

RELAZIONE SULLA GESTIONE 2016 ASSL OLBIA



GIUGNO 2017

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

INDICE

1. CRITERI GENERALI DI PREDISPOSIZIONE DELLA RELAZIONE SULLA GESTIONE	3
2. L'AREA SOCIO SANITARIA DI OLBIA	3
2.1 Composizione della popolazione per Classi d'età Provincia Olbia Tempio	5
2.2 Dati di sintesi e struttura della popolazione	8
2.3 La Componente Straniera	11
2.4 Il modello organizzativo	12
3. ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI.....	14
3.1 Assistenza ospedaliera	14
3.1.1 Stato dell'arte	14
3.1.2 Obiettivi dell'esercizio	15
3.2 Assistenza Territoriale	16
3.2.1 Stato dell'arte	16
3.2.3 Dipartimento di salute Mentale	19
3.2.4 Obiettivi dell'esercizio	19
3.3 Assistenza sanitaria collettiva	20
3.3.1 Stato dell'arte	20
4. ATTIVITÀ DEL PERIODO.....	22
4.1 Assistenza ospedaliera	22
4.1.1 Confronto dati di attività di ricovero in regime ordinario e day hospital dell'esercizio	22
4.1.2 Obiettivi di attività dell'esercizio	26
4.1.3 Obiettivi specifici del Pronto Soccorso aziendale e accessi totali	28
4.2 Assistenza Territoriale	30
4.2.1 Confronto dati di attività distrettuale	30
4.2.2 Confronto dati di attività Dipartimento Salute Mentale	31
4.2.3 Obiettivi di attività dell'esercizio	32
4.3 Assistenza sanitaria collettiva	35
4.3.1 Confronto dati di attività degli esercizi	35
4.3.2 Obiettivi di attività dell'esercizio 2016	38
5. LA GESTIONE ECONOMICO – FINANZIARIA DELL'AZIENDA	39
5.1. Sintesi del bilancio e relazione sul grado di raggiungimento degli obiettivi economico-finanziari	39
5.2 Confronto CE Preventivo/Consuntivo e relazione sugli scostamenti	41
5.3. Relazione sui costi per livelli essenziali di assistenza e relazione sugli scostamenti	44
5.4 Fatti di rilievo avvenuti dopo la chiusura dell'esercizio	47
5.5 Proposta di copertura perdita	47
5.5.1 Analisi delle cause	47
5.5.2 Provvedimenti adottati per coprire la perdita	49
5.5.3 Provvedimenti adottati per ricondurre in equilibrio la gestione	51

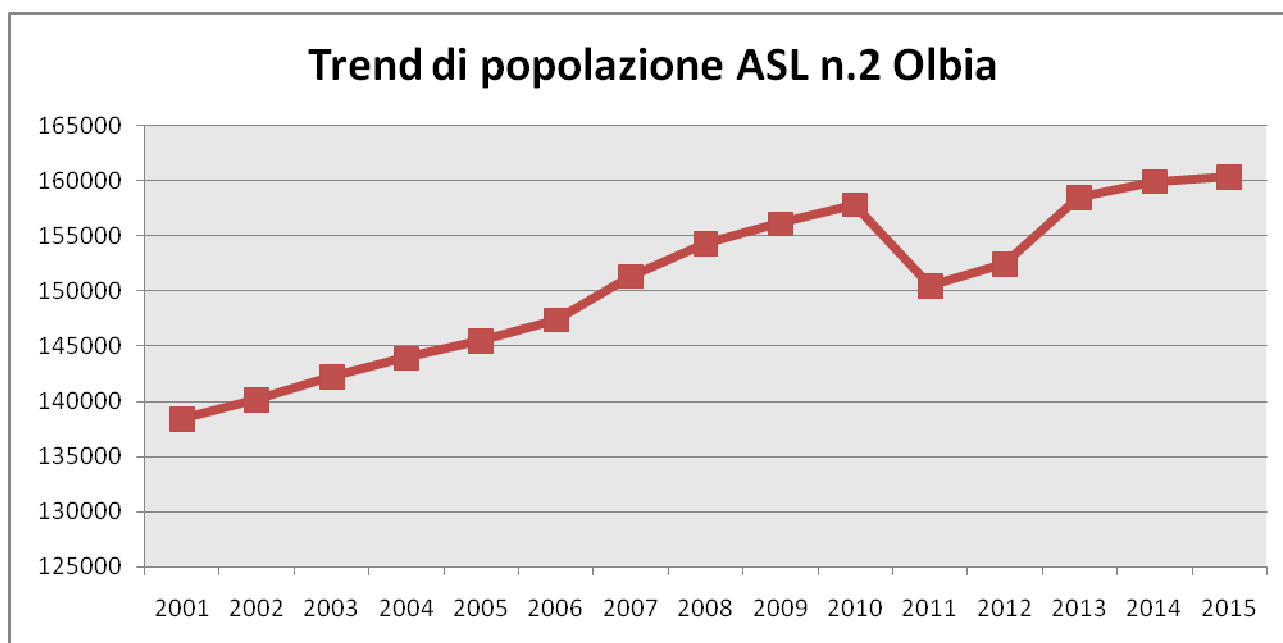
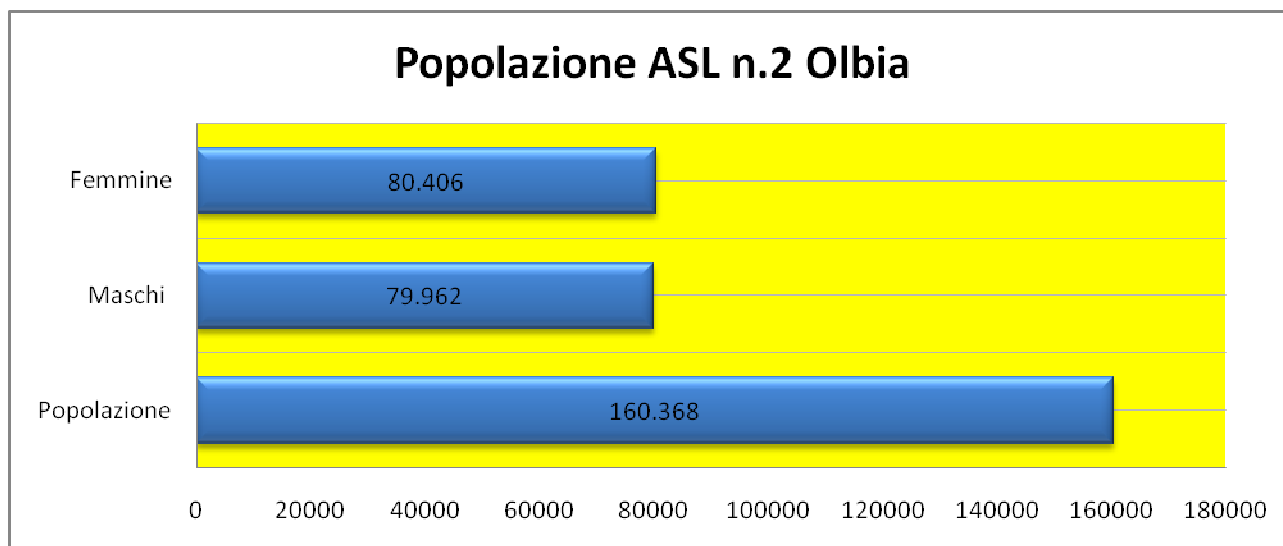
1. Criteri generali di predisposizione della relazione sulla gestione

La presente relazione sulla gestione, che correda il bilancio di esercizio 2016 è redatto secondo le disposizioni del D.Lgs. 118/2011, quindi facendo riferimento al Codice Civile e ai Principi Contabili Nazionali (OIC), fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso D.Lgs. 118/2011.

La presente relazione sulla gestione, in particolare, contiene tutte le informazioni minimali richieste dal D.Lgs. 118/2011. Fornisce inoltre tutte le informazioni supplementari, anche se non specificamente richieste da disposizioni di legge, ritenute necessarie a dare una rappresentazione esaustiva della gestione sanitaria ed economico-finanziaria dell'esercizio 2016.

2. L'Area Socio Sanitaria di Olbia

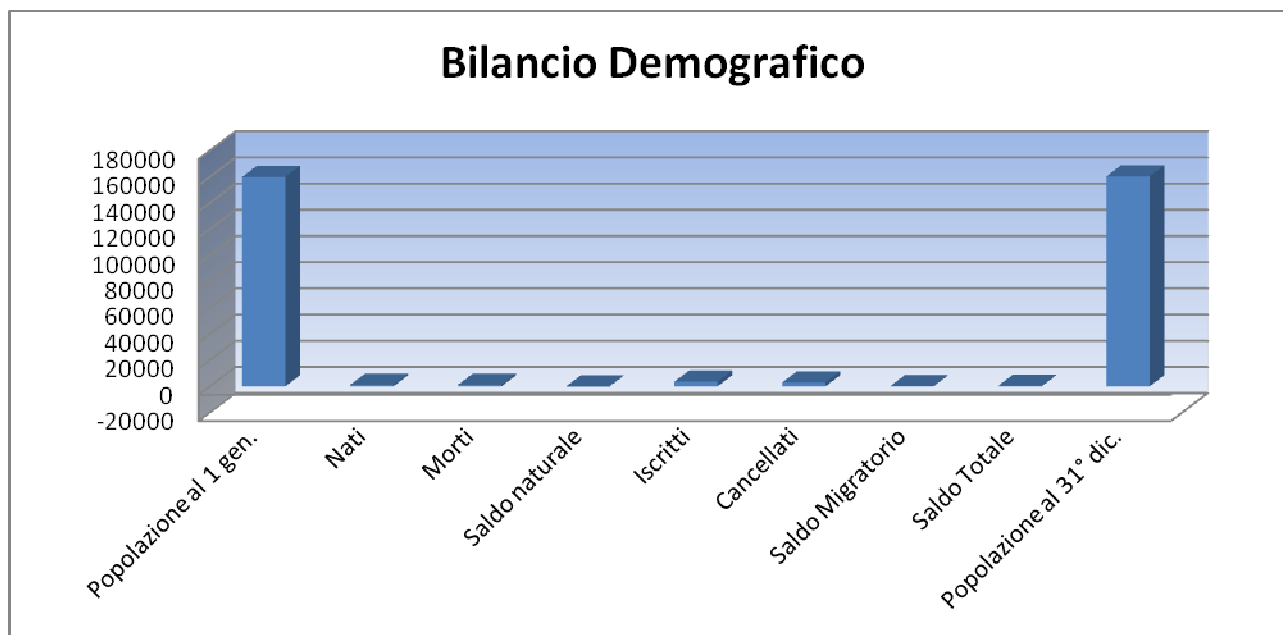
La popolazione del territorio di competenza della Asl n. 2 di Olbia al **01.01.2016** ammonta a 160.368 residenti, unica provincia nel territorio Regionale con un valore positivo rispetto alle altre province sarde. I dati registrano un aumento demografico pari allo 0,26%: la Gallura assorbe residenti dalle altre province sarde ma anche del resto d'Italia. Questa tendenza è confermata con i valori registrati negli ultimi anni. La maggior parte della popolazione risiede nei comuni più grandi: Olbia (59.368 abitanti) Tempio Pausania (14.243 abitanti), Arzachena (13.562 abitanti) e La Maddalena (11.332 abitanti) e quindi prevalentemente lungo la costa nord orientale. La maggioranza dei comuni che compongono la provincia sono di piccole dimensioni ed altro elemento caratterizzante la Gallura sono i nuclei residenziali di matrice rurale, che si manifestano con diversi gradi di densità abitativa. La distribuzione nei territori delle altre province della Sardegna (coincidenti con le otto ASL) è fortemente disomogenea con le aree più popolate al sud ed al nord (Cagliari e Sassari), rispettivamente col 33,8% e 20,1% della popolazione, tre territori pressoché equivalenti (Olbia-Tempio, Nuoro e Oristano) con circa il 10% della popolazione ciascuno ed un'area particolarmente piccola (Ogliastra), col 3,5%. Non vi sono particolari differenze nella distribuzione M/F.



Elaborazione Area PCC (Fonte dati Demo Istat al 01.01.2016)

Il bilancio demografico 2016 risponde alla persistente tendenza, dell'aumento della popolazione residente; una tendenza che ha condotto al superamento della quota di oltre centosessantamila abitanti, e se le dinamiche demografiche manterranno l'andamento attuale, pur con l'affacciarsi di un saldo naturale negativo, unito ad un aumento dei flussi migratori in ingresso e ad una crescita dei flussi in uscita, sarà destinata ad aumentare

ancora.

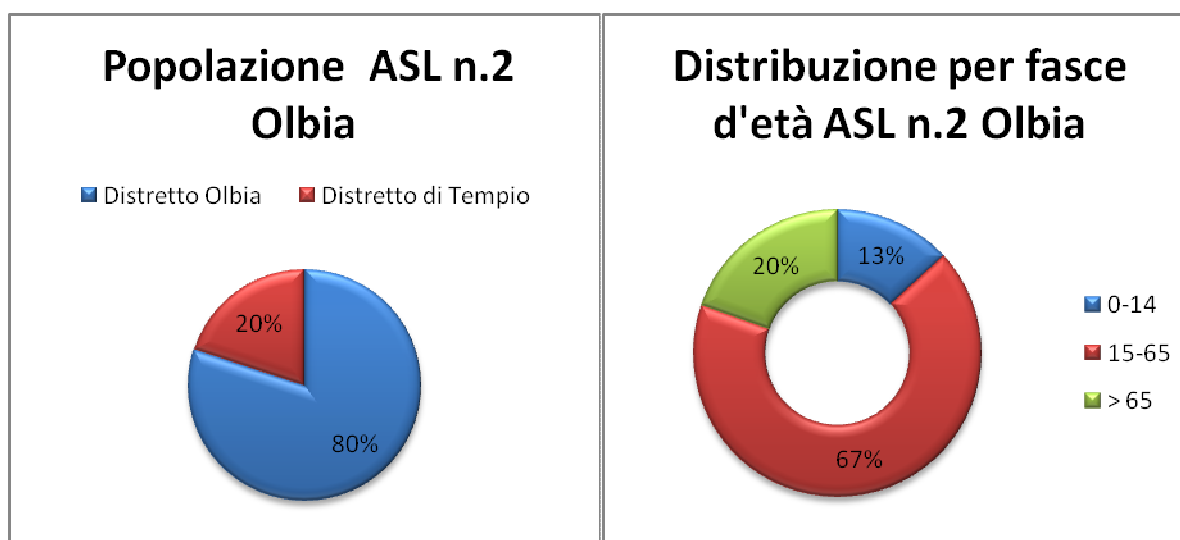


Elaborazione Area PCC (Fonte dati Demo Istat al 01.01.2016)

2.1 Composizione della popolazione per Classi d'età Provincia Olbia Tempio

La composizione per età di una popolazione rappresenta senza alcun dubbio la risultante del movimento, nelle dinamiche naturali e migratorie, e al tempo stesso uno dei presupposti della dinamica demografica e di altre caratteristiche strutturali della popolazione. L'analisi dei dati conferma lo spostamento di popolazione dai paesi dell'interno verso le aree economicamente più forti concentrate lungo la costa.

Il flusso di popolazione attiva dall'interno verso la costa comporta effetti importanti per le dinamiche del territorio della Gallura: il richiamo delle classi di età più giovani nei comuni costieri, grazie alle opportunità offerte dal mercato del lavoro e dal turismo, incrementa i consumi e l'economia locale, contribuendo ad accentuare il divario con i comuni interni e determinando un abbassamento dell'età media della popolazione residente in quelle aree. Il nordest dell'isola si conferma, nonostante la crisi che ha travolto anche la Gallura, la provincia che offre più opportunità lavorative.



Elaborazione Area PCC (Fonte dati Demo Istat al 01.01.2016)

Indice di vecchiaia	Indice di Dipendenza Strutturale	Indice di ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione	Indice di carico di figli per donna
148,5	48,7	146,8	136,4	18,6

L'analisi degli indicatori di struttura demografica mostra una popolazione caratterizzata da una numerosità statistica nelle fasce d'età giovanile e in età lavorativa, ma sembra essere interessata in misura minore ad un progressivo processo di invecchiamento rispetto all'intero territorio regionale.

