della situazione esistente, prevedendo tempi e modi per eventuali modifiche e motivando adeguatamente la presenza di più strutture complesse o semplici dipartimentali con stesso codice di specialità;
- adottare la revisione proposta, con le eventuali modifiche richieste dalla Regione, entro la fine di novembre;
-

Riorganizzazione mediante piani di accorpamento funzionale di taluni reparti

Secondo indicazione regionale, la asl 6 si impegna a rivedere la la propria organizzazione ospedaliera e quindi la eventuale riorganizzazione mediante piani di accorpamento funzionale dei reparti con meno di 20 posti letto ordinari (con la eccezione dei reparti che per loro natura non possono essere accorpati ad altri: terapia intensiva, unità coronarica, pediatria, psichiatria, ecc.), prevedendo un'unica équipe non medica. Ovvero la Asl si impegna:

- predisporre e inviare all'Assessorato competente, entro la fine di novembre dall'adozione del presente atto, una ricognizione dell'attuale articolazione della degenza in reparti, prevedendo tempi e modi per eventuali modifiche e

motivando adeguatamente i reparti con meno di 20 posti letto attualmente non accorpati funzionalmente e non coinvolti nelle proposte di modifica;

- adottare la revisione proposta, con le eventuali modifiche richieste dalla Regione, entro la fine di novembre dal ricevimento del provvedimento regionale.

Sperimentazione ricoveri multidisciplinari secondo il week hospital

Nell'ambito di nuovi modelli di assistenza ospedaliera si inserisce il modello assistenziale week hospital, che rappresenta una nuova forma di ricovero ospedaliero in grado di garantire i livelli qualificati attuali delle prestazioni, ottimizzando le risorse economiche disponibili. Questo nuovo modello organizzativo è una forma di ricovero intermedia tra il day hospital, day surgery e la degenza ordinaria. Si prefigge di ospitare pazienti che necessitano di interventi chirurgici con una previsione di degenza media inferiori a 5 giorni, escludendo il fine settimana.

La sperimentazione dei ricoveri week hospital potrebbe essere praticabile nel P.O. di San Gavino con i reparti di chirurgia-urologia e ortopedia per interventi ortopedici dell'arto superiore, interventi per ernia, calcolosi urinaria e interventi su ano e stoma. Si prevede che questa nuova organizzazione, incentrata sull'attenzione al paziente, contribuirebbe a ottimizzare il turnover in sala operatoria ed evitare degenze inutilmente lunghe.

Sviluppo del day service

Con la Delibera N. 37/9 del 25.09.2007 la Giunta regionale ha approvato un insieme di interventi finalizzati a garantire il progressivo potenziamento delle attività alternative al ricovero ordinario e alla riduzione dei ricoveri impropri. In particolare si prevedeva l'avvio delle attività ambulatoriali programmate di day-service, con l'obiettivo di contribuire alla de-ospedalizzazione, alla riduzione delle liste d'attesa e di favorire la presa in carico della persona garantendone l'accompagnamento nella fase essenziale del percorso diagnostico terapeutico.

Nella ASL 6 è stata attuata nel corso dell'anno 2008 la gestione delle prestazioni denominate PCCA (Prestazioni Complesse di Chirurgia Ambulatoriale). Si potrebbe sviluppare il day service avviando la tipologia riferibile a Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati del day service (PACC), i quali rappresentano gruppi ragionati di prestazioni, ciascuna delle quali incluse nel nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale, definiti a priori a livello regionale. Con il PACC diagnostico per l'ipertensione si contribuirebbe al miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri diurni erogati presso il P.O., assicurando al contempo risposte assistenziali appropriate alle specifiche esigenze del paziente e facilitando il percorso assistenziale, garantendo la continuità delle cure e la concentrazione temporale delle prestazioni sanitarie.

POTENZIAMENTO DEGLI STRUMENTI DI CLINICAL GOVERNANCE

Miglioramento sistemi e flussi informativi

Anche nella Asl 6 come in qualsiasi altra organizzazione 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 permettano 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.

