

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2 OLBIA**

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 1522 DEL 23/12/2014

OGGETTO: ADOZIONE DEL PROGRAMMA SANITARIO TRIENNALE 2015-2017 E DEL PROGRAMMA SANITARIO ANNUALE 2015

IL DIRETTORE GENERALE F.F.

DOTT. GIANFRANCO CASU

(firma digitale apposta)

ACQUISITI I PARERI DI			
DIRETTORE SANITARIO		DIRETTORE AMMINISTRATIVO	
DOTT.SSA MARIA SERENA FENU		DOTT. GIANFRANCO CASU	
FAVOREVOLE	X	FAVOREVOLE	X
CONTRARIO		CONTRARIO	
<i>(firma digitale apposta)</i>		<i>(firma digitale apposta)</i>	

La presente Deliberazione
è soggetta al controllo preventivo di cui al comma 1 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006
viene comunicata al competente Assessorato regionale, ai sensi del comma 2 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006, qualora comportante impegno di spesa inferiore a euro 5.000.000
STRUTTURA PROPONENTE AREA PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO, COMMITTENZA

Si attesta che la presente deliberazione viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line della ASL n. 2 di Olbia	
Dal 23/12/2014	Al 07/01/2015
Area Affari Generali, Affari Legali, Comunicazione	

Su proposta di del direttore dell'Area Programmazione Controllo e Committenza

Premesso che l'art. 13 comma 3, della legge Regionale n°10/2006 stabilisce che il Direttore Generale adotta, entro il 15 novembre di ogni anno, il Programma Sanitario Annuale e il Programma Sanitario Triennale con allegato il Programma degli Investimenti di cui all'art. 14 della Legge n° 109/1994 (Legge quadro in materia di lavori pubblici).

CONSIDERATO che con delibera 50/19 dell' 11 Dicembre 2007 la Giunta Regionale ha emanato le Direttive di Programmazione e Rendicontazione per le Aziende Sanitarie coerentemente con quanto previsto dalla Legge Regionale n° 10/2006.

RILEVATO che questa azienda ha provveduto a determinare, qualificare, quantificare e rappresentare le esigenze sanitarie e socio-sanitarie del proprio territorio nonché ad individuare le linee di azione, le risorse, le formule organizzative e gestionali e tutte le azioni considerate efficaci ed efficienti per soddisfarle.

ATTESO di aver redatto il Programma Sanitario Annuale 2015, il Programma Sanitario Triennale 2015/2017 con allegato il Programma degli Investimenti, che si allegano al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale.

CONSIDERATO di dover procedere alla formalizzazione dei documenti di Programmazione Sanitaria 2015/2017 allegati alla presente al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale.

VISTI

Il D.lgs. 502/1992 e successive modifiche
La Legge Regionale n° 10/2006
La Legge Regionale n° 23/2014
Le Direttive di Programmazione Regionali
L'atto aziendale

IL DIRETTORE GENERALE

per i motivi sopra espressi,

DELIBERA

- di approvare i Documenti di Programmazione 2015/2017 allegati al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale, articolati in :
 - ✓ Programma Sanitario Annuale 2015
 - ✓ Programma Sanitario Triennale 2015/2017
 - ✓ Programma degli Investimenti (Opere Pubbliche) allegato al Programma Sanitario Triennale.

- Di trasmettere entro 10 giorni dall'adozione il presente Atto al Collegio Sindacale al fine di acquisire il parere entro il termine perentorio dei 15 giorni successivi così come disposto dall'Atto Aziendale dell' azienda sanitaria n° 2 .

- Di trasmettere il presente Atto al Consiglio delle Professioni Sanitarie che esprime parere obbligatorio a norma dell'art. 19 comma 2 della Legge regionale n° 10/2006.
- Di trasmettere il presente Atto alla Conferenza Provinciale Sanitaria e Socio - Sanitaria che esprime parere obbligatorio a norma dell'art. 15 comma 2 lettera b della Legge regionale n° 10/2006.
- Di trasmettere il presente Atto all'Assessorato Dell'igiene e Sanità per l'approvazione entro il 31 dicembre a norma di quanto previsto dall'art. 13 comma 4 e dall'art. 27 comma 2 della Legge Regionale n° 10/2006.

**Il Direttore Generale F.F
Dott. Gianfranco Casu**

Allegati: n. 3

Struttura proponente: Area Programmazione

Controllo e Committenza

Il Direttore Dott. Paolo Tecleme

PROGRAMMA SANITARIO ANNUALE 2015

Novembre 2014

INDICE

1. PREMESSA	3
<i>1.1 Il Programma Sanitario Annuale.....</i>	<i>3</i>
2. LA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA 2015	3
2.1 LINEE OPERATIVE AZIENDALI TERRITORIALI 2015	3
<i>2.1.1 Potenziamento Cure Primarie, Cure Domiciliari I II e III livello e Cure Palliative e apertura Hospice.</i>	<i>4</i>
<i>2.1.2 Potenziamento dell'integrazione ospedale territorio e della rete integrata pubblico-privato della Riabilitazione.....</i>	<i>6</i>
2.2 LINEE OPERATIVE AZIENDALI ASSISTENZA COLLETTIVA 2015.....	6
2.3 LINEE OPERATIVE AZIENDALI OSPEDALIERA 2015.....	8
3 PROGRAMMAZIONE ECONOMICA, FINANZIARIA E PATRIMONIALE.....	10
<i>3.1 Programmazione annuale.....</i>	<i>10</i>
<i>3.2 Finanziamenti e Ricavi.....</i>	<i>10</i>
4 IL SISTEMA DI GESTIONE DEL CICLO DELLE PERFORMANCE E DEL BUDGET.....	15

1. Premessa

1.1 Il Programma Sanitario Annuale

Il programma sanitario annuale è un documento che espone e giustifica i progetti, le risorse necessarie e le formule organizzative e gestionali funzionali al perseguimento degli obiettivi sanitari e socio-sanitari del Piano Regionale dei Servizi Sanitari e di altri eventuali atti e documenti di programmazione regionale, riferiti al contesto di competenza dell'azienda sanitaria e per un arco temporale corrispondente al primo anno del triennio di riferimento del programma sanitario triennale.

Il programma sanitario annuale si compone delle seguenti sezioni:

- a) Gli obiettivi programmatici e i progetti.
- b) La programmazione economica, finanziaria e patrimoniale.

Epoca di redazione e periodo di riferimento

Il programma sanitario annuale è redatto ogni anno. E' cura del direttore generale dell'azienda sanitaria predisporre l'organizzazione e le risorse opportune affinché il processo di redazione si concluda nei tempi previsti dalle norme di legge.

Per l'analisi del contesto demografico, socioeconomico dell'offerta sanitaria e dell'organizzazione aziendale, con particolare riferimento al "governo clinico" ed alla valutazione delle performance aziendali, si rimanda al "Programma Sanitario Triennale 2015-2017" approvato dalla ASL 2 con la medesima deliberazione del presente Programma Annuale.

2. La Programmazione Strategica 2015

2.1 Linee operative Aziendali Territoriali 2015

Le principali linee di indirizzo per l'area territoriale hanno come riferimento **il Piano Sanitario Nazionale 2011/2013**, **il Patto per la Salute 2014/2016**, **il Piano Regionale dei Servizi Sanitari** e **il Piano di Riorganizzazione dell'assistenza sanitaria della Regione Sardegna 2011**, la legge regionale 21/2012 e la legge regionale 23 /2014.

Le linee di indirizzo Aziendali tendono a dare piena applicazione ai citati documenti di programmazione, in particolare attraverso il potenziamento dei Servizi Territoriali .

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.

Per far fronte a tale complessità di bisogni e a questi trend epidemiologici è intento dell'azienda ASL 2 spingersi 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 cure palliative oncologiche**) 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.

Nel livello di assistenza distrettuale l'orientamento aziendale è rivolto 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, il potenziamento delle cure domiciliari integrate, come l'assistenza a domicilio, soprattutto per le forme di cronicità più marcata, si presenta come alternativa ai ricoveri ospedalieri inappropriati e come forma assistenziale vantaggiosa in termini di qualità della vita del paziente, e per i benefici economici rispetto anche ad altre forme di ricovero di carattere extraospedaliero. A ciò si aggiunge inoltre il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi consultoriali e del servizio di neuropsichiatria infantile, e lo sviluppo di forme associative, in rete e in gruppo, per la medicina primaria e il potenziamento della attività dell'assistenza integrata e del P.U.A. U.V.T.

2.1.1 Potenziamento Cure Primarie, Cure Domiciliari I, II e III livello, Cure Palliative e apertura Hospice.

Come previsto dall'articolo 9 della L.R. 23 /2014 nel corso del 2015 il Commissario Straordinario provvederà alla redazione di un piano per il potenziamento del sistema di offerta territoriale

Tale piano procederà all'individuazione di alcune "macroaree territoriali omogenee", individuate per omogeneità di popolazione ed accessibilità viaria. Il territorio verrà suddiviso in omogenee di territorio.

Ogni Macroarea verrà suddivisa in " aree primarie " più ristrette, tendenzialmente coincidenti con gli ambiti territoriali della assistenza primaria, all'interno delle quali verrà individuato un pannello standard di attività che dovranno essere necessariamente replicate ed erogate in tutte le aree.

In particolare nel corso del 2015 l'azienda intende rafforzare e proseguire con le linee di azione relative al :

- potenziamento ed alla integrazione delle Cure Primarie con gli altri livelli assistenziali, attraverso il miglioramento dell'accesso alla diagnostica, alla farmaceutica ed alle prestazioni specialistiche territoriali.
- promuovere in ossequio a quanto disposto dal Patto per la Salute 2014/2016 le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del SSN per l'erogazione delle cure primarie.
- consolidare il potenziamento della attività della Assistenza Integrata, nello specifico del PUA, UVT e delle Cure Domiciliari di I e II livello, con l'aumento del personale infermieristico dedicato e organizzazione delle attività integrate multidimensionali e multiprofessionali;
- prosecuzione ed estensione a tutti gli ambiti territoriali del Progetto di sviluppo delle Cure Domiciliari di III livello e Cure Palliative per i malati terminali; nello specifico l'azienda conferma per l'anno 2015 il progetto di Cure Domiciliari di III livello, il quale coinvolgerà, oltre ai servizi territoriali quali principali attori, i servizi ospedalieri di Oncologia, Anestesia, Rianimazione e Neurologia. Per il progetto di cui alle delibere n. 1863 del Luglio 2013 e n. 245 del marzo 2014 l'azienda utilizzerà le risorse attribuite dall'ARIS.
- rafforzare il trattamento integrato delle patologie croniche (**diabete, scompenso cardiaco**) obiettivo per cui l'azienda ha ancora in corso due importanti progetti legati all'assistenza integrata territoriale ed al potenziamento dell'auto-controllo individuale (self management); tali progetti sono di interesse strategico per l'azienda che ne prevede l'estensione a tutti gli ambiti territoriali.
-

2.1.2 Potenziamento dell'integrazione ospedale territorio e della rete integrata pubblico-privato della Riabilitazione

Nel livello di assistenza distrettuale l'orientamento aziendale come già precedentemente affermato è rivolto sostanzialmente 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 dovrà procedere nel corso del 2015 al:

- consolidamento, attraverso il servizio di Integrazione Socio sanitaria, dell'integrazione tra i servizi sociali dei comuni e i servizi sanitari al fine di promuovere la domiciliarità, la residenzialità assistita e i servizi per la non autosufficienza;
- potenziamento della rete integrata pubblico-privato della Riabilitazione sia FisiokinesiTerapia che Riabilitazione Globale attraverso PDTA Ospedale-Territorio (Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali). A ciò si aggiunga il fatto che in base alla DRG 24/1 2014 è prevista l'apertura nel corso del 2015 di circa 100 p.l. di Riabilitazione (80 codice 56, e 20 codice 75) nella struttura ospedaliera privata denominata "Mater Olbia" per questo programma si rimanda a quanto esposto nello specifico capitolo della programmazione triennale 2015-2017, si prevede inoltre, in base a quanto deriverà dalla riorganizzazione della rete ospedaliera, l'attivazione di un congruo numero di p.l. di lungodegenza riabilitativa nello stabilimento ospedaliero di Tempio Pausania e l'apertura di 10 p.l. di Riabilitazione Globale presso la struttura privata RSA Smeralda di Padru.
- nell'ambito della tutela e promozione della salute della donna, lo sforzo dell'azienda nel corso del 2015 è finalizzato ad accrescere e potenziare le azioni che riguardano lo sviluppo di una rete aziendale, con il coinvolgimento nella programmazione e formazione di tutti soggetti che a vari titoli agiscono nella sfera della prevenzione e della tutela in ambito Materno Infantile, al fine di risolvere le problematiche di tipo sanitario, sociale e psicologico espresse dalla donna nelle diverse fasi della vita, della tutela dell'infanzia e della tutela della genitorialità.

2.2 Linee Operative Aziendali -Assistenza Collettiva 2015

In quest'ambito, tenuto conto che è ormai evidente che la prevenzione esclusivamente sanitaria non è sufficiente, ed 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, l'intento dell'azienda ASL 2 è di caratterizzare la propria attività riservando un ruolo di rilievo alle seguenti azioni:

- campagne di *screening* per la prevenzione dei tumori;
- progetti riguardanti l'educazione alimentare e la prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare;
- prevenzione per la tutela dell'ambiente e della sicurezza nei posti di lavoro nei comparti: edile, chimico, agricolo e portuale-marittimo;
- potenziamento del servizio veterinario e di medicina legale.

In particolare, per il 2015 si intende proseguire nell'attuazione di tutte le Linee di sviluppo delle attività del servizio di Igiene Pubblica, del servizio S.I.A.P.Z., del Servizio Veterinario di Sanità Animale, del Servizio SIAOA, del Servizio SIAN e del Servizio SPRESAL.

Al fine di cogliere i vantaggi gestionali e operativi del modello dipartimentale si conferma per il 2015 la sinergia operativa tra:

- ✚ il servizio SPRESAL e il SIAN riguardo al controllo sul commercio e utilizzo dei prodotti fitosanitari;
- ✚ tra il servizio SPRESAL e il servizio Veterinario di Sanità Animale e di Igiene degli allevamenti e delle Produzioni Zootecniche con riguardo alla razionale programmazione della vigilanza nei luoghi di lavoro delle aziende zootecniche locali e alla valutazione dell'interfaccia benessere animale e igiene degli allevamenti/ igiene e sicurezza del lavoro.

E' in fase di definizione l'eventuale cooperazione tra lo SPRESAL e il servizio di Igiene e sanità Pubblica (SISP) riguardo alle incombenze relative al programma regionale di applicazione dei Regolamenti (CE) n° 1907/2006, concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restrizione delle sostanze chimiche (contenuti raccolti nell'acronimo REACH) e n° 1272/2008 relativo alla classificazione, all'etichettatura e all'imballaggio delle sostanze e delle miscele (CLP); e tra lo SPRESAL e gli altri servizi dipartimentali – in primis, il SISP, con riferimento al vasto ambito tematico relativo alle potenziali ricadute, in termini di impatto negativo sulla salute della popolazione, derivanti dall'immissione di contaminanti ambientali lungo la filiera produttiva locale nella cosiddetta interfaccia Salute/Ambiente.

Sempre nell'ottica di cogliere fino in fondo i vantaggi del modello dipartimentale è in fase di definizione un nuovo assetto organizzativo del personale amministrativo attraverso una progressiva revisione della distribuzione delle risorse amministrative al fine di superare la storica assegnazione ai servizi, assegnando il 100% del personale non dirigente alla macrostruttura, in ossequio anche a quanto disposto dalla delibera DGR n° 33/37 del 08/08/2013.

Gli Obiettivi Assistenziali specifici previsti dalla D.G.R. n. 30/60 del 12/07/2011:

1 – migliorare la copertura con vaccino antinfluenzale nell’anziano

(standard: $\geq 70\%$)

Nel corso della campagna vaccinale 2010-2011 sono stati somministrati limitatamente alla indicazione età ≥ 65 anni n°14.132 vaccini, popolazione di riferimento 26.602 per un valore % di 53,12 %. (fonte dati tabelle inviate ad ARIS da Ig. pubbl. ASL 2).

Nel corso della campagna vaccinale 2011-2012 sono stati somministrati limitatamente alla indicazione età ≥ 65 anni n°14.980 vaccini, popolazione di riferimento 27.255 per un valore % di 54,96 %.

Nel corso della campagna vaccinale 2013-2014 sono stati somministrati limitatamente alla indicazione età ≥ 65 anni n°13.856 vaccini, popolazione di riferimento 27.255 per un valore % di 50,83 %.

2 – estendere lo screening mammografico, per le donne 50-69 anni (standard: 95%)

Campagna di screening Anno 2010: 0 % chiamate in quanto ferma l’attività (biennale) dello screening rimandata completamente all’attività del 2011.

Campagna di screening Anno 2011: 82% di chiamate sino al mese di agosto per sospensione dell’attività di alcuni operatori.

Campagna di screening Anno 2013: 108% donne invitate allo screening mammografico (fonte dati tabelle Ig. pubbl. ASL 2).

2.3 Linee Operative Aziendali – Assistenza Ospedaliera 2015

Nel corso del 2015 l’impegno dell’Azienda, vuoi per la mancanza della definizione della Rete Territoriale Regionale, vuoi per l’incertezza relativa al futuro ospedale privato è rivolto, soprattutto, alla:

- Riduzione dei ricoveri in regime ordinario e incremento dei ricoveri in regime diurno e delle attività ambulatoriali e territoriali.
- Miglioramento della appropriatezza organizzativa come scelta del livello assistenziale più corretto e meno costoso per i bisogni di cura.
- Razionalizzazione dei ricoveri ordinari non chirurgici per pazienti over 65 anni e con degenza uguale o superiore a 12 giorni.
- Aumentare la quantità e la qualità dell’offerta salvaguardando l’appropriatezza del ricorso a tali prestazioni. E’ strategico che all’aumentare dell’offerta pubblica e/o privata non

dovrà corrispondere un aumento del tasso di ospedalizzazione (nella ASL 2 tra i più bassi della regione).

- Aumento della quantità dei DRG chirurgici (preferibilmente in regime di Day service, quindi aumento delle prestazioni in regime ambulatoriale, o di Day Surgery) con rilevante recupero della mobilità passiva almeno per le prestazioni di minore complessità.
- Riduzione del ricorso alla ospedalizzazione in particolare nei reparti internistici.
- Intercettare i bisogni di salute della cronicità nell'assistenza territoriale, prima che gli stessi necessitino di ricovero ospedaliero.
- Migliorare l'appropriatezza erogativa, ad esempio riduzione dei Tagli Cesarei ed aumento della percentuale di Fratture di Femore operate entro le 48 ore.

Si conviene che solo questo approccio potrà garantire una miglior organizzazione dei servizi ed una ottimizzazione dell'uso delle risorse, oltre a garantire la sostenibilità economica del Sistema sanitario davanti all'inesorabile invecchiamento della popolazione che, come mostrato nei grafici precedenti, genera in modo automatico un aumento del bisogno di risorse sanitarie.

3 Programmazione economica, finanziaria e patrimoniale

3.1 Programmazione annuale

La presente programmazione si riferisce ad un contesto di riferimento dinamico quanto incerto, dovuto ad una serie di eventi, che si riportano di seguito e che hanno contribuito ad aumentare la complessità dello scenario di riferimento.

La complessità dei processi di riorganizzazione assistenziali che l'azienda affronterà nel prossimo anno daranno origine ad un profondo ripensamento nella organizzazione e gestione dei servizi con importanti cambiamenti sia nell'area ospedaliera che in quella territoriale, con una prospettiva che va verso la deospedalizzazione ed il potenziamento delle cure domiciliari, l'attivazione delle Case della Salute e l'aumento del servizio di filtro territoriale per le patologie croniche.

La complessità ed il quadro di estrema incertezza del contesto in cui si sta avviando la nostra Azienda, non consente di tenere conto in modo puntuale degli effetti in termini di attività sanitarie e di quelli economici di tutte le dinamiche enunciate.

Per tale motivazione, e prudenzialmente, si è tenuto conto solo degli effetti originati dagli obiettivi di programmazione effettivamente prevedibili, pertanto il fabbisogno delle risorse economiche e finanziarie necessarie per la realizzazione del presente programma nel corso dell'anno in oggetto, coincide con il bilancio previsionale annuale distinto nella parte di stato patrimoniale e di conto economico ai quali si rimanda.

3.2 Finanziamenti e Ricavi

I criteri di finanziamento delle Aziende sanitarie Regionali

Altro fattore bloccante per l'azienda nella propria riorganizzazione è il limite del finanziamento economico, infatti, in presenza di un'offerta ospedaliera così deficitaria non è pensabile l'incremento di servizi e funzioni sia ospedalieri che territoriali senza una adeguata attribuzione di risorse finanziarie.

Sino ad oggi il territorio della ASL 2 è stato fortemente penalizzato nelle attribuzioni economiche.

Per meglio inquadrare questa problematica si riportano brevemente i criteri di formazione del Fondo Sanitario Regionale ed i criteri di riparto tra le aziende.

www.aslolia.it

Sede Legale:

Via Bazzoni Sircana 2/2a

07026 Olbia (OT)

p. iva: 01687160901

Staff Direzione Aziendale

Via Bazzoni Sircana 2/2a

07026 Olbia (OT)

Telefono 0789 552332

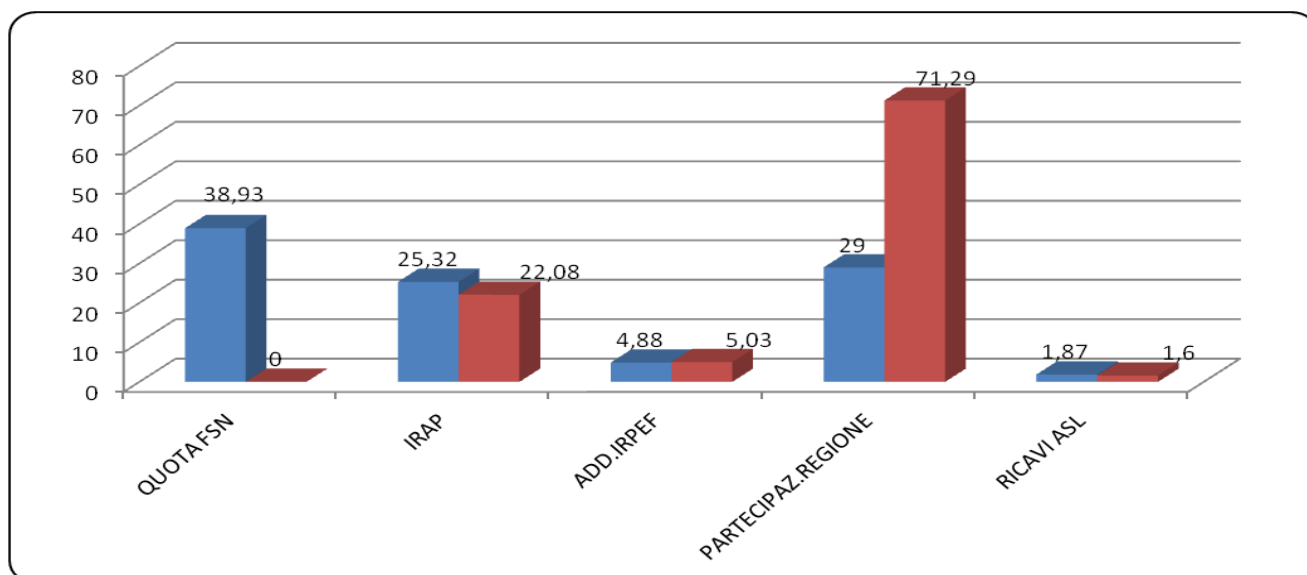
Fax: 0789552329

e-mail: dir-generale@aslolia.it

Fonti di finanziamento del fabbisogno del FSR -

ANNO	QUOTA FSN	IRAP	ADD.IRPEF	PARTEC. REGIONE	RICAVI ASL
2006	38,93	25,32	4,88	29,00	1,87
2007	0	23,31	4,59	70,36	1,74
2011	0	22,08	5,03	71,29	1,60

Dati: delibera n.97/2012 Corte dei Conti

FONTI DI FINANZIAMENTO DEL FSR NEGLI ANNI 2006 E 2011 IN VAL. %


Dalla tabella si evince come dal 2007 è mutato radicalmente il sistema delle fonti di finanziamento e l'evoluzione dell'incidenza di ciascuna di esse sul finanziamento complessivo della Regione Sardegna. E' evidente infatti il passaggio da una situazione in cui lo Stato finanziava circa il 39% del fabbisogno del SSR a fronte di una partecipazione regionale del 29%, ad una partecipazione regionale di oltre il 70%.