L'indice di vecchiaia della popolazione, espresso dal rapporto tra il numero degli ultra sessantacinquenni ogni 100 individui di età inferiore ai 15 anni, risulta pari a 148,6%, valore inferiore rispetto sia a quello regionale (187,9%) e a quello nazionale (161,4). Allo stesso modo, anche l'indice di dipendenza strutturale, dato dal rapporto tra la popolazione inattiva su quella in età lavorativa, presenta un valore, pari a 48,7%, inferiore rispetto sia a quello regionale (51,2%) e a quello nazionale (55,5). Un indice di dipendenza strutturale superiore al 50% è sinonimo di un numero elevato di ragazzi e anziani di cui la popolazione attiva deve occuparsi complessivamente. L'indice di struttura della popolazione, che, rapportando percentualmente il numero degli individui di età compresa tra 40 e 64 anni con quello di individui di età compresa tra i 15 e i 39, indica il grado di invecchiamento della popolazione, si attesta al 136 %, ciò significa che è ancora la fascia lavorativa più giovane a prevalere su quella più "vecchia" il che rappresenta un indubbio vantaggio in termini di dinamismo della popolazione. Infine, l'indice di ricambio, che rapporta la popolazione in procinto di uscire dall'età lavorativa (60-64 anni) su quella che è appena entrata a farne parte, è pari al 146%: tale valore, tipico delle popolazioni giovani, può però sottintendere un aumento della tendenza alla disoccupazione dei giovani in cerca di prima occupazione.

Popolazione suddivisa per fasce di età al 01/01/2016

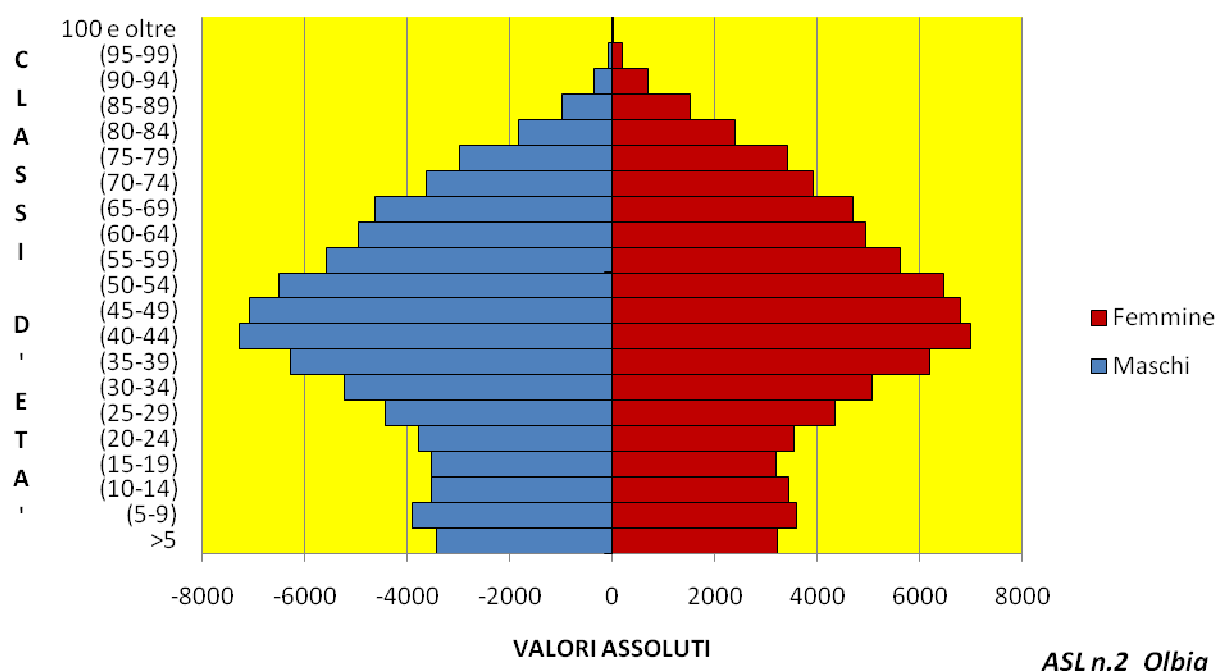
Classi di età	Uomini	Donne	Totale
0-4	3429	3224	6653
5-9	3908	3606	7514
10-14	3533	3439	6972
15-19	3529	3206	6735
20-24	3776	3553	7329
25-29	4430	4341	8771
30-34	5229	5086	10315
35-39	6270	6201	12471
40-44	7282	7001	14283
45-49	7079	6811	13890
50-54	6500	6474	12974
55-59	5579	5615	11194
60-64	4946	4939	9885
65-69	4625	4709	9334
70-74	3626	3932	7558
75-79	2976	3431	6407
80-84	1835	2407	4242
85-89	985	1536	2521
90-94	353	690	1043
95+	72	205	277
	79962	80406	160368

Elaborazione Area PCC (Fonte dati Demo Istat al 01.01.2016)

Dichiarazione sulla coerenza dei dati esposti con i modelli ministeriali di rilevazione flussi:

MODELLO FLS 11 ANNO 2016	I dati sulla popolazione assistita e sulla sua scomposizione per fasce di età non sono coerenti con quelli esposti nel quadro G del modello FLS 11. I dati ISTAT (popolazione residente al 01/01/2016) registrano 160.368 abitanti mentre i dati del modello FLS 11 registrano al 31/12/2016 149.673 assistiti.
-----------------------------	--

Piramide dell'età territorio di competenza Asl n.2 Olbia



Elaborazione Area PCC (Fonte dati Demo Istat al 01.01.2016)

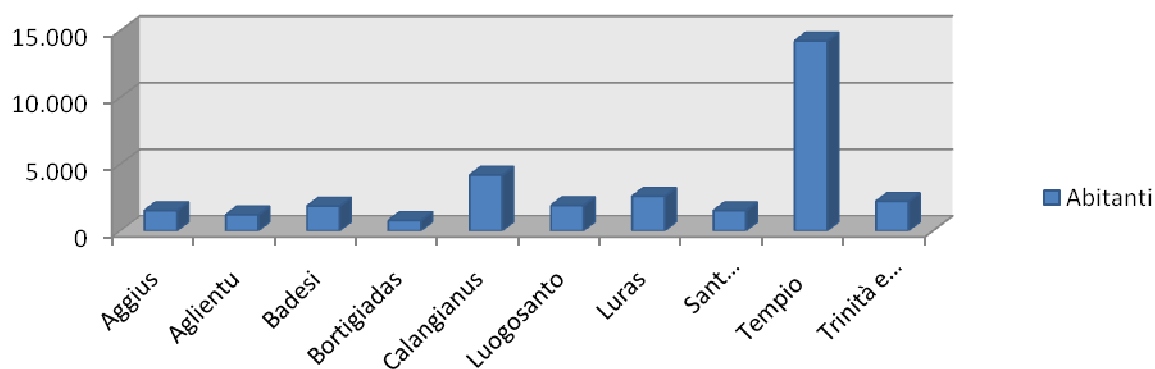
La piramide dell'età rappresenta graficamente la ripartizione della popolazione residente nel territorio della Gallura. La fascia maggiormente rappresentata in tutti i comuni è sicuramente la classe centrale di popolazione con età compresa tra 29 e 64 anni, particolarmente consistente nei centri della costa ad alta densità di popolazione. Le classi di età oltre i 65 anni sono rappresentate soprattutto nei comuni dell'interno, in cui il valore risulta essere molto elevato se confrontato con le altre classi di età. I comuni dell'interno vivono non solo un progressivo spopolamento ma anche un forte invecchiamento della struttura demografica.

2.2 Dati di sintesi e struttura della popolazione

L'ambito territoriale della Azienda Sanitaria Locale N° 2 di Olbia, coincide con quello della Provincia di Olbia-Tempio ed è articolata in due Distretti Sanitari: Distretto di Olbia e Distretto di Tempio Pausania.

La popolazione residente nel **Distretto Sanitario di Tempio Pausania** è risultata, ultimi dati ISTAT del 2016, pari a **31.979 unità**, che rappresenta quasi il **20%** della popolazione.

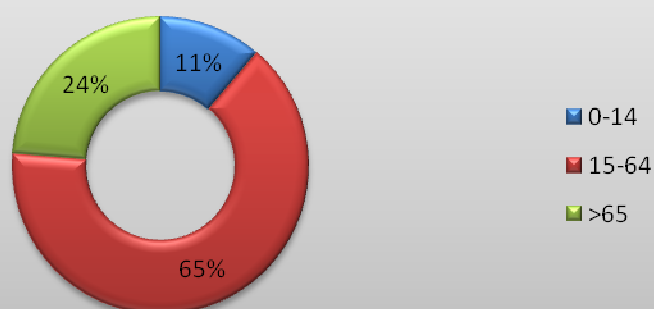
Distretto Socio Sanitario di Tempio Pausania



Elaborazione Area PCC (Fonte dati Demo Istat al 01.01.2016)

I dati ISTAT evidenziano che la percentuale di anziani, cioè di persone di età uguale o superiore a 65 anni, presenti nel distretto di Tempio è del **24%**.

Distribuzione per fasce d'età



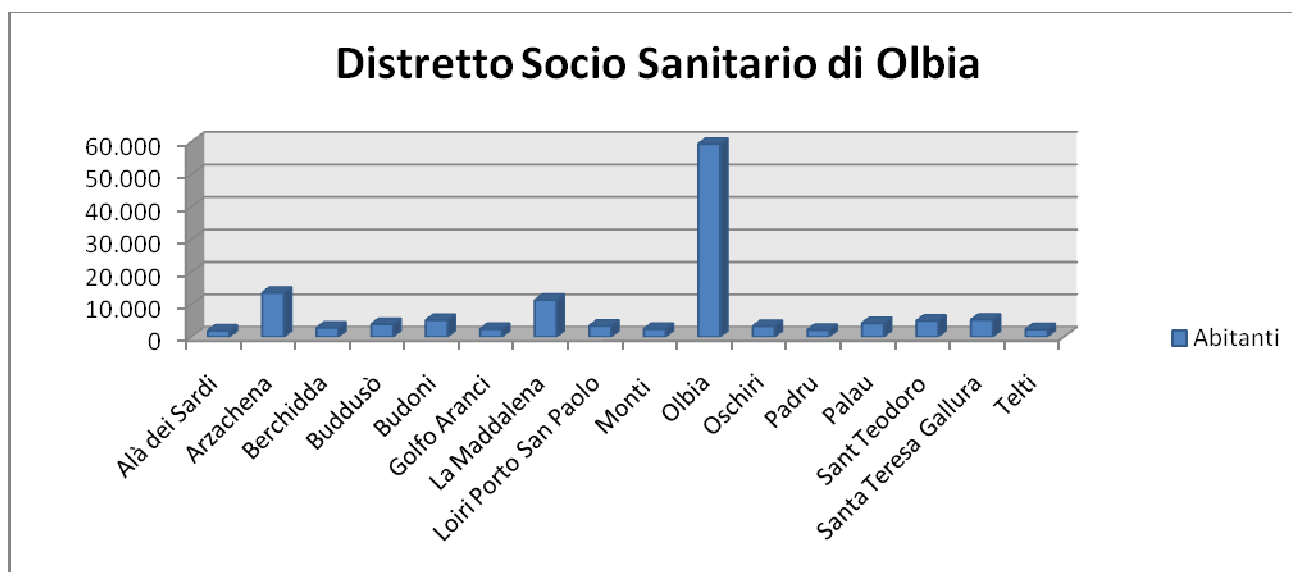
Distretto Socio San. Tempio Pausania

Classi d'età	Totale
0-14	3.596
15-65	20.811
> 65	7.572
Totale	31.979 ab.

Elaborazione Area PCC (Fonte dati Demo Istat al 01.01.2016)

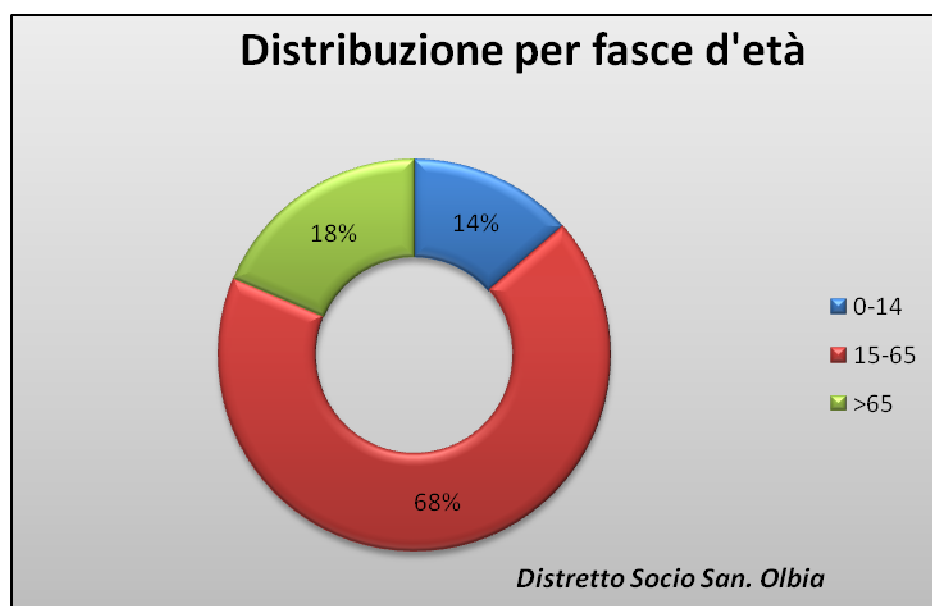
Il Distretto di Tempio Pausania è più "vecchio" rispetto a quello di Olbia, un simile contesto non può che generare una domanda per le malattie croniche degenerative che deve essere adeguatamente governato a livello territoriale con l'obiettivo di promuovere l'integrazione dei processi di cura e la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, garantendo un processo di progressiva riduzione dell'assistenza ospedaliera di tipo tradizionale finalizzata, a ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, a contenere i ricoveri inappropriati e a ridurre il consumo di prestazioni specialistiche non coerenti con i percorsi diagnostici terapeutici .

La popolazione residente nel **Distretto Sanitario di Olbia** è risultata pari a **128.389 unità**, che rappresenta circa **l'80%** della popolazione dell'intera provincia.



I dati ISTAT 2016 evidenziano una scarsa numerosità degli anziani nella popolazione residente ed un'alta numerosità delle classi di età più giovane (fino a 35-39 anni).

La percentuale di anziani, cioè di persone di età uguale o superiore a 65 anni, presenti nel Distretto è infatti del **18.5%**.



Classi d'età	Totale
0-14	17.543
15-65	87.036
> 65	23.810
Totale	128.389 ab.

Elaborazione Area PCC (Fonte dati Demo Istat al 01.01.2016)

Il Distretto di Olbia è relativamente più giovane con una tendenza che v' consolidandosi ad assorbire residenti dalle altre province sarde ma anche del resto d'Italia, si caratterizza infatti come territorio ad alta dinamicità demografica; fenomeno messo in evidenza sia da una elevata natalità che da una massiccia presenza di immigrati extracomunitari.

In tale contesto il fattore natalità e immigrazione diventano pertanto determinanti nell'incrementare l'attività del presidio Ospedaliero in particolare per i reparti di ginecologia e

ostetricia, pediatria e pronto soccorso. Il contesto in cui opera l'azienda ASL 2 è caratterizzato da una pluralità di bisogni e da rapidi mutamenti della struttura socio-demografica che comportano perciò una gestione improntata alla ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi.

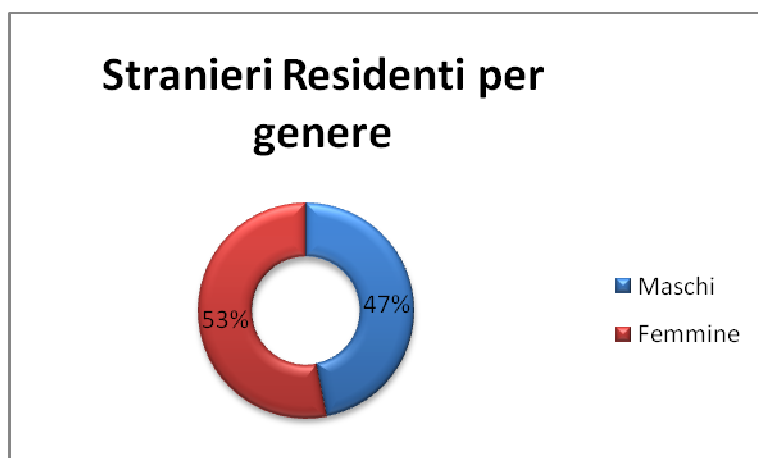
Tuttavia nell'ultimo triennio il persistere delle criticità economiche nazionali e internazionali hanno determinato una tendenza alla riduzione dei flussi migratori e delle presenze turistiche stagionali.