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

- il sistema informativo sanitario direzionale;
- il sistema informativo epidemiologico;
- il sistema informativo sanitario amministrativo (contabilità, personale, acquisti, pianificazione e controllo);
- il sistema informativo sanitario ospedaliero;
- il sistema informativo sanitario attività assistenziali e di prevenzione (PUA) ;
- il sistema informativo gestore risorse – CUP;
- il sistema infrastrutturale (appalti HW e SW di base).

Tra le altre priorità di intervento nel campo del sistema informativo l'azienda intende infatti potenziare il *Centro Unico di Prenotazione* (CUP). Infatti, il CUP nasce come un sistema di prenotazione informatizzata che consente ai cittadini di prenotare un'ampia gamma di prestazioni sanitarie e visite specialistiche con una semplice telefonata da effettuare dai telefoni fissi ad un numero che permette di contattare uno degli operatori CUP.

La novità introdotta con i Cup è che si mette in rete un insieme di strutture sanitarie per permettere agli utenti del SSN di accedere e scegliere le prestazioni ambulatoriali e gli esami diagnostici. 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 dell'arrivo dei Cup 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.

È anche grazie all'implementazione di questo nuovo sistema che la asl 6 ha migliorato e intende continuare a migliorare il processo di gestione delle prestazioni in termini di gestione dei tempi e delle liste di attesa e gestione della qualità degli interventi stessi.

Percorsi clinico organizzativi - Gestione del rischio - Audit

I percorsi clinico organizzativi (PCO), la gestione del rischio clinico e l'audit sono tutte attività finalizzate al miglioramento della qualità e quindi della governace del sistema sia da un punto di vista clinico sia organizzativo. Una volta definiti i PCO (si rinvia a pagina 40 del presente documento) si è in grado di analizzare attraverso strumenti e modelli condivisi i rischi clinici ovvero gli eventi avversi che potrebbero annidarsi nei vari percorsi.

Come ben sottolineato anche dall'attuale Ministero della salute, oggi il tema del rischio clinico si pone come un argomento di rilevante severità che interessa vari settori della sanità ed ha un forte impatto sociale. Pertanto è indispensabile conoscere ed analizzare quest'aspetto dell'assistenza sanitaria, che si colloca nel tema generale della Qualità e della valutazione dell'outcome. Proprio in questa visione nasce l'esigenza di implementare un sistema di governo che contempli l'attività di Risk management che per essere efficace deve interessare tutte le aree in cui l'errore si può manifestare durante il processo clinico assistenziale del paziente.

Una prima definizione di rischio clinico è quella data da Kohn che lo definisce la probabilità che un paziente sia vittima di un vento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile anche se in modo involontario alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte (Kohn, IOM 1333).

Di seguito una classificazione dei diversi tipi di errore:

1. categorie generali :

- errori di commissione : dovuti all'esecuzione di atti medici o assistenziali non dovuti o praticati in modo scorretto

- errori di omissione: dovuti alla mancata esecuzione di atti medici ed e assistenziali ritenuti in base alle conoscenze e all'esperienza professionale, necessari per la cura del paziente

2. categorie per tipo di errore:

- errori umani: slips, lapsus, mistakes
- violazioni: ovvero deviazioni da procedure operative sicure, standard o regole
- errori organizzativi: dovuti all'organizzazione del lavoro, alla pianificazione della gestione delle emergenze, alla disponibilità ed accessibilità di apparecchiature sanitarie e/o di supporto

3. alcune categorie specifiche:

- errore nell'uso di farmaci
- errore chirurgico
- errore nell'uso di apparecchiature
- esami o procedure diagnostiche
- errori nella tempistica

Ed è proprio attraverso iniziative di Risk management che può essere arginato la probabilità di incorrere in suddetti errori o rischi clinici.