Con deliberazione n. 45/17 del 12.11.2012 la Giunta Regionale Sardegna ha stabilito i nuovi criteri per il riparto delle risorse destinate al finanziamento del SSR per gli anni 2012-2013-2014.

I criteri adottati con tale atto si fondano su tre aspetti, quali:

1. In coerenza con l'obiettivo della riduzione dei costi e aumento della qualità dei servizi erogati, saranno limitati i criteri che correlavano parte dei finanziamenti delle Aziende Sanitarie al costo storico sostenuto per le specifiche attività;

www.aslolia.it

Sede Legale:
Via Bazzoni Sircana 2/2a
07026 Olbia (OT)
p. iva: 01687160901

Staff Direzione Aziendale

Via Bazzoni Sircana 2/2a
07026 Olbia (OT)
Telefono 0789 552332
Fax: 0789552329
e-mail: dir-generale@aslolia.it

2. Volontà di non far riferimento alle procedure a consuntivo che comportano la mancata conoscenza preventiva della quota di fondo da assegnare alle Aziende;
3. Fattibilità del riparto rispetto ai criteri individuati.

La delibera in argomento ribadisce che nel riparto delle risorse tra le Aziende la Regione Sardegna prende come base di riferimento i 3 macro-livelli di assistenza definiti a livello nazionale e così ridefiniti a livello regionale:

1)	ASSISTENZA COLLETTIVA	5,30%		
2)	ASSISTENZA DISTRETTUALE	50%	{ 24,70% 12% 13,30%	ASS.SAN.TERR.
				FARM. TERR.
				ASSIST.SPEC.AMB.
3)	ASSISTENZA OSPEDALIERA	43,70%		
4)	VALORIZZ. APPROPR. ORG. ED ECON.-GESTIONALE	1%		

Da tale ripartizione si evincerebbe la volontà della Regione di favorire la deospedalizzazione (< 160‰) e il conseguente potenziamento dell'assistenza territoriale, nonché dell'appropriatezza assistenziale e adeguatezza organizzativa ed economico-gestionale.

ASSEGNAZIONE RISORSE AZIENDE SSR - ANNI 2013 - 2012 - 2011

	ANNO 2013***	ANNO 2012**	ANNO 2011*	VARIAZIONE NOMINALE 2013/2012	VARIAZIONE % 2013/2012	VARIAZIONE NOMINALE 2012/2011	VARIAZIONE % 2012/2011
	ASSEGNAZIONE NETTA	ASSEGNAZIONE NETTA	ASSEGNAZIONE NETTA				
ASL N.1	€ 514.615.564,02	€ 523.909.050,86	€ 514.849.974,62	-€ 9.293.486,84	-1,77%	€ 9.059.076,24	1,76%
ASL N.2	€ 228.500.000,00	€ 232.784.471,77	€ 227.561.128,28	-€ 4.284.471,77	-1,84%	€ 5.223.343,49	2,30%
ASL N.3	€ 306.117.200,00	€ 310.859.196,58	€ 299.321.621,75	-€ 4.741.996,58	-1,53%	€ 11.537.574,83	3,85%
ASL N.4	€ 92.733.091,49	€ 94.644.293,99	€ 91.936.518,68	-€ 1.911.202,50	-2,02%	€ 2.707.775,31	2,95%
ASL N.5	€ 253.783.241,43	€ 259.366.131,11	€ 250.039.925,95	-€ 5.582.889,68	-2,15%	€ 9.326.205,16	3,73%
ASL N.6	€ 137.941.928,68	€ 135.930.012,10	€ 136.349.860,27	€ 2.011.916,58	1,48%	-€ 419.848,17	-0,31%
ASL N.7	€ 212.528.500,00	€ 221.354.744,93	€ 216.664.381,09	-€ 8.826.244,93	-3,99%	€ 4.690.363,84	2,16%
ASL N.8	€ 910.022.021,57	€ 922.063.150,77	€ 886.963.442,86	-€ 12.041.129,20	-1,31%	€ 35.099.707,91	3,96%
AO BROTZU	€ 173.995.000,00	€ 178.763.393,42	€ 166.789.391,30	-€ 4.768.393,42	-2,67%	€ 11.974.002,12	7,18%
AOU SASSARI	€ 124.350.600,00	€ 127.366.591,77	€ 124.381.281,67	-€ 3.015.991,77	-2,37%	€ 2.985.310,10	2,40%
AOU CAGLIARI	€ 135.572.813,87	€ 137.416.154,33	€ 132.939.032,68	-€ 1.843.340,46	-1,34%	€ 4.477.121,65	3,37%
INRCA		€ 2.863.138,61	€ 2.761.862,29	-€ 2.863.138,61		€ 101.276,32	3,67%
TOTALI	€ 3.090.159.961,06	€ 2.623.411.279,38	€ 2.535.708.446,82	-€ 47.866.882,34		€ 87.702.832,56	

* Assegnazioni anno 2011: DGR 13/9 del 2012 e DGR 45/18 del 2012

** Assegnazioni anno 2012: DGR 15/30 del 29/03/2013

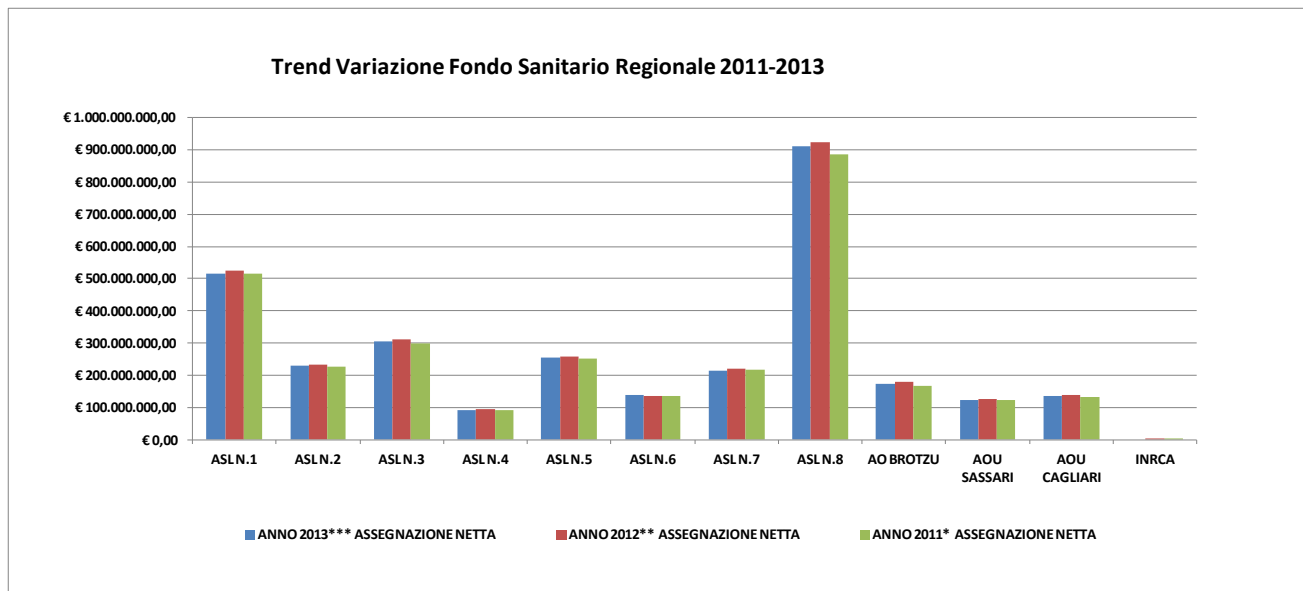
*** Assegnazioni anno 2013: DGR 9/10 del 05/03/2014

www.asllobia.it

Sede Legale:
Via Bazzoni Sircana 2/2a
07026 Olbia (OT)
p. iva: 01687160901

Staff Direzione Aziendale

Via Bazzoni Sircana 2/2a
07026 Olbia (OT)
Telefono 0789 552332
Fax: 0789552329
e-mail: dir-generale@asllobia.it



www.aslolia.it

Sede Legale:
Via Bazzoni Sircana 2/2a
07026 Olbia (OT)
p. iva: 01687160901

Staff Direzione Aziendale

Via Bazzoni Sircana 2/2a
07026 Olbia (OT)
Telefono 0789 552332
Fax: 0789552329
e-mail: dir-generale@aslolia.it

RIPARTIZIONE FONDO SANITARIO REGIONALE - ANNO 2013 -					
DGR DI RIFERIMENTO	DGR 50/23 del 03.12.2013 e DGR 9/10 del 05.03.2014				
FABBISOGNO INDISTINTO NETTO		€ 3.090.159.961,06			
		% Reg.	Val. nominale ASL 2	% ASL 2	Δ%
ASSISTENZA COLLETTIVA	Criteri di ripartizione	5,3%	14.957.097,05	6,55%	1,25%
Assistenza Veterinaria	In base alla popolazione animale e alla popolazione umana.	5,3%	14.957.097,05	6,55%	1,25%
Altra Assistenza					
ASSISTENZA DISTRETTUALE	Criteri di ripartizione	50%	128.951.425,20	56,43%	6,43%
Medicina generale	In base alla popolazione con + di	24,7%	26.914.240,57	32,45%	7,75%
Pediatria di Libera Scelta	In base alla popolazione con - di 14		8.690.236,37		
Continuità Assistenziale vigilanza guardie mediche	In base alle ore di servizio. (finanz. X funzioni).		25.586.327,23		
Emergenza San. Territoriale	In base al n. dei medici in servizio e all'attività svolta.		12.966.501,80		
Assistenza Farmaceutica Terr.	In base alla popolazione pesata in base al profilo dei consumi per età (quota	12%	26.943.262,23	11,79%	-0,21%
Assistenza Specialistica Ambul.	In base alla popolazione residente pesata in base al	13,3%	27.850.857,00	12,19%	-1,11%
Assistenza Anziani	In base alla popolazione con + di	comprese nell'assistenza sanitaria territoriale			
Altra Assist. Distrettuale	In base alla popolazione pesata per l'indice di				
ASSISTENZA OSPEDALIERA	Criteri di ripartizione	43,7%	77.204.973,58	33,79%	-9,91%
Attività ospedaliera	In base alla popolazione residente tenendo conto dei pesi definiti a livello nazionale. Penalità sull'inappropriatezza organizzativa: si terrà conto del 10% del valore DRG dei ricoveri ordinari potenzialmente inappropriati	43,7%	77.470.839,73	33,79%	-9,91%
10% valore DRG inappropriati			-265.866,15		
ACCANT. X APPROPR. E ADEGUAT. ORG. ED ECON./GEST.		1%	2.651.221,61	1,16%	
PARAMETRO DI ACCOMPAGNAMENTO	x aziende con problemi di rientro econ.	0%	4.712.323,44	2,06%	
Rimborso costo del personale dipendente delle aziende sanitarie in			22.959,13	0,01%	
TOTALE GENERALE		100,0%	228.500.000		
meno ENTRATE DIRETTE			0,00		
ASSEGNAZIONE NETTA ASL N. 2			228.500.000,00	100%	

4 Il Sistema di gestione del Ciclo delle Performance e del Budget

L'azienda ha intrapreso, nel corso del 2012 e porterà avanti anche nel 2015, il processo di riqualificazione gestionale e di sviluppo organizzativo, consolidando il Sistema di Gestione del Ciclo della Performance e il Sistema di Gestione Budgetaria. Il Budget rappresenta infatti una risposta alla crescita di complessità del servizio sanitario poiché responsabilizza i centri di responsabilità sui risultati da conseguire e sulle risorse da impiegare, senza però interferire nelle scelte di combinazione delle risorse e di svolgimento dei processi tecnico-assistenziali che restano di esclusiva competenza dei CdR stessi, coerentemente con l'autonomia professionale e con la difficoltà di standardizzazione dei processi sanitari. Coerentemente la misurazione dei risultati ottenuti ed il confronto con gli obiettivi individuati fa sì che ad ogni livello dell'organizzazione si possa svolgere la funzione di gestione "misurando" e "controllando" le Performance Gestionali.

Il Budget in quanto strumento di programmazione ha tradotto i programmi e gli obiettivi strategici contenuti nel Piano delle Performance in obiettivi operativi e specifici annuali assegnandoli ai centri di responsabilità. Gli obiettivi di Budget sono stati definiti in coerenza con i vincoli di bilancio aziendali e il loro conseguimento costituisce condizione necessaria per l'erogazione della premialità prevista dalla contrattazione collettiva nazionale e integrativa aziendale. Il processo di Budget è infatti lo strumento principale su cui è ancorata la valutazione delle Performance organizzative di tutte le UU.OO oltre che consente di definire il contributo dell'apporto dei singoli operatori in termini di Performance individuale.

Riguardo al Sistema di Budget è ragionevole affermare che il processo benché sia ancora nei primi anni di applicazione, possa definirsi abbastanza maturo per cui la definizione degli obiettivi da raggiungere e, quindi, indicatori e target sono risultati più sfidanti rispetto ai primi anni, ma il vero traguardo è rappresentato dal fatto che è stata colta la vera essenza del Budget ossia quella di orientare i comportamenti dei professional e la maggioranza dei responsabili di struttura ha percepito il Budget come uno strumento per eccellere nello svolgimento dei processi aziendali, di miglioramento dell'appropriatezza, dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni oltreché di crescita individuale in un processo di apprendimento continuo.

Preme mettere in risalto che nel processo di definizione degli obiettivi e indicatori si è tenuto in considerazione il fatto che le aziende sanitarie non operano in un contesto di mercato e le tariffe non possono essere assimilate ai prezzi di vendita delle aziende di produzione, pertanto è stato

www.aslolia.it

Sede Legale:

Via Bazzoni Sircana 2/2a

07026 Olbia (OT)

p. iva: 01687160901

Staff Direzione Aziendale

Via Bazzoni Sircana 2/2a

07026 Olbia (OT)

Telefono 0789 552332

Fax: 0789552329

e-mail: dir-generale@aslolia.it

adottato un sistema di indicatori multidimensionale che integra le dimensioni economiche e di produttività con elementi di governo clinico, di innovazione e di qualità dei servizi. A ciò si aggiunge inoltre che affinché il sistema di indicatori riuscisse veramente ad orientare i comportamenti dei professional in maniera virtuosa si è evitato il rischio di overload informativo e si è costruito quindi un sistema di misurazione delle performance maggiormente mirato agli obiettivi aziendali.

E' evidente infatti che i sistemi di misurazione delle performance giocano un ruolo fondamentale nel governo delle aziende sanitarie e che l'efficacia dei processi di programmazione e controllo non si gioca più solo sulla capacità di progettare adeguatamente il processo decisionale, il ruolo degli attori coinvolti e delle schede tecniche di supporto, ma sulla necessità di costruire adeguatamente il sistema degli indicatori evitando, da un lato, il proliferare del numero di indicatori, dall'altro la mera focalizzazione su indicatori economici finanziari, poco rappresentativi dei livelli di efficienza e di efficacia nelle aziende sanitarie.

www.aslolia.it

Sede Legale:

Via Bazzoni Sircana 2/2a

07026 Olbia (OT)

p. iva: 01687160901

Staff Direzione Aziendale

Via Bazzoni Sircana 2/2a

07026 Olbia (OT)

Telefono 0789 552332

Fax: 0789552329

e-mail: dir-generale@aslolia.it

PROGRAMMA SANITARIO TRIENNALE 2015/2017

Novembre 2014

INDICE

1. PREMESSA	3
2. IL CONTESTO TERRITORIALE	4
2.1 <i>Il profilo Territoriale.....</i>	4
2.2 <i>Il profilo Demografico</i>	4
2.4 <i>Il profilo Socio-economico.....</i>	22
3.L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE	25
3.1 <i>La Configurazione organizzativa dell'azienda</i>	25
3.1.1 <i>Organigramma.....</i>	26
3.2 <i>Programmazione economica, finanziaria e patrimoniale.....</i>	29
3.2.1 <i>Finanziamenti e Ricavi</i>	30
3.2.2 <i>Risultati economici patrimoniali nei tre anni precedenti.....</i>	38
3.2.3 <i>Indici di Bilancio</i>	39
3.2.4 <i>Informazioni analitiche</i>	39
3.3 <i>Il Sistema di gestione del Ciclo delle Performance e del Budget.</i>	40
3.4.2 <i>Valore Della Produzione 2009-2013.....</i>	47
4. LA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA 2015/2017	51
4.1 EVOLUZIONE DEL CONTESTO NORMATIVO E DI INDIRIZZO NAZIONALE E REGIONALE	51
4.1.1 <i>Umanizzazione dell'assistenza.....</i>	51
4.1.2 <i>L'integrazione socio-sanitaria</i>	51
4.1.3 <i>L'integrazione Ospedale-Territorio.....</i>	52
4.1.4 <i>Il Concetto di Rete.....</i>	52
4.1.5 <i>Le Tre Reti</i>	53
4.1.6 <i>Centralità delle Cure Primarie e delle Strutture Territoriali.....</i>	54
4.1.7 <i>Appropriatezza</i>	56
4.1.8 <i>Governo Clinico.....</i>	56
4.1.9 <i>Il Governo delle Liste d'attesa</i>	58
4.2 LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI E REGIONALI TERRITORIALI	59
4.2.1 <i>Linee operative Aziendali Territoriali 2015/2017.....</i>	60
4.3 LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI E REGIONALI ASSISTENZA COLLETTIVA	62
4.3.1 <i>Linee Operative Aziendali Assistenza Collettiva 2015/2017</i>	63
4.4 LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI E REGIONALI OSPEDALIERE	66
4.4.1 <i>Linee Operative Aziendali Ospedaliera 2015/2017.....</i>	67

1. Premessa

La società contemporanea con il suo configurarsi come società complessa e frammentata, "società dell'incertezza", richiede strumenti utili al fine di conoscere, interpretare e leggere tale complessità per raggiungere un miglior standard decisionale nella programmazione sanitaria e socio-sanitaria; tale incertezza che abbiamo definito come strutturale in una società complessa, raggiunge nel finire del 2012 una valenza globale che, come detto in seguito coinvolge tutti i livelli di una possibile programmazione (Nazionale, Regionale e Locale) e tutte le tipologie di atti di riferimento (Atti Normativi, Atti di indirizzo, Atti di Organizzazione, Atti di Programmazione).

La salute, intesa come stato di benessere complessivo, è infatti il risultato di uno sviluppo sostenibile capace di preservare la disponibilità delle risorse rinnovabili ed evitare eccessivi squilibri ambientali, economici e sociali.

Promuovere la salute di una società significa, quindi, investire non solo in ricerca medica, ma anche in politiche tese a rimuovere situazioni di disagio economico e sociale, nell'educazione alla salute e nella promozione di stili di vita sani; di qui il ruolo attivo svolto dalla Azienda nella programmazione sanitaria.

Da ciò consegue che all' Azienda Sanitaria Locale n.2 di Olbia spetta il ruolo di lettore delle esigenze del proprio territorio e di mediare tra le aspettative dei cittadini e le possibilità del sistema sanitario regionale di soddisfarle, di individuare le priorità, senza sacrificare ad esse la globalità degli interessi collettivi.

Il presente documento di programmazione tiene conto del mutare dinamico della normativa nazionale (Spending Review, Decreto Balduzzi e D.Lgs. n. 66/2014), pertanto i Programmi Sanitari Annuale e Triennale non potranno che essere ispirati dall'insieme degli Atti legislativi e di indirizzo sopra enunciati, dagli obiettivi posti ai Direttori Generali per l'anno 2014 e dal Programma Sanitario Triennale per il triennio 2014-2016 approvato con deliberazione n.. 2890 del 25 Novembre 2013.

Si tratterà pertanto di linee di indirizzo strategiche, alle quali l'azienda intende ispirarsi per le attività di riorganizzazione previste nel corso del triennio ed in particolare nel 2015 ed alle quali dovranno orientarsi i Piani operativi di Dipartimento e la negoziazione degli obiettivi di Performance 2015.

Tali linee di indirizzo non potranno prevedere, per l'incertezza del contesto, dei progetti di dettaglio.

Dal 2013, l'Azienda come previsto L. R. 21/2012, ha attivato un tavolo di consultazione con i rappresentanti dei enti locali e delle istituzioni e delle rappresentanze sindacali del territorio della ASL permanente per la definizione dell'assetto organizzativo proposto.

2. Il contesto Territoriale

2.1 Il Profilo Territoriale

L'area della Gallura si caratterizza per una forma particolare di presenza sul territorio – l'insediamento diffuso – che trova nella cultura degli stazzi la sua peculiarità.

Lo stazzo inteso come luogo fisico, ma anche ambiente sociale e familiare entro il quale si sviluppava sia la vita "comunitaria" che le attività economiche.

L'intero sistema presenta notevoli caratteristiche di omogeneità, sia dal punto di vista territoriale che socio economico, l'insediamento diffuso "stazzi" tipico della Gallura, che ha strutturato il territorio caratterizzandone l'economia, che si collocano nella regione storica della Gallura situata nel nord della Sardegna, con un'estensione di circa 1.963 kmq.