Saldo Naturale		Saldo Migratorio
Italia	-161.789	+31.730
Sardegna	-5.546	+298
ASL n.2	-125	+543

Tasso di Natalità		Tasso di Mortalità
Italia	8,3	9,8
Sardegna	6,9	9,3
ASL n.2	8,1	7,7

2.3 La Componente Straniera

Una componente importante del saldo migratorio è quella dei cittadini stranieri che rappresentano, a livello provinciale, il 7,4% dei residenti complessivi. Il dato assume particolare rilievo se si pone a confronto con altre realtà geografiche: Italia 8,3%, Sardegna 2,9%. I valori riferiti al territorio di competenza della ASL n.2 di Olbia sono solo di poco inferiori a quelli nazionali, risultano essere di molto superiori alla media regionale. Si riscontra una disomogenea distribuzione nel territorio dei cittadini con cittadinanza straniera che tendono a concentrarsi in prevalenza nei comuni costieri. La composizione della popolazione in Gallura è stata oggetto negli ultimi anni di profonde trasformazioni, la principale di queste è l'immissione di fasce di popolazione provenienti da contesti culturali e linguistici diversi.



Elaborazione Area PCC (Fonte dati Demo Istat al 01.01.2016)

2.4 Il modello organizzativo

La ASL 2 di Olbia adotta il seguente modello organizzativo che prevede le seguenti strutture:

A) strutture di staff e di supporto alla Direzione Aziendale

- strutture e funzioni di staff
- strutture e funzioni amministrative e tecniche, organizzate in un Dipartimento funzionale

B) strutture della linea intermedia

- direzioni mediche dei Presidi Ospedalieri di Olbia e Tempio Pausania
- direzioni dei distretti di Olbia e Tempio Pausania
- struttura complessa aziendale di farmaco-economia e farmaco-vigilanza

C) strutture della linea operativa

- Presidi e Dipartimenti Ospedalieri
- Dipartimenti Territoriali
- Distretti

L'articolazione della linea operativa tiene conto dell'articolazione in livelli assistenziali:

- ✓ Assistenza Ospedaliera
- ✓ Assistenza Sanitaria Collettiva
- ✓ Assistenza Distrettuale.

L'assetto organizzativo è di tipo dipartimentale è il dipartimento, ai sensi dell'art. 9 della L.R. 10/2006, è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda.

L'Azienda individua le competenze, proprie o delegate, attribuite ai Direttori di Dipartimento ed agli altri Direttori di struttura complessa.

L'organigramma, di seguito esposto, mette in risalto il modello organizzativo adottato dall'azienda, ed evidenzia:

- *la direzione strategica* che è il vertice aziendale che svolge le attività finalizzate alla pianificazione, alla programmazione e alle decisioni di alta amministrazione;
- *la tecnostruttura* che è rappresentata dallo staff della direzione generale e svolge attività di supporto alle attività di programmazione e controllo;
- *il dipartimento amministrativo* che svolge un importante ruolo di supporto a tutte le attività svolte dall'azienda;
- *la linea intermedia* che è rappresentata dalle direzioni di distretto e di presidio ossia il middle management;
- *la linea operativa* che è rappresentata dal complesso delle attività sanitarie articolate in livelli assistenziali.

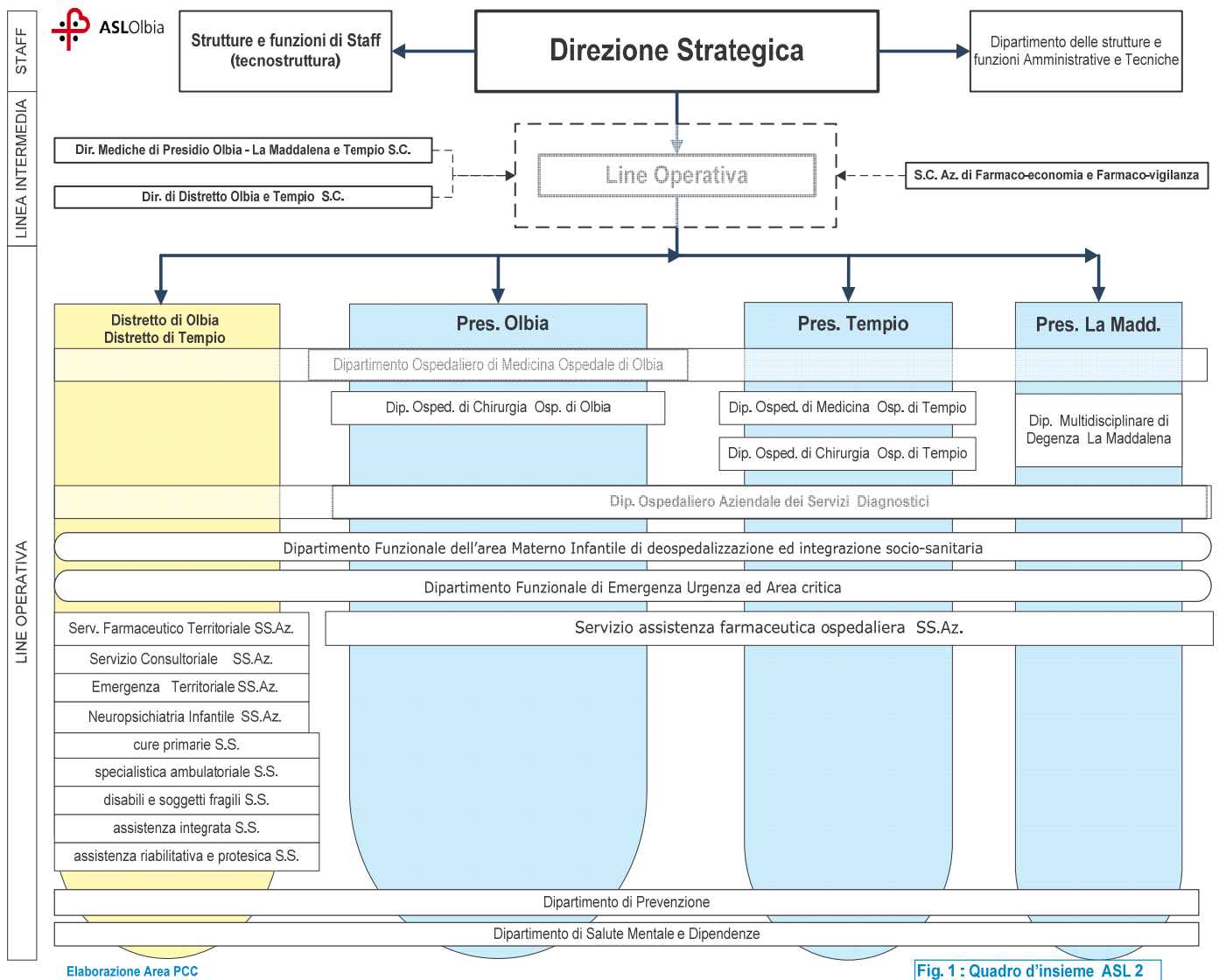


Fig. 1 : Quadro d'insieme ASL 2

3. Organizzazione dei servizi

3.1 Assistenza ospedaliera

3.1.1 Stato dell'arte

L'azienda opera mediante 3 presidi a gestione diretta, il P.O. Giovanni Paolo II ad Olbia, il P.O. Paolo Dettori a Tempio e il P.O. Paolo Merlo a La Maddalena.

I posti letto direttamente gestiti sono pari a 355 unità, e non ci posti letto convenzionati.

Si riporta di seguito la tabella contenente le strutture a gestione diretta, le relative discipline e i posti letto.

Codice Struttura	Struttura	Codice Disciplina	Disciplina	Degenza Ordinaria	Day Hospital	Day Surgery
200006	P.O. PAOLO DETTORI - TEMPIO P.	9	Chirurgia generale	21	4	0
200006	P.O. PAOLO DETTORI - TEMPIO P.	26	Medicina generale	53	2	0
200006	P.O. PAOLO DETTORI - TEMPIO P.	36	Ortopedia e traumatologia	13	2	0
200006	P.O. PAOLO DETTORI - TEMPIO P.	37	Ostetricia e Ginecologia	19	1	0
200006	P.O. PAOLO DETTORI - TEMPIO P.	38	Otorinolaringoiatria	14	1	0
200006	P.O. PAOLO DETTORI - TEMPIO P.	39	Pediatria	9	1	0
200006	P.O. PAOLO DETTORI - TEMPIO P.	64	Oncologia	0	1	0
200011	P.O. PAOLO MERLO LA MADDALENA	26	Medicina generale	23	1	0
200011	P.O. PAOLO MERLO LA MADDALENA	37	Ostetricia e Ginecologia	4	1	0
200011	P.O. PAOLO MERLO LA MADDALENA	39	Pediatria	3	1	0
200011	P.O. PAOLO MERLO LA MADDALENA	64	Oncologia	0	2	0
200012	P.O. GIOVANNI PAOLO II OLBIA	9	Chirurgia generale	30	2	0
200012	P.O. GIOVANNI PAOLO II OLBIA	26	Medicina generale	53	1	0
200012	P.O. GIOVANNI PAOLO II OLBIA	34	Oculistica	0	2	0
200012	P.O. GIOVANNI PAOLO II OLBIA	36	Ortopedia e traumatologia	26	2	0
200012	P.O. GIOVANNI PAOLO II OLBIA	37	Ostetricia e Ginecologia	28	3	0
200012	P.O. GIOVANNI PAOLO II OLBIA	39	Pediatria	10	1	0
200012	P.O. GIOVANNI PAOLO II OLBIA	40	Psichiatria	6	0	0
200012	P.O. GIOVANNI PAOLO II OLBIA	49	Terapia intensiva	4	0	0
200012	P.O. GIOVANNI PAOLO II OLBIA	50	Unità coronarica	7	1	0
200012	P.O. GIOVANNI PAOLO II OLBIA	64	Oncologia	0	3	0

Il Modello HSP 11 è coerente con i dati sopra esposti per quanto concerne le strutture pubbliche.

Il Modello HSP 12 è coerente con i dati sopra esposti.

Con riferimento all'accreditamento si evidenzia che:

Per il *Presidio ospedaliero Giovanni Paolo II di Olbia*, sono state inoltrate alla RAS le istanze di accreditamento relative a tutte le strutture. Allo stato attuale il procedimento di Accreditamento non è ancora concluso, e più specificatamente si evidenzia che il Centro

Trasfusione unitamente al Mezzo mobile di raccolta è stato accreditato temporaneamente con determinazione della RAS n° 684 del 30.6.2015; le strutture di Chirurgia Generale e Endoscopia, Ortopedia/Traumatologia, Ostetricia/Ginecologia, Pediatria/Nido, Medicina Generale, Utic, SPDC, Farmacia Ospedaliera, Anestesia/Rianimazione, Radiologia, Laboratorio Analisi, Pronto Soccorso, Blocco operatorio, gli Ambienti comuni del presidio con le attività di Polizia mortuaria e Poliambulatorio ospedaliero, afferenti alla DMP sono state sottoposte ad audit dal gruppo di verifica RAS ma non sono ancora accreditate, per la presenza di non conformità; successivamente nel mese di novembre 2016 è stata effettuata un'ulteriore visita di verifica, seguita da integrazione documentale come evidenza di risoluzione di non conformità, ma allo stato attuale si è ancora in attesa di un riscontro da parte del servizio competente dell'assessorato.

le strutture e i Servizi ancora da verificare sono: Oncologia, Neurologia, Nefrologia/Dialisi, Angiografia e radiologia interventistica, RMN 1 Tesla, Anatomia Patologica (di quest'ultima è stato acquisito il parere favorevole di compatibilità nel giugno 2016, e nel mese di dicembre è stata inoltrata istanza di accreditamento e si rimane in attesa di verifica da parte della RAS pertanto il percorso procedimentale è in itinere).

Per il *Presidio Paolo Dettori di Tempio* allo stato attuale, risulta Accreditato temporaneamente il Servizio Trasfusionale con i mezzi mobili di raccolta e inoltrata soltanto l'istanza relativa alla TC 32 strati, di recente installazione. Le restanti strutture a suo tempo, non rispondevano ai requisiti strutturali di accreditamento.

Per il Presidio Paolo Merlo di La Maddalena l'unica struttura Accreditata con Determinazione della RAS n.10 del 16.01.15, è il Centro di Medicina Iperbarica.

3.1.2 Obiettivi dell'esercizio

Nel livello di assistenza ospedaliera l'orientamento aziendale è rivolto alla riorganizzazione della rete dell'offerta di prestazioni ospedaliere con l'obiettivo prioritario di aumentare la quantità e la qualità delle prestazioni ospedaliere, di ridurre la mobilità passiva per le patologie non di alta complessità e di migliorare l'appropriatezza.

L'appropriatezza rimane un obiettivo costante ed in continua evoluzione, identificandosi con la maggior parte degli obiettivi della qualità di un sistema sanitario, in rapporto al mutamento del quadro epidemiologico, delle scoperte scientifiche e tecnologiche e della situazione economica e politica. La ASL 2 focalizza la propria attenzione al miglioramento dei due tradizionali ambiti di appropriatezza, ossia quello clinico e organizzativo. Nell'ambito clinico ispirando la propria attività ad un modello gestionale e organizzativo di *Clinical Governance* creando una strategia integrata che metta in relazione e crei sinergia tra gli aspetti clinici, gestionali ed economici; con l'obiettivo di garantire il contenimento dei costi con un'efficiente gestione ma con la garanzia del perseguimento della qualità, efficacia e sicurezza delle prestazioni. Nell'ambito organizzativo la ASL 2 si è impegnata, prioritariamente, in una riprogettazione organizzativa assistenziale, finalizzata allo sviluppo graduale di risposte che privilegino altri livelli

assistenziali sia presso l'ospedale, come il Day Service, i Percorsi Diagnostici Terapeutici ecc., sia in sede territoriale con le strutture residenziali e semiresidenziali, ed, infine prediligendo il domicilio del paziente con l'attivazione delle cure domiciliari di complessità appropriata al bisogno espresso.

La caratterizzazione delle nuove patologie ed il prolungamento dell'età media non permettono di esaurire il bisogno di assistenza all'interno dell'ospedale per acuti. Perciò si rende necessario affrontare in modo nuovo e qualificato le esigenze che derivano dalle condizioni di cronicità, poli-patologia e di disabilità, destinate ad aumentare progressivamente nei prossimi anni. Per far fronte a tale complessità di bisogni e a questi trend epidemiologici l'azienda si è spinta verso approcci pluridisciplinari e forme di integrazione orizzontali (all'interno degli stessi livelli) e verticali (tra i diversi livelli assistenziali: strutture ospedaliere e territoriali) con lo sviluppo di **Reti Assistenziali** soprattutto per il trattamento integrato delle *patologie croniche* (diabete, scompenso cardiaco e assistenza domiciliare oncologica) in modo tale da garantire:

- la continuità e la qualità dell'assistenza nel lungo periodo,
- l'appropriatezza dei regimi assistenziali offerti,
- il decentramento della risposta, che favorisca il permanere del soggetto nel proprio contesto sociale;
- l'integrazione socio-sanitaria.

Le reti sono funzionali al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema ma più di ogni altra cosa il loro affermarsi non costituisce soltanto un'opportunità di innovazione culturale e professionale ma rappresenta soprattutto un campo di sfida storica delle politiche sanitarie del prossimo futuro. In particolare, l'aumento dell'incidenza delle patologie cronico degenerative rende sempre più necessaria l'individuazione di modalità innovative di supporto assistenziale, attraverso le quali rispondere in modo efficace ai bisogni di salute della popolazione di riferimento. In realtà, all'interno del concetto di patologia cronica afferiscono, molteplici aspetti per i quali si rende necessaria una risposta complessiva ed integrata ai bisogni del paziente, che sono di natura sanitaria, socio-sanitaria ed assistenziale. In questo senso, il territorio diventa l'ambito elettivo di intervento per la gestione delle cronicità, nella misura in cui l'assistenza territoriale consente al paziente, da un lato, di ricevere l'assistenza di cui necessita, rimanendo nel proprio ambiente e mantenendo le proprie abitudini quotidiane, e dall'altro, consente una riduzione del tasso di ospedalizzazione.

3.2 Assistenza Territoriale

3.2.1 Stato dell'arte

L'assistenza territoriale viene garantita nell'ASLdi Olbia tramite l'organizzazione del territorio in due Distretti socio-sanitari e nei dipartimenti di salute mentale e di prevenzione, come di seguito elencati:

- Distretto di Olbia

- Distretto di Tempio Pausania
- Dipartimento di Salute Mentale
- Dipartimento di Prevenzione

L'offerta delle prestazioni e dei servizi è peculiare in ciascun ambito distrettuale in relazione alle caratteristiche geomorfologiche del territorio, della situazione demografica e del raggruppamento dei comuni nel distretto.