Queste iniziative, che rientrano nel più ampio quadro delle attività di Audit, devono prevedere:

- un lavoro integrato tra i diversi operatori coinvolti nella specifica area di interesse
- una serie di attività coordinate individuabili secondo lo schema seguente:
  - conoscenza e analisi dell'errore
  - individuazione e correzione delle cause di errore
  - analisi di processo
  - monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore
  - implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte

La Asl 6, alla luce di quanto premesso, intende intraprendere un lavoro di studio e implementazione di un sistema di gestione della qualità delle prestazioni anche attraverso la definizione e gestione del rischio al fine dei adottare delle misure nell'ambito della sicurezza delle cure negli ambulatori, e nell'ospedale sia per il paziente sia per lo stesso operatore che eroga il servizio.

La sicurezza dei pazienti e degli operatori quindi si colloca nella prospettiva di un complessivo miglioramento della qualità e poiché dipende dall'interazioni delle molteplici componenti che agiscono nel sistema, deve essere affrontata attraverso l'adozione di pratiche di governo clinico che consente di porre al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dell'utenza interna ed esterna all'organizzazione, valorizzando nel contempo il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità.

Nello specifico, la sicurezza dei pazienti è una componente strutturale dei LEA e rappresenta un aspetto fondamentale del governo clinico nell'ottica del miglioramento della qualità. E' pertanto uno dei fattori determinanti la qualità delle cure e ed è proprio per questo che oggi giorno è anche uno degli obiettivi prioritari che il Servizio Sanitario Nazionale si pone.

Punto preliminare per un approccio al problema è pertanto, come anticipato, quello di definizione del rischio e della sua corretta gestione anche e soprattutto secondo un orientamento pro-attivo. L'attività in questione si ricollega ad un concetto di governo clinico come impulso a migliorare l'organizzazione anche attraverso l'utilizzazione di più idonee procedure professionali.

A tal proposito, con delibera aziendale n° 349 del 14/09/2011 si è costituto il comitato aziendale sull'appropriatezza delle prestazioni aziendali i cui principali compiti possono essere sintetizzate in tre macro aree :

- appropriatezza farmaceutica
- appropriatezza ricoveri
- valutazione della corretta applicazione e degli esiti dei percorsi clinico organizzativi aziendali

Si prevede per il triennio in oggetto la realizzazione delle attività in capo al comitato nonché il rafforzamento e la diffusione tra tutti gli operatori dell'azienda della cultura alla base della iniziativa stessa.

La qualità dal lato dell'utente

In relazione al miglioramento della qualità, la Asl 6 ritiene indispensabile affrontare anche la questione del livello di soddisfazione dell'utente che risulta una delle tre dimensioni della qualità complessiva del sistema (qualità organizzativa, professionale e dell'utente per l'appunto).

Nella gran parte dei casi si opta per il questionario di soddisfazione del cliente e per le schede di reclamo, entrambi strumenti fondamentali in un'ottica di miglioramento continuo, poiché permettono all'amministrazione di misurare la soddisfazione di coloro che hanno utilizzato un determinato servizio e di raccogliere eventuali lamentele e suggerimenti.

A tal proposito importante è per esempio lo strumento della Customer Satisfaction un'indagine rivolta alla conoscenza del grado di soddisfazione dei cittadini rispetto alle prestazioni offerte dalle strutture sanitarie, finalizzata al continuo miglioramento dei servizi offerti.

Varie sono state in passato le sperimentazioni dello strumento sul campo. Dal 2011 l'azienda ha voluto rendere formale l'iniziativa assegnando come obiettivo l'attività inizialmente al dipartimento di medicina e in particolare al servizio di medicina generale, oncologia e nido. Si prevede nel triennio l'estensione a tutti i servizi aziendali.

Processo di budget, definizione obiettivi e sistema premiante

Il Budget è lo strumento con il quale, annualmente, vengono trasformati piani e programmi aziendali in specifici obiettivi, articolati rispetto alle responsabilità organizzative ed economiche interne all'Azienda. Gli obiettivi contenuti nel Budget vengono definiti nel rispetto di quanto previsto dalla Programmazione Strategica Aziendale. Il processo di responsabilizzazione delle strutture aziendali con l'attribuzione di specifici obiettivi è una delle strategie più importanti dell'attuale Direzione Generale. Gli obiettivi vengono attribuiti ai capi Dipartimento / Distretto.