La Gallura è una regione prevalentemente montuosa, ma le cime elevate sono poche. E' piuttosto un susseguirsi di colline che partendo dal centro arrivano, decrescendo, sino al mare.

La cima più elevata si trova nel gruppo montuoso del Monte Limbara, che raggiunge la quota massima con Punta Balistreri (1365 metri).

Altri rilievi importanti sono i monti di Alà dei Sardi e Buddusò.

Il territorio gallurese può essere definito come la più ampia area granitica continua d'Italia con i suoi 70 km di larghezza (da est ad ovest) e 120 di lunghezza (da Nord a Sud). I monti della Gallura sono: generalmente dei massicci granitici, che, scolpiti dall'erosione del vento, rendono il paesaggio caratteristico.

La Gallura possiede un vasto sviluppo costiero caratterizzato da coste a "rias", incise nei graniti. Queste sono fiordi chiusi da roccaforti o da creste che racchiudono spiagge quasi sempre nascoste al loro interno.

2.2 Il profilo Demografico

2.2.1 Analisi Demografica della ASL di Olbia

La popolazione della Provincia al 01.01.2014 ammonta a 158.518 residenti, di cui 78.942 maschi e 79.576 femmine, con una percentuale di crescita nettamente superiore a quella delle altre province sarde.

I dati indicano una tendenza che va consolidandosi: la Gallura assorbe residenti dalle altre province sarde ma anche del resto d'Italia. Tale crescita si spiega con una elevata natalità, con relativamente modesta mortalità oltre che con una massiccia presenza di immigrati extracomunitari. Il saldo naturale nel 2013 è di + 34 unità, quello migratorio di +6.029. Il comune di Olbia anche nel 2013 presenta entrambi i valori positivi, con un saldo migratorio pari +2.527 e un saldo naturale pari +213.

La comparazione degli indici di vecchiaia (riferiti al 2013) della Provincia Olbia-Tempio evidenziano una popolazione meno anziana (IV 136%) sia rispetto a quella regionale (IV:169%) che rispetto al resto d'Italia (IV: 189,71%) (IV-Indice di Vecchiaia: rapporto popolazione >65/<0-14 anni per cento).

La maggior parte della popolazione risiede nei comuni più grandi: Olbia (57.889 abitanti) Tempio (14.967 abitanti), Arzachena (12.817) e La Maddalena (circa 12 mila) e quindi prevalentemente lungo la costa nord orientale.

L'andamento demografico dell'ultimo decennio, è stato caratterizzato da una crescita sostenuta della popolazione in alcuni comuni costieri, da una perdita netta nelle aree interne che vivono attualmente un progressivo processo di spopolamento destinato probabilmente ad aumentare in assenza di interventi concreti di sviluppo.

E' evidente il segno negativo della variazione percentuale della popolazione per la maggior parte dei comuni dell'interno, in particolare Aggius, Alà dei Sardi, Bortigiadas, Monti, Berchidda, Luras, mentre per i comuni costieri la crescita della popolazione è stata doppia rispetto alla media dell'area e superiore.

I comuni che hanno registrato un forte incremento della popolazione sono Arzachena, Budoni, Loiri Porto S. Paolo, Olbia, Palau, S. Teodoro, S. Teresa di Gallura.

L'incremento demografico nella fascia costiera mette in evidenza come lo spostamento della popolazione sul territorio abbia seguito sostanzialmente un flusso migratorio dall'interno verso la costa, più ricca di iniziative produttive, di infrastrutture e servizi.

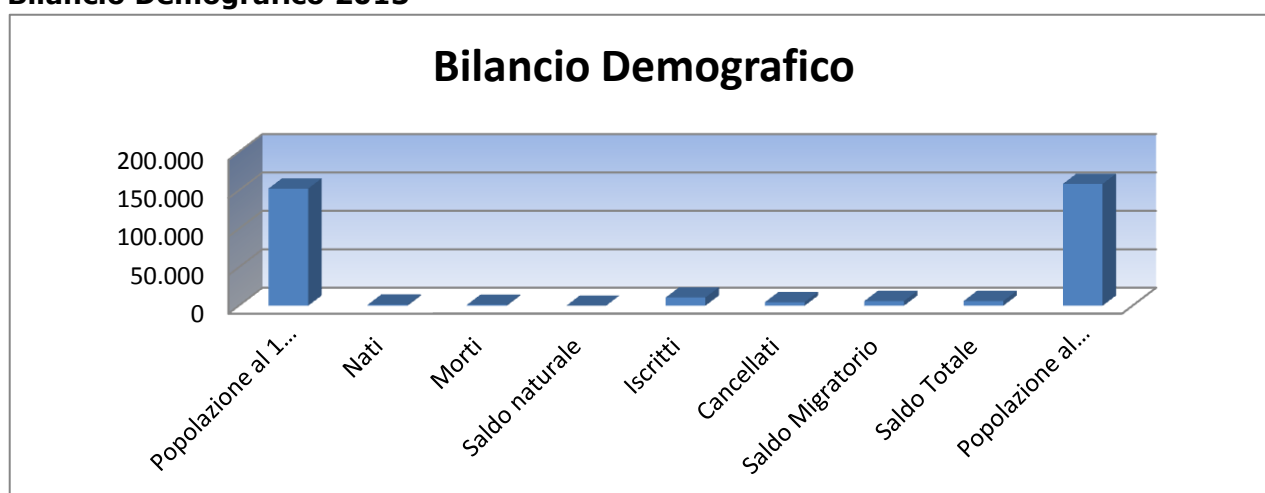
La distribuzione della popolazione sul territorio e i flussi migratori tra le diverse aree sono evidenziati dai dati sui saldi del movimento naturale e migratorio.

Un aumento del trend di crescita di nuovi nati, conferma lo spostamento di popolazione dai paesi dell'interno verso le aree economicamente più forti concentrate lungo la costa.

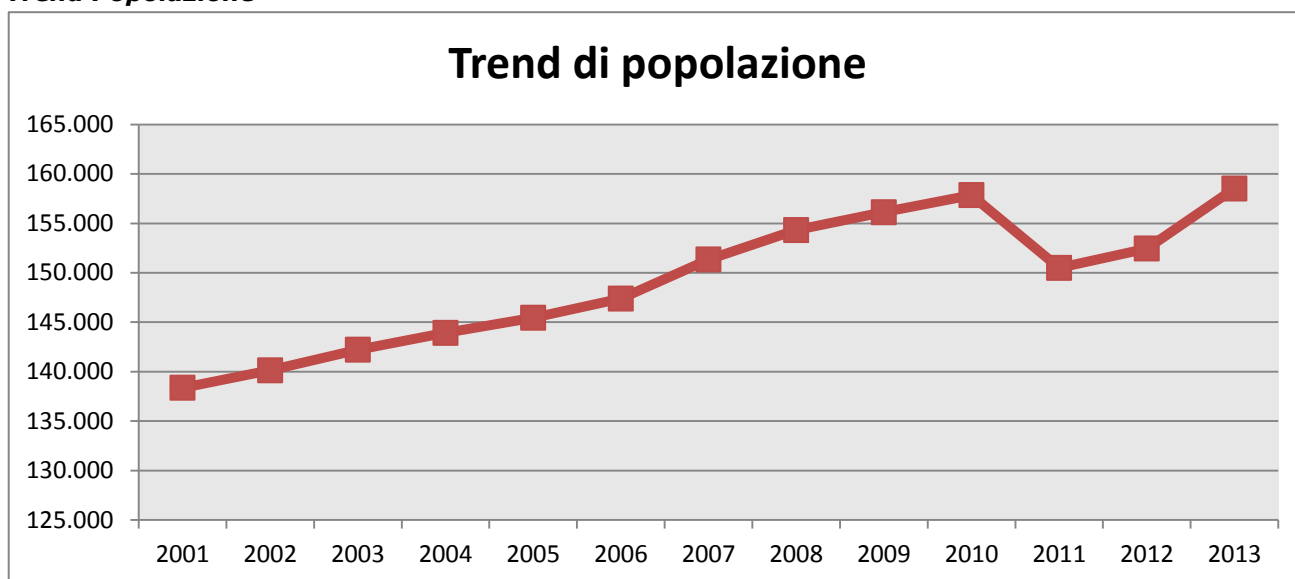
La fascia maggiormente rappresentata in tutti i comuni è sicuramente la classe centrale di popolazione con età compresa tra 15 e 64 anni, particolarmente consistente nei centri della costa ad alta densità di popolazione.

Il flusso di popolazione attiva dall'interno verso la costa comporta effetti importanti per le dinamiche della provincia: il richiamo delle classi di età più giovani nei comuni costieri, grazie alle opportunità offerte dal più dinamico mercato del lavoro e dal turismo, incrementa in maniera esponenziale 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. Al contrario, il flusso migratorio in uscita dalle zone interne delle generazioni più giovani, contribuisce a indebolire con un effetto moltiplicatore il benessere, i consumi e il reddito prodotto nei comuni periferici, incrementando il trend negativo di queste aree e determinando un progressivo invecchiamento della popolazione.

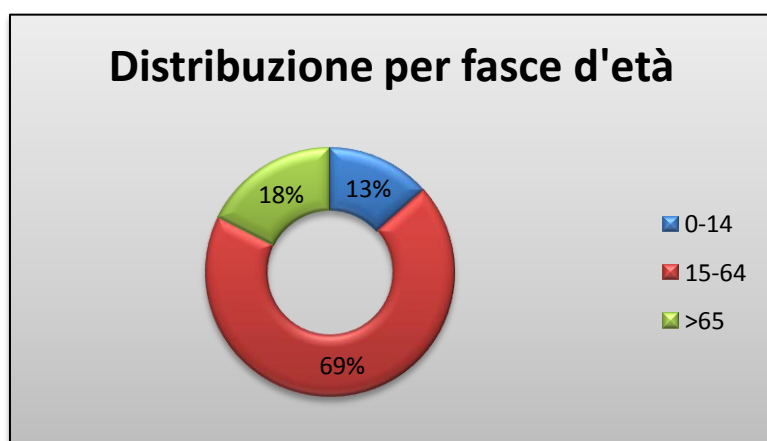
Bilancio Demografico 2013



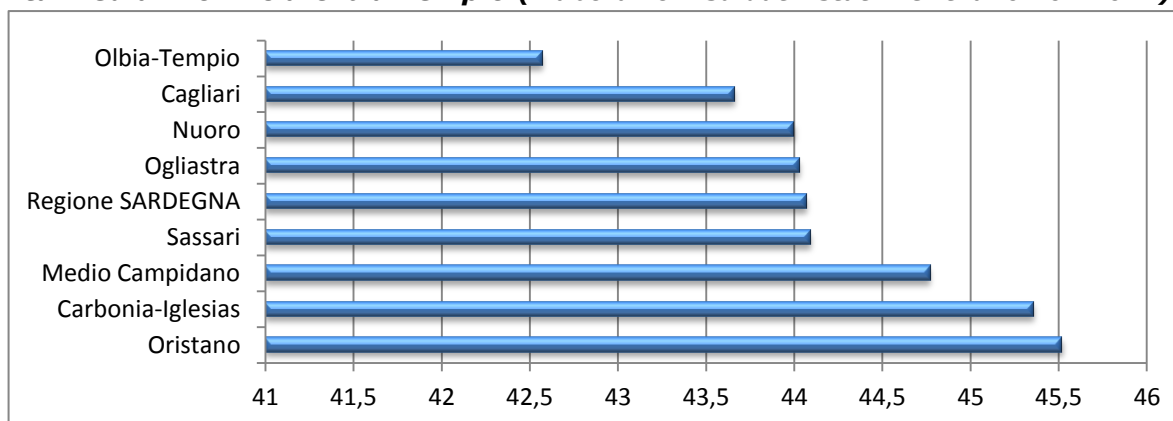
Fonte Dati: Elaborazione dati ISTAT 2013

Trend Popolazione


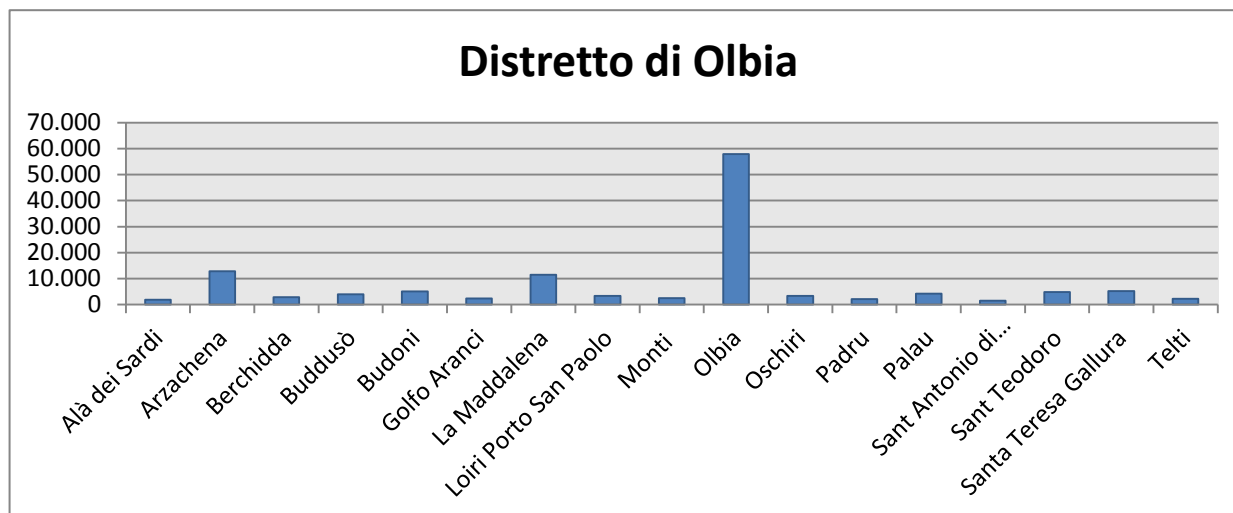
Fonte Dati: Elaborazione dati ISTAT

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


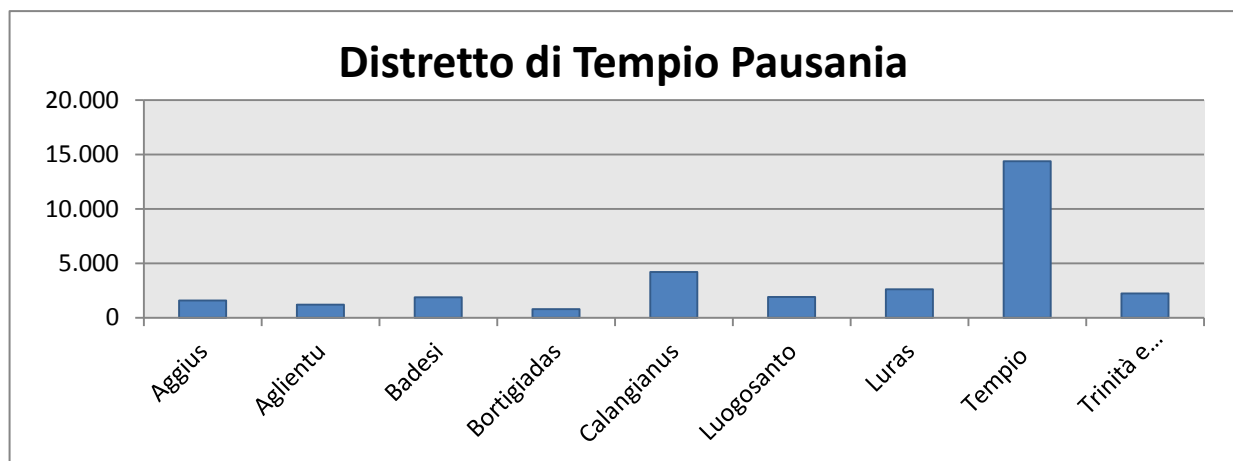
Classi d'età	Totale
0-14	21.340
15-64	109.269
65 + Anni	27.909
Totale ab.	158.518

Età media Provincia Olbia Tempio (Elaborazioni su dati Istat riferiti al 01.01.2014)


I grafici mostrano il numero di abitanti del Distretto di Olbia e di Tempio Pausania.



Fonte dati: Demo Istat 2014



Fonte dati: Demo Istat 2014

2.2.2 Analisi Demografica del Distretto Sanitario di Olbia

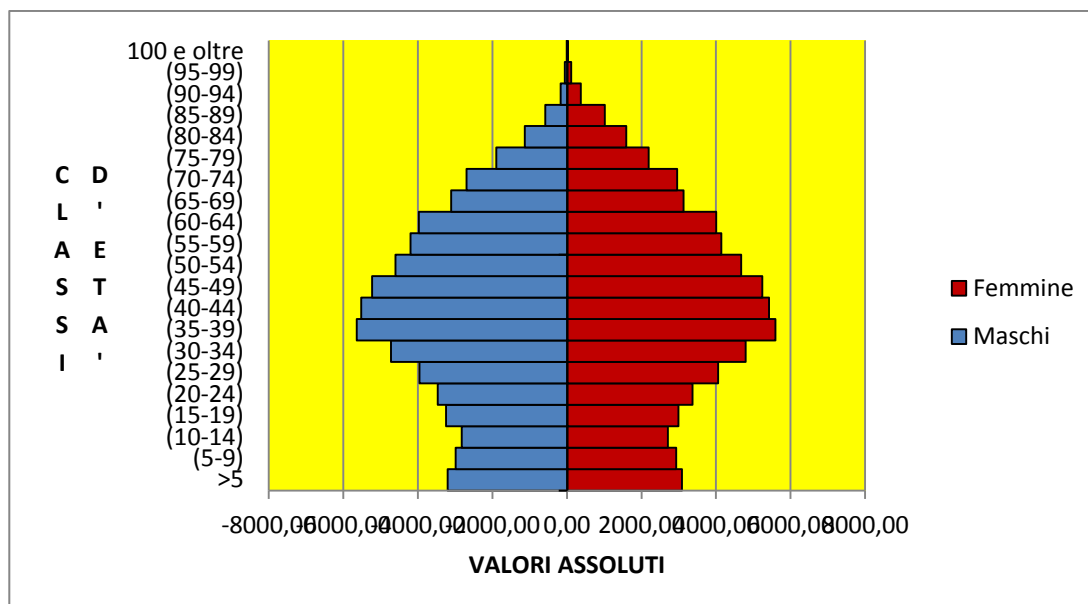
La popolazione residente nel Distretto Sanitario di Olbia è risultata dai dati ISTAT del 2014 pari a 127.749 unità, che rappresenta l'80% della popolazione dell'intera provincia. La popolazione residente è composta per poco più del 50% da femmine 79.576 unità distribuite in prevalenza nella classe di età compresa tra i 35 ed i 39 anni, seguita dalla classe di età compresa tra i 40 e i 44 anni. I maschi, nel complesso pari a 78.942 individui, sono anch'essi in prevalenza distribuiti nelle due classi di età precedenti.

L'analisi della piramide d'età evidenzia una scarsa numerosità degli anziani nella popolazione residente: la struttura del grafico piramidale, indica un invecchiamento contenuto della popolazione 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 del 17%.



Classi d' età'	Numero Ab.
(0-14)	17.740
(15-64)	88.834
65+	21.175
Totale ab.	127.749



Fonte Dati: Elaborazione AREA PCC

2.2.3 Analisi Demografica del Distretto Sanitario di Tempio Pausania

La popolazione residente nel Distretto Sanitario di Tempio Pausania è risultata, ultimi dati ISTAT del 2013, pari a 30.769 unità, che rappresenta quasi il 20% della popolazione.

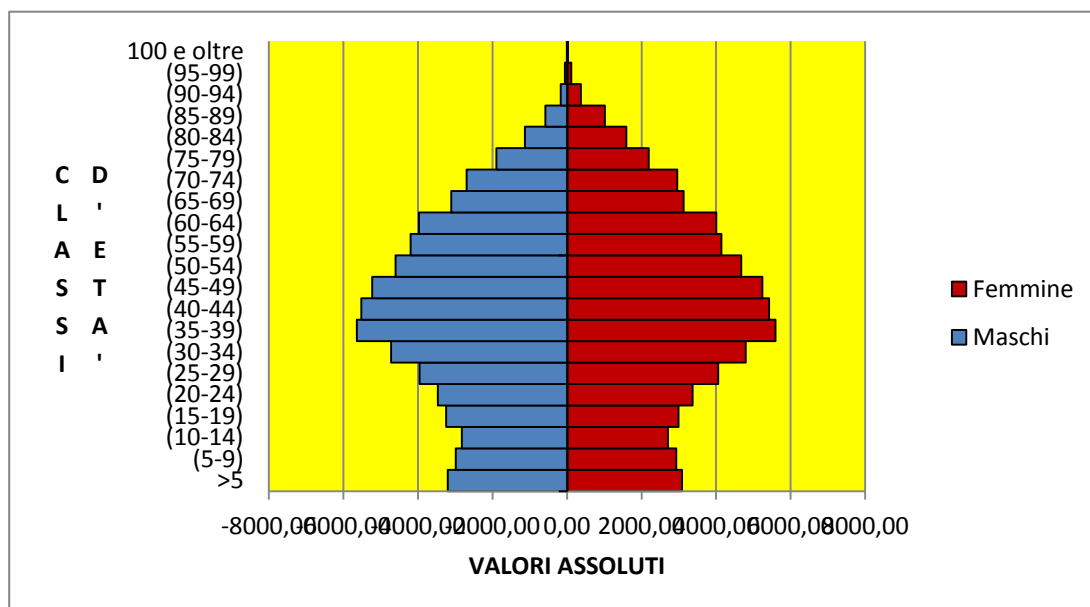
La popolazione residente è composta per poco più del 50% da femmine 15.701 unità, distribuite in prevalenza nella classe di età compresa tra i 35 ed i 39 anni, seguita dalla classe di età compresa tra i 40 e i 44 anni.

I maschi, nel complesso pari a 15.068 individui, sono anch'essi in prevalenza distribuiti nelle due classi di età precedenti.

L'analisi della piramide d'età evidenzia una numerosità degli anziani nella popolazione residente: la struttura del grafico piramidale, indica un invecchiamento della popolazione ed una scarsa numerosità delle classi di età più giovane (fino a 25-29 anni). La percentuale di anziani, cioè di persone di età uguale o superiore a 65 anni, presenti nel distretto è del 22%.