L'azienda opera mediante n° 32 strutture a gestione diretta e n° 33 strutture convenzionate.

La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle.

Per le strutture a gestione diretta

Tipo di Struttura	Tipo Assistenza											
	Attività clinica	Diagnostic a strumentale e per immagini	attività di laboratorio	attività di consultorio familiare	Assistenza a psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza a AIDS	Assistenza a idrotermale	Assistenza a agli anziani	Assistenza a ai disabili fisici	Assistenza a ai disabili psichici	Assistenza a ai malati terminali
Ambulatorio Laboratorio	14			3	1	2				2	2	
Struttura residenziale					2							
Struttura semi residenziale					2							
Altro tipo di struttura	3											1

Per le strutture convenzionate

Tipo di Struttura	Tipo Assistenza											
	Attività clinica	Diagnostic a strumentale e per immagini	attività di laboratorio	attività di consultorio familiare	Assistenza a psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza a AIDS	Assistenza a idrotermale	Assistenza a agli anziani	Assistenza a ai disabili fisici	Assistenza a ai disabili psichici	Assistenza a ai malati terminali
Ambulatorio Laboratorio		1	5		1					5		
Struttura residenziale						1			4	5	8	1
Struttura semi residenziale										2		
Medico singolo												

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art. 26, L. n. 833/1978 sono sette con quali l'azienda intrattiene rapporti contrattuali nel rispetto dei tetti di spesa stabiliti dalla RAS.

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante n°112 medici di base e n° 21 pediatri di libera scelta, che assistono complessivamente una popolazione degli assistibili pari a 147.641 unità.

Dichiarazione di coerenza dei dati esposti con i modelli ministeriali di rilevazione dei flussi

MODELLO FLS 12 ANNO 2016	I dati esposti relativi ai medici di base e pediatri sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai quadri E e F del Modello FLS 12.
-----------------------------	--

Con riferimento all'accreditamento delle strutture territoriali si evidenzia che rimangono in attesa di riscontro da parte del Servizio competente dell'Assessorato:

- **Servizio di Assistenza Riabilitativa e Protesica** (*inviata documentazione integrativa*)
- **Struttura polifunzionale di "Padule" La Maddalena** (*inviata documentazione integrativa*)

In attesa della documentazione integrativa per la risoluzione delle non conformità:

- **Struttura polifunzionale di Buddusò**
- **Ambulatorio di Oculistica Laser procedimento decaduto per requisiti organizzativi non soddisfatti**
- **Servizio aziendale di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, procedimento decaduto per requisiti organizzativi non soddisfatti.**

Per le Strutture Residenziali Psichiatriche, dopo aver ricevuto il parere favorevole a seguito della richiesta di compatibilità per l'adeguamento secondo la riclassificazione delle strutture (a media ed alta intensità di cura) richiesta dalla normativa vigente, è in corso il progetto di riqualificazione.

Nel mese di dicembre è stata inoltrata richiesta di compatibilità per la realizzazione del Nucleo Hospice, presso la struttura RSA di Tempio, in fase di ultimazione.

3.2.2 Distretto

In considerazione delle caratteristiche geomorfologiche, socio-sanitarie e socio-economiche e della densità di popolazione relativa al territorio dei due Distretti, gli stessi sono organizzati nel modo seguente.

Nel **Distretto di Olbia** sono definite cinque strutture semplici distrettuali:

- servizio delle cure primarie;
- servizio specialistica ambulatoriale;
- servizio assistenza ai disabili e soggetti fragili;
- servizio dell'assistenza integrata;

- servizio dell'assistenza riabilitativa e prestazioni integrative e protesiche;

Nel **Distretto di Tempio** sono definite tre strutture semplici distrettuali:

- servizio delle cure primarie;
- servizio assistenza ai disabili e soggetti fragili;
- servizio dell'assistenza integrata.

3.2.3 Dipartimento di salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale è la struttura operativa dell'azienda preposta alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale e delle dipendenze ed all'organizzazione degli interventi per la tutela e la promozione della salute mentale dei cittadini, e si articola nelle seguenti strutture:

- Centro di salute mentale (CSM);
- Servizio psichiatrico ospedaliero di diagnosi e cura (SPSDC);
- Servizio Dipendenze (SERD);

I servizi operano con équipe composte da operatori con differenti competenze, in grado di intervenire sulla persona in modo globale. Il percorso di osservazione e diagnosi attuato nella fase iniziale, è finalizzato a proporre trattamenti terapeutici-riabilitativi personalizzati, plurispecialisti e flessibili. I trattamenti possono essere ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali. Viene garantita la continuità di cure e la costante verifica dell'efficacia dei percorsi terapeutici.

3.2.4 Obiettivi dell'esercizio

Nel livello di assistenza distrettuale gli obiettivi aziendali sono rivolti essenzialmente al potenziamento dell'integrazione ospedale territorio, ove la centralità del paziente richiede, necessariamente, l'intervento integrativo di strutture socio-assistenziali che, nel medio termine, costituiranno una concreta soluzione all'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

In particolare, l'azione è stata finalizzata al potenziamento delle cure domiciliari integrate in quanto l'assistenza a domicilio, particolarmente per le forme di cronicità, si presenta come alternativa a ricoveri ospedalieri inappropriati e come forma assistenziale da preferire per i vantaggi in termini di qualità della vita del paziente, a cui vanno aggiunti anche benefici economici rispetto a forme di ricovero anche di carattere extraospedaliero. A ciò si aggiunge inoltre il potenziamento e la riorganizzazione dei Servizi Consultoriali e del Servizio di Neuropsichiatria Infantile, e del dipartimento di salute mentale per i quali lo sforzo dell'azienda è indirizzato principalmente ad assicurare la copertura di tutto il territorio aziendale per poter affermare la presa in carico del paziente, e nello specifico la tutela della salute della donna, della famiglia e della età evolutiva, oltretutto l'attività di prevenzione, diagnosi, cura, e riabilitazione dei disturbi neurologici, psicologici e psichiatrici dell'età infantile e dell'età adulta. Pertanto riguardo al Distretto, tutte le azioni programmate a livello aziendale hanno

riguardato la riorganizzazione delle attività territoriali con conseguente riconsiderazione del ruolo. Il Distretto viene così configurato come una macro-struttura aziendale e, al contempo una realtà fortemente legata alla comunità locale e ai luoghi di vita del cittadino. Si è enfatizzata, infatti, la sua funzione come sistema al quale è demandata la responsabilità di governare la domanda (svolgere un ruolo di tutela/committenza; valutare quali servizi per quali bisogni) e di garantire l'assistenza primaria, compresa la continuità assistenziale (ruolo di produzione o di programmazione ed acquisto delle prestazioni).

3.3 Assistenza sanitaria collettiva

3.3.1 Stato dell'arte

La ASL di Olbia, attraverso il dipartimento di prevenzione, assicura la tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi agli ambienti di vita; è una macrostruttura articolata in più strutture complesse e semplici dipartimentali, individuate dall'atto aziendale e così come di seguito riportate:

Funzioni mediche:

- Igiene e sanità pubblica (struttura complessa);
- Igiene degli alimenti e della nutrizione (struttura semplice a valenza dipartimentale);
- Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (struttura complessa);

Funzioni veterinarie:

- Sanità animale (struttura complessa);
- Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (struttura complessa);
- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (struttura semplice a valenza dipartimentale);

L'area dell'assistenza collettiva, comprende inoltre le seguenti funzioni aggregate alla unità operativa di Igiene e sanità pubblica, e svolte in maniera integrata nell'ambito dipartimentale e aziendale:

- Medicina legale;
- Integrazione salute e ambiente.

Di seguito si riporta la distribuzione sul territorio dei servizi sopra citati.

AREA A - SANITA' ANIMALE:

Olbia;Palau;La Maddalena; S.Teresa di Gallura; Arzachena; Luogosanto; Bassacutena; Aggius; Buddusò; Berchidda;Oschiri;Monti;Telti;Padru;Alà dei Sardi; Budoni/S.Teodoro; Trinità D'Agultu/Badesi; Calangianus/Luras; Aglientu; Loiri Porto S.Paolo; Bortigiadas; Luras; S.Antonio di G.

AREA B - IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE -SIAOA:

Olbia; Tempio; Aggius; Berchidda; Alà dei Sardi; Arzachena; Palau; Oschiri; Padru;La Maddalena.

AREA C-IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE- SIAPZ:

Olbia; Tempio; Aggius; Monti; Berchidda; Budoni; Arzachena; Oschiri.

SERVIZIO DI IGIENE PUBBLICA -SISP:

Olbia; Palau; La Maddalena; S.Teresa di Gallura; Arzachena; Luogosanto; Buddusò; Berchidda; Oschiri; Monti;Telti; Golfo Aranci; Padru; Alà dei Sardi; Budoni/S.Teodoro; Tempio P.; Trinità d'Agultu e Badesi, Palau; Aggius; Aglientu; Calangianus; Luras.

SCREENING:

Olbia;La Maddalena; S.Teresa di G.; Arzachena; Buddusò; Berchidda; Budoni/S.Teodoro;Calangianus

SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE –SIAN:

Olbia; Tempio P.

SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO -SPRESAL:

Olbia; Tempio P.

3.3.2 Obiettivi dell'esercizio

Nel livello di assistenza collettiva si è fatto proprio il concetto di rete di prevenzione espresso dal Piano di prevenzione regionale, atteso, che la salute delle persone è largamente influenzata da fattori estranei al sistema sanitario quali i determinanti sociali, economici, comportamentali ed ambientali.

Tenuto conto che è ormai evidente che la prevenzione esclusivamente sanitaria non è sufficiente, è necessario costruire una cultura condivisa in un sistema di rete in cui la "salute" diviene preoccupazione globale del Paese e non solo del sistema sanitario. Tuttavia l'approccio intersettoriale, deve integrarsi con il consolidamento di un sistema fondato sulla comunicazione e sulla partecipazione dei professionisti della salute, che pur appartenenti ad unità operative diverse o a diversi livelli gestionali del SSN, concorrono al raggiungimento di obiettivi comuni, attraverso l'elaborazione ed attuazione di percorsi clinico-assistenziali condivisi tra territorio ed ospedale ed attraverso l'attivazione di reti integrate tra prevenzione, assistenza di base (MMG PLS), servizi distrettuali, specialistica territoriale, assistenza ospedaliera, al fine di poter garantire l'appropriatezza, e assicurare il coordinamento e la continuità dell'assistenza sanitaria.

La promozione della salute si realizza perciò sia in ambito individuale che collettivo, tramite interventi finalizzati a modificare i comportamenti soggettivi, ad esempio promuovendo l'adozione di stili di vita e, a livello della collettività, migliorando i contesti e le condizioni di vita rilevanti ai fini della salute. In quest'ambito l'intento dell'azienda ASL 2 è stato di caratterizzare la propria attività dedicando un ruolo di rilievo alle campagne di screening per la prevenzione dei tumori; alla promozione di progetti riguardanti l'educazione alimentare e la prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare; alla promozione di una azione di prevenzione per la

tutela dell'ambiente e della sicurezza nei posti di lavoro nei comparti edile, chimico, agricolo e portuale-marittimo; al potenziamento del servizio veterinario e del servizio di medicina legale. Complessivamente le linee operative aziendali sono state orientate allo sviluppo di modelli organizzativi che attribuiscono risorse appropriate alle strutture dipartimentali, in modo da garantire una condizione di flessibilità organizzativa in grado di soddisfare continuamente le esigenze assistenziali sanitarie, garantendo trasversalmente la crescita culturale e professionale del personale, l'integrazione delle professionalità e l'accrescimento del senso di identità e appartenenza all'azienda.

4. Attività del periodo

4.1 Assistenza ospedaliera

4.1.1 Confronto dati di attività di ricovero in regime ordinario e day hospital dell'esercizio

Riguardo all'attività di ricovero ordinario, si evidenzia una lieve riduzione del numero dei ricoveri ordinarichirurgici rispetto al 2015. Si rileva inoltre un incremento nella % di attrattività sia extra-Regione (+6%) che intra-regione (+7%).

ATTIVITA' DI RICOVERO ASL N°2 OLBIA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 - 2015
ORDINARIO	POSTI LETTO	302	302	302	0%
ORDINARIO	DRG MEDICI	7.702	7.636	7.805	1%
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	3.797	3.824	4.008	-1%
ORDINARIO	% DRG CHIRURGICI	33,00%	33,37%	33,93%	-1%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	8,41%	7,97%	7,28%	6%
ORDINARIO	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	11,93%	11,20%	11,24%	7%
ORDINARIO	GG DEGENZA	84.477	82.893	85.154	2%
ORDINARIO	DEGENZA MEDIA	7,3	7,2	7,2	1%
ORDINARIO	PUNTI DRG	13.658	13.097	13.327	4%
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,19	1,14	1,13	4%
ORDINARIO	TASSO OCCUPAZIONE POSTI LETTO	76,64%	75,20%	77,25%	2%
ORDINARIO	% DRG "LEA" NON APPROPRIATI (all. B Patto della salute)	37,87%	37,31%	35,40%	2%
ORDINARIO	% DRG "LEA" APPROPRIATI CH (all. B Patto della salute)	55,62%	53,56%	48,86%	4%

In relazione al peso medio dei DRG, a livello aziendale, si evidenzia complessivamente un lieve aumento passando da un valore di 1,14 del 2015 ad un valore pari a 1,19 del 2016; da un'analisi più dettagliata tale aumento è ascrivibile soprattutto al presidio di Olbia, il quale registra nel 2016 un valore pari a 1,27 rispetto al valore di 1,22 del 2015; anche il Presidio di

Tempio e di La Maddalena registrano nel 2016 lievi incrementi di valore raggiungendo rispettivamente 1,03 contro 1,02 del 2015 e 1,13 contro 1,02 del 2015. Preme evidenziare che l'indicatore va interpretato come segno di una maggior selezione della casistica e del passaggio di prestazioni precedentemente erogate in regime ordinario al regime ambulatoriale e di DH, si sottolinea comunque che l'analisi dell'indicatore per UU.OO, consente una lettura più approfondita e accurata in relazione alla casistica trattata. Questo dato costituisce, infatti, il segno di un'attenzione al miglioramento della appropriatezza.

Con riferimento alle gg. di degenza, nell'anno 2016 si è registrato un incremento delle gg. di degenza in ricovero ordinario con degenza media pari a 7,3 giorni contro i 7,2 giorni del 2015.

Per quanto attiene al Tasso di occupazione dei posti letto, quest'ultimo è aumentato nel Presidio di Olbia passando da 91,47 del 2015 a 94,11 nel 2016 e nel Presidio di Tempio passando da 58,26 del 2015 a 58,37 del 2016, mentre si registra un decremento nel Presidio di La Maddalena il quale passa da 47,22 del 2015 a 46,85 del 2016.

ASL 2 OLBIA				
TASSO DI OCCUPAZIONE LETTI ORDINARI	2016	2015	2014	DELTA 2016 -2015
ASL 2 OLBIA	76,64%	75,20%	77,25%	1,91%
PRESIDIO GIOVANNI PAOLO II DI OLBIA	94,11%	91,47%	91,56%	2,89%
PRESIDIO PAOLO DETTORI TEMPPIO	58,37%	58,26%	63,70%	0,19%
PRESIDIO PAOLO MERLO LA MADDALENA	46,85%	47,22%	47,83%	-0,78%

Con riferimento all'attività di ricovero nei diversi presidi aziendali, si osserva una riduzione dei DRG chirurgici del 7,5% nel presidio di Tempio, di circa il 25% nel presidio di La Maddalena e un incremento di circa il 4% nel presidio di Olbia.

Si rileva inoltre un incremento dei DRG medici rispetto al 2015 come segue: presidio di Olbia +2,45%, presidio di Tempio +1,36%, mentre il presidio di La Maddalena registra un decremento pari a -10,83%.