Gli obiettivi assegnati ai Dipartimenti/Distretti verranno successivamente assegnati e ribaltati, previa negoziazione, dal Direttore del Dipartimento ai Responsabili delle singole unità operative (strutture complesse e semplici dipartimentali) facenti parte il Dipartimento/Distretto.

A cascata vengono poi coinvolti i singoli professionisti sia del comparto che della dirigenza. Infatti l'Azienda 6, in ottemperanza con le recenti disposizioni nazionali, ha deciso di implementare uno strumento operativo specifico, atto a valutare e valorizzare la produttività dei suoi operatori. Nel far ciò, segue gli indirizzi contenuti in regolamenti deliberati nel dicembre 2010, redatti in accordo con le OO.SS. Nei regolamenti sono indicati i criteri per la distribuzione degli incentivi personali fermo restando il principio che la "produttività" deve essere legato alla gestione budgetaria. Gli incentivi vengono distribuiti in base al grado di raggiungimento dell'obiettivo misurato attraverso il sistematico impiego di opportuni indicatori di risultato.

Formazione continua

La ASL 6 sostiene la formazione continua dei suoi operatori al fine di offrire la possibilità di:

- migliorare l'agire professionale
- trasmettere nuove conoscenze che migliorano i comportamenti e le competenze di ogni figura professionale nell'ambito dell'organizzazione di lavoro
- incentivare il confronto e lo scambio di idee e di informazioni per una continua crescita.

A tal proposito intende continuare a programmare corsi aziendali adatti a soddisfare le esigenze formative e di aggiornamento di ciascun singolo professionista e, a rispondere ad esigenze specifiche che provengono da precise settori aziendali.

Tutta la formazione prevista avrà come comune denominatore la sensibilizzazione degli operatori su concetti imprescindibili per il miglioramento del sistema salute, tra cui: la legalità, l'appropriatezza, la comunicazione, l'umanizzazione delle prestazioni alla persona.

Potenziamento della comunicazione interna ed esterna

La comunicazione è ormai riconosciuta come elemento indispensabile nei processi di riforma e cambiamento delle amministrazioni pubbliche. È diventata la via per migliorare il rapporto con la cittadinanza, lo strumento di trasparenza e diritto all'informazione, di partecipazione democratica, di efficacia organizzativa. Da un modello basato sulla rigida unidirezionalità dell'informazione, si è passati ad un processo di comunicazione bi direzionale, dove l'arte del saper ascoltare la voce del cittadino è diventato uno dei principali strumenti per una comunicazione efficace. La ASL 6 Sanluri attraverso l'area comunicazione e relazioni esterne ha progressivamente modificato e sviluppato un modello di comunicazione interna, basato sulle parole chiave del nuovo rapporto della Pubblica amministrazione con il cittadino: partecipazione, accesso, informazione, trasparenza, tutela. Il servizio garantisce la gestione delle relazioni esterne dell'Azienda; promuove l'immagine del servizio sanitario pubblico, valorizzando le qualità professionali, tecniche e umane, favorendo un rapporto di massima trasparenza con l'opinione pubblica ed in particolare con gli organi di informazione (locali, regionali, nazionali).