Classi d'età'	Numero Ab.
(0-14)	3.600
(15-64)	20.435
65+	6.734
Totale ab.	30.769



Fonte Dati: Elaborazione AREA PCC

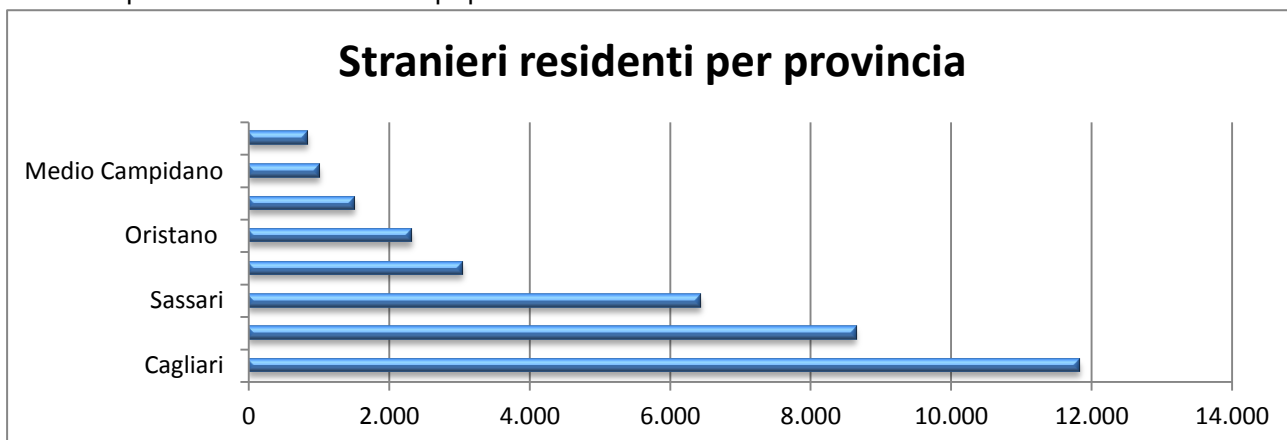
2.2.4 La popolazione straniera

La crisi economica mondiale, che continua a colpire duramente molti paesi europei, ha segnato la chiusura di una fase di straordinaria crescita dell'immigrazione – avvenuta soprattutto nella parte meridionale del continente – e, con ogni probabilità, si avvia a diventare un punto di svolta importante nella storia del fenomeno.

La crisi ha certamente causato una riduzione dei flussi migratori ma più contenuta di quanto ci si sarebbe potuti attendere tenendo conto dell'ampiezza e della durata della recessione.

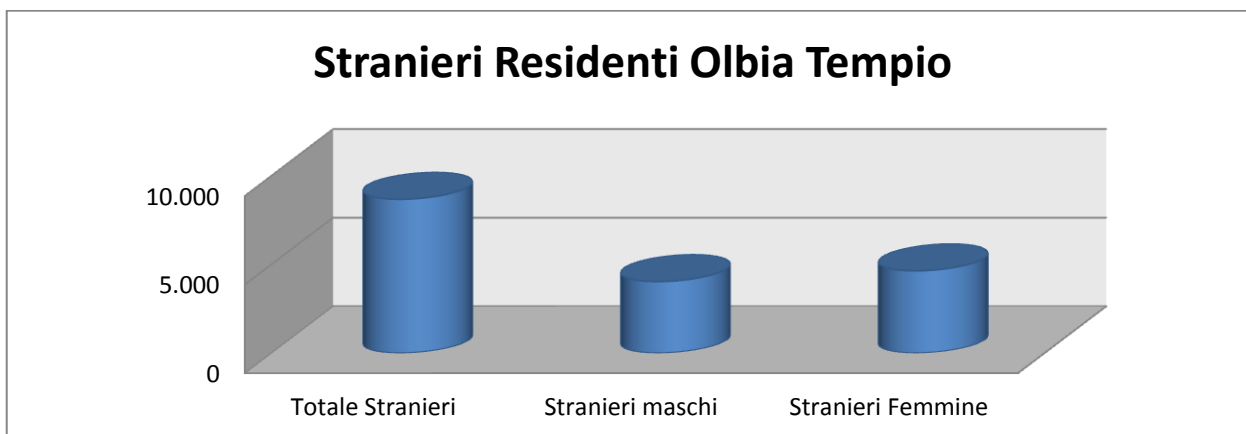
Relativamente alle provenienze, l'immagine che si ottiene all'inizio del 2013 è simile a quella degli ultimi anni quando, tra gli stranieri, i cittadini romeni sono la principale collettività

immigrata. A inizio 2013 la popolazione straniera iscritta nelle anagrafi comunali dell'Isola ammonta a 35.610 unità per il 57,1% donne. Fra le nazionalità la prima collettività è la romena, seguita dalla marocchina, dalla storica senegalese, dalla cinese e dall'ucraina. I due poli principali dell'immigrazione sono le province di Cagliari e di Olbia -Tempio, le quali assorbono insieme quasi il 60% dell'intera popolazione straniera residente nell'Isola.



Fonte Dati: Elaborazione AREA PCC

Anche durante l'anno 2013 l'ospedale olbiese si è caratterizzato per la sua multietnicità: nel reparto materno-infantile erano presenti 35 nazionalità, per un totale di 191 mamme straniere, il 20% del totale delle partorienti. Il numero maggiore di neo mamme proviene dalla Romania con 65 parti, seguita da Polonia con 22 parti, Marocco con 18, seguiti da Svizzera, Pakistan, Brasile, tutti con 8 partorienti. A queste si aggiungono anche donne provenienti da Cina, Russia, Austria, Egitto, Thailandia, Ecuador, Messico, Canada, Svizzera e Australia. Al Paolo Dettori di Tempio le straniere sono state 35, appena il 10% delle partorienti. La popolazione maggiormente presente, dopo quella italiana, è quella Rumena, seguite da Marocco, Polonia. Numeri più piccoli nell'ospedale di La Maddalena dove le straniere, poco meno di una ventina, sono circa il 20% delle partorienti: al primo posto con 9 parti si piazza la Romania, seguita dal Senegal con 2 mamme e da Cina, Ucraina, Lettonia, Francia, Polonia e Cuba con una mamma. Una tendenza ormai consolidata è la crescente presenza di alunni con cittadinanza straniera che sono nati in Italia ovvero bambini e ragazzi che in molti casi non hanno mai visitato il paese di cui hanno la cittadinanza.



Fonte Dati: Elaborazione AREA PCC

2.3 Il profilo Epidemiologico

Nel corso del 2012 il disegno di legge regionale 21/2012 prevedeva l'istituzione del Centro Epidemiologico Regionale e di quelli Aziendali, prevedendo la creazione dei seguenti registri di patologia, creando le basi per definire una efficace analisi epidemiologica territoriale e regionale. Di seguito l'elenco dei registri previsti dalla normativa regionale.

- a) registro tumori;
- b) registro delle nefropatie e dei dializzati;
- c) registro sclerosi laterale amiotrofica e altre malattie del motoneurone;
- d) registro sclerosi multipla;
- e) registro incidenti cardiovascolari;
- f) registro malformazioni congenite;
- g) registro diabete;
- h) registro malattie rare;
- i) registro obesità - anoressia;
- j) registro midollo osseo;
- k) registro "endometriosi".

Codice provincia	Province di residenza	Tasso standardizzato di mortalità per tumori (Istat 2010)
92	Cagliari	27,4
90	Sassari	28,9
91	Nuoro	27,5
95	Oristano	30,2
104	Olbia-Tempio	30,6
105	Ogliastra	27,6
106	Medio Campidano	32,4
107	Carbonia-Iglesias	25,5
	Italia	32,1

2.3.2 Fabbisogno di Ricovero Ospedaliero

Tassi di Ospedalizzazione 2013 dettaglio

Dettagli Tassi di ospedalizzazione Anno 2013 per **tutti i ricoveri** (acuti e post acuti, esclusi neonati sani drg 391)

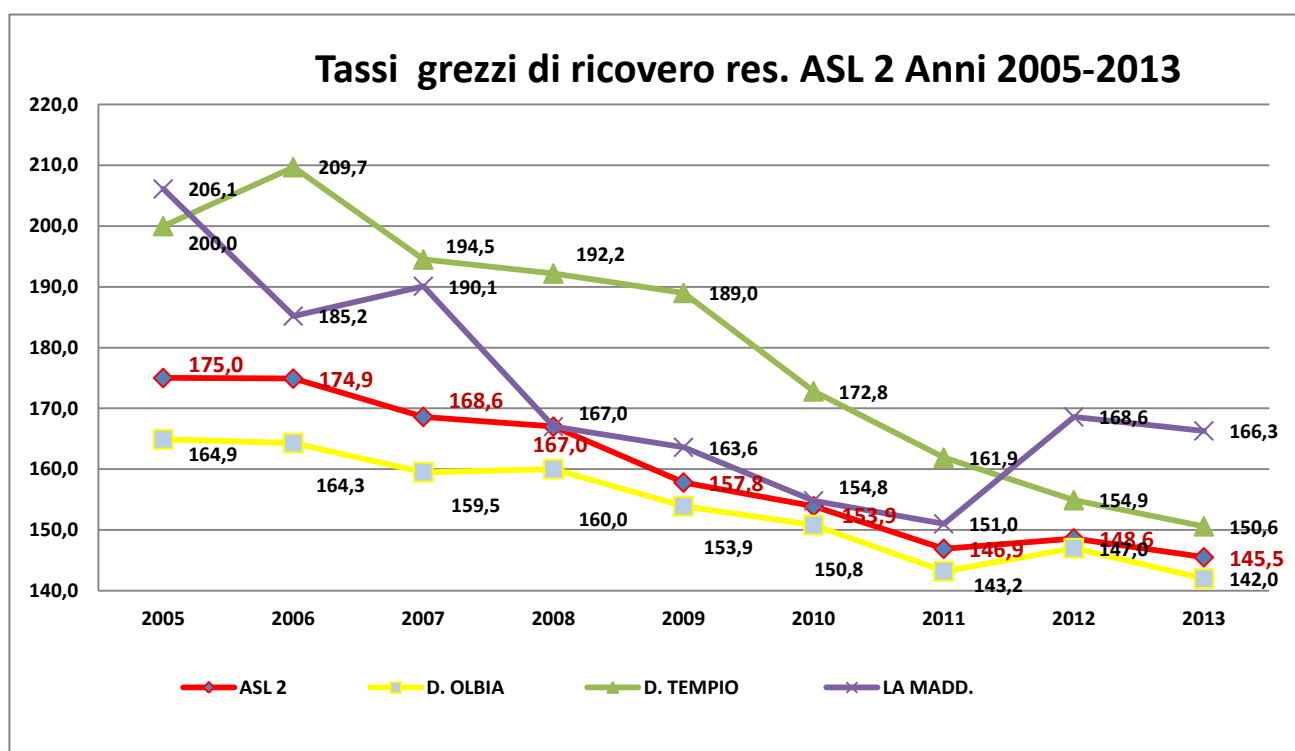
				in asl			intra reg			extra reg			totale res asl 2		
	ab. 31.12.2012	ab. 31.12.2013	ab. medi 2013	tasso ord.	tasso dh	tasso totale	tasso ord.	tasso dh	tasso totale	tasso ord.	tasso dh	tasso totale	tasso ord.	tasso dh	tasso totale
Olbia	111.299	116.316	113.808	58,0	18,8	76,8	30,6	15,0	45,6	15,0	4,7	19,7	103,6	38,4	142,0
Tempio	30.272	30.769	30.521	75,6	16,9	92,5	32,4	12,6	45,0	9,9	3,2	13,1	117,9	32,7	150,6
La Maddalena	10.884	11.433	11.159	77,6	23,2	100,8	29,7	12,2	41,9	18,6	5,1	23,7	125,8	40,5	166,3
Totali asl	152.455	158.518	155.487	62,9	18,7	81,6	30,9	14,3	45,2	14,3	4,4	18,7	108,0	37,4	145,5

Dettagli Tassi di ospedalizzazione Anno 2013 per i **DRG CHIRURGICI** (acuti e post acuti, esclusi neonati sani drg391)

	ab.			in asl			intra reg			extra reg			totale res asl 2		
	31.12.2011	31.12.2012	ab. medi 2012	tasso ord.	tasso dh	tasso totale	tasso ord.	tasso dh	tasso totale	tasso ord.	tasso dh	tasso totale	tasso ord.	tasso dh	tasso totale
Olbia	111.299	116.316	113.808	20,0	7,8	27,8	12,9	8,0	21,0	8,9	2,3	11,3	41,8	18,2	60,0
Tempio	30.272	30.769	30.521	25,6	7,9	33,5	14,2	6,9	21,2	6,8	1,3	8,1	46,6	16,2	62,7
La Maddalena	10.884	11.433	11.159	16,0	5,7	21,8	16,8	7,5	24,3	11,4	1,8	13,2	44,2	15,1	59,2
Totali asl	152.455	158.518	155.487	20,8	7,7	28,5	13,4	7,8	21,2	8,7	2,1	10,8	42,9	17,6	60,5

Dettagli Tassi di ospedalizzazione Anno 2013 per i **DRG MEDICI** (acuti e post acuti, esclusi neonati sani drg391)

	ab.			in asl			intra reg			extra reg			totale res asl 2		
	31.12.2011	31.12.2012	ab. medi 2012	tasso ord.	tasso dh	tasso totale	tasso ord.	tasso dh	tasso totale	tasso ord.	tasso dh	tasso totale	tasso ord.	tasso dh	tasso totale
Olbia	111.299	116.316	113.808	38,0	11,0	49,0	17,7	6,9	24,6	6,1	2,3	8,4	61,8	20,2	82,0
Tempio	30.272	30.769	30.521	49,8	8,9	58,8	18,2	5,7	23,9	3,1	1,9	5,0	71,1	16,5	87,6
La Maddalena	10.884	11.433	11.159	61,5	17,5	79,0	12,9	4,7	17,6	7,2	3,3	10,5	81,6	25,5	107,0
Totali asl	152.455	158.518	155.487	42,0	11,0	53,1	17,4	6,5	23,9	5,6	2,3	7,9	65,0	19,8	84,9



Si noti come il tasso della ASL di Olbia sia il più basso della Sardegna; la tabella superiore mostra il trend del tasso nei distretti della ASL 2 negli ultimi otto anni dove si può evidenziare un graduale ma costante calo del tasso frutto di un aumento della capacità di presa in carico territoriale e di filtro ospedaliero. Questa attività necessita di un rilevante uso di risorse che al momento non sono riconosciute alla nostra azienda.

nome comune	ab. 31.12.2012	ab. 31.12.2013	ab. medi 2013	tasso ord.	tasso dh	tasso totale
Aggius	1.602	1.574	1.588	131,6	32,1	163,7
Aglientu	1.180	1.201	1.191	149,5	21,8	171,4
Alà dei Sardi	1.927	1.907	1.917	127,8	39,6	167,4
Arzachena	11.532	12.817	12.175	104,4	39,1	143,5
Badesi	1.884	1.870	1.877	124,7	27,2	151,8
Berchidda	2.866	2.853	2.860	100,4	46,5	146,9
Bortigiadas	795	794	795	124,6	36,5	161,1
Buddusò	3.942	3.938	3.940	127,4	35,8	163,2
Budoni	4.945	5.060	5.003	101,9	42,0	143,9
Calangianus	4.212	4.214	4.213	110,6	39,2	149,8
Golfo Aranci	2.289	2.385	2.337	109,5	36,8	146,3
La Maddalena	10.884	11.433	11.159	125,8	40,5	166,3
Loiri Porto San Paolo	3.341	3.385	3.363	113,3	34,8	148,1
Luogosanto	1.876	1.900	1.888	117,1	34,4	151,5
Luras	2.606	2.628	2.617	132,2	36,3	168,5
Monti	2.521	2.526	2.524	108,6	41,2	149,8
Olbia	55.131	57.889	56.510	99,3	38,3	137,6
Oschiri	3.404	3.380	3.392	115,6	39,2	154,8
Padru	2.139	2.133	2.136	110,0	42,1	152,2
Palau	3.774	4.163	3.969	108,9	34,0	142,9
Sant'Antonio di Gallura	1.591	1.558	1.575	108,0	39,4	147,3
Santa Teresa Gallura	5.003	5.211	5.107	104,6	33,9	138,4
San Teodoro	4.630	4.817	4.724	95,9	34,7	130,6
Telti	2.264	2.294	2.279	106,2	46,1	152,3
Tempio Pausania	13.973	14.367	14.170	113,1	33,5	146,6
Trinità d'Agultu e Vignola	2.144	2.221	2.183	110,9	19,7	130,6
Totale ASL 2	152.455	158.518	155.487	108,0	37,4	145,5

ASL 2 Dotazione posti letto 2008-2014							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Letti ord. *	322	327	326	323	302	302	302
olbia	158	163	164	164	164	164	164
tempio	134	134	132	129	108	108	108
La maddalena	30	30	30	30	30	30	30
Letti Dh *	27	28	29	32	32	32	32
olbia	15	16	15	15	15	15	15
tempio	7	7	9	12	12	12	12
La maddalena	5	5	5	5	5	5	5
Letti totali ASL 2	349	355	355	355	334	334	334
* I Posti Letto Ordinari e di DH sono quelli dichiarati nell'HSP 22 bis dell'anno di riferimento;							
** I dati del 2014 si riferiscono al II trimestre dell'Anno.							

ASL 2 Tasso occupazione letti ordinari 2008-2014							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
Asl 2 *	77,6%	77,8%	75,6%	75,0%	76,0%	77,6	77,1
olbia	84,1%	88,5%	86,1%	86,8%	88,1%	90,3	90,6
tempio	71,8%	68,6%	70,3%	66,0%	64,3%	63,2	63,6
la madd.	69,5%	60,3%	41,9%	49,1%	52,0%	59,9	51,5
* Esclusi gg degenza neonati sani DRG 391, i Posti Letto Ordinari sono quelli medi dichiarati nell'HSP 22 bis dell'anno di riferimento							
** I trimestre 2014							

ASL 2 Olbia Totale attività di ricovero

Regime di Ricovero	Indicatore	2013	2012	2011
Ricovero Ordinario	Totale Casi	11.930	12.036	12.320
Ricovero Ordinario	Posti Letto	302	302	323
Ricovero Ordinario	DRG Medici	7.930	7.885	8.312
Ricovero Ordinario	DRG Chirurgici	3.986	4.137	3.991
Ricovero Ordinario	% DRG Ch.	33,41%	34,37%	32,39%
Ricovero Ordinario	Perc. Attrattività Pazienti Extra Regione	7,79%	8,06%	8,47%
Ricovero Ordinario	Perc. Attrattività Pazienti Intra Regione	11,48%	10,83%	11,05%
Ricovero Ordinario	GG di Degenza	84.853	83.997	88.412
Ricovero Ordinario	Tasso Occupazione Posti Letto	77,0%	76,0%	75,0%
Ricovero Ordinario	Degenza Media (gg)	7,1	7,0	7,2
Ricovero Ordinario	Dimessi stesso giorno ric. (dim.vivi)	1.308	1.476	1.430
Ricovero Ordinario	Dimessi 0_2 giorno (dim.vivi)	2.828	2.988	2.761
Ricovero Ordinario	Dimissioni Protette	2,33%	2,06%	1,66%
Ricovero Ordinario	Dimessi Morti	409	385	390
Ricovero Ordinario	% drg "LEA" (all. B P.S.) non appropriati	37,7%	40,6%	41,9%
Ricovero Ordinario	% drg "LEA" (all. B P.S.) appropri. CH	49,1%	47,5%	46,3%
Ricovero Ordinario	% Ric. Med. Dur. > 12 gg in pz. età > 65 aa	10,8%	10,2%	10,7%
Ricovero Ordinario	Punti DRG (Peso Complessivo Ric.)	13.370	13.444	13.603
Ricovero Ordinario	Peso Medio DRG	1,12	1,12	1,10
Ricovero Ordinario	Totale Valore (€)	30.278.373	30.463.346	30.597.835
Ricovero Ordinario	Parti totali	1.233	1.246	1.293
Ricovero Ordinario	Parti Cesarei	438	429	434
Ricovero Ordinario	% Parti Cesarei	35,52%	34,43%	33,57%
Assistenza Neonatale	Numero Neonati Sani (DRG 391)	1.064	1.173	1.129
Ricovero Day Hospital	Posti Letto	32	32	32
Ricovero Day Hospital	Totale Casi	3.393	3.063	3.394
Ricovero Day Hospital	DRG Medici	1.931	1.719	1.792
Ricovero Day Hospital	DRG Chirurgici	1.460	1.342	1.598
Ricovero Day Hospital	Num.accesssi medi	2,6	2,5	2,3
Ricovero Day Hospital	Perc. Attrattività Pazienti Extra Regione	3,86%	4,34%	3,74%
Ricovero Day Hospital	Perc. Attrattività Pazienti Intra Regione	11,38%	10,22%	9,93%
Ricovero Day Hospital	% Ric. DH Med. Final. Diagnostiche (T9)	16,42%	20,24%	22,21%
Ricovero Day Hospital	Punti DRG (Peso Complessivo Ric.)	2.365	2.200	2.384
Ricovero Day Hospital	Peso Medio DRG	0,70	0,72	0,70
Ricovero Day Hospital	Totale Valore (€)	4.145.269	3.630.290	3.867.153
Ord. + Dh	Totale DRG Chirurgici	5.446	5.479	5.589

Nel calcolo degli indicatori dei Presidi e della ASL non considerati non sono inclusi i dati relativi ai neonati sani

Trend di Ricovero e Variazioni % 2013-2012		Totale DRG (Medici e Chirurghi)		
		2013	2012	Var. % 2013-2012
Osp. Tempio	n. ricoveri ord.	4.139	4.199	-1,43%
Osp. La Maddalena	n. ricoveri ord.	890	1.011	-11,97%
Osp. Olbia	n. ricoveri ord.	7.965	7.999	-0,43%
asl 2	n. ricoveri ord.	12.994	13.209	-1,63%
Osp. Tempio	n. ricoveri dh.	683	727	-6,05%
Osp. La Maddalena	n. ricoveri dh.	196	234	-16,24%
Osp. Olbia	n. ricoveri dh.	2.514	2.102	19,60%
asl 2	n. ricoveri dh.	3.393	3.063	10,77%
Osp. Tempio	ric. ord. GG deg.	26.286	26.379	-0,35%
Osp. La Maddalena	ric. ord. GG deg.	6.410	6.071	5,58%
Osp. Olbia	ric. ord. GG deg.	56.444	56.225	0,39%
asl 2	ric. ord. GG deg.	89.140	88.675	0,52%
Osp. Tempio	degen. media ric. ordinari	6,35	6,28	1,09%
Osp. La Maddalena	degen. media ric. ordinari	7,20	6,00	19,94%
Osp. Olbia	degen. media ric. ordinari	7,09	7,03	0,82%
asl 2	degen. media ric. ordinari	6,86	6,71	2,19%
Osp. Tempio	ric. dh. numero accessi	1.479	1.600	-7,56%
Osp. La Maddalena	ric. dh. numero accessi	1.489	1.276	16,69%
Osp. Olbia	ric. dh. numero accessi	5.749	4.754	20,93%
asl 2	ric. dh. numero accessi	8.717	7.630	14,25%
Osp. Tempio	Valore ric. ord.	€ 8.573.657	€ 8.908.010	-3,75%
Osp. La Maddalena	Valore ric. ord.	€ 1.856.018	€ 1.942.655	-4,46%
Osp. Olbia	Valore ric. ord.	€ 20.396.825	€ 20.217.101	0,89%
asl 2	Valore ric. ord.	€ 30.826.500	€ 31.067.765	-0,78%
Osp. Tempio	Valore ric. dh.	€ 818.033	€ 886.498	-7,72%
Osp. La Maddalena	Valore ric. dh.	€ 452.907	€ 365.002	24,08%
Osp. Olbia	Valore ric. dh.	€ 2.874.329	€ 2.378.789	20,83%
asl 2	Valore ric. dh.	€ 4.145.269	€ 3.630.290	14,19%

Nella presente Tabella, nel calcolo del numero di ricoveri, delle GG di Degenza e della Valorizzazione del ricovero sono stati inclusi Includono i neonati sani (DRG 391) per permettere la visione del dato complessivo dei presidi e della ASL.