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO PO GIOVANNI PAOLO II OLBIA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 - 2015
ORDINARIO	POSTI LETTO	164	164	164	0,00%
ORDINARIO	DRG MEDICI	4.884	4.767	4.815	2,45%
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	2.399	2.305	2.343	4,08%
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,27	1,22	1,2	4,10%

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO PO PAOLO DETTORI TEMPPIO					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 - 2015
ORDINARIO	POSTI LETTO	108	108	108	0,00%
ORDINARIO	DRG MEDICI	2.159	2.130	2.253	1,36%

ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	1.369	1.480	1.621	-7,50%
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,03	1,02	1,02	0,98%

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO PO PAOLO MERLO LA MADDALENA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 - 2015
ORDINARIO	POSTI LETTO	30	30	30	0,00%
ORDINARIO	DRG MEDICI	659	739	737	-10,83%
ORDINARIO	DRG CHIRURGICI	29	39	44	-25,64%
ORDINARIO	PESO MEDIO	1,13	1,02	1,04	10,78%

Altro dato rilevante è la riduzione dei cosiddetti Ricoveri Brevi, questa tendenza è positiva, poiché questi ricoveri sono presumibilmente inappropriati in regime di ricovero ordinario, questo fenomeno è più marcato nel presidio di La Maddalena dove la riduzione rispetto al 2015 è pari al -16%, mentre nei presidi di Olbia e Tempio la riduzione è pari rispettivamente al -10%, e -8%. Nel presidio di La Maddalena si registra la performance migliore con un valore pari al 16% inferiore al target dell'indicatore pari al 17%.

ASL OLBIA		TARGET	2016	2015	2014
Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100	17%	33,23%	36,58%	38,24%

PRESIDIO OSPEDALIERO DI			TARGET	2016	2015	2014
Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100	OLBIA	17%	28%	31,30%	32,73%
		TEMPIO		50%	54,51%	56,15%
		LA MADDALENA		16%	18,94%	19,54%

Con riferimento all'attività di ricovero in Day Hospital si evidenzia una riduzione del 20,11% dei ricoveri in DH con DRG medico e un decremento dell'1,39% per i ricoveri in DH con DRG chirurgico. Con riferimento agli altri parametri si osserva un lieve decremento del peso medio.

ATTIVITA' DI RICOVERO ASL N°2 OLBIA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 -2015
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	32	32	32	0,00%
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	1.287	1.611	1.949	-20,11%

DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	1.345	1.364	1.265	-1,39%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	2,74%	2,62%	2,77%	4,58%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	14,25%	11,73%	12,10%	21,48%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	1.807	2.148	2.323	-15,88%
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,69	0,72	0,72	-4,17%

Riguardo ai ricoveri in Day hospital le differenze tra presidi sono estremamente rilevanti, poiché vi è una diminuzione dei ricoveri in DH con DRG medico del -17,21% nel Presidio di Olbia e un lievissimo aumento dei ricoveri con DRG chirurgico pari allo 0,22%; anche il presidio di Tempio registra un decremento dei ricoveri in DH con DRG medico pari al 31,10% e del 4,14% di quelli con DRG chirurgico; con riferimento invece al presidio di la Maddalena si evidenzia la riduzione dei ricoveri con DRG medico del 20,23% e di quelli con DRG chirurgico pari al 14,81%.

ATTIVITA' DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL PO. GIOVANNI PAOLO II DI OLBIA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 -2015
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	15	15	15	0,00%
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	943	1.139	1.525	-17,21%
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	928	926	843	0,22%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	3,10%	2,86%	3,00%	8,39%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	12,88%	10,61%	11,36%	21,39%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	1250	1.474	1.662	-15,20%
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,67	0,71	0,7	-5,63%

ATTIVITA' DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL PO. PAOLO DETTORI DI TEMPIO					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 -2015
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	12	12	12	0,00%
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	206	299	224	-31,10%
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	394	411	397	-4,14%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	1,33%	1,83%	0,64%	-27,32%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	21,50%	17,61%	18,52%	22,09%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	417	504	464	-17,26%
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,70	0,71	0,75	-1,41%

ATTIVITA' DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL PO. PAOLO MERLO DI LA MADDALENA					
REGIME RICOVERO	INDICATORE	2016	2015	2014	DELTA 2016 -2015
DAY HOSPITAL	POSTI LETTO	5	5	5	0,00%
DAY HOSPITAL	DRG MEDICI	138	173	200	-20,23%
DAY HOSPITAL	DRG CHIRURGICI	23	27	25	-14,81%
DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' EXTRA REGIONE	3,73%	3,00%	6,22%	24,33%

DAY HOSPITAL	% DI ATTRATTIVITA' INTRA REGIONE	3,11%	2,50%	2,22%	24,40%
DAY HOSPITAL	PUNTI DRG	139	170	197	-18,24%
DAY HOSPITAL	PESO MEDIO	0,86	0,85	0,87	1,18%

4.1.2 Obiettivi di attività dell'esercizio

Con riferimento agli obiettivi e agli indicatori di attività, l'azienda ha focalizzato l'attenzione sugli indicatori di Efficienza gestionale e organizzativa, i quali sono finalizzati a misurare l'appropriatezza dei percorsi assistenziali nel dare risposte adeguate e tempestive al bisogno di salute nella fase di prevenzione e cura; rispetto a questi indicatori, complessivamente, si conferma il trend rispetto agli standard previsti ma soprattutto a quelle che sono le medie regionali e interregionali di tutte le altre aziende sanitarie; tuttavia preme mettere in risalto un lieve peggioramento rispetto al 2015 e al 2014 per l'indicatore relativo alla *Riduzione della percentuale di ricoveri diurni medici confinalità diagnostica*, rispetto allo standard del 23%; l'indicatore *Riduzione dei ricoveri ordinari medici brevi* rileva un valore pari al 33% con sostanziale miglioramento rispetto al 2015 (-9%) ma ancora lontano rispetto allo standard del 17%, si tratta infatti di quei ricoveri medici (0-1-2 giorni) evitabili, realizzati nei contesti in cui l'ospedale rappresenta ancora l'unica risposta accessibile al cittadino, pertanto sono ricoveri da ridurre nella misura in cui si riesce a potenziare servizi adeguati sul territorio, certamente più efficaci e meno onerosi.

L'indicatore relativo alla riduzione del *N° di dimessi da reparti chirurgici con DRG medicorileva* un valore pari al 46% con un incremento pari al 7% rispetto al 2015 evidenziando un valore distante rispetto allo standard del 20%. Con riferimento all'indicatore di *Aumento della % dei ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatelyzza (All. B Patto per la salute 2010/2012)* si evidenzia un aumento del 19% rispetto al 2015, mentre si mantiene stabile al 32% l'indicatore *Riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (All'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012)*.

Per quanto concerne l'indicatore relativo all'aumento del *N° interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 gg / N° interventi per frattura del femore *100* si evidenzia una riduzione del 36% rispetto al 2015, tuttavia preme far risaltare che il valore è comunque in linea con quelle che sono le medie regionali e interregionali di tutte le altre aziende sanitarie e che sulla riduzione dello stesso ha inciso negativamente la riduzione del numero di sedute operatorie assegnate alle UU.OO di ortopedia aziendali oltre all'aggravio dell'ormai cronica carenza di medici anestesisti, figure chiave del Dipartimento Chirurgico. Con riferimento all'obiettivo di *Riduzione del parto cesareo*, poiché il parto cesareo, è un'operazione chirurgica che andrebbe sempre evitata se non necessaria alla salute del bambino e della mamma, per il quale infatti, l'OMS stima, che i parti cesarei non dovrebbero superare il 15% dei parti totali, si evidenzia, un lieve miglioramento rispetto al

2015; anche per questo indicatore preme far risaltare che il valore è comunque in linea con quelle che sono le medie regionali e interregionali di tutte le altre aziende sanitarie.

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO OPERATIVO		STANDARD	INDICATORE	2016	2015	2014
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	1	Riduzione del tasso di ospedalizzazione ordinario e diurno standardizzato per mille	< = 160	Riduzione % del Tasso di ospedalizzazione	n.d	145%	145%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	3	Riduzione della percentuale di ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	23%	N° di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica / N° ricoveri in DH medico * 100	39,55%	27,57%	20,99%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	4	Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	17%	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100	33,23%	37%	38,24%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	5	Aumentare la % dei ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza (All. B Patto per la salute 2010/2012)	87%	N° ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG LEA chirurgici/ N° ricoveri effettuati in Day surgery e ricovero ordinario per i DRG LEA chirurgici *100	63,90%	53,80%	49,04%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	6	Riduzione della % di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico.	<=20%	N° dimessi da reparti chirurgici con DRG medico / N° totale dimessi	46%	43,03%	43,09%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	7	Riduzione della % di ricoveri ripetuti entro 30 gg per la stessa MDC.	4%	N° ricoveri ripetuti entro 30 gg con stessa MDC/ N° ricoveri *100	4,00%	4,00%	4,00%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	8	Riduzione delle percentuali di parti cesarei	<=15%	N° parti cesari / N° totale parti * 100	37,90%	38,79%	35,34%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	9	Aumento della percentuale di interventi per frattura di femore operata entro 2 gg	80% media interregionale pari a 24,45%	N° interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2 gg / N° interventi per frattura del femore *100	31%	48%	52,29%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	10	Riduzione ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012		N° DRG inappropriati / N° totale DRG * 100	32,60%	32,50%	35.2%

Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	11	Definizione e introduzione dei Protocolli e procedure tecnico professionali e organizzative gestionali		N° protocolli /procedure valutate	5	5	5
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	12	Implementazione percorso di Accreditamento Istituzionale nelle UU.OO. Verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento dei soggetti erogatori		N° istanze	100% istanze	100% istanze	80% istanze
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	13	Gestione del Rischio clinico		N° audit	10	5	5

4.1.3 Obiettivi specifici del Pronto Soccorso aziendale e accessi totali

In ambito ospedaliero, merita menzione l'attività relativa al Pronto Soccorso, che è per sua natura una delle aree più problematiche all'interno di una struttura ospedaliera, sia perché è il maggiore punto di accesso ai servizi sanitari, sia perché è volto al trattamento di una casistica molto variegata e complessa.

Le caratteristiche organizzative dei PS riguardano fondamentalmente due aspetti relativi a:

- l'impossibilità di programmare l'attività (i PS sono attivi tutti i giorni per 24 ore, i pazienti vi accedono senza prenotazione, non vi è la possibilità di prevedere né il volume, né la tipologia, né la distribuzione nel tempo della casistica);
- garantire dotazioni organizzativo-strutturali minime obbligatorie (in relazione alla dotazione di personale medico ed infermieristico e alla disponibilità di apparecchiature sanitarie), stabilite dalla normativa nazionale e regionale, e differenziate in base alla tipologia di emergenza (PS, DEA I, DEA II).

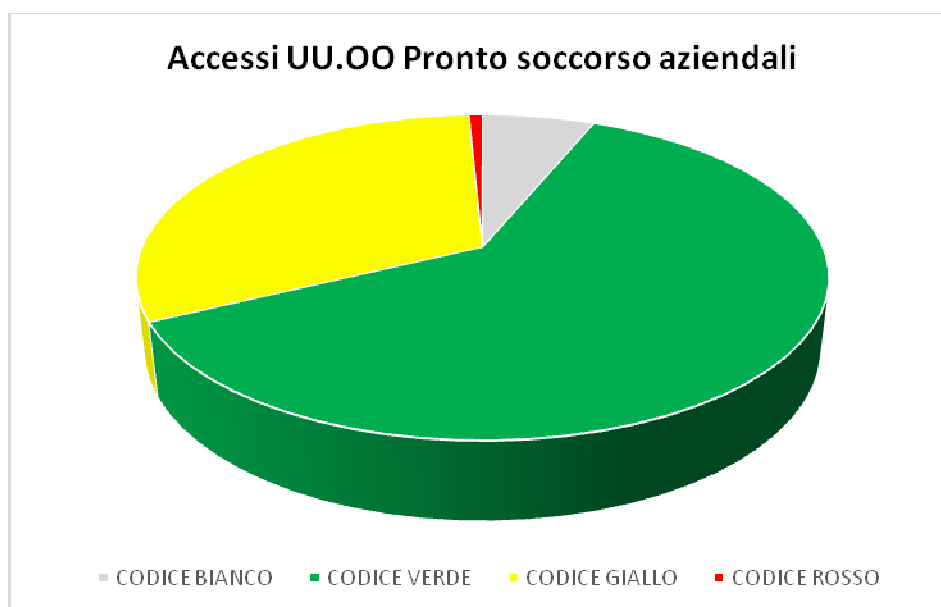
Il Pronto Soccorso, quale prima porta di accesso all'ospedale, rappresenta pertanto il più importante punto di contatto tra il sistema sanitario e i bisogni dei cittadini.

L'attività del Pronto Soccorso, in termini di efficienza e qualità del servizio fornito, è stata più volte oggetto di attenzione da parte dell'azienda, al fine di ridurre da un lato l'afflusso e aumentare l'appropriatezza degli accessi al pronto soccorso, e dall'altro all'interno del Pronto soccorso al fine di selezionare in modo adeguato le problematiche per indirizzare il paziente nel percorso idoneo e rendere così più fluidi i percorsi.

Nella nostra azienda gli accessi al Pronto Soccorso nel 2016, come evidenzia la tabella sottostante, sono stati **61.208** di cui il **12.06%** si sono trasformati in ricovero.

PRONTO SOCCORSO								
PRONTO SOCCORSO	CODICE BIANCO	CODICE VERDE	CODICE GIALLO	CODICE ROSSO	TOTALE ACCESSI ANNO 2016	TOTALE ACCESSI ANNO 2015	DELTA 2016/2015	N°ACCESSI CON RICOVERO/N°TOTALE ACCESSI
ASL N. 2	3.958	38.871	19.905	475	63.209	61.208	3,27%	12,06%
	6,26%	61,50%	31,49%	0,75%	100%			
PO OLBIA	1.558	23.179	14.553	328	39.618	38.271	3,52%	12,58%
	3,93%	58,51%	36,73%	0,83%	100,00%			
PO TEMPIO	2.022	9.960	4.052	114	16.148	15.647	3,20%	12,66%
	12,52%	61,68%	25,09%	0,71%	100,00%			
PO LA MADDALENA	378	5.732	1.300	33	7.443	7.290	2,10%	8,02%
	5,08%	77,01%	17,47%	0,44%	100,00%			

L'analisi dettagliata dei pazienti che avuto accesso alle UU.OO di pronto soccorso aziendale, in linea con il trend Nazionale, dimostra una generalizzata tendenza all'incremento del ricorso ai Servizi di Pronto Soccorso da parte dell'utenza, anche in condizioni di non-emergenza-urgenza. Si evidenzia infatti che la percentuale prevalente di codice colore assegnata al Triage nelle UU.OO di Pronto Soccorso aziendali è rappresentata dal "codice verde" con una percentuale pari al 61,50% rispetto agli altri codici colore.



Si evidenzia inoltre un'elevata percentuale, pari al 12,52%, di codici bianchi nel Pronto Soccorso del presidio di Tempio; il codice bianco identifica casi non urgenti o che comunque non giustificerebbero una richiesta di assistenza ai servizi di Pronto Soccorso. Questi codici dovrebbero trovare risposta al bisogno assistenziale nel territorio, nell'ambito dei servizi di

medicina generale e di continuità assistenziale. Nel processo di budget le UU.OO di Pronto Soccorso aziendali sono state responsabilizzate a rafforzare la campagna informativa nazionale sul corretto uso dei servizi di emergenza- urgenza, realizzata dal Ministero della Salute e dall'Agenas, in collaborazione con le Regioni, con la creazione di un opuscolo informativo per la sensibilizzazione dell'utenza del Pronto Soccorso, con l'obiettivo di fornire a tutti i cittadini, ed in particolar modo ai giovani ed agli stranieri, maggiori informazioni su cosa sono, come funzionano e quando utilizzare il 118, il pronto soccorso ed il servizio medicina generale e di continuità assistenziale (ex Guardia medica), nella convinzione che essere più informati permette di rivolgersi al servizio più adatto alle proprie necessità, aiutando il buon funzionamento dei servizi di emergenza-urgenza e più in generale dell'azienda sanitaria.

4.2 Assistenza Territoriale

4.2.1 Confronto dati di attività distrettuale

Con riferimento all'attività erogata dai Distretti aziendali si evidenzia undecremento rispetto al 2015 del 14% del numero di giornate di assistenza residenziale presso le RSA e un decremento del 19% del numero di pazienti inseriti in cure domiciliari;

ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE		
	n. GIORNI 2016	n. GIORNI 2015
RSA	18.202	21.132
CASE PROTETTE	36.865	43.061
CURE DOMICILIARI		
	2016	2015
N. CASI	991	1.225
ORE ASSISTENZA INFERMIERISTICA EROGATA	16.809	16.906
N. ACCESSI MMG	6.772	8.302

ASSISTENZA RIABILITATIVA		
	2016	2015
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DOMICILIARI	70.236	69.889

Per quanto concerne le prestazioni di riabilitazione fisica, nell'anno 2016, si rileva un lieve incremento delle prestazioni erogate da privato pari allo 0,50%.