Marketing sociale per la salute – "Il marketing sociale è l'utilizzo dei principi e delle tecniche del marketing per influenzare un gruppo target ad accettare, rifiutare, modificare o abbandonare un comportamento in modo volontario, allo scopo di ottenere un vantaggio per i singoli, i gruppi o la società nel suo complesso[2]"

L'utilizzo del marketing sociale come strumento innovativo – di carattere sperimentale - per la promozione della salute impone di sviluppare sia riflessioni sul significato di alcuni concetti di salute soprattutto in campo della promozione e della prevenzione sia le modalità per la valutazione della utilità ed efficacia degli interventi suddetti. Generalmente attraverso la stesura di progetti di applicazione del marketing sociale si mira a sostenere sopratutto l'adozione di sani stili di vita. Ponendosi a fianco delle tradizionali attività di comunicazione sociale e di educazione alla salute, il marketing sociale si propone quindi come un nuovo strumento per la promozione della salute. È così che, attraverso la realizzazione di interventi coordinati e sinergici, il marketing sociale crea opportunità concrete affinché i cittadini scelgano, in modo responsabile e consapevole sani stili di vita, riducendo le barriere che ne rendono difficoltosa l'adozione.

L'azienda asl 6, consapevole dei benefici dell'intervento, espone la sua volontà di iniziare a studiare strumenti e modelli adeguati per la sperimentazione anche di questo tipo di attività.

[2] traduzione libera da: Kotler P., Roberto N., Lee N. Social Marketing - Improving the Quality of Life. Thousand Oaks (California), Sage Pubblications, 2002 (second edition), p. 5.

Carta dei servizi - L'adozione della Carta dei servizi è uno dei tanti strumenti operativi che se ben costruita facilita la comunicazione tra azienda e cittadino. Si inserisce, in un ragionamento di più ampio respiro, in un quadro orientato al miglioramento della qualità dell'accesso, delle relazioni e delle prestazioni e dei servizi aziendali.

L'introduzione della Carta dei servizi sanitari costituisce un intervento fortemente innovativo, destinato a modificare in modo sostanziale il rapporto tra i cittadini e il SSN. La Carta rappresenta anche una significativa occasione di miglioramento gestionale del servizio. Il Decreto legge 12 maggio 1995, n.163, convertito dalla legge 11 luglio 1995, n° 273, prevede l'adozione, da parte di tutti i soggetti erogatori di servizi pubblici, anche operanti in regime di concessione o mediante convenzione, di proprie "Carte dei servizi". Questo strumento richiede che le strutture sanitarie si dotino di meccanismi di misurazione del servizio, di informazione agli utenti e di controllo del raggiungimento degli obiettivi la cui diffusione impone un significativo cambiamento culturale, conseguibile solo attraverso una graduale maturazione Gli elementi che compongono il sistema della Carta dei servizi in generale sono i seguenti:

1. l'individuazione di una serie di principi fondamentali ai quali deve essere progressivamente uniformata l'erogazione dei servizi pubblici: eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza e efficacia;

2. la piena informazione dei cittadini utenti. L'informazione deve riguardare i servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi. L'informazione deve essere resa con strumenti diversi, assicurando comunque la chiarezza e la comprensibilità dei testi oltre che la loro accessibilità al pubblico;

3. l'assunzione di impegni sulla qualità del servizio da parte del soggetto erogatore nei confronti dei cittadini utenti, attraverso l'adozione di standard di qualità, che sono obiettivi di carattere generale (cioè riferiti al complesso delle prestazioni rese) o anche specifici (cioè direttamente verificabili dal singolo utente);

4. il dovere di valutazione della qualità dei servizi per la verifica degli impegni assunti, e per il costante adeguamento degli stessi.

5. l'applicazione di forme di tutela dei diritti dei cittadini utenti, attraverso le procedure di reclamo, e di eventuale ristoro.

Razionalizzazione e sostenibilità economica

RAZIONALIZZAZIONE E SOSTENIBILITA' 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**

L'azienda ASL 6, come esplicitato a pagina nella parte I del documento, 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.

L'obiettivo strategico dell'attuale direzione è quello di riportare il bilancio ad una sostanziale paraggio nel corso del triennio 2012 / 2014. Il 2011 sarà un anno di transizione che vedrà comunque una riduzione della perdita rispetto all'anno precedente.

Per arrivare al pareggio di bilancio nel 2014, 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 2012 / 2014.

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 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.

In termini specifici si possono determinare interventi su singole voci di costo, in particolare su quelle che maggiormente incidono sul bilancio aziendale.

- 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.