L'assistenza domiciliare integrata

Strategico è stato lo sviluppo delle cure domiciliari, intese come trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati al domicilio del paziente da personale qualificato per la cura e l'assistenza dei soggetti non autosufficienti (parzialmente o totalmente, in forma temporanea o continuativa), con patologie in atto o in stato di riacutizzazione. Gli obiettivi delle cure domiciliari garantiscono presso il proprio domicilio la continuità assistenziale, e migliorano la qualità della vita e rappresentano un sostegno per i familiari nel percorso di cura trasmettendo loro eventuali competenze utili per una autonomia di intervento.

L'assistenza domiciliare integrata consente alla persona di rimanere il più a lungo possibile nella propria casa, garantendo direttamente a domicilio l'assistenza medica, specialistica, infermieristica e socio-assistenziale. Il termine assistenza "integrata" sta ad indicare che dietro ad ogni assistito vi è una peculiare e complessa organizzazione, un "lavoro di rete" che coordina ed integra le varie figure professionali (medici di famiglia, infermieri professionali, medici specialisti, operatori sociali) secondo le necessità rilevate. Le cure palliative sono una particolare forma assistenziale dedicata agli utenti la cui malattia non risponde più a trattamenti specifici. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per il malato e la famiglia. L'hospice è parte integrante della rete delle cure palliative, rappresenta un'alternativa al ricovero ospedaliero per gli utenti in fase terminale per i quali non è possibile garantire un'adeguata assistenza a domicilio.

Cure Domiciliari Integrate di I - II e III livello e Cure Palliative

Distretto Tempio	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ab. => 65 ANNI	5.894	5.974	6.337	6.463	6.583	6.609	6.660	6.669
Pz.=> 65 anni in ADI	62	59	75	70	84	69	181	155
Pz => 65 / 100 Ab > 65 anni	1,05%	0,99%	1,18%	1,08%	1,27	1,04	2,72	2,3

Distretto Olbia	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ab. => 65 ANNI	16.169	18.521	18.854	19.42	20.01	20.64	20.69	21.20
Pz.=> 65 anni in ADI	108	100	188	3	9	6	2	5
Pz => 65 / 100 Ab > 65 anni	0,67%	0,54%	1,00%	1,53	1,72	3,4	5,12	3,3

Asl 2 Olbia	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ab. => 65 ANNI	22.063	24.495	25.191	25.886	26.602	27.255	27.352	27.894
Pz.=> 65 anni in ADI	170	159	263	367	430	777	1.221	867
Pz => 65 / 100 Ab > 65 anni	0,77%	0,65%	1,04%	1,42	1,64	2,85	4,54	3,1

2.3.4 La famiglia e i bambini

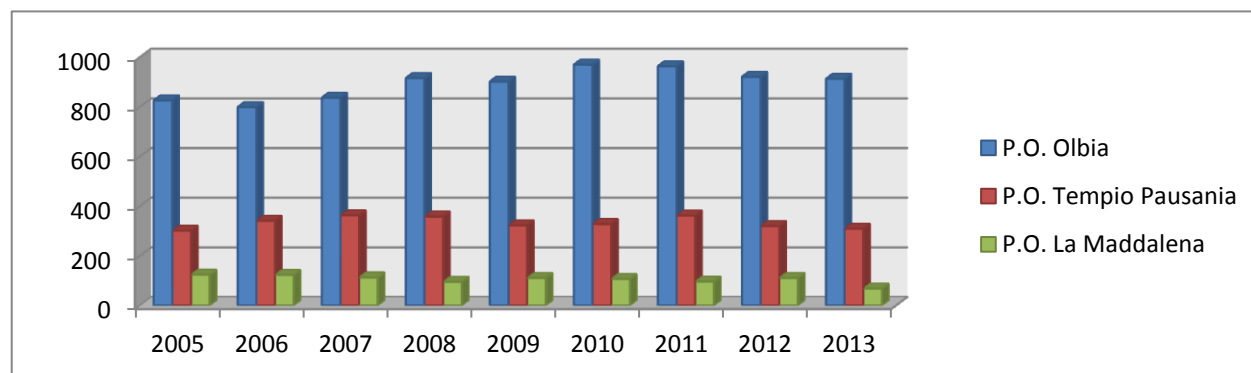
Il numero di famiglie cresce, ma si riduce il numero di componenti per nucleo familiare; aumentano le coppie senza figli e le famiglie uni-personali, spesso composte da donne anziane. Il numero di matrimoni è in diminuzione, mentre aumentano separazioni e divorzi; cresce il numero di bambini che vivono con un solo genitore. L'età del matrimonio e del primo figlio è sempre più alta. Il trend di crescita ha subito un leggero rallentamento, segnando un calo delle nascite, in linea con il generale decremento demografico registrato in Italia e in Sardegna. Nel Distretto di Olbia la popolazione pediatrica rappresenta una quota maggiore rispetto al distretto di Tempio Pausania (9% vs 4%); Olbia è il comune con l'età media più bassa 39,6 (dato provinciale). Lo stato di salute dei minori appare complessivamente molto buono, con tassi molto bassi di mortalità infantile 2,3%, il tasso di mortalità infantile si attesta sui livelli europei ma non deve essere sottovalutata la forte variabilità territoriale. La Sardegna continua a distinguersi come Regione dove le donne fanno meno figli e in età più avanzata: infatti ha un tasso di fecondità totale (ovvero il numero medio di figli per donna) pari a 1,11 figli per donna - il valore più basso in Italia (1,08 per le donne italiane; 2,14 figli per le straniere) contro un valore medio italiano di 1,42 - dati 2008; in Sardegna l'età media al parto è pari a 32,2 anni (età media nazionale 31,1 anni).

Presidio Ospedaliero	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Olbia	826	799	837	916	902	970	964	921	913
Tempio P.	301	341	363	358	323	328	362	320	309
La Maddalena	124	123	113	95	111	107	96	111	102
Totale	1251	1263	1313	1369	1336	1405	1422	1352	1324

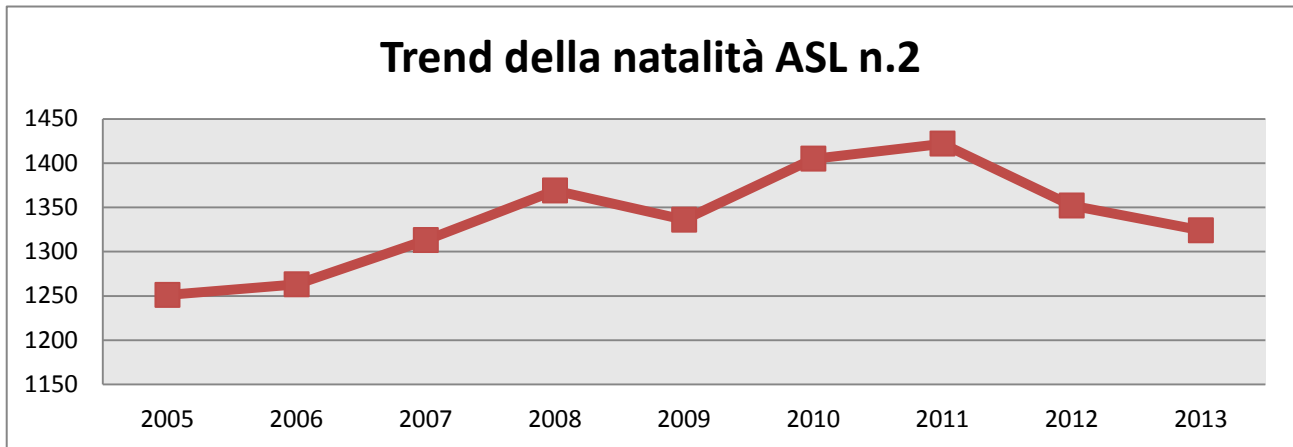
I NUOVI NATI

Fonte Dati: Elaborazione AREA PCC

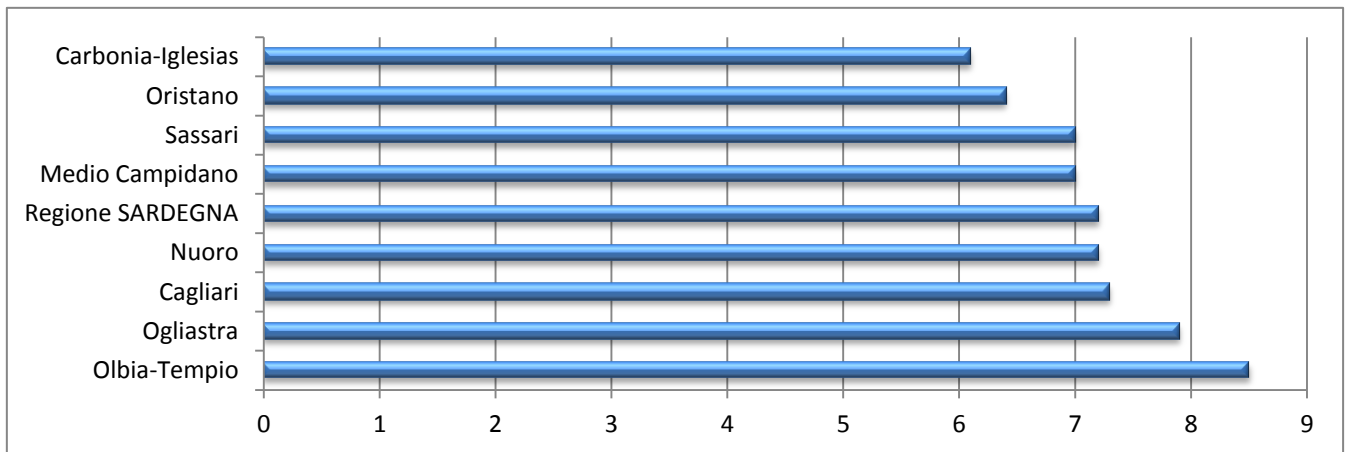
TREND NUOVI NATI ASL n.2 OLBIA



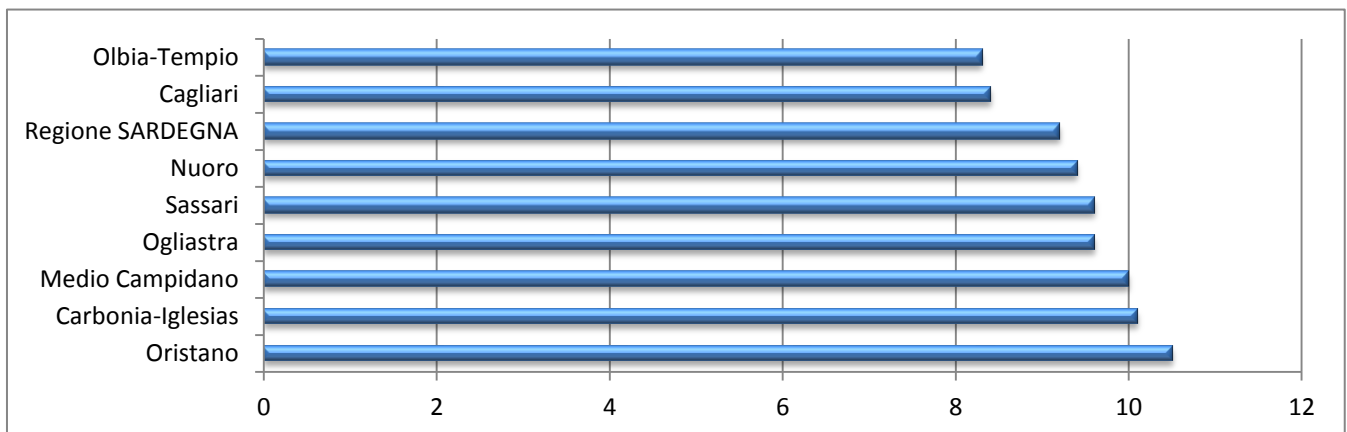
Fonte Dati: Elaborazione AREA PCC



Fonte Dati: Elaborazione AREA PCC

Tasso di Natalità sul territorio di competenza ASL n.2 Olbia


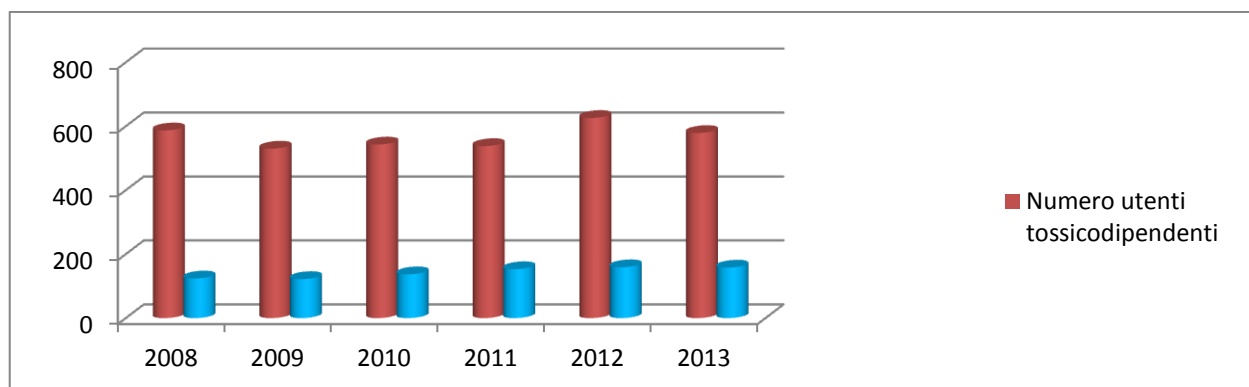
Fonte Dati: Elaborazioni su dati Istat riferiti al 01.01.2014

Tasso di Mortalità sul territorio di competenza ASL n.2 Olbia


Fonte Dati: Elaborazioni su dati Istat riferiti al 01.01.2014

2.3.5. Fenomeni di Disagio Giovanile

Il territorio della Asl N.2 di Olbia non si distingue dal trend nazionale riguardo la crescente presenza di diverse problematiche legate a fenomeni di disagio giovanile quali per esempio disturbi alimentari, uso di droghe etc. Nell'ambito di una politica che recuperi e reintegri i giovani che vivono queste realtà è fondamentale non solo promuovere azioni di prevenzione contrasto e recupero, ma si sta lavorando per garantire una pianificazione coordinata degli interventi dei vari attori coinvolti (scuola, famiglia, ASL, terzo settore).



Fonte Dati: SERD OLBIA

Comportamenti a rischio

Nel periodo della adolescenza le relazioni sociali subiscono cambiamenti radicali, i pari acquisiscono sempre maggiore importanza e aumenta la probabilità di sperimentare e adottare comportamenti che possono avere conseguenze sulla salute. Fra questi l'uso di sostanze lecite, come il tabacco e l'alcol, o illecite quali la cannabis o altre sostanze psicoattive.

L'uso di sostanze

I fenomeni di abuso, riconosciuti tra i comportamenti a rischio tipici dell'adolescenza, hanno sulla salute un impatto ampiamente documentato: da quelli immediati come la mortalità per incidenti a quelli a distanza nel tempo come le patologie tumorali. La riduzione del consumo di sostanze è per l'OMS tra gli obiettivi prioritari del XXI secolo in tema di promozione della salute.

Il consumo di tabacco rappresenta una minaccia per l'uomo, essendo responsabile di circa 5 milioni di decessi ogni anno (WHO 2009) e uno dei principali fattori di rischio per malattie croniche, dai tumori alle patologie polmonari e cardiovascolari. La morte improvvisa del neonato o il basso peso alla nascita e alcune fra le più comuni allergie dell'infanzia riconoscono nell'esposizione del bambino al fumo materno uno dei principali fattori di rischio.

L'alcol

Il consumo di alcol fra gli adolescenti è un fenomeno che non può essere sottovalutato anche perché è in questa età che si stabiliscono i modelli di consumo che saranno poi verosimilmente anche in età adulta.

Sembra esistere un legame tra l'iniziazione in giovane età e l'abuso in età adulta.

Altri autori considerano invece il consumo di alcol da parte dei giovani una fase del percorso culturale dell'adolescenza, senza che questo diventi necessariamente un problema in età adulta.

La Cannabis

L'uso di droghe quali la cannabis e, in generale la sperimentazione di sostanze stupefacenti sono fra i comportamenti a rischio maggiormente discussi, anche perché nonostante gli sforzi compiuti a sostegno delle attività di prevenzione rivolte ai giovani, la diffusione rimane preoccupante (Currie, 2008; Faggiano e al. 2005). La preoccupazione è legata soprattutto al dato relativo all'età dell'inizio dell'uso di sostanze illecite, poiché i dati internazionali mostrano come il diffuso aumento dell'uso di sostanze si accompagni ad un parallelo abbassamento dell'età di iniziazione (Welte 1999; Beck 2000).

Suddivisione per fasce d'età degli utenti in carico

Anni	< 19	20/29	30/39	over 39
2008	22	222	291	176
2009	21	194	268	169
2010	23	202	280	175
2011	24	205	291	171
2012	30	228	278	249
2013	28	216	265	228

Fonte dati: elaborazione dati SERD OLBIA (anno 2014)

Suddivisione per sostanza primaria d'abuso

Sostanza	Eroina	Cocaina	Cannabis	Altro
2008	326	75	70	240
2009	207	72	68	305
2010	217	74	72	317
2011	212	70	74	335
2012	210	74	73	428
2013	189	68	157	266

Fonte dati: elaborazione dati SERD OLBIA (anno 2014)

La Ludopatia

Il DDL 13/9/2012 n. 158 (art. 5), ha inserito la ludopatia nei livelli essenziali di assistenza (Lea), con riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da questa patologia. La normativa reca disposizioni finalizzate alla prevenzione e al contrasto della dipendenza dal gioco d'azzardo, Gioco d'Azzardo Patologico (GAP), nonché al trattamento e al recupero delle persone che ne sono affette e al supporto delle loro famiglie.

Il gioco d'azzardo si presenta come un fenomeno di dimensioni rilevanti e in continua e forte espansione che sta assumendo negli ultimi anni implicazioni di carattere economico, sanitario e sociale di proporzioni importanti per la popolazione coinvolta.

La sua legalizzazione, la continua differenziazione dei giochi esistenti e la diffusione capillare di luoghi dove giocare sono i principali fattori che hanno determinato un aumento notevole del numero dei giocatori con un forte rischio di evoluzione verso una situazione problematica o francamente patologica.

Il GAP è ormai riconosciuto come un disturbo complesso caratterizzato fondamentalmente dalla sensazione di perdita di controllo sul proprio comportamento di gioco, perdendo la capacità di fermarsi nonostante le gravi conseguenze che potrebbero intervenire in ambito familiare, lavorativo e sociale.

Da qualche anno, il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'ASL di Olbia si occupa del problema sia in ambito preventivo che di cura.

Nel corso del 2012 e del 2013 sono state realizzate e programmate diverse iniziative a contrasto:

- incontri di sensibilizzazione sul tema in collaborazione con comuni e associazioni del territorio;
- realizzazione di percorsi formativi a supporto degli adulti con ruolo educativo, dove accanto al tema dell'alcol e delle sostanze psicoattive è stato trattato anche il tema del gioco d'azzardo;
- pianificazione e realizzazione di interventi specifici;
- interventi in ambito scolastico rivolti a docenti, studenti e genitori .

Solo di recente il legislatore nazionale ha affrontato il GAP come un problema di salute. E' intervenuto il decreto-legge n. 158 (c.d. Decreto Balduzzi) convertito, con modificazioni, in Legge 8 novembre 2012, n. 189 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute".

2.4 Il profilo Socio-economico

2.4.1 Il Profilo socio – economico

Le due parole che hanno "rubato la scena" nel dibattito economico e politico durante l'anno passato e nel primo semestre del 2012 sono: "baratro" e riforme". La prima è spesso associata a crisi e debito pubblico, mentre la seconda a lavoro e servizi. Non è un caso che le parole di cui sopra formino un binomio ricorrente e che le necessità di interventi di riforma si rendono più impellenti ed improrogabili.

In questo scenario, mentre da una parte la Sardegna rimane strettamente ancorata alle dinamiche nazionali e del Mezzogiorno, con una netta stagnazione in termini di crescita del reddito e dei consumi, dall'altra mostra ancora una volta dei segnali di vitalità nel mercato del lavoro con un miglioramento della condizione occupazionale delle donne. Segnali che devono essere valutati alla luce dei persistenti differenziali di sviluppo provinciale.

Il settore turistico stenta ad assumere quel ruolo di settore trainante e dinamico che si potrebbe aspettare in una regione particolarmente dotata dal punto di vista naturalistico: da una parte si assiste ad un leggero aumento dell'offerta, con un incremento dei posti letto, dall'altra assistiamo ad una riduzione della domanda con un calo degli arrivi e delle presenze.

Se le difficoltà del settore turistico sono in parte dettate dalla congiuntura economica, con un'ovvia riduzione delle spese delle famiglie destinate ai viaggi e alle vacanze, dall'altra le difficoltà sono attenuate dalla costante espansione del settore dei servizi. E' infatti nella crescita di questo settore che si intravedono dei segnali positivi, seppure questi debbano essere ponderati per la massiccia quota del settore pubblico.

L'economia regionale e del nostro territorio mostra ancora preoccupanti gap in termini di dotazione infrastrutturale, di capitale e di propensione all'innovazione.

2.4.2 Il sistema economico

La crisi economica mondiale dopo aver influenzato il funzionamento dei mercati finanziari, ha riversato i suoi effetti sull'economia reale. Anche i **consumi pro-capite** mostrano un calo e viene confermato un trend negativo di riduzione dei consumi insieme alla caduta dei redditi familiari. Tale andamento rappresenta un segnale chiaro della riduzione del potere d'acquisto e dei livelli di reddito, con il rischio di un aumento dell'indice di povertà relativa che nel 2013 in Sardegna si attesta al 24,8%.