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA	2016		2015	
	EROGATE DA PUBBLICO	EROGATE DA PRIVATO	EROGATE DA PUBBLICO	EROGATE DA PRIVATO
N. PRESTAZIONIDI SPECIALISTICA EROGATI AGLI UTENTI ESTERNI:				
DI CUI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	38.690	2427	44.528	2354

DI CUI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	0	846	0	1.344
DI CUI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	0	168.534	0	226.742
DI CUI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA	87.537	0	93.553	0

Relativamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale si rileva un decremento sia del numero di prestazioni erogate da pubblico di cui medicina fisica e riabilitazione (-13%) e specialistica ambulatoriale interna (-6%) così pure quelle erogate da privato di cui radiologia diagnostica (-37%), diagnostica di laboratorio (-26%) ad eccezione delle prestazioni di medicina fisica e riabilitazione per le quali si rileva un lieve incremento (+3%).

4.2.2 Confronto dati di attività Dipartimento Salute Mentale

Con riferimento all'attività erogata dal SERD si evidenzia un lieve aumento rispetto al 2015 del 4% degli utenti inseriti in strutture residenziali per tossicodipendenze e dell'11% per alcool-dipendenze; il servizio opera con la finalità di favorire la prevenzione, la cura e la riabilitazione perseguendo gli obiettivi della riduzione della diffusione delle dipendenze patologiche e del miglioramento dello stato di salute delle persone tossicodipendenti, pertanto rimane costante l'impegno profuso degli operatori nel promuovere l'autonomia e la guarigione dei pazienti attraverso i progetti di reinserimento.

SERD

INSERIMENTI IN STRUTTURE RESIDENZIALI PER PERSONE CON DIPENDENZE PATOLOGICHE		
	2016	2015
N. UTENTI INSERITI PER TOSSICODIPENDENZE	47	45
N. UTENTI INSERITI PER ALCOOLDIPENDENZE	10	9
TOTALE	57	54
N. GIORNI DI RICOVERO PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI	9925	8615

Nella nostra azienda gli accessi totali al SERD nel 2015, come evidenzia la tabella sottostante, sono stati **884**, con un aumento rispetto al 2015 pari al 12%.

ACCESSI SERD		
	2016	2015
TOSSICODIPENDENZE	519	441
ALCOOLISMO	183	167
GIOCO D'AZZARDO	80	78
ALTRO	102	94
TOTALE	884	780

Con riferimento all'attività del CENTRO DI SALUTE MENTALE nel 2016 si evidenzia un incremento del numero dei pazienti inseriti in strutture residenziali pari al 55% rispetto al 2015, e del numero di giorni di ricovero presso le strutture residenziali pari al 33%.

N° INSERIMENTI IN STRUTTURE RESIDENZIALI PER SOFFERENZE MENTALI		
	2016	2015
N. UTENTI INSERITI IN STRUTTURE RESIDENZIALI	31	20
N. GIORNI DI RICOVERO PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI	5503	4134

Come si evince dalla tabella sottostante il numero dei pazienti presi in carico presso il centro di salute mentale si è ridotto del 72% rispetto al 2015.

CENTRI DI SALUTE MENTALE		
	2016	2015
N. PAZIENTI PRESI IN CARICO	376	516

4.2.3 Obiettivi di attività dell'esercizio

Nel livello di assistenza distrettuale gli obiettivi sono rivolti prioritariamente al potenziamento dell'integrazione ospedale territorio, ove la centralità del paziente richiede, necessariamente, l'intervento integrativo di strutture socio-assistenziali che, nel medio termine, costituiranno una concreta soluzione all'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

In particolare, si tende al potenziamento delle cure domiciliari integrate in quanto l'assistenza a domicilio, particolarmente per le forme di cronicità, si presenta come alternativa a ricoveri ospedalieri inappropriati e come forma assistenziale da preferire per i vantaggi in termini di qualità della vita del paziente, a cui vanno aggiunti anche benefici economici rispetto a forme di ricovero anche di carattere extra-ospedaliero.

POTENZIAMENTO CURE DOMICILIARI CDI I - II - III LIVELLO		2016	2015	2014	Var.% 2016/2015
ASL OLBIA	N° pazienti inseriti in CDI I - II - III livello	991	955	869	4%
	N° pazienti inseriti in CPDO	327	245	203	33%
	TOTALE PAZIENTI	1318	1200	1072	10%
	POPOLAZIONE ULTRA 65 enne	4%	4%	4%	

Rispetto all'obiettivo di potenziamento delle Cure Domiciliari integrate nel corso del 2016 si stabilizza il cospicuo incremento di inserimenti realizzato nel corso del 2015(+4%) rispettando lo standard ≥ 4 ; si rileva altresì un notevole incremento rispetto al 2015 del numero dei pazienti inseriti in CPDO pari a +33% ascrivibile all'estensione del progetto di Potenziamento delle CDI di III livello e palliative oncologiche.

DISTRETTO		2016	2015	2014
Potenziamento Cure Domiciliari ADI	n° anziani ≥ 65 assistiti in CDI /totale popolazione residente anziana età $\geq 65 \times 100$	4%	4%	4%

DISTRETTO		2016	2015	2014
Processo di sensibilizzazione dei MMG/PLS per la definizione di percorsi assistenziali idonei a evitare le ospedalizzazioni improprie.	N° riunioni effettuate con MMG e PLS	4	4	4
Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale della popolazione a rischio.	N° vaccinazioni effettuate nella popolazione a rischio residente nel Distretto	22.720	20.599	14.037
Garantire l'Integrazione Ospedale - Territorio al fine di colmare il gap fra l'ospedalizzazione per la gestione dell'evento acuto e il domicilio del paziente per assicurare la continuità delle cure, superando il confine tra Ospedale e territorio per : - pazienti post-acuti con rischi elevati di riospedalizzazione se non assistiti adeguatamente; - pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali e a rischio di ricovero inappropriato.	N° gg di attesa per la dimissione protetta	2	3	4
Monitoraggio e controllo dei profili prescrittivi dei medici generici e specialisti	N° riunioni per la verifica della appropriatezza prescrittiva dei MMG e PLS	5	4	3
Definizione di una proposta per la riqualificazione dell'assistenza specialistica attraverso l'avvio delle Case per la Salute	Predisposizione di una bozza progettuale entro il 31/12/2016	obiettivo raggiunto		
Garantire la promozione e la tutela della salute della donna, della famiglia e della età evolutiva.	N° di gravidanze fisiologiche e a basso rischio prese in carico	560	567	477
	N° genitori incontrati per la prevenzione dell'obesità infantile	274	266	0
	N° colloqui di sostegno alla genitorialità	523	507	0
	N° donne ascoltate dallo sportello depressione post-partum dopo lo screening	447	297	0
	N° donne che si rivolgono allo sportello accompagnamento alla nascita e al puerperio	457	307	476
Garantire l'appropriatezza dell'assistenza in gravidanza attraverso il servizio di ecografia ostetrica	N° di ecografie eseguite	160	214	0
Garantire il sostegno psicologico ai genitori di bambini adolescenti diabetici	N° di genitori incontrati	60	41	0
Copertura del territorio aziendale al fine di garantire la presa in carico del paziente	Garantire ambulatorio	si	si	si

UNOPIA territorio di

DISTRETTO		2016	2015	2014
e l'attività di prevenzione, diagnosi, cura , riabilitazione dei disturbi neurologici, psicologici e psichiatrici dell'età infantile.	Buddusò - Alà dei Sardi			
	N° accessi mensili specialista NPIA territorio di Buddusò - Alà dei Sardi	2	1,91	2
	N°accessi mensili logopedista e neuropsicomotricista territorio di Buddusò - Alà dei Sardi	1,58	1,58	2 acces. log. - 0 acces. neurop. Mensili
	N° accessi mensili specialista NPIA Distretto di Tempio	7,25	7,25	9
	N° accessi mensili logopedista e neuropsicomotricista Distretto di Tempio	13,25	13,25	22 acces. log. - 2 acces. neurop. Mensili
Miglioramento dell'organizzazione e della gestione del servizio emergenza urgenza attraverso il miglioramento dei tempi e dell'appropriatezza degli interventi di soccorso. Garantire la riduzione del tempo medio di attesa dei codici bianchi e verdi del Pronto soccorso. Migliorare l'informazione per la popolazione sul corretto uso del 118 .	Rispetto dei tempi medi urbani di intervento	5m,20m	5m,20m	5m,20m
Promozione delle attività formative per la valorizzazione delle capacità tecniche e del benessere del personale.	N° Corsi di formazione blsd attivati	89	109	80
	N° allievi formati BLSD	1108	1003	900

4.3 Assistenza sanitaria collettiva

4.3.1 Confronto dati di attività degli esercizi

Con riferimento ai dati di attività erogata dai servizi afferenti al dipartimento di prevenzione nell'anno 2016, si rileva un mantenimento e in alcuni casi un lieve decremento dell'attività erogata nel rispetto degli **obiettivi nazionali e regionali previsti dal Piano di Prevenzione 2014-2018**.

IGIENE E SANITA' PUBBLICA		
VACCINI	n. dosi somministrate	n. dosi somministrate
	2016	2015
DTPa-Hib-EpB-Polio (salk)	3398	3608
DTPa - POLIO	1253	1314
dTpa	332	442
Td	85	72
Tetano	493	417
IPV Salk	74	246
HIB	17	10
MPR	2280	2472
MPRV	0	4
Epatite B adulti	276	394
Epatite B pediatrico	41	54
Epatite B dializzati	35	54
Epatite A adulti	42	68
Meningococco B	719	1058
Herpes Zoster	0	2
Pneumococco 23 valente	4	1
Pneumococco 13 valente	3778	3853
Rabbia (pre e post esposizione)	8	18
Febbre gialla	41	35
Colera	0	0
Varicella	1120	1354
Tifo orale	64	69
Tifo permanente	18	6
Papilloma virus TETRAVALENTE	883	728
Papilloma Virus BIVALENTE	0	146
Ticovac	0	2

SCREENING	ANNO 2016		
	N. INVITATI	ADESIONI	TASSO ADESIONE
SCREENING CERVICE UTERINA	4.085	2.219	54,3%
SCREENING MAMMOGRAFICO	10.900	4.274	39,2%
SCREENING COLON RETTO	91.745	1.041	10,6%

SCREENING	ANNO 2015		
	N. INVITATI	ADESIONI	TASSO ADESIONE
SCREENING SERVICE UTERINA	8.022	3.198	39,8%
SCREENING MAMMOGRAFICO	9.173	3.604	39,2%
SCREENING COLON RETTO	12.588	3.732	29,6%

SPRESAL		
ATTIVITA' DI CONTROLLO E VIGILANZA	2016	2015
VIGILANZA CANTIERI EDILI	217	228
VIGILANZA AZIENDE AGRICOLE	48	51
VIGILANZA AZIENDE SERVIZI PORTUALI	58	77
DENUNCE INFORTUNI	15	19
PIANI DI LAVORO AMIANTO PERVENUTE	116	133
PARERI PIANI DI LAVORO AMIANTO	6	18

SIAN		
ATTIVITA' DI ISPEZIONI E VERIFICHE	2016	2015
ALIMENTI	164	176
ACQUE DESTINATE AL CONSUMO	700	604
PRODOTTI FITOSANITARI	0	0

SANITA' ANIMALE	2016	2015
PIANI DI ERADICAZIONE - SORVEGLIANZA ALLEVAMENTI	4.271	4.692
PIANI DI ERADICAZIONE - SORVEGLIANZA CAPI	26.860	31.398
CONTROLLI UFFICIALI ALLEV. BOVINI OVICAPRINI SUINI EQUINI APIARI	3.144	3.776
VACCINAZIONI BLUE TONGUE INTERVENTI VACCINALI	167.960	214.643
CONTROLLO MALATTIE INFETTIVE DEGLI ANIMALI FOCOLAI NON CONFERMATI	39	31
CONTROLLI OVINI E CAPRINI PER BRUCELLOSI OVINA E CAPRINA: ALLEVAMENTI	177	182
CONTROLLI OVINI E CAPRINI PER BRUCELLOSI OVINA E CAPRINA: CAPI	7.051	6.270
CONTROLLI OVINI E CAPRINI PER BRUCELLOSI BOVINA: ALLEVAMENTI	492	383
CONTROLLI OVINI E CAPRINI PER BRUCELLOSI BOVINA: CAPI	5.550	3.692
CONTROLLI PR BOVINI PER LEUCOSI BOVINA ENZOOTICA: ALLEVAMENTO	492	383
CONTROLLI PR BOVINI PER LEUCOSI BOVINA ENZOOTICA: CAPI	5.550	3.692
CONTROLLO PER TUBERCOLOSI ALLEVAMENTI	15	2.012
CONTROLLO PER TUBERCOLOSI CAPI	150	33.170

SIAOA		
ATTIVITA' DI ISPEZIONE E VERIFICHE	2016	2015
STABILIMENTI E ATTIVITA' COMMERCIALI	790	781
CONTROLLO CARNI MACELLATE	2980	101

SIAOA		
ATTIVITA' DI CAMPIONAMENTO	2016	2015
CONTROLLO MALATTIE AL MACELLO	1572	5088
ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	71	80

SIAPZ	
PIANO REGIONALE FARMACO-SORVEGLIANZA 2015-2017	N. interventi
Check list farmaco-sorveglianza su grossisti vendita diretta medicinali vet.	3
Check list farmaco-sorveglianza su farmacie	10
Check list farmaco-sorveglianza su parafarmacie	6
Check list farmaco-sorveglianza ambulatori-strutture veterinarie	0
Check list farmaco-sorveglianza veterinari con scorte	0
Check list farmaco-sorveglianza allevamenti bovini	21
Check list farmaco-sorveglianza allevamenti suini	21
Check list farmaco-sorveglianza allevamenti equidi	2
Check list farmaco-sorveglianza allevamenti ittici	1
Check list farmaco-sorveglianza allevamenti avicoli	0
Check list farmaco-sorveglianza allevamenti cunicoli	0
Check list farmaco-sorveglianza allevamenti ovi-caprini	62
Check list farmaco-sorveglianza ippodromi-maneggi-scuderie	0
Check list farmaco-sorveglianza canili	1
Check list farmaco-sorveglianza allevamento api	0
PRR: organi, urine, sangue	53
PRR: latte	21
PRR: mangimi	1
Controllo e registrazione in SISAR ricette pervenute	2013

SIAPZ	
PIANO REGIONALE DEGLI INTERVENTI IN MATERIA DI CONTROLLO UFFICIALE DEGLI ALIMENTI 2015-2018 CONTROLLO DELLA QUALITA' DEL LATTE E DEI PRODOTTI DERIVATI	N. interventi
Verbal di ispezione caseifici riconosciuti	29
Sopralluoghi e pratiche riconoscimento caseifici (DUAAP)	0
Check list latte allevamenti bovini da latte	0
Check list latte allevamenti ovini da latte	77
Check list latte allevamenti caprini da latte	8
Verbal di verifica per superamento medie geometriche	6

SIAPZ	
PIANO REGIONALE DEGLI INTERVENTI IN MATERIA DI CONTROLLO UFFICIALE DEGLI ALIMENTI 2015-2018 CONTROLLO DELLA QUALITA' DEL LATTE E DEI PRODOTTI DERIVATI	N. interventi
Verbal di verifica per positività inibenti	8
Verbal di vigilanza stabilimenti registrati: deposito	0
Verbal di vigilanza stabilimenti registrati: minicaseifici	21
Verbal di vigilanza stabilimenti registrati: gelateria-yogurt	2
Verbal di vigilanza stabilimenti registrati: trasporto	2
Verbal di vigilanza stabilimenti registrati: spaccio	0
Sopralluoghi e pratiche registrazioni stabilimenti (DUAAP)	1
CUA: campionamento prodotti lattiero-caseari	22
CUA: campionamento latte	12
Campionamento latte per superamento medie geometriche	5
Autorizzazioni campagne sterilizzazioni cani-gatti	4

4.3.2 Obiettivi di attività dell'esercizio 2016

Negli ultimi decenni si è avuto un incremento significativo delle malattie cronico-degenerativo derivanti da un lato dall'invecchiamento della popolazione e dall'altro da scorretti stili di vita. Pertanto si è affermata la necessità di definire specifici obiettivi e misure di prevenzione attiva, e relativi sistemi di sorveglianza, considerato, che tali patologie sono in gran parte prevenibili alla pari dell'incidentalità (incidenti domestici, stradali e sul lavoro), le cui conseguenze individuali e collettive, in termini di vite umane, di invalidità e di assistenza, comportano un costo sociale che resta tuttora ancora molto alto. Da qui deriva l'impegno prioritario dell'azienda di dare attuazione, attraverso l'attività del dipartimento di prevenzione, alle azioni previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 adottato con delibera RAS 30/21 del 16/06/2015.