La Asl 6 di Sanluri, sta ponendo in essere, attraverso diversi strumenti operativi e gestionali, le politiche per determinare una reale razionalizzazione della spesa, che possano far pervenire al raggiungimento degli obiettivi economici richiesti.

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 dagli specialisti. 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.

Piano del personale

Il quadro programmatico attuale della ASL 6 risente del problema di una dotazione organica non allineata, per qualità e quantità, alle necessità derivanti dal PSSR e dalla riorganizzazione attuata con l'atto aziendale. Inoltre 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 *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. Infatti, 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 di medici, radiologi, anestesisti, e del restante personale medico ed infermieristico.

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 assistenziali previsti. Infatti in questi ultimi anni sono stati avviati diversi percorsi diagnostico-assistenziali quali l'urologia, la cardiologia, la pneumologia, la neurologia, la parto analgesia, il centro TAO, senza peraltro una sostanziale rivisitazione degli aspetti organizzativi.

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.

Pertanto a seguito di un'attenta analisi degli strutturali e duraturi fabbisogni 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.

La predisposizione della nuova pianta organica e della consequenziale richiesta in regione della dotazione organica è oggetto di studio e di approfondimento da parte della Direzione Generale che rimane in attesa degli indirizzi per la costituzione del nuovo atto aziendale. Una volta predisposto l'atto aziendale si procederà

immediatamente alla richiesta delle nuova pianta organica tramite un documento specifico alla quale si rimanda per approfondimenti.

Di seguito viene esposta l'attuale dotazione organica con la proiezione di quelli che saranno i posti che si andranno a ricoprire distinti per ruolo, in attesa che si faccia il nuovo atto aziendale e conseguentemente la nuova dotazione organica.

PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE ANNO 2012 - 2014

	ANNO 2011		ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014
	D.O.	n° dipendenti	Posti da ricoprire	Posti da ricoprire	Po sti da ricoprire
ASSISTENZA COLLETTIVA					
ruolo sanitario	92	85	2	3	2
ruolo tecnico	9	9			
ruolo amministrativo	9	8			1
ruolo professionale	1				1
ASSISTENZA DISTRETTUALE					
ruolo sanitario	158	142	10	2	4
ruolo tecnico	21	21			
ruolo amministrativo	35	33		2	
ruolo professionale					
ASSISTENZA OSPEDALIERA					
ruolo sanitario	322	315	1	6	
ruolo tecnico	43	30	12	1	
ruolo amministrativo	8	8			
ruolo professionale	1	1			
DIREZIONE GENERALE					
ruolo sanitario	10	8	2		
ruolo tecnico	6	6			
ruolo amministrativo	25	23		2	
ruolo professionale	3	3			
SERVIZI CENTRALI DI SUPPORTO					
ruolo sanitario					
ruolo tecnico	25	22	1	1	1
ruolo amministrativo	39	32	1	6	
ruolo professionale	1	1			
TOTALE	**808**	**747**	**29**	**23**	**9**

Piano degli investimenti

Il piano degli investimenti dell'Azienda Sanitaria di Sanluri per il per il triennio 2012-2014 mostra un importante impegno economico-finanziario dell'Azienda, in particolare in riferimento agli impegni legati alla costruzione della nuova struttura ospedaliera che andrà a sostituire quella attualmente esistente.