Sul fronte della struttura produttiva il comparto delle costruzioni ha visto un crollo repentino, che per anni ha fatto segnare numeri positivi. E che sia proprio l'edilizia il settore con maggiore sofferenza, a suffragare il dato ci sono anche i numeri, strettamente legati all'indotto, prodotti dal settore dell'industria del legno, fabbricazione mobili, poltrone, porte e finestre che fanno registrare un calo dal 2010 al 2013 dell'83,7%. L'analisi del sistema economico della Gallura mostra dunque una serie di difficoltà. La crisi economica in corso sta avendo effetti significativi in una economia come quella della Gallura caratterizzata da debolezze strutturali che possono determinare un ulteriore gap rispetto al contesto nazionale.

2.4.3 I Servizi Pubblici

In riferimento ai **servizi sanitari**, gli squilibri crescenti tra risorse disponibili e domanda di prestazioni sanitarie sono fonte di preoccupazione sul versante dell'inclusione sociale. E' evidente che a fronte del progressivo invecchiamento della popolazione, il SSR potrà avere delle difficoltà nel contribuire efficientemente al soddisfacimento dei bisogni e delle aspettative della popolazione. Il disavanzo del SSR costa mediamente 137 euro ad ogni cittadino sardo. Una componente del disavanzo è il **saldo interregionale della mobilità**. Il SSR sardo spende circa 60 milioni di euro per ripagare le cure dei pazienti fuori regione. Anche se il fenomeno della mobilità in Sardegna risulta, forse per via dell'insularità, meno preoccupante rispetto ad altre regioni del Mezzogiorno, il peso economico delle prestazioni erogate in strutture esterne alla regione a cui ricorrono i sardi è maggiore rispetto a quello delle prestazioni che vengono erogate sull'Isola per i non residenti. Il disequilibrio tra domanda e offerta di prestazioni nei singoli territori regionali aggrava i problemi di bilancio per via dei costi addizionali che le Aziende Sanitarie devono versare alle strutture esterne alla regione. Nel complesso gli indicatori di efficienza ed efficacia mettono in discussione la qualità del servizio ospedaliero e sottolineano la necessità di accompagnare le politiche di spesa ad una maggiore efficienza e appropriatezza organizzativa.

L'analisi dei **servizi pubblici locali** mostra un rallentamento della spesa dei comuni del territorio rispetto agli anni precedenti.

I comuni del territorio spendono molto per il settore sociale e troppo poco, rispetto alla media dei comuni italiani, per viabilità e trasporti.

La spesa dei comuni per il settore sociale è in continuo incremento portandosi ad un livello di 290 euro per abitante contro i 163 euro spesi dai comuni del Centro Nord. In particolare sono i servizi di assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona ad assorbire la quota maggiore della spesa (80%).

2.4.5 Il mercato del lavoro

Le analisi delle dinamiche in atto nel mercato del lavoro mostrano un quadro complesso con alcune specificità. Il dato aggregato del mercato del lavoro nasconde importanti fenomeni di composizione: il tasso di occupazione maschile registra una percentuale del 60,30 al 01.01.2014, quello femminile rimane pressoché costante al 43,1%. Una ulteriore conferma di quanto sia drammatica la condizione occupazionale maschile, e di quanto sia relativamente confortante quella della componente femminile, viene dai dati sulla componente inattiva della popolazione, in cui confluiscono anche i lavoratori scoraggiati, ovvero coloro che hanno rinunciato a cercare un lavoro. In Sardegna gli uomini inattivi sono aumentati del 15,6%, mentre le donne, sono diminuite del 18,9%.

Il quadro che emerge dall'analisi dei **differenziali per classi d'età** registra un elevato tasso di disoccupazione per la classe d'età 15-39 anni. E' evidente che durante i momenti più critici della crisi, sembrano essere i giovani a patire maggiormente le conseguenze di un ciclo economico sfavorevole. La provincia di Olbia-Tempio, pur rappresentando soltanto circa il 10% del mercato del lavoro isolano, catalizza da sola quasi il 50% del saldo occupazionale e ciò avviene proprio in virtù della particolare vocazione turistica espressa dal suo tessuto produttivo.

Lavoratori cessati nel 2° trimestre 2013, per provincia, genere

Provincia	Maschi	Femmine	Totale
Cagliari	8.796	9.222	18.018
Olbia-Tempio	3.179	2.662	5.841
Sassari	4.366	5.188	9.554
Nuoro	1.748	2.275	4.023
Oristano	1.890	2.388	4.278
Carbonia	1.384	1.750	3.134
Medio Campidano	1.026	1.223	2.249
Ogliastra	869	924	1.793
Sardegna	23.258	25.632	48.890

Fonte: elaborazione Agenzia regionale per il Lavoro su dati S.I.L. della Regione Autonoma della Sardegna

Saldi occupazionali, nel 2° trimestre 2013, per provincia, genere

Provincia	Maschi	Femmine	Totale
Cagliari	3.243	2.218	5.461
Olbia-Tempio	7.095	5.809	12.904
Sassari	1.663	1.454	3.117
Nuoro	1.126	1.237	2.363
Oristano	710	697	1.407
Carbonia	260	415	675
Medio Campidano	101	81	182
Ogliastra	647	717	1.364
Sardegna	14.845	12.628	27.473

Fonte: elaborazione Agenzia regionale per il Lavoro su dati S.I.L. della Regione Autonoma della Sardegna

3. L'organizzazione aziendale

3.1 La Configurazione organizzativa dell'azienda

Nulla è mutato nella configurazione organizzativa dell'Azienda rispetto alle annualità precedenti e 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 di tipo dipartimentale 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.

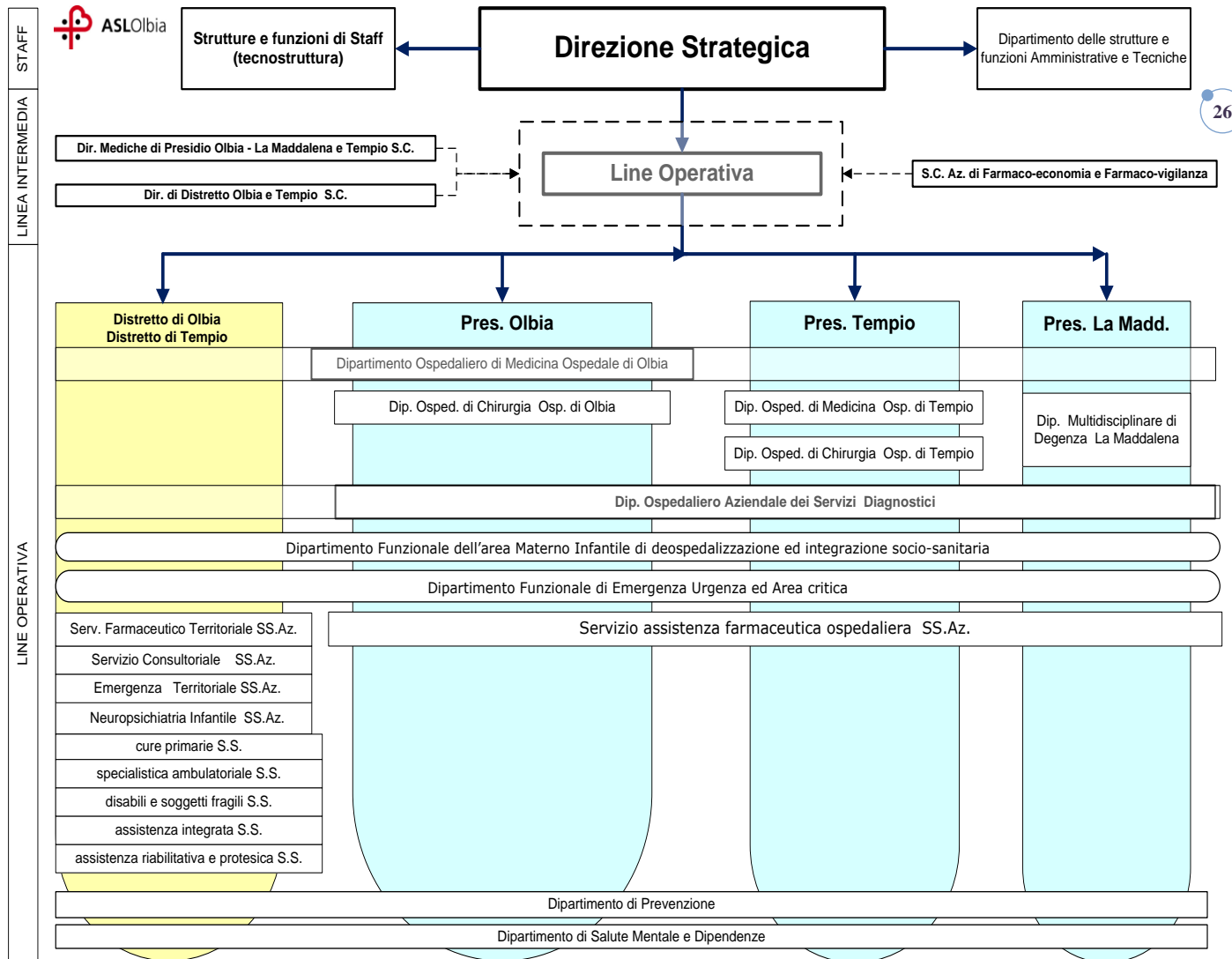
I Dipartimenti si distinguono in strutturali e funzionali.

I Dipartimenti strutturali sono dotati di autonomia tecnico professionale nonché di autonomia gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuite, nonché di apposito Budget fissato dalla Direzione Generale.

I Dipartimenti funzionali, che non sono dotati di risorse e Budget, si configurano come un modello organizzativo che tende ad integrare le competenze e le conoscenze in una specifica area fra strutture omologhe o complementari e hanno come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico - assistenziale, favorendo l'acquisizione e il mantenimento di competenze tecnico-professionali adeguate, definendo percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali che possono caratterizzare le diverse articolazioni organizzative afferenti.

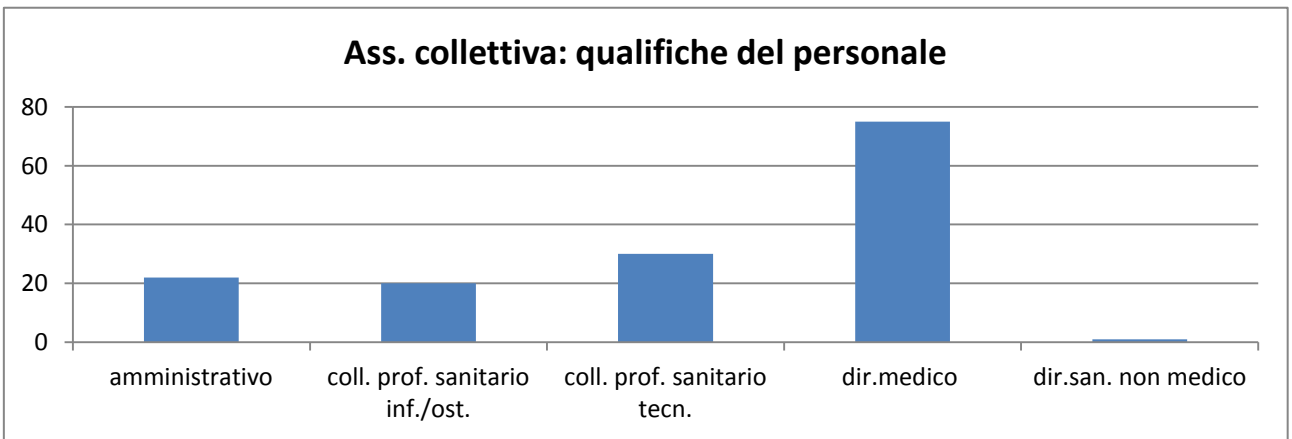
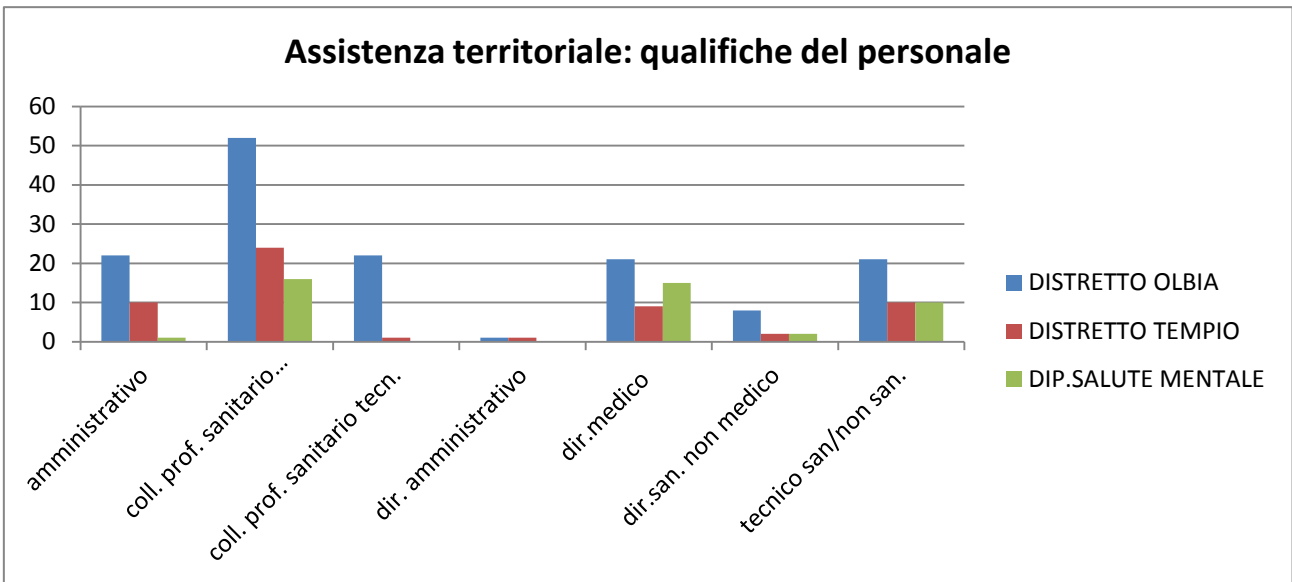
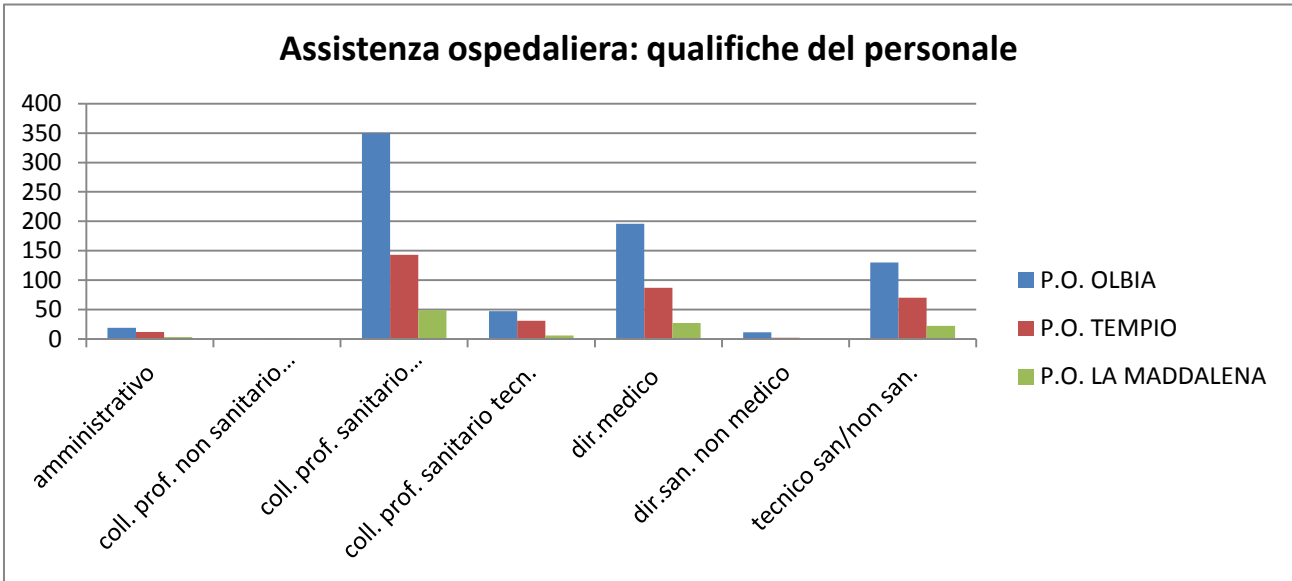
3.1.1 Organigramma

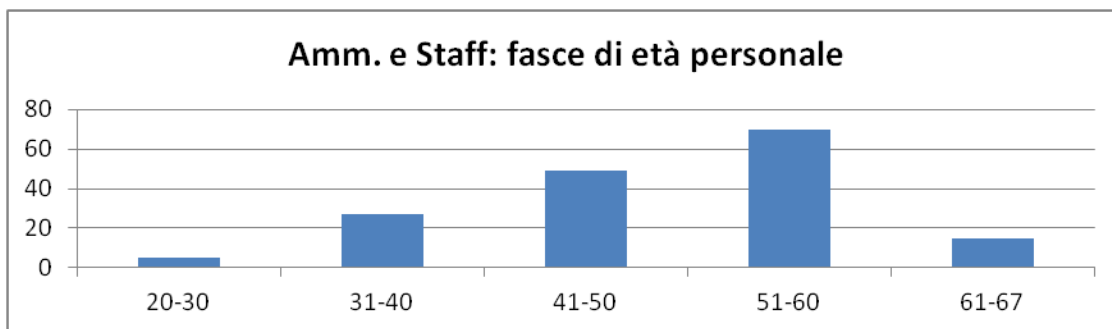
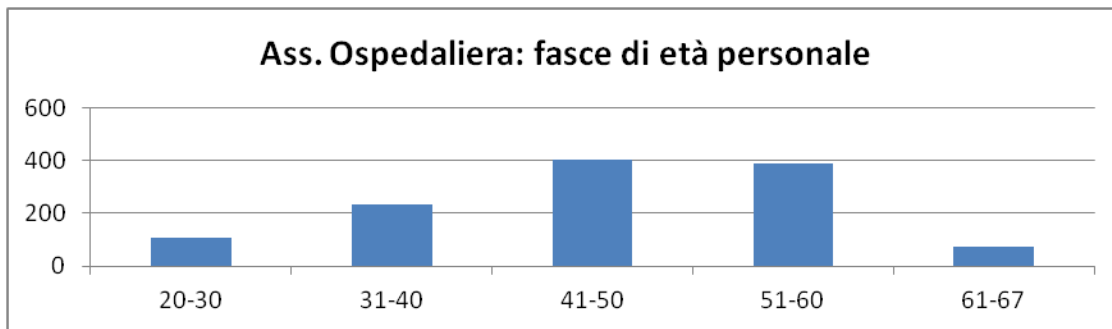
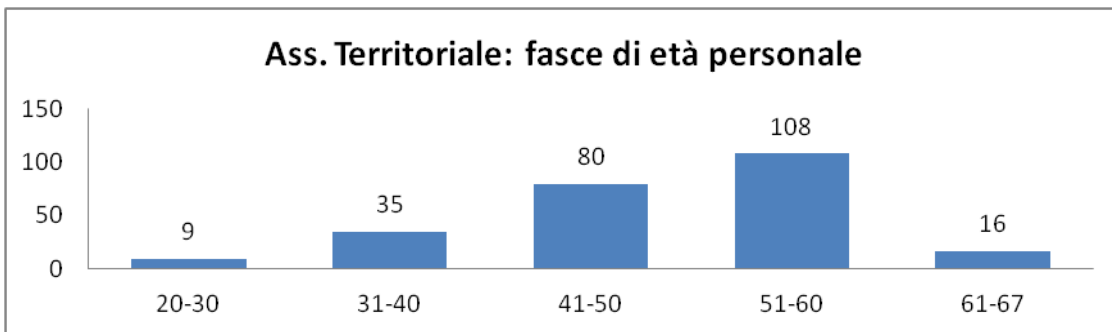
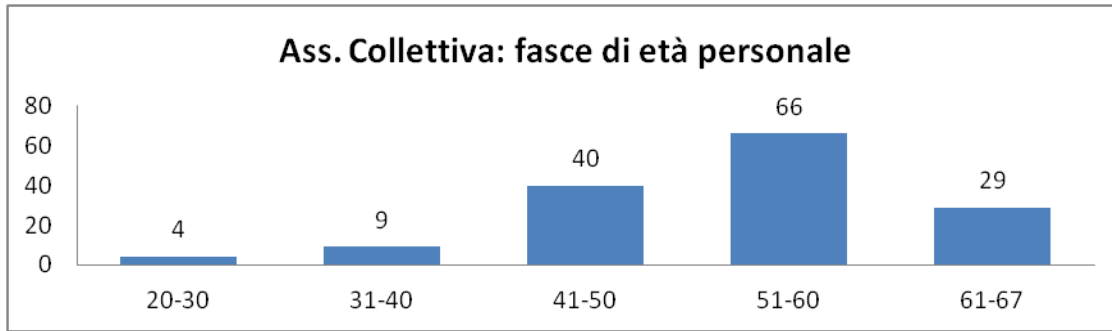
Sintesi Generale



Elaborazione Area PCC

Fig. 1 : Quadro d'insieme ASL 2





3.2 Programmazione economica, finanziaria e patrimoniale

La presente programmazione si riferisce ad un contesto di riferimento dinamico quanto incerto, dovuto ad una serie di eventi, che si riportano di seguito e che hanno contribuito ad aumentare la complessità dello scenario di riferimento.

- ✓ L'art.12 della Legge Regionale n.3 del 7 agosto 2009 ha dato avvio ad un processo di profonda riorganizzazione del sistema sanitario regionale prevedendo una profonda riorganizzazione delle funzioni e degli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie.
- ✓ L'incertezza dell'ambito territoriale di riferimento dell'ASL 2 di Olbia a seguito dell'esito del referendum del 6 maggio 2012 che ha abrogato le provincie di Ogliastra, Carbonia - Iglesias, Medio - campidano e di Olbia - Tempio.
- ✓ A tutt'oggi è assente un atto di indirizzo vigente che definisca la Rete Ospedaliera Regionale, infatti la parte relativa alla rete ospedaliera del P.S.R. 2006-2008 è stata annullata dal T.A.R. Sardegna con sentenza n. 2201, mentre la DGR 31/2 del 2011 rappresenta una bozza di definizione della rete, mentre le Leggi Regionali 21/2012 e 23/2014 ne prevedono entrambe la definizione.