Di seguito vengono esplicitati alcuni degli obiettivi attribuiti nel 2016 alle strutture del dipartimento di prevenzione.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		2016	2015	2014
Migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale della popolazione a rischio.	N° vaccinazioni effettuate ultra 65-enni/ totale popolazione residente ultra 65-enni	45%	45%	50%
Mantenimento della copertura vaccinale obbligatoria e facoltativa	% Copertura vaccinale popolazione target/ popolazione target	86% obbl. 89% fac.	93% obbl. 89% fac.	93% obbl. 89% fac.
Estendere gli screening oncologici	N° donne invitate allo screening mammografico / popolazione di riferimento (50-69 anni) *100	39,21%	66%	Round bloccato

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		2016	2015	2014
Estendere gli screening oncologici	N° donne invitate allo screening cervice uterina / popolazione di riferimento (25-41 anni) *100	54,32%	2°round bloccato 45%	51%
Estendere gli screening oncologici	N° invitati allo screening colon retto /popolazione di riferimento (50-69 anni) *100	10,68%	59%	40%
Definizione di una base dati sulla mortalità per causa e di un registro delle principali cause di morte (tumori) suddiviso per comuni della ASL	N° cause di morte codificate secondo ICDX e suddivise per residenza/N° soggetti deceduti nei comuni dell'asl	100%	80%	n.d.
	N° cause di morte per tumore codificate secondo ICDX/N° soggetti deceduti per tumore nei comuni dell' asl	100%	80%	n.d.
Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura.	N° di cantieri edili sottoposti a vigilanza / n° di cantieri edili da sottoporre a vigilanza programmata	217	228	228
Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura.	N° di aziende agricole sottoposte a vigilanza / n° di aziende agricole da sottoporre a vigilanza programmata	48	51	48
Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare .	N° check list farmaco - sorveglianza nelle farmacie e nei depositi farmaceutici	19	19	18
Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare .	N° campioni di acque di allevamento molluschi eduli per monitoraggio	192	191	375
Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare .	N° verbali ispezioni nei caseifici riconosciuti	29	41	31
Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare .	n°controlli sulle attività di produzione, distribuzione,trasporto di acqua destinata al consumo umano	816	600	454

5. La gestione economico –finanziaria dell’azienda

5.1. Sintesi del bilancio e relazione sul grado di raggiungimento degli obiettivi economico-finanziari

Con riferimento al grado di raggiungimento degli obiettivi economici finanziari si precisa che stante l’esistenza di un cospicuo disavanzo, la regione Sardegna con delibera n°63/24 del 15/12/2015 ha ritenuto necessario procedere all’approvazione del Piano riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale quale strumento idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso. Il Piano di riorganizzazione e riqualificazione del Sistema sanitario regionale è articolato come un vero e proprio piano di rientro ed è stato declinato in

programmi operativi che, muovendo dallo stato dell'arte, ha sviluppato interventi specifici mirati alla razionalizzazione e all'efficientamento dei servizi.

La governance del piano è stata affidata al Comitato permanente di monitoraggio, integrato con i responsabili dei programmi operativi, il quale, con cadenza almeno trimestrale ha effettuato le attività di verifica e di controllo del rispetto delle azioni dei programmi operativi del piano e dei tempi di attuazione, nonché dei risultati conseguiti. Per quanto di competenza nel corso del 2016, l'azienda ha costantemente monitorato l'andamento dei costi della produzione e dei livelli di qualità e di uniformità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza così come previsto dal Comitato di cui alla Delib.G.R. n. 38/27 del 30/9/2014.

Nella tabella seguente si evidenzia lo scostamento tra CE IV trimestre 2016 e il CE IV trimestre 2015 e i target dei risparmi da conseguire nell'anno 2016 così come specificatamente dettagliato nel PDR 2016-2018.

ASSL OLBIA							
Conti CE		CE IV TRIM. 2015	CE IV TRIM. 2016	TOTALE RISPARMI PDR 2016	COSTO OBIETTIVO CE IV TRIM.2016	TOTALE RISPARMI REALI PDR AL IV TRIM.2016	COSTO OBIETTIVO CE IV TRIM.2016/Δ CE IV TRIM. 2016
	FARMACEUTICA CONVENZIONATA						
BA0490	B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	24.422	22.641	1.850	22.572	1.781	-69
	EFFICIENTAMENTO OSPEDALE				-		-
BA0220	B.1.A.3.1) Dispositivi medici	9.509	8.417	677	8.832	1.092	415
BA0030	B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	20.425	22.464	200	20.225	-2.039	-2.239
BA2020	B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria	1.703	1670	596	1.107	33	-563
BA2080	BA2080 Totale Costo del personale	92.564	90.625	1.412	91.152	1.939	527
BA1750	B.2.B.2) Consulenze, collaborazioni,interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	960	1077	374	586	-117	-491
	EFFICIENTAMENTO TERRITORIO				-	-	-
BA0640	B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	3.827	3.755	100	3.727	72	-28
BA0530	B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale						
BA0570	B.2.A.3.4) -da privato - Medici SUMAI	2.567	2.344	50	2.517	223	173
BA0580	B.2.A.3.5) -da privato	1.221	800	200	1.021	421	221
BA0410	Acquisti servizi sanitari per medicina di base	19.005	18.617	250	18.755	388	138
	TOTALE			5.709		3.793	-1.916

5.2 Confronto CE Preventivo/Consuntivo e relazione sugli scostamenti

Con riferimento al confronto CE preventivo/consuntivo, preme evidenziare che l'esercizio 2016, a seguito delle nuove disposizioni Regionali in ottemperanza al decreto L.gs n. 118/2011, è il primo in cui sono rilevati i ricavi e i costi relativi alla mobilità sanitaria attiva e passiva, infraregionale ed extraregionale, di competenza.

Infatti, negli esercizi precedenti, sulla base delle disposizioni Regionali vigenti, il finanziamento indistinto di parte corrente era rilevato nei contributi in conto esercizio al netto del saldo della mobilità sanitaria attiva e passiva che non veniva rilevata tra i costi e ricavi dell'esercizio.

Pertanto, nell'esercizio 2016, sulla base delle disposizioni della D.G.R. 17/15 del 04/04/2017 e delle note Assessoriali prot. n. 9881 del 07/04/2017 e prot. n. 14290 del 30/05/2017, le assegnazioni delle risorse finanziarie da F.I.R. sono contabilizzate nei contributi in conto esercizio al lordo della mobilità sanitaria attiva e passiva, che viene contabilizzata negli specifici conti di costo e ricavo. Conseguentemente, nell'esercizio 2016 i ricavi dell'esercizio risultano superiori rispetto all'esercizio precedente nel quale, come detto sopra, non erano rilevati i ricavi relativi alla mobilità sanitaria attiva.

Si precisa che i ricavi relativi alla mobilità sanitaria attiva di competenza dell'esercizio 2016 sono pari ad **€ 10.109.396**.

VOCE MODELLO CE	CE PREV. 2016	CE CONS. AL 31.12.2016	DELTA % CE 2016/CE PREV. 2016	CE CONS. AL 31.12.2015	DELTA % CE 2016/CE 2015
A) Valore della produzione	-			-	
A.1) Contributi in c/esercizio	216.176	253.419	17,23%	212.189	19,43%
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-2.370	-1.329	-43,94%	-968	37,25%
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	0	1.300	-	3.763	-65,45%
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	1.499	11.919	695,10%	1.819	555,23%
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	3.339	1.440	-56,88%	4.083	-64,74%
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.604	2.508	-3,67%	2.613	-4,00%
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	0	4.847	0	4.855	-0,15%
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	0	0	0
A.9) Altri ricavi e proventi	467	527	12,77%	516	2,07%
Totale valore della produzione (A)	221.715	274.632	23,87%	228.870	19,99%

Anche per il costo della produzione valgono le stesse considerazioni fatte per il valore della produzione, infatti, nell'esercizio 2016 i costi risultano superiori rispetto all'esercizio precedente poiché non erano rilevati i costi relativi alla mobilità sanitaria passiva.

Si precisa che i costi relativi alla mobilità sanitaria passiva di competenza dell'esercizio 2016 sono pari ad **€ 51.488.989**.

Con riferimento a specifici conti, dall'analisi del costo della produzione emerge una riduzione, rispetto al CE 2015, dell'acquisto dei beni sanitari (-2,04%), acquisto dei beni non sanitari (-10,91%), acquisto servizi sanitari per assistenza integrativa (-2.70%), rimborsi, assegni e contributi (-25,32%), consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie (-14,56%), formazione (-4,50%), costo relativo al godimento dei beni di terzi (-20,31%).

Con riferimento al costo di acquisto dei benisanitari si rileva un decremento, rispetto all'anno 2015, del 2,04%; nello specifico, se da un lato si registra un incremento dell'8,68% relativo ai medicinali, dall'altro si rileva un importante decremento del costo dei dispositivi medici, in particolare dei dispositivi medici impiantabili attivi (-17,36%) e degli altri dispositivi medici (-17,77%). L'aumento del costo dei medicinali è imputabile principalmente ai seguenti fattori; il primo è l'aumento della DPC dovuto al passaggio di diverse molecole in questa tipologia di erogazione, ad es. i farmaci con ATC A10 (pioglitazone + alogliptin, metformina+ associazioni varie, tresiba ed altri farmaci);

Inoltre, nella distribuzione diretta si riscontra un aumento nella dispensazione dei farmaci per la sclerosi multipla (nota 65) in seguito alle disposizioni regionali Prot. 19174 del 07/08/2015 e farmaci oncologici prescritti a pazienti residenti nella nostra ASL ma seguiti presso centri oncologici di altre aziende che non dispensano più il farmaco in trattamento ambulatoriale, tuttavia preme evidenziare che tale incremento di costo è fittizio in quanto non costituisce un incremento di costo per il SSR nel suo complesso ma solo uno spostamento di costo dal bilancio di altre aree socio-sanitarie a quello della ASSL di Olbia.

VOCE MODELLO CE	CE PREV. 2016	CE CONS. AL 31.12.2016	DELTA % CE 2016/CE PREV. 2016	CE CONS. AL 31.12.2015	DELTA % CE 2016/CE 2015
B) Costi della produzione	-	-	-	-	-
B.1) Acquisti di beni	37.096	36.781	-0.85%	37.716	-2.48%
B.1.A) Acquisti di beni sanitari	35.277	35.134	-0.41%	35.867	-2.04%
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	1.819	1.647	-9.44%	1.849	-10.91%
B.2) Acquisti di servizi	86.481	137.600	59.11%	89.164	54.32%
B.2.A) Acquisti servizi sanitari	65.344	115.266	76.40%	67.007	72.02%
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	21.137	22.334	5.66%	22.157	0.80%
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	6.283	7.427	18.21%	7.328	1.35%
B.4) Godimento di beni di terzi	1.932	2.243	16.08%	2.814	-20.31%
<u>Totale Costo del personale</u>	91.302	90.767	-0.59%	90.630	0.15%
B.5) Personale del ruolo sanitario	75.593	75.350	-0.32%	75.131	0.29%
B.6) Personale del ruolo professionale	304	268	-11.88%	261	2.63%
B.7) Personale del ruolo tecnico	8.472	8.180	-3.45%	8.323	-1.72%
B.8) Personale del ruolo amministrativo	6.933	6.970	0.53%	6.915	0.79%
B.9) Oneri diversi di gestione	1.489	1.426	-4.21%	1.557	-8.39%
<u>Totale Ammortamenti</u>	7.190	7.210	0.28%	7.437	-3.05%
B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	125	144	15.21%	126	14,30%

VOCE MODELLO CE	CE PREV. 2016	CE CONS. AL 31.12.2016	DELTA % CE 2016/CE PREV. 2016	CE CONS. AL 31.12.2015	DELTA % CE 2016/CE 2015
B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	7.065	7.066	0.02%	7.311	-3.34%
B.12) Ammortamento dei fabbricati	3.701	3.893	5.18%	3.848	1.16%
B.13) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	3.364	3.174	-5.65%	3.463	-8.35%
B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	71	58	-18.71%	38	51.88%
B.15) Variazione delle rimanenze	0	-1.431	0	653	-319.16%
B.16) Accantonamenti dell'esercizio	349	4.871	1.295,76%	4.897	-0.53%
Totale costi della produzione (B)	232.193	286.953	23.58%	242.234	18.46%

Con specifico riferimento al costo del personale si evidenzia un lievissimo incremento dello stesso pari allo 0.15% rispetto al 2015, giustificato nella gran parte dei casi da inderogabili esigenze di tutela della salute dei pazienti, nel rispetto dei L.E.A. e dell'efficiente erogazione dei servizi sanitari; infatti negli anni questa Azienda ha registrato la carenza di specialisti in diverse discipline a causa della difficoltà a reclutare le risorse con contratti a termine.

VOCE MODELLO CE	CE PREV. 2016	CE CONS. AL 31.12.2016	DELTA % CE 2016/CE PREV. 2016	CE CONS. AL 31.12.2015	DELTA % CE 2016/CE 2015
C) Proventi e oneri finanziari					
C.1) Interessi attivi	3	1	-77.13%	0	0
C.2) Altri proventi	0	0	0	0	0
C.3) Interessi passivi	57	96	68.35%	100	-4.04%
C.4) Altri oneri	0	0	0	0	0
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-54	-95	76.44%	-100	-4.72%
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie	0	0	0	0	0
E) Proventi e oneri straordinari					
E.1) Proventi straordinari	0	4.243	0	7.881	-46.17
E.2) Oneri straordinari	0	3.513	0	4.201	-16.37%
Totale proventi e oneri straordinari (E)	0	729	0	3.680	-80.18%
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	-10.532	-11.687	10.97%	-9.784	19.45%
Imposte e tasse					
Y.1) IRAP	6.436	6.404	-0.50%	6.360	0.69%
Y.2) IRES	29	75	159.10%	47	59.87%
Totale imposte e tasse	6.465	6.479	0.22%	6.407	1.12%
RISULTATO DI ESERCIZIO	-16.997	-18.166	6.88%	-16.191	12.20%

5.3. Relazione sui costi per livelli essenziali di assistenza e relazione sugli scostamenti

LA 2016 Macro voci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
	sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro													
Igiene e sanità pubblica	49	3	0	27	432	1.211	4	12	268	30	49	92	2.177
Igiene degli alimenti e della nutrizione													
	0	2	0	8	127	677	2	6	59	16	26	48	971
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro													
	0	1	0	8	127	486	2	4	0	11	18	33	690
Sanità pubblica veterinaria	49	14	0	85	1.372	6.023	20	59	929	146	237	442	9.376
Attività di prevenzione rivolte alle persone													
	905	1	0	13	203	592	2	6	131	15	24	45	1.937
Servizio medico legale	49	2	0	17	279	773	3	8	171	19	31	59	1.411
Totale	1.052	23	0	158	2.540	9.762	33	95	1.558	237	385	719	16.562
Assistenza distrettuale													
Guardia medica	49	41	4.605	3	2.453	0	0	0	75	2	2	3	7.233
Medicina generale													0
-- Medicina generica	15	14	10.522	19	412	209	2	0	822	24	23	43	12.105
-- Pediatria di libera scelta	0	0	2.362	5	103	63	1	0	206	5	5	10	2.760
Emergenza sanitaria territoriale	2	50	7.334	30	668	648	4	554	0	40	39	73	9.442
Assistenza farmaceutica													
-- Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate	0	0	22.396	6	136	230	1	13	151	12	12	22	22.979
-- Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	17.616	1	10.670	12	253	418	2	26	278	22	21	40	29.359
Assistenza Integrativa	305	0	3.719	9	195	251	1	0	357	16	16	30	4.899
Assistenza specialistica													
-- Attività clinica	229	42	6.114	141	3.105	7.272	21	593	265	295	290	540	18.907
-- Attività di laboratorio	808	87	810	33	724	1.525	5	91	26	60	59	110	4.338

LA 2016 Macro voci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
	sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
--Attività di diagnostica strumentale e per immagini	763	16	0	73	1.599	3.531	12	67	298	140	137	256	6.892
Assistenza Protetica	46	2	1.956	12	257	272	2	48	311	17	17	32	2.972
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare													
--assistenza programmata a domicilio (ADI)	214	23	0	30	658	1.024	4	46	75	41	40	75	2.230
--assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	6	44	0	29	640	1.400	5	275	72	61	60	111	2.703
--Assistenza psichiatrica	3	6	0	29	639	1.316	5	217	0	55	54	101	2.425
--Assistenza riabilitativa ai disabili	0	2	2.912	27	601	857	3	0	75	34	33	61	4.605
--Assistenza ai tossicodipendenti	92	6	0	22	473	1.233	5	189	65	53	52	96	2.286
--Assistenza agli anziani	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
--Assistenza ai malati terminali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistenza territoriale semiresidenziale													
--Assistenza psichiatrica	0	0	0	180	60	125	0	20	0	5	5	10	405
--Assistenza riabilitativa ai disabili	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
--Assistenza ai tossicodipendenti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
--Assistenza agli anziani	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