AZIENDA SANITARIA	STRUTTURA di RIFERIMENTO	ORDINE DI PRIORITA'	INTERVENTI da REALIZZARE	TIPOLOGIA (attrezzature o edilizia)	IMPORTO RICHIESTO anno 2012	IMPORTO RICHIESTO anno 2013	IMPORTO RICHIESTO anno 2014
ASL n. 6 Sanluri	Presidio Ospedaliero	1	acquisto attrezzature e apparecchiature varie	attrezzature	€ 2.500.000,00	€ 1.200.000,00	€ 1.200.000,00
	presidi Territoriali	2	acquisto attrezzature e apparecchiature varie	attrezzature	€ 300.000,00	€ 150.000,00	€ 130.000,00
	Presido ospedaliero	3	adeguamenti e/o implementazione e messa a norma Presidio Ospedaliero	edilizia	€ 1.360.000,00	€ 1.300.000,00	€ 540.000,00
	presidi Territoriali	4	adeguamenti e/o implementazione e messa a norma Presidi Territoriali	edilizia	€ 5.268.000,00	€ 4.600.000,00	€ 900.000,00
	Presidio Ospedaliero	5	acquisto arredi vari	arredi sanitari e non	€ 550.000,00	€ 350.000,00	€ 350.000,00
	presidi Territoriali	6	acquisto arredi vari	arredi sanitari e non	€ 200.000,00	€ 300.000,00	€ 300.000,00
	Presidio Ospedaliero	7	costruzione Nuovo Ospedale	edilizia	€ 49.560.000,00	€ 5.000.000,00	€ 30.000.000,00
			TOTALE		€ 59.738.000,00	€ 12.900.000,00	€ 33.420.000,00

Vediamo nel dettaglio gli interventi che si vogliono realizzare:

Anno 2012

In riferimento all'anno 2012, il piano degli investimenti, il cui ammontare è di 59,7 milioni di euro, prevede un importante intervento soprattutto in ambito edilizio, legato in particolar modo agli investimenti da porre in essere per la costruzione del nuovo ospedale.

Infatti, entrando nel merito dei dati è possibile individuare che:

- Gli investimenti totali previsti per il presidio ospedaliero ammontano a 53,9 milioni di euro, pari al 90,34% del totale degli investimenti. All'interno degli investimenti per il presidio ospedaliero è necessario distinguere tra:
  - Investimenti legati all'attuale presidio ospedaliero, che ammontano a circa 4,4 milioni di euro del totale, pari al 7,4%;
  - Investimenti legati al nuovo presidio ospedaliero, pari a 49,5 milioni di euro, il cui valore rappresenta l'83% circa del totale degli investimenti per l'anno 2012.
- Gli investimenti totali previsti per i presidi territoriali ammontano in totale a 5,7 milioni di euro, pari al 9,6% del totale degli investimenti. Di cui:

- Interventi in campo edilizio per un importo di circa 5,2 milioni di euro, pari al 91% degli investimenti sul territorio e all'8,8% del totale degli investimenti;
- Acquisto di attrezzature e arredi per un importo di 500 mila euro, pari allo 0,8% del totale degli investimenti

Anno 2013

Per quanto riguarda l'anno 2013, il piano degli investimenti, il cui ammontare è sensibilmente inferiore rispetto all'anno precedente, è pari a 12,9 milioni di euro e prevede degli ulteriori interventi di carattere edilizio sia in ambito territoriale che ospedaliero.

Infatti, entrando nel merito dei dati è possibile individuare che:

- Gli investimenti totali previsti per il presidio ospedaliero ammontano a 7,8 milioni di euro, pari al 61% circa del totale degli investimenti 2013. All'interno degli investimenti per il presidio ospedaliero è necessario distinguere tra:
  - Investimenti legati all'edilizia destinata all'attuale presidio ospedaliero, che ammontano a circa 1,3 milioni, pari al 16,5% degli investimenti totali previsti per il presidio nel 2013;
  - Investimenti legati all'edilizia destinata al futuro presidio ospedaliero, che ammontano a 5 milioni di euro, ossia il 64% del totale degli investimenti per il presidio;
  - Investimenti legati all'acquisto di attrezzature e arredi per un importo pari a 1,5 milioni di euro, pari al 19,7% del totale degli investimenti nel presidio ospedaliero.
- Gli investimenti totali previsti per i presidi territoriali ammontano in totale a 5 milioni di euro, pari al 39% del totale degli investimenti 2013. Di cui:
  - Interventi in campo edilizio per un importo di 4,6 milioni di euro, pari al 91% degli investimenti sul territorio e al 36% del totale degli investimenti 2013;
  - Acquisto di attrezzature e arredi per un importo di 450 mila euro, pari al 9% degli investimenti sul territorio e al 3,5% del totale degli investimenti 2013.