Questa situazione è particolarmente importante per la Asl 2, che presenta una mobilità complessiva per prestazioni ospedaliere che raggiunge circa il 40% delle stesse, e non consente ad oggi di programmare con certezza le azioni atte al recupero della mobilità passiva, che solo parzialmente è stata ridotta da azioni deospedalizzanti attivate dall'azienda (vedi riduzione mobilità passiva intra-regionale 2012-2013), ma che in gran parte possono derivare solo dalla assegnazione di un congruo numero di posti letto ospedalieri mirati in particolare per le specialità di base attualmente non presenti, così come previsto dall'Atto Aziendale proposto nel Settembre 2013.
- ✓ Nella DGR 24/1 del 26.06.2014 si avviano le Procedure per l'attivazione di presidio ospedaliero privato nel territorio della ASL 2 di Olbia che dovrebbe in gran parte colmare il deficit presente, sia per quantità che tipologia, di offerta ospedaliera del territorio.
- ✓ La particolare situazione della provincia di Olbia-Tempio è caratterizzata dalla elevata crescita demografica e consistenti flussi turistici, nonché da una capacità ricettiva ospedaliera particolarmente inadeguata (2,32 p.l. per 1000 abitanti contro uno standard Naz. di 3,0 p.l. per acuti per 1000 ab.).
- ✓ La complessità dei processi di riorganizzazione assistenziali che l'azienda affronterà nel prossimo triennio daranno origine ad un profondo ripensamento nell'organizzazione e gestione dei servizi con importanti cambiamenti sia nell'area ospedaliera che in quella territoriale, con una prospettiva che va verso la deospedalizzazione ed il potenziamento delle cure domiciliari, l'attivazione delle Case della Salute e l'aumento del servizio di filtro territoriale per le patologie croniche, con l'auspicio che l'intero servizio socio-sanitario del territorio si orienti verso un'**assistenza proattiva**, ossia si attivi quella medicina di iniziativa, sia nella fase di prevenzione che nell'assistenza primaria ed integrata, di cui si parla ma che stenta a diventare realtà.

3.2.1 Finanziamenti e Ricavi

I criteri di finanziamento delle Aziende sanitarie Regionali

Altro fattore bloccante per l'azienda nella propria riorganizzazione è il limite del finanziamento economico, infatti, in presenza di un'offerta ospedaliera così deficitaria non è pensabile l'incremento di servizi e funzioni sia ospedalieri che territoriali senza una adeguata attribuzione di risorse finanziarie.

Sino ad oggi il territorio della ASL 2 è stato fortemente penalizzato nelle attribuzioni economiche.

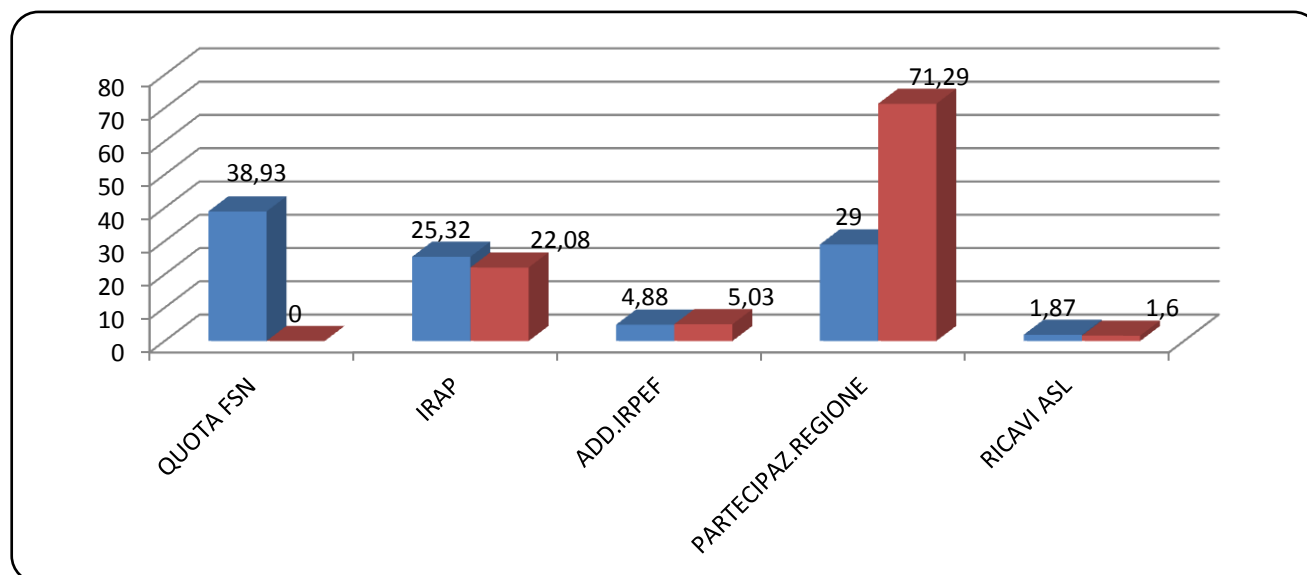
Per meglio inquadrare questa problematica si riportano brevemente i criteri di formazione del Fondo Sanitario Regionale ed i criteri di riparto tra le aziende.

Fonti di finanziamento del fabbisogno del FSR -

ANNO	QUOTA FSN	IRAP	ADD.IRPEF	PARTEC. REGIONE	RICAVI ASL
2006	38,93	25,32	4,88	29,00	1,87
2007	0	23,31	4,59	70,36	1,74
2011	0	22,08	5,03	71,29	1,60

Dati: delibera n.97/2012 Corte dei Conti

FONTI DI FINANZIAMENTO DEL FSR NEGLI ANNI 2006 E 2011 IN VAL. %



Dalla tabella si evince come dal 2007 è mutato radicalmente il sistema delle fonti di finanziamento e l'evoluzione dell'incidenza di ciascuna di esse sul finanziamento complessivo della Regione Sardegna. E' evidente infatti il passaggio da una situazione in cui lo Stato finanziava circa il 39% del fabbisogno del SSR a fronte di una partecipazione regionale del 29%, ad una partecipazione regionale di oltre il 70%.

Riepilogo criteri di riparto delle risorse destinate al finanziamento del SSR negli anni 2012-2013 e 2014 (DGR 45/17 del 12.11.2012)

Nella DGR n. 7/10 del 16/02/2012 relativa al riparto del FSR relativo all'anno 2011 sono riportate alcune considerazioni effettuate dalla Settima Commissione sulle modalità di riparto del FSR: più analiticamente, tale Commissione chiede:

- Il superamento del parametro della spesa storica;
 - La compensazione trimestrale della mobilità infra-regionale;
 - L'obiettivo della de-ospedalizzazione e la valorizzazione dei ricoveri che eccedono lo standard solo dopo la verifica della loro adeguatezza;
 - La valorizzazione dell'assistenza domiciliare integrata e la distribuzione territoriale dell'offerta dei servizi ospedalieri;
 - La valutazione quali-quantitativa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.
- Sempre dalla stessa DGR si legge che l'Assessore si impegna ad attuare le indicazioni della Commissione compatibilmente alle risorse disponibili e alla fattibilità delle stesse.

Osservazioni analoghe a quelle fatte dalla Settima Commissione Consiliare (del Consiglio Regionale della Sardegna) sono ravvisabili in recenti documenti di programmazione della ASL 2, dove si rilevava in particolare il premio economico attribuito, con i precedenti criteri, alla inappropriatazza dei ricoveri ospedalieri ed il principio di annualità e competenza finanziaria, indispensabile per una corretta programmazione della spesa.

Con deliberazione n. 45/17 del 12.11.2012 la Giunta Regionale Sardegna ha stabilito i nuovi criteri per il riparto delle risorse destinate al finanziamento del SSR per gli anni 2012-2013-2014.

I criteri adottati con tale atto si fondano su tre aspetti, quali:

1. In coerenza con l'obiettivo della riduzione dei costi e aumento della qualità dei servizi erogati, saranno limitati i criteri che correlavano parte dei finanziamenti delle Aziende Sanitarie al costo storico sostenuto per le specifiche attività;
2. Volontà di non far riferimento alle procedure a consuntivo che comportano la mancata conoscenza preventiva della quota di fondo da assegnare alle Aziende;
3. Fattibilità del riparto rispetto ai criteri individuati.

La delibera in argomento ribadisce che nel riparto delle risorse tra le Aziende la Regione Sardegna prende come base di riferimento i 3 macro-livelli di assistenza definiti a livello nazionale e così ridefiniti a livello regionale:

1)	ASSISTENZA COLLETTIVA	5,30%		
2)	ASSISTENZA DISTRETTUALE	50%	}	24,70% ASS.SAN.TERR.
				12% FARM. TERR.
				13,30% ASSIST.SPEC.AMB.
3)	ASSISTENZA OSPEDALIERA	43,70%		
4)	VALORIZZ. APPROPR. ORG. ED ECON.- GESTIONALE	1%		

Da tale ripartizione si evincerebbe la volontà della Regione di favorire la deospedalizzazione (< 160‰) e il conseguente potenziamento dell'assistenza territoriale, nonché dell'appropriatezza assistenziale e adeguatezza organizzativa ed economico-gestionale.

In coerenza con i principi di annualità e competenza finanziaria e con la necessità di una corretta programmazione della spesa, si auspica che la quantificazione e l'erogazione delle risorse alle Aziende Sanitarie avvenga nei tempi utili rispetto agli esercizi finanziari cui le risorse stesse si riferiscono.

32

Per una miglior comprensione si riportano schematicamente il riparto del FSR, (per le spese correnti) alla ASL 2 per gli anni 2011 – 2012 e 2013 con i diversi criteri di attribuzione.

RIPARTIZIONE FONDO SANITARIO REGIONALE - ANNO 2011 -

DGR DI RIFERIMENTO		DGR 52/89 DEL 23.12.2011 E DGR 7/10 DEL 16.02.2012			
FABBISOGNO INDISTINTO NETTO		€ 2.932.167.295,24			
		% Reg.	Val. nominale ASL 2	% ASL 2	Δ%
ASSISTENZA COLLETTIVA	Criteri di ripartizione	6,2%	18.529.953,18	8,51%	2,31%
Assistenza Veterinaria	80% in base alla popolazione animale e 20% in base alla popolazione umana (quota capitaria). Popol. Animale pesata con dimensione e dispersione az.	1,9%	18.529.953,18	8,51%	2,31%
Altra Assistenza	In base alla popolazione residente (Quota capitaria).	4,3%			
ASSISTENZA DISTRETTUALE	Criteri di ripartizione	49,1%	135.180.015,98	62,05%	12,95%
Medicina generale	In base alla popolazione con + di 14 anni (quota capitaria).	4,5%	12.868.893,50	5,9%	1,41%
Pediatria di Libera Scelta	In base alla popolazione con - di 14 anni (quota capitaria).	0,9%	2.848.626,79	1,3%	0,41%
Continuità Assistenziale	Al netto dell'integraz. Regionale per il servizio di guardiania. In base alle ore di servizio. (finanz. X funzioni).	1,5%	8.301.285,90	3,8%	2,31%
Emergenza San. Territoriale	In base al n. dei medici in servizio e ai costi delle centrali (finanziamento x funzioni).	1,7%	3.727.617,75	1,7%	0,01%
Assistenza Farmaceutica Terr.	In base alla popolazione pesata in base al profilo dei consumi per età (quota capitaria).	16,5%	40.332.540,48	18,5%	2,01%
Assistenza Specialistica Ambul.	In base alla popolazione pesata in base al profilo dei consumi per età (quota capitaria).	10,8%	26.989.300,41	12,4%	1,59%
Assistenza Anziani	In base alla popolazione con + di 65 anni.	1,3%	3.712.400,27	1,7%	0,40%
Altra Assist. Distrettuale	In base alla popolazione pesata per l'indice di dispersione.	11,9%	36.399.350,88	16,7%	4,81%
ASSISTENZA OSPEDALIERA	Criteri di ripartizione	44,7%	64.157.418,85	29,45%	-15,25%
Ricoveri Ordinari e Diurni	In base alla valorizzazione dei dimessi 2010. Valorizzazione in base a 180 ricoveri x 1000 abitanti: popol. Pesata in base al profilo dei consumi per età (quota capitaria). Valorizzazione dei ricoveri eccedenti lo standard: in base al > tasso di ospedalizz. standardizzato rilevato nel 2010.	27,2%	48.575.966,93	22,3%	-4,90%
Pronto Soccorso	In base agli accessi 2010, pesata con qualificazione e dimensione att. Di PS (finanz. X funzioni)	3,2%	11.790.702,18	5,4%	2,21%
Finanz. per Funzioni	In base alla stima forfetaria dei costi per singola componente (finanz. X funzioni)	2,8%	3.790.749,74	1,7%	-1,06%
Finanz. Costi Strutturali	In base a differenza tra costi rilevati con mod. rilevazione riferito a ospedali (CP 2010) e finanziamento disposto con prec. Criteri.	11,5%	0,00	0,0%	-11,50%
ACCANT. X APPROPR. E ADEGUAT. ORG. ED ECON./GEST.		0%			
PARAMETRO DI ACCOMPAGNAMENTO		0%			
TOTALE GENERALE			217.867.388,01		
meno ENTRATE DIRETTE			7.719.000,00		
ASSEGNAZIONE NETTA ASL N. 2			210.148.388,01	100%	

Fonte dati: rielaborazione Area PCC

RIPARTIZIONE FONDO SANITARIO REGIONALE - ANNO 2012 -					
DGR DI RIFERIMENTO	DGR 45/17 DEL 12.11.2012 E DGR 51/4 DEL 28/12/2012				
FABBISOGNO INDISTINTO NETTO		€ 3.147.320.330,24			
		% Reg.	Val. nominale ASL 2	% ASL 2	Δ%
ASSISTENZA COLLETTIVA	Criteri di ripartizione	5,3%	16.624.704,25	7,14%	1,84%
Assistenza Veterinaria	In base alla popolazione animale e alla popolazione umana.	5,3%	16.624.704,25	7,14%	1,84%
Altra Assistenza					
ASSISTENZA DISTRETTUALE	Criteri di ripartizione	50%	135.291.595,84	58,12%	8,12%
Medicina generale	In base alla popolazione con + di 14 anni (quota capitaria).	24,7%	27.593.438,70	32,73%	8,03%
Pediatria di Libera Scelta	In base alla popolazione con - di 14 anni (quota capitaria).		8.764.856,63		
Continuità Assistenziale vigilanza guardie mediche	In base alle ore di servizio. (finanz. X funzioni).		26.903.325,84		
Emergenza San. Territoriale	In base al n. dei medici in servizio e all'attività svolta.		12.931.575,40		
Assistenza Farmaceutica Terr.	In base alla popolazione pesata in base al profilo dei consumi per età (quota capitaria)	12%	30.135.084,55	12,95%	0,95%
Assistenza Specialistica Ambul.	In base alla popolazione residente pesata in base al profilo dei consumi per età	13,3%	28.963.314,72	12,44%	-0,86%
Assistenza Anziani	In base alla popolazione con + di 65 anni.	comprese nell'assistenza sanitaria territoriale			
Altra Assist. Distrettuale	In base alla popolazione pesata per l'indice di dispersione.				
ASSISTENZA OSPEDALIERA	Criteri di ripartizione	43,7%	80.868.171,68	34,74%	-8,96%
Attività ospedaliera	In base alla popolazione residente tenendo conto dei pesi definiti a livello nazionale. Penalità sull'inappropriatezza organizzata: si terrà conto del 10% del valore DRG dei ricoveri ordinari potenzialmente inappropriati.	43,7%	81.134.037,83	34,74%	-8,96%
10% valore DRG inappropriati			-265.866,15		
ACCANT. X APPROPR. E ADEGUAT. ORG. ED ECON./GEST.		1%	0,00		
PARAMETRO DI ACCOMPAGNAMENTO	x aziende con problemi di rientro econ.	0%	0,00		
TOTALE GENERALE		100,0%	232.784.471,77		
meno ENTRATE DIRETTE			0,00		
ASSEGNAZIONE NETTA ASL N. 2			232.784.471,77	100%	

Fonte dati: rielaborazione Area PCC

RIPARTIZIONE FONDO SANITARIO REGIONALE - ANNO 2013 -					
DGR DI RIFERIMENTO	DGR 50/23 del 03.12.2013 e DGR 9/10 del 05.03.2014				
FABBISOGNO INDISTINTO NETTO		€ 3.090.159.961,06			
		% Reg.	Val. nominale ASL 2	% ASL 2	Δ%
ASSISTENZA COLLETTIVA	Criteri di ripartizione	5,3%	14.957.097,05	6,55%	1,25%
Assistenza Veterinaria	In base alla popolazione animale e alla popolazione umana.	5,3%	14.957.097,05	6,55%	1,25%
Altra Assistenza					
ASSISTENZA DISTRETTUALE	Criteri di ripartizione	50%	128.951.425,20	56,43%	6,43%
Medicina generale	In base alla popolazione con + di	24,7%	26.914.240,57	32,45%	7,75%
Pediatria di Libera Scelta	In base alla popolazione con - di 14		8.690.236,37		
Continuità Assistenziale vigilanza guardie mediche	In base alle ore di servizio. (finanz. X funzioni).		25.586.327,23		
Emergenza San. Territoriale	In base al n. dei medici in servizio e all'attività svolta.		12.966.501,80		
Assistenza Farmaceutica Terr.	In base alla popolazione pesata in base al profilo dei consumi per età (quota	12%	26.943.262,23	11,79%	-0,21%
Assistenza Specialistica Ambul.	In base alla popolazione residente pesata in base al	13,3%	27.850.857,00	12,19%	-1,11%
Assistenza Anziani	In base alla popolazione con + di	comprese nell'assistenza sanitaria territoriale			
Altra Assist. Distrettuale	In base alla popolazione pesata per l'indice di				
ASSISTENZA OSPEDALIERA	Criteri di ripartizione	43,7%	77.204.973,58	33,79%	-9,91%
Attività ospedaliera	In base alla popolazione residente tenendo conto dei pesi definiti a livello nazionale. Penalità sull'inappropriatezza organizzativa: si terrà conto del 10% del valore DRG dei ricoveri ordinari potenzialmente inappropriati.	43,7%	77.470.839,73	33,79%	-9,91%
10% valore DRG inappropriati			-265.866,15		
ACCANT. X APPROPR. E ADEGUAT. ORG. ED ECON./GEST.		1%	2.651.221,61	1,16%	
PARAMETRO DI ACCOMPAGNAMENTO	x aziende con problemi di rientro econ.	0%	4.712.323,44	2,06%	
Rimborso costo del personale dipendente delle aziende sanitarie in			22.959,13	0,01%	
TOTALE GENERALE		100,0%	228.500.000		
meno ENTRATE DIRETTE			0,00		
ASSEGNAZIONE NETTA ASL N. 2			228.500.000,00	100%	

Fonte dati: rielaborazione Area PCC

ASSEGNAZIONE RISORSE AZIENDE SSR - ANNI 2013 - 2012 - 2011

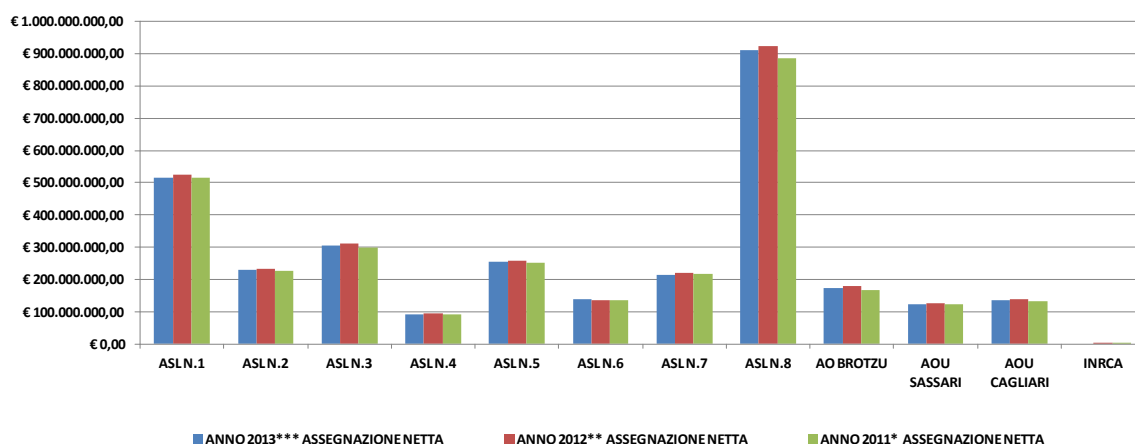
	ANNO 2013***	ANNO 2012**	ANNO 2011*	VARIAZIONE NOMINALE 2013/2012	VARIAZIONE % 2013/2012	VARIAZIONE NOMINALE 2012/2011	VARIAZIONE % 2012/2011
	ASSEGNAZIONE NETTA	ASSEGNAZIONE NETTA	ASSEGNAZIONE NETTA				
ASL N.1	€ 514.615.564,02	€ 523.909.050,86	€ 514.849.974,62	-€ 9.293.486,84	-1,77%	€ 9.059.076,24	1,76%
ASL N.2	€ 228.500.000,00	€ 232.784.471,77	€ 227.561.128,28	-€ 4.284.471,77	-1,84%	€ 5.223.343,49	2,30%
ASL N.3	€ 306.117.200,00	€ 310.859.196,58	€ 299.321.621,75	-€ 4.741.996,58	-1,53%	€ 11.537.574,83	3,85%
ASL N.4	€ 92.733.091,49	€ 94.644.293,99	€ 91.936.518,68	-€ 1.911.202,50	-2,02%	€ 2.707.775,31	2,95%
ASL N.5	€ 253.783.241,43	€ 259.366.131,11	€ 250.039.925,95	-€ 5.582.889,68	-2,15%	€ 9.326.205,16	3,73%
ASL N.6	€ 137.941.928,68	€ 135.930.012,10	€ 136.349.860,27	€ 2.011.916,58	1,48%	-€ 419.848,17	-0,31%
ASL N.7	€ 212.528.500,00	€ 221.354.744,93	€ 216.664.381,09	-€ 8.826.244,93	-3,99%	€ 4.690.363,84	2,16%
ASL N.8	€ 910.022.021,57	€ 922.063.150,77	€ 886.963.442,86	-€ 12.041.129,20	-1,31%	€ 35.099.707,91	3,96%
AO BROTZU	€ 173.995.000,00	€ 178.763.393,42	€ 166.789.391,30	-€ 4.768.393,42	-2,67%	€ 11.974.002,12	7,18%
AOU SASSARI	€ 124.350.600,00	€ 127.366.591,77	€ 124.381.281,67	-€ 3.015.991,77	-2,37%	€ 2.985.310,10	2,40%
AOU CAGLIARI	€ 135.572.813,87	€ 137.416.154,33	€ 132.939.032,68	-€ 1.843.340,46	-1,34%	€ 4.477.121,65	3,37%
INRCA		€ 2.863.138,61	€ 2.761.862,29	-€ 2.863.138,61		€ 101.276,32	3,67%
TOTALI	€ 3.090.159.961,06	€ 2.623.411.279,38	€ 2.535.708.446,82	-€ 47.866.882,34		€ 87.702.832,56	

* Assegnazioni anno 2011: DGR 13/9 del 2012 e DGR 45/18 del 2012

** Assegnazioni anno 2012: DGR 15/30 del 29/03/2013

*** Assegnazioni anno 2013: DGR 9/10 del 05/03/2014

Trend Variazione Fondo Sanitario Regionale 2011-2013



Come si può facilmente valutare dalla tabella sopra riportata, la variazione dei criteri di attribuzione non ha sortito effetti significativi in rapporto al riequilibrio della ripartizione delle risorse.