LA 2016 Macrovoci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
	sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
--Assistenza ai malati terminali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistenza territoriale residenziale													
--Assistenza psichiatrica	2	25	656	710	53	104	0	17	0	5	5	10	1.587
--Assistenza riabilitativa ai disabili	0	6	1.248	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.254
--Assistenza ai tossicodipendenti	0	0	825	0	0	0	0	0	0	0	0	0	825
--Assistenza agli anziani	61	0	2.654	10	229	418	2	26	196	21	20	38	3.675
--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
--Assistenza ai malati terminali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistenza Idrotermale	0	0	182	0	0	0	0	0	0	0	0	0	182
Totale	20.211	365	78.965	1.380	13.258	20.896	75	2.182	3.272	908	890	1.661	144.063
Assistenza ospedaliera													
Attività di pronto soccorso	366	15	0	128	1.738	5.452	19	1.414	26	691	236	441	10.526
Ass. ospedaliera per acuti													
--in Day Hospital e Day Surgery	1.379	138	6.800	81	1.106	3.451	11	266	97	406	139	259	14.133
--in degenza ordinaria	9.561	1.072	27.202	815	11.058	36.616	125	4.683	1.769	4.439	1.517	2.831	101.688
Interventi ospedalieri a domicilio	0	0	0	12	158	650	2	0	0	73	25	46	966
Ass. ospedaliera per lungodegenti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ass. ospedaliera per riabilitazione	0	0	0	0	0	1.100	0	110	360	139	48	89	1.846
Emocomponenti e servizi trasfusionali	1.145	24	0	128	1.738	2.751	19	13	373	315	108	201	6.815
Trapianto organi e tessuti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	12.451	1.249	34.002	1.164	15.798	50.020	176	6.486	2.625	6.063	2.073	3.867	135.974
TOTALE	33.714	1.637	112.967	2.702	31.596	80.678	284	8.763	7.455	7.208	3.348	6.247	296.599

Dalla comparazione del modello ministeriale LA anno 2016 e anno 2015 si evidenzia una più attenta ripartizione dei costi, soprattutto dei beni sanitari e non e servizi non sanitari, tra i diversi livelli di assistenza.

5.4 Fatti di rilievo avvenuti dopo la chiusura dell'esercizio

Il fatto di rilievo avvenuto dopo la chiusura dell'esercizio che merita certamente menzione è che a seguito della adozione della Legge Regionale 27 luglio 2016, n. 17 si è profondamente modificato l'assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale, in quanto è stata istituita l'Azienda per la Tutela della Salute (ATS).

L'ATS nasce dalla fusione per incorporazione delle sette ASL nell'azienda incorporante di Sassari, sulla base degli atti di indirizzo deliberati dalla Giunta regionale e dalle direttive dell'Assessorato competente in materia di sanità; l'Azienda per la Tutela della Salute ha come propria mission di garantire in modo costante ed uniforme la tutela dei cittadini residenti nell'intero territorio della Regione Sardegna, con una dimensione regionale che favorisce il perseguimento dell'obiettivo di rendere l'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari omogenea sul territorio ed equamente accessibile, nonché con la possibilità di leggere in modo unitario e coerente i bisogni di salute dei cittadini, nella prospettiva di fornire risposte appropriate su più livelli di complessità.

Nell'ambito organizzativo dell'ATS, al fine di garantire il perseguimento dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza, la partecipazione degli enti locali e dei cittadini alla programmazione socio-sanitaria e il coordinamento con le attività socio-sanitarie e sociali, sono state istituite le Aree Socio-Sanitarie Locali (ASSL) e tra queste l'Area Socio-Sanitaria Locale di Olbia.

L'Area Socio-Sanitarie Locale di Olbia così come specificato dall'art.4 costituisce un articolazione organizzativa dell'ATS ed è dotata di autonomia gestionale secondo gli indirizzi strategici aziendali e, sulla base degli obiettivi e delle risorse ad essa attribuite, è dotata di contabilità analitica separata all'interno del bilancio aziendale, documentata attraverso l'aggregazione dei dati consolidati riferiti ai distretti socio-sanitari, al presidio ospedaliero unico e alle articolazioni di area del dipartimento di prevenzione, e avrà il compito di svolgere funzioni di coordinamento delle reti assistenziali e di governo unitario delle attività territoriali, ospedaliere e di integrazione socio-sanitaria nel territorio di riferimento.

5.5 Proposta di copertura perdita

5.5.1 Analisi delle cause

Nell'analisi del risultato di esercizio, pari ad una perdita di -18.166.000,00 euro, appare opportuno considerare il contesto esterno, ossia l'ambito territoriale dell'Asl n° 2 di Olbia che

coincide con quello della Provincia di Olbia–Tempio ed è articolato in due Distretti Sanitari: Distretto di Olbia e Distretto di Tempio Pausania.

La popolazione residente nel territorio di competenza della Asl n. 2 di Olbia al 01.01.2016, come già evidenziato al paragrafo 1 della presente relazione, ammonta a 160.368 residenti; nel Distretto Sanitario di Tempio Pausania la popolazione è risultata, pari a 31.979 unità, ed evidenzia che la percentuale di anziani, cioè di persone di età uguale o superiore a 65 anni, presenti nel distretto di Tempio è del **24%**. La popolazione residente nel Distretto Sanitario di Olbia è risultata pari a 128.389 unità, e la percentuale di anziani, cioè di persone di età uguale o superiore a 65 anni, presenti nel Distretto di Olbia è pari al **18.5%**.

Da questa breve analisi emerge che il Distretto di Tempio Pausania è più “vecchio” rispetto a quello di Olbia, un simile contesto non può che generare, una domanda per le malattie croniche degenerative che deve essere adeguatamente governato a livello territoriale con l’obiettivo di promuovere l’integrazione dei processi di cura e la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, garantendo un processo di progressiva riduzione dell’assistenza ospedaliera di tipo tradizionale finalizzata, a ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, a contenere i ricoveri inappropriati e a ridurre il consumo di prestazioni specialistiche; il Distretto di Olbia è relativamente più giovane con una tendenza che va consolidandosi ad assorbire residenti dalle altre province sarde ma anche del resto d’Italia, e si caratterizza infatti come territorio ad alta dinamicità demografica, fenomeno che è messo in evidenza sia da una elevata natalità che da una massiccia presenza di immigrati extracomunitari. In tale contesto il fattore natalità e l’immigrazione diventano pertanto determinanti nell’incrementare l’attività del presidio Ospedaliero in particolare per i reparti di ginecologia e ostetricia, pediatria e pronto soccorso.

È indiscutibile che la costante crescita della popolazione assistita e il continuo incremento dei bisogni di servizi sanitari della stessa abbia determinato un corrispettivo aumento della domanda di prestazioni sanitarie, a seguito del quale l’Azienda non si è potuta esimere dall’aumentare conseguentemente l’attività sanitaria erogata anche ai fini di garantire i livelli essenziali di assistenza.

Pare opportuno inoltre considerare che l’ambito territoriale comprendente l’Asl n° 2 di Olbia, è definibile senza ombra di dubbio la porta della Sardegna, unitamente a tutti gli altri centri urbani costieri, verso i quali si registra la più alta percentuale del flusso turistico dell’intera Regione, questa circostanza, ha fatto assumere al territorio una connotazione di specificità che non trova riscontri in altre realtà sarde; siffatta situazione, però se per un verso può sicuramente considerarsi di segno positivo per l’economia isolana, determina localmente, per altro verso, una situazione di incremento stagionale di domanda sanitaria la cui soddisfazione in misura adeguata richiede un ulteriore e straordinario dispendio di risorse finanziarie.

Per una analisi più completa e dettagliata del risultato di esercizio si evidenzia inoltre la mancanza di strutture di lungodegenza, di riabilitazione e dell'Hospice la quale comporta spesso la necessità per l'azienda di dover soddisfare il bisogno di salute dei cittadini con setting assistenziali non appropriati.

Un ulteriore e non trascurabile determinante significativa della perdita d'esercizio, è la non ancora sufficiente assegnazione di parte corrente da parte della Regione, la quale è inadeguata in rapporto alla popolazione assistita (notevolmente aumentata in seguito alla costante crescita), ma soprattutto in relazione alla presenza del Dipartimento Multidisciplinare Ospedaliero di La Maddalena (isola nell'isola), e al rilevante flusso turistico che nella stagione estiva si riversa nel territorio di pertinenza dell'Azienda; a ciò si aggiunge inoltre il saldo negativo della mobilità sanitaria – già da tempo oggetto di politiche volte al contenimento da parte dell'azienda – il quale determina un ulteriore e considerevole diminuzione delle assegnazioni correnti riconosciute dall'Ente regionale.

Comunque, le assegnazioni delle risorse finanziarie da F.I.R. al netto del saldo della mobilità sanitaria attiva e passiva sono rimaste invariate rispetto all'esercizio precedente come rappresentato nella tabella sotto riportata.

CODICE MOD. CE	ANALISI QUOTA F.S. INDISTINTO RAS	Valore CE al 31/12/16	Valore CE al 31/12/15
AA0030	A.1.A.1) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto	246.061.276	206.930.285
AA0080	A.1.B.1.2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura <u>LEA</u>	2.248.602	0
	Totale F.S. regionale indistinto al lordo mobilità sanitaria	248.309.878	
	saldo mobilità infraregionale	-29.288.012	
	saldo mobilità extraregionale	-12.091.581	
	Totale F.S. regionale indistinto al netto mobilità sanitaria	206.930.285	

5.5.2 Provvedimenti adottati per coprire la perdita

Da quanto esposto nel paragrafo precedente deriva la necessità di individuare gli interventi da programmare al fine di poter garantire il recupero dell'attuale perdita d'esercizio.

Pur consapevoli che le risorse finanziarie di parte corrente, assegnate dalla Regione Sardegna non sono sufficientemente adeguate a garantire i livelli essenziali di assistenza alla popolazione residente e al rilevante flusso turistico che nella stagione estiva si riversa nel territorio, si specificano gli interventi che l'azienda intende programmare per il recupero dell'attuale perdita d'esercizio.

Più specificatamente l'attività dell'azienda sarà per lo più volta al potenziamento delle infrastrutture in modo da diminuire il saldo della mobilità, e in ambito organizzativo ad adottare tutta una serie di provvedimenti finalizzati a garantire:

- una riprogettazione organizzativa assistenziale, finalizzata allo sviluppo graduale di risposte che privilegino altri livelli assistenziali sia presso l'ospedale, come il Day Surgery e il Day Service, i Percorsi Diagnostici Terapeutici e ecc, sia in sede territoriale con le strutture residenziali e semiresidenziali, ed, infine prediligendo il domicilio del paziente con l'attivazione delle cure domiciliari di complessità appropriata al bisogno espresso;
- il perseguimento delle politiche di potenziamento dell'informatizzazione che semplifica e ottimizza le procedure amministrative aziendali migliorando l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa;
- il monitoraggio della spesa farmaceutica anche con il contenimento della stessa mediante il potenziamento della distribuzione diretta in tutte le tipologie in essere (distribuzione per conto, distribuzione territoriale e in dimissione da ricovero), migliorando l'appropriatezza prescrittiva e favorendo l'incremento dell'utilizzo dei prodotti biosimilari così come meglio specificato nel Piano di rientro;
- il perseguimento di azioni strategiche volte al contenimento della mobilità sanitaria passiva;
- la razionalizzazione dell'attività erogata finalizzata all'eliminazione delle prestazioni improprie, anche mediante il perseguimento di politiche mirate al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni;
- le politiche di contenimento dei costi della produzione (soprattutto dei servizi e del personale), mediante la razionalizzazione organizzativa, l'introduzione di misure volte al monitoraggio ed al controllo dei costi per l'acquisto di beni e servizi, l'ottimizzazione dei processi sanitari ed amministrativi volta al miglioramento dell'efficienza gestionale.

La specificazione più approfondita delle politiche di contenimento dei costi della produzione (servizi e personale), attraverso la razionalizzazione organizzativa, l'introduzione di misure volte al monitoraggio ed al controllo dei costi per l'acquisto di beni e servizi, e l'ottimizzazione dei processi sanitari ed amministrativi volta al miglioramento dell'efficienza gestionale sono descritti nel Piano di rientro adottato da codesta azienda.

In sintesi, tale risultato negativo potrà essere ridimensionato con le seguenti modalità:

- ottenimento di maggiori assegnazioni da parte della RAS;
- miglioramento del saldo negativo di mobilità sanitaria;
- ottenimento di un finanziamento specifico per la copertura dei costi del presidio di La Maddalena, considerato che costituisce l'unica particolarità nel panorama ospedaliero sardo poiché è l'unico ospedale collocato "in un'isola nell'isola" i cui costi dovrebbero necessariamente rappresentare un carico della rete ospedaliera regionale;

➤ politiche volte al contenimento della spesa;

In conclusione, la perdita d'esercizio 2016, oltre alle suddette modalità di ridimensionamento, sarà opportuno che sia ripianata mediante un adeguamento delle risorse regionali, o l'erogazione di eventuali contributi specifico.

5.5.3 Provvedimenti adottati per ricondurre in equilibrio la gestione

A seguito dell'adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo disposto dalla legge regionale n. 23 del 2014 che ha avviato una nuova fase di governance del SSR, l'ASL di Olbia ha orientato le politiche di gestione alla definizione di un Piano di Rientro allo scopo di migliorare la capacità dell'azienda di garantire il rispetto dei vincoli di bilancio posti a livello regionale nell'attuale fase di contenimento della spesa sanitaria, garantendo contestualmente, da un lato la risposta ai bisogni e il controllo dell'appropriatezza della domanda e della risposta alla domanda, e dall'altro, il pieno governo dei fattori di produzione con una metodologia di analisi e valutazione dell'efficienza economico – gestionale.

Il Piano descrive alcuni Programmi Operativi (PO) 2016- 2018 riferiti ad Aree tematiche omogenee, e per ciascuno programma sono illustrate le azioni da intraprendere e i risultati attesi e sono riportate le valutazioni di impatto delle azioni nell'ipotesi della piena attuazione dei programmi operativi e delle misure di riordino e riorganizzazione degli assetti e delle reti dei servizi.

Più specificatamente nell'ambito della **gestione delle politiche di acquisto** l'azienda, ha perseguito diverse azioni di efficientamento, tentando di assicurare i massimi livelli di sicurezza operativa e contestualmente di ridurre il più possibile i costi (diretti/indiretti), e di garantire massima trasparenza e tracciabilità nei processi d'acquisizione.

Con riferimento alla **gestione delle risorse umane** l'azienda ha tenuto prioritariamente conto della necessità di garantire i livelli essenziali di assistenza, con adeguati standard qualitativi, e detto obiettivo è stato conciliato per quanto possibile con il rispetto delle disposizioni in materia di contenimento della spesa per il personale e di blocco del Turnover di cui alla delibera n. 43/9 del 1/09/2015, e con le recenti disposizioni introdotte dall'art.14 della L. 161/2014 riguardo all'organizzazione dei turni di lavoro del personale sanitario.

Con riferimento alla **Gestione della spesa farmaceutica** ha tenuto prioritariamente conto di quanto disposto dalla delibera RAS 54/11 del 10/11/2015; l'azienda infatti nell'ambito della farmaceutica ospedaliera ha adottato per il triennio 2016-2018 diverse azioni tese alla revisione del sistema acquisti, all'incremento dell'utilizzo dei Biosimilari e alla correlata riduzione di circa il 50% dei prodotti Branded, al contenimento della spesa per medicinali non inclusi nel PTR, e della spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera, e il consolidamento

dell'erogazione diretta dei medicinali per il primo ciclo di terapia dopo dimissione da ricovero o da visita ambulatoriale.

Con l'obiettivo di garantire l'appropriatezza prescrittiva, intesa come necessità di coniugare l'efficacia delle cure con le risorse disponibili, rendendole accessibili a tutti i cittadini, l'azienda inoltre, ha costituito dei gruppi di lavoro ospedale/territorio allo scopo di elaborare delle linee guida aziendali sulla prescrizione dei farmaci oggetto di monitoraggio regionale ed anche di quei farmaci ad alto impatto economico sul territorio;