Anno 2014

Il 2014 prevede, un piano degli investimenti, il cui ammontare è pari a 33,4 milioni di euro e prevede cospicui interventi di carattere edilizio soprattutto in relazione al nuovo presidio ospedaliero.

Infatti, entrando nel merito dei dati è possibile individuare che:

- Gli investimenti totali previsti per il presidio ospedaliero ammontano a circa 32 milioni di euro, pari al 96% circa del totale degli investimenti 2014. All'interno degli investimenti per il presidio ospedaliero è necessario distinguere tra:

- Investimenti legati all'edilizia destinata all'attuale presidio ospedaliero, che ammontano a 540 mila euro, pari all'1,7% degli investimenti totali previsti per il presidio nel 2014;
- Investimenti legati all'edilizia destinata alla futura struttura ospedaliera, che ammontano a 30 milioni di euro, ossia il 93,5% del totale degli investimenti per il presidio;
- Investimenti legati all'acquisto di attrezzature e arredi per un importo pari a 1,5 milioni di euro, pari al 4,8% del totale degli investimenti nel presidio ospedaliero.

➢ Gli investimenti totali previsti per i presidi territoriali ammontano in totale a circa 1,3 milioni di euro, ossia il 4% del totale degli investimenti 2014. Di cui:

- Interventi in campo edilizio per un importo di 900 mila euro, pari al 68% degli investimenti sul territorio e al 2,7% del totale degli investimenti 2014;
- Acquisto di attrezzature e arredi per un importo di 430 mila euro, pari al 32% degli investimenti sul territorio e all'1,3% del totale degli investimenti 2014.

In generale emerge come, su un piano di investimenti complessivo per il triennio 2012-2014 di oltre 106 milioni di euro, una parte cospicua degli stessi verrà destinata alla costruzione del nuovo ospedale, che assorbirà nel complesso 84,5 milioni di euro, pari all'80% degli investimenti totali.

Previsione economica 2012 / 2014

Di seguito vengono esposti in maniera sintetica i Bilanci dell'ultimo triennio e quelli di previsione per gli anno 2012 / 2014.

Risultati economici conseguiti nel 2009 / 2011

Valori espressi in migliaia di Euro

Risultati economici conseguiti	2009	2010	2011*
Valore della produzione	124.686	133.115	135.580
Costi della produzione	131.515	136.550	139.005
Differenza	**-6.829**	**-3.435**	**-3.425**
Proventi ed oneri finanziari	-78	-19	-20
Rettifiche di valore di attività finanziarie	0	0	0
Proventi ed oneri straordinari	-980	-630	0
Risultato prima delle imposte	**-7.887**	**-4.084**	**-3.445**
Imposte sul reddito dell'esercizio	-3.346	-3.348	-3.360
Utile (perdita) dell'esercizio	**-11.233**	**-7.432**	**-6.805**

* Valori tratti dal preconsuntivo non ancora ufficializzato.

Risultati economici previsti per il triennio 2012 / 2014

Risultati economici previsionali	2012	2013	2014
Valore della produzione	137.023	138.996	140.998
Costi della produzione	139.500	139.500	139.500
Differenza	**-2.477**	**-504**	**1.498**
Proventi ed oneri finanziari	-20	-20	-20
Rettifiche di valore di attività finanziarie	0	0	0
Proventi ed oneri straordinari	0	0	0
Risultato prima delle imposte	**-2.497**	**-524**	**1.478**
Imposte sul reddito dell'esercizio	-3.360	-3.502	-3.502
Utile (perdita) dell'esercizio	**-5.857**	**-4.026**	**-2.024**

Come si evince dalla tabella sottostante, si vuole arrivare ad avere nell'anno 2014 una perdita di 2 milioni di Euro circa, che al netto della sterilizzazione degli ammortamenti e degli interessi di computo, equivale ad avere un Bilancio in pareggio.