La revisione dei criteri di riparto avrebbe dovuto risolvere alcuni dei principali aspetti critici, ossia:

- ✓ Limitare i criteri che correlavano parte dei finanziamenti delle aziende sanitarie al costo sostenuto per le specifiche attività, evitando così da un lato di dare maggiori finanziamenti alle aziende che sostengono maggiori costi, e dall'altro evitando di creare una spirale economico-finanziaria contraddittoria, rispetto all'obiettivo di riduzione dei costi e di maggiore attenzione alla qualità e all'appropriatezza delle prestazioni.

- ✓ Eliminare la fisiologica definizione delle procedure a consuntivo, che comportava la mancata conoscenza preventiva della quota di fondo assegnata all'azienda.

La variazione dei criteri non incide minimamente sul fatto che la mobilità venga detratta a priori dal finanziamento sulla base degli ultimi dati disponibili, infatti per il finanziamento dell'anno X, si considera la mobilità dell'anno X -1. Questo penalizza gravemente le Aziende Sanitarie, come quella di Olbia gravata da elevata mobilità, poiché le risorse necessarie al recupero della mobilità, magari in deospedalizzazione, vengono sottratte a monte. Conseguentemente si corre il rischio di far gravare sul bilancio corrente il costo per attivare nuove specialità, al fine di ridurre la mobilità, con il rischio di sforamento e di rinviare i maggiori finanziamenti e ricavi per riduzione di mobilità alle gestioni future, creando delle incongruenze per gli aspetti legati alla competenza economica.

ABITANTI residenti al 01.01.2014 (ultimo dato ISTAT)

	Abitanti al 01.01.2014 (ultimo dato ISTAT)	Abitanti al 30.05.2013 (ultimo dato ISTAT)	Variazione nominale
ASL N.1	335.097	330.158	4.939
ASL N.2	158.518	153.623	4.895
ASL N.3	158.980	157.977	1.003
ASL N.4	57.699	57.281	418
ASL N.5	163.511	162.879	632
ASL N.6	100.676	100.428	248
ASL N.7	128.551	127.704	847
ASL N.8	560.827	550.923	9.904
Totale Regione	1.663.859	1.640.973	22.886

3.2.2 Risultati economici patrimoniali nei tre anni precedenti

Risultati economici e patrimoniali conseguiti nei tre anni precedenti			
Risultati economici conseguiti			
	2011	2012	2013
Valore della produzione	220.421.638	242.156.098	237.146.869
Costi della produzione	237.161.782	231.706.747	232.115.244
Differenza	-16.740.144	10.449.351	5.031.625
Proventi ed oneri finanziari	-984.755	-1.112.027	-1.051.406
Rettifiche di valore di attività finanziarie	0	0	0
Proventi ed oneri straordinari	-399.499	160.528	-1.228.968
Risultato prima delle imposte	-18.124.398	9.497.852	2.751.251
Imposte sul reddito dell'esercizio	6.223.475	5.911.468	1.831.800
Utile (perdita) dell'esercizio	-24.347.873	3.586.384	919.451
Risultati Patrimoniali conseguiti			
	2011	2012	2013
Attivo			
Immobilizzazioni	119.176.121	116.138.733	120.618.472
Rimanenze	5.024.904	5.364.370	5.418.541
Crediti	53.000.293	62.247.979	55.835.569
Attività che non costituiscono immobilizzazioni	8.356	8.356	8.356
Disponibilità liquide	16.023.774	20.029.818	27.684.858
Ratei e Risconti Attivi	142.147	668.429	270.832
Totale Attivo	193.375.595	204.457.685	209.836.628
Passivo			
Patrimonio netto	64.237.116	85.613.325	86.977.827
Fondi per Rischi e oneri	4.196.598	4.858.911	4.360.140
Trattamento di fine Rapporto	2.790.558	2.911.705	3.039.646
Debiti	107.830.051	96.825.011	93.768.022
Ratei e risconti passivi	14.321.272	14.248.733	21.690.993
Totale Passivo e Patrimonio netto	193.375.595	204.457.685	209.836.628

3.2.3 Indici di Bilancio

Indici di Bilancio - Valori conseguiti			
	2011	2012	2013
ROI (Valore della Produzione - Costi della Produzione) / Totale Attivo	-0,09	0,05	0,02
ROE Utile dell'esercizio / Patrimonio netto	-0,13	0,02	0,00
Indice di liquidità (Crediti + Disponibilità liquide) / Totale attivo	0,36	0,40	0,40

3.2.4 Informazioni analitiche

Informazioni analitiche				
Informazioni analitiche - valori conseguiti				
	2010	2011	2012	2013
1. Consulenze Tecniche	162.118	184.402	72.889	133.212
2. Consulenze Amministrative, gestionali e coordinamento progetti	26	37.268	0	84.418
3. Consulenze Sanitarie da privati	296.150	206.384	190.981	52.620
4. Consulenze sanitarie da altre aziende e da enti pubblici		93.728	429.353	787.465
5. Acquisti di servizi non sanitari	12.482.449	16.658.830	19.122.334	18.817.931
6. Costi per spesa farmaceutica convenzionata	28.592.012	27.125.141	26.413.852	23.995.504
7. Costi per spesa farmaceutica per la distribuzione diretta	302.413	372.058	285.756	672.632
8. Costi per spesa farmaceutica in DPC	1.848.880	2.066.017	1.177.582	2.759.414
9. Costi per il personale del ruolo sanitario	68.034.554	70.692.209	72.813.309	72.939.315
10. Costi per il personale del ruolo professionale	299.709	345.397	280.240	221.032
11. Costi per il personale del ruolo tecnico	9.390.204	7.721.121	5.891.932	6.646.892
12. Costi per il personale del ruolo amministrativo	7.045.718	7.388.924	6.588.667	6.390.783

3.3 Il Sistema di gestione del Ciclo delle Performance e del Budget.

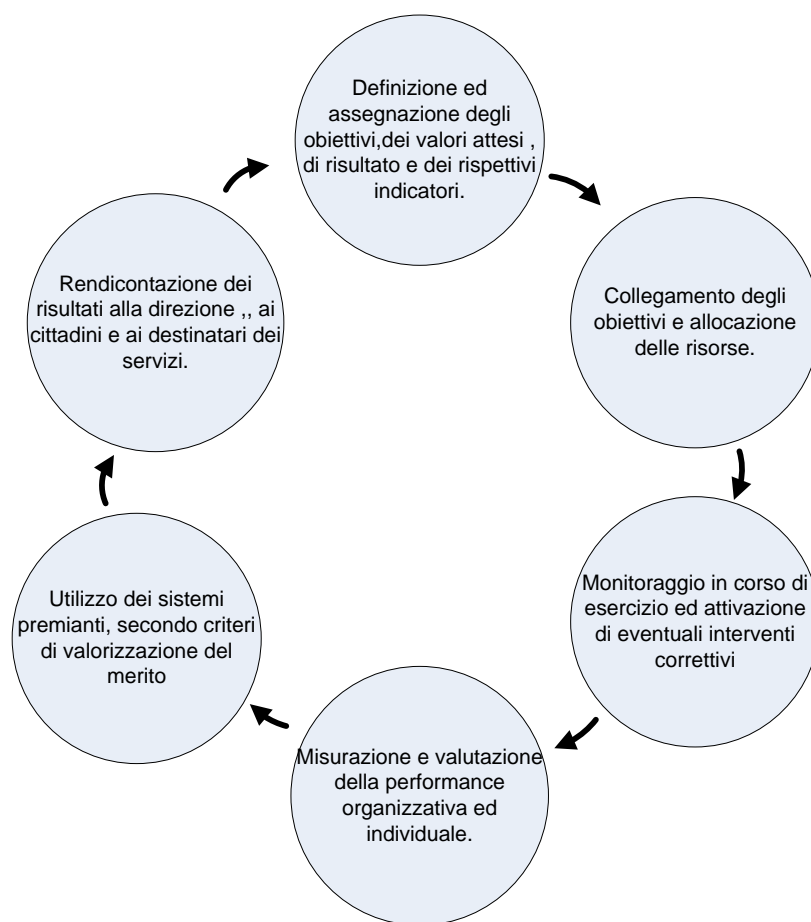
L'azienda sanitaria n°2 di Olbia con delibera n° 2114 del 13/09/2011, ha avviato il Sistema di Gestione del Ciclo della Performance con la finalità di adeguarsi anzitutto agli adempimenti richiesti dal Decreto legislativo 150/2009 in materia di valutazione delle performance organizzative e individuali, i quali, costituiscono un notevole impulso innovativo all'adozione di metodi di valutazione del raggiungimento degli obiettivi finalizzato a qualificare ulteriormente il processo di innovazione organizzativa.

Le finalità di tale impianto metodologico sono infatti ravvisabili da un lato nel miglioramento della qualità dei servizi pubblici, e dall'altro nell'ottimizzazione dei costi dei servizi erogati attraverso un progressivo miglioramento degli standard economici. Di fatto va riconosciuto che la misurazione del raggiungimento degli obiettivi e la valutazione delle performance rappresentano un ambito di iniziative che richiede un grande sforzo e in questo senso, l'attuazione degli indirizzi e degli adempimenti previsti dalla Decreto Legislativo 150/2009 costituiscono in questo momento di crescita, un obbligo/stimolo a compiere un salto di qualità per il miglior funzionamento dell'intero sistema gestionale della azienda sanitaria. L'impianto metodologico si basa, in particolare, sulla definizione e adozione del:

- ✚ Sistema di misurazione e valutazione della performance;
- ✚ Piano della Performance;
- ✚ Relazione sulla Performance;
- ✚ Piano della Trasparenza.

L'attuazione della riforma, come mostra il diagramma 1 sottostante, è un processo circolare ad ampio raggio che è partito da una prima fase di pianificazione degli obiettivi attraverso il Piano delle Performance, una seconda fase che è quella della misurazione della performance attraverso lo sviluppo del Sistema di Misurazione e valutazione della Performance ed è terminato con la fase di rendicontazione attraverso la Relazione sulla Performance.

Fig. 1



La prima fase del Sistema di Gestione del Ciclo della performance ha avuto inizio con l'adozione del Piano Triennale della Performance avvenuta con delibera n° 3204 del 24/12/2011 e modificato con delibera n°3691 del 31/12/2012 e con delibera n° 287 del 24/03/14. Il Piano, ai sensi dell'art. 10, lett. a) del citato D.Legislativo, costituisce "... un documento programmatico triennale, da adottare in coerenza con il ciclo della programmazione finanziaria e di Bilancio, che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori necessari alla misurazione e valutazione della performance dell'intera Azienda, nonché gli Obiettivi assegnati al personale dirigenziale con rispettivi indicatori".

Il Piano ha definito dunque gli elementi fondamentali " Obiettivi , Indicatori e Target" su cui si è basata poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della Performance

La seconda fase è iniziata nel 2012, poiché l'Azienda con delibera n. 689 del 26 marzo 2012 ha nominato l'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance con il compito di validare il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance e il complessivo Ciclo di Gestione delle Performance.

Nel corso del 2012 e del 2013 sono stati adottati tutti gli strumenti del Ciclo di Gestione della Performance, e gli stessi sono stati, comunque nel corso del 2014 perfezionati sia nei contenuti che nella forma.

Il Piano della Performance

Il Piano triennale della performance è stato adottato per la prima volta con delibera n° 3204 del 24/12/2011 e successivamente aggiornato con delibera n° 3691 del 31/12/2012 e con delibera n° 287 del 24/03/14. Affinché il Piano rappresentasse una traduzione operativa della

pianificazione strategica, si è proceduto a definire il Piano delle Performance nei sui contenuti principali contestualmente alla predisposizione della programmazione sanitaria 2014/2016. Tuttavia rimane ancora la criticità relativo al ritardo con cui si procede alla chiusura del processo di budget attraverso la negoziazione degli obiettivi, pertanto è auspicio dell'azienda per il 2015 di riuscire a chiudere il processo di negoziazione entro il 31 gennaio 2015.

Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità

Il Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità è stato redatto per la prima volta nel corso del 2013. Sul sito internet aziendale, dalla sezione "Trasparenza" sono accessibili per l'utenza dati e informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle finalità istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valorizzazione svolta dagli organi competenti allo scopo di favorire il controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità della gestione.

Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance

Il Sistema di misurazione e valorizzazione delle performance è stato adottato con delibera n° 2812 del 13/11/2013 secondo le disposizioni contenute nel D.Lgs. n. 150/2009. Il Sistema di misurazione e valutazione della performance adottato dall'ASL 2 ha ad oggetto sia la misurazione e la valutazione della performance organizzativa, sia la misurazione e la valorizzazione della performance individuale, con specifico riferimento, in quest'ultimo caso:

- ✚ al personale dirigente;
- ✚ al personale non dirigenziale cui è stata attribuita la posizione organizzativa;
- ✚ al personale non dirigenziale.

Il Sistema, pertanto, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 7 del Decreto ed in base alle direttive adottate dalla Commissione di cui all'articolo 13 del D. Lgs. n.150/2009 (CIVIT) con la delibera n. 89 del 24 giugno 2010, individua:

- ✚ le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e valutazione della performance;
- ✚ le modalità di raccordo e integrazione con i sistemi di controllo esistenti e con il sistema informativo;
- ✚ le modalità di raccordo e integrazione con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio.

Con riferimento alla valutazione della Performance Organizzativa questo è il secondo anno che la Struttura Tecnica Permanente procede alla valutazione, ovvero procede alla definizione del grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti nell'ambito del Processo di Budget (risultati gestionali), ossia verifica il confronto tra livello di Performance Attesa (target dell'indicatore associato all'obiettivo) e livello di Performance effettivamente conseguita (valore dell'indicatore misurato a consuntivo).

Per quanto attiene invece la valorizzazione della Performance Individuale, solo ad aprile 2014 è stato possibile portare a regime l'introduzione del cosiddetto sistema premiante.

Scopo prioritario è quello di evidenziare l'importanza del contributo individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza, di chiarire e comunicare che cosa ci si attende – in termini di risultati e comportamenti – dalla singola persona, in modo tale da contribuire a creare e a mantenere un clima organizzativo favorevole ma precipuamente di premiare la Performance attraverso opportuni sistemi incentivanti.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance copre tutte le aree previste dal decreto legislativo n.150, ossia la performance organizzativa di tutti Centri di responsabilità aziendali e la performance individuale di tutti i dirigenti e di tutto il personale non dirigente.

Sistema di Budget

Il Budget in quanto strumento di programmazione ha tradotto i programmi e gli obiettivi strategici contenuti nel Piano delle Performance in obiettivi operativi e specifici annuali assegnandoli ai centri di responsabilità. Gli obiettivi di Budget sono stati definiti in coerenza con i vincoli di bilancio aziendali e il loro conseguimento costituisce condizione necessaria per l'erogazione della premialità prevista dalla contrattazione collettiva nazionale e integrativa aziendale. Il processo di Budget è infatti lo strumento principale su cui è ancorata la valutazione delle Performance organizzative di tutte le UU.OO oltre che consente di definire il contributo dell'apporto dei singoli operatori in termini di Performance individuale.

Riguardo al Sistema di Budget è ragionevole affermare che il processo benché sia ancora nei primi anni di applicazione, possa definirsi abbastanza maturo per cui la definizione degli obiettivi da raggiungere e, quindi, indicatori e target sono risultati più sfidanti rispetto ai primi anni, ma il vero traguardo è rappresentato dal fatto che è stata colta la vera essenza del Budget ossia quella di orientare i comportamenti dei professional e la maggioranza dei responsabili di struttura ha percepito il Budget come uno strumento per eccellere nello svolgimento dei processi aziendali, di miglioramento dell'appropriatezza, dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni oltreché di crescita individuale in un processo di apprendimento continuo.

Preme mettere in risalto che nel processo di definizione degli obiettivi e indicatori si è tenuto in considerazione il fatto che le aziende sanitarie non operano in un contesto di mercato e le tariffe non possono essere assimilate ai prezzi di vendita delle aziende di produzione, pertanto è stato adottato un sistema di indicatori multidimensionale che integra le dimensioni economiche e di produttività con elementi di governo clinico, di innovazione e di qualità dei servizi. A ciò si aggiunge inoltre che affinché il sistema di indicatori riuscisse veramente ad orientare i comportamenti dei professional in maniera virtuosa si è evitato il rischio di overload informativo e si è costruito quindi un sistema di misurazione delle performance maggiormente mirato agli obiettivi aziendali.

E' evidente infatti che i sistemi di misurazione delle performance giocano un ruolo fondamentale nel governo delle aziende sanitarie e che l'efficacia dei processi di programmazione e controllo non si gioca più solo sulla capacità di progettare adeguatamente il processo decisionale, il ruolo degli attori coinvolti e delle schede tecniche di supporto, ma sulla necessità di costruire adeguatamente il sistema degli indicatori evitando, da un lato, il proliferare del numero di indicatori, dall'altro la mera focalizzazione su indicatori economici finanziari, poco rappresentativi dei livelli di efficienza e di efficacia nelle aziende sanitarie.

OBIETTIVI DIRETTORI GENERALI A.S.L. - ANNO 2014 –

Rif. DGR n. 47/5 del 25-11.2014

OBIETTIVI ASSISTENZIALI – DGR n. 30/60 del 12.07.2011 PUNTEGGIO MASSIMO: 60

OBIETTIVO	PUNTEGGIO	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO
1: migliorare la copertura con vaccino anti-influenzale nell'anziano. <i>standard: $\geq 70\%$</i>	10	<div style="text-align: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 5px;">44</div> <ul style="list-style-type: none"> • Obiettivo raggiunto al 100%: raggiungimento pieno dell'obiettivo; • Obiettivo raggiunto parzialmente: miglioramento dello standard rispetto all'anno precedente. Punteggio: $\frac{1}{2}$ di quello pieno; • Obiettivo non raggiunto: l'indicatore non raggiunge lo standard e non è migliorato rispetto all'anno precedente.
2: ridurre il tasso di ospedalizzazione, ordinario e diurno, standardizzato ‰ <i>standard: ≤ 160</i>	10	
3: ridurre il tasso di ospedalizzazione per patologie assistibili domiciliariamente. Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni. <i>standard: 80</i>	10	
4: ridurre l'utilizzo della capacità ricettiva per accertamenti effettuabili in via ambulatoriale e per ricoveri evitabili. <ul style="list-style-type: none"> • % ricoveri diurni medici con finalità diagnostica: <i>standard 23%</i>; • % ricoveri ordinari medici brevi: <i>standard 17%</i>. 	10	
5: migliorare l'appropriatezza nel sistema di risposta assistenziale. % ricoveri in day surgery dei DRG a rischio in appropriatezza: <i>standard 87%</i>	10	
6: evitare i ricoveri ripetuti. % re-ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC: <i>standard 4</i>	10	

OBIETTIVI ORGANIZZATIVI ED ECONOMICI
PUNTEGGIO MASSIMO: 40

OBIETTIVO	PUNTEGGIO	RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO
<p><i>Perseguimento all'equilibrio di bilancio nel rispetto del vincolo -imposto dall'art. 3 comma 2 L.R. n. 6 2012- di pareggio di bilancio, senza considerare i fattori positivi e negativi relativi alla gestione straordinaria.</i></p>	<p align="center">40</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivo raggiunto al 100%: raggiungimento pieno dell'obiettivo di pareggio di bilancio. Punteggio massimo pari a 40. • Obiettivo raggiunto parzialmente: il punteggio varia tra 0 e 40 in relazione alla percentuale di scostamento registrata rispetto alla differenza tra l'assegnazione 2014 e l'assegnazione 2013. • Obiettivo non raggiunto: raggiungimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio mediante un finanziamento pari o maggiore a quello dell'anno precedente. Punteggio pari a 0.

3.4 Trend Bilanci aziendali 2009-2013

Le norme in materia di contenimento della spesa pubblica hanno determinato negli ultimi anni una contrazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario. Anche la sottoscrizione del nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 si inserisce in un contesto generale economico, politico e sociale caratterizzato da un'estrema complessità in cui si delinea, al fine di assicurare la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, l'impegno congiunto di Governo e Regioni per attuare importanti e concrete misure di programmazione della spesa sanitaria, con l'obiettivo di razionalizzarla. Al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2014/2016, il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale a cui concorre lo Stato è confermato in 109.928.000.000 euro per il 2014, è fissato in 112.062.000.000 euro per il 2015 e in 115.444.000.000 euro per il 2016. Il riparto delle predette disponibilità finanziarie deve tener conto dell'Accordo raggiunto in sede di Conferenza Stato-Regioni circa la necessità di rivedere e riquilibrare i criteri di cui all'art.27 del D.Lgs 68/2011 senza tuttavia mettere in discussione il principio dei costi standard. E' indiscutibile che è sempre più stringente la necessità di porre in essere politiche di gestione che nei prossimi tre anni determinino una graduale riduzione dei costi di esercizio e dell'incidenza della perdita di esercizio sul bilancio aziendale. Si delinea pertanto la necessità di porre in essere delle analisi e delle valutazioni economiche sempre più dettagliate individuando le linee programmatiche prioritarie con la finalità di determinare una gestione più efficiente, efficace ed economica giungendo al pareggio di bilancio.

3.4.1 Costi Della Produzione 2009-2013

Tab. 1

COSTI DELLA PRODUZIONE					
VARIABILI ECONOMICHE	2009	2010	2011	2012	2013
Acquisti	28.648.221	31.025.376	33.445.307	30.474.241	33.609.462
Beni sanitari	25.659.040	27.855.558	30.217.359	27.981.882	31.363.109
Beni non sanitari	2.989.181	3.169.818	3.227.948	2.492.359	2.246.353
Prestazioni di Servizi	92.382.072	96.585.290	104.108.534	100.042.903	98.624.326
Godimento beni di Terzi	3.306.620	3.242.792	3.626.617	4.197.145	3.125.388
Personale	80.352.799	84.770.185	86.147.651	85.574.148	86.198.022
Sanitario	66.017.996	68.034.554	70.692.209	72.813.309	72.939.315
Professionale	309.945	299.709	345.397	280.240	221.032
Tecnico	8.825.120	9.390.204	7.721.121	5.891.932	6.646.892
Amministrativo	5.199.738	7.045.718	7.388.924	6.588.667	6.390.783
Ammortamenti	4.694.038	6.492.834	6.719.436	6.581.430	6.794.351
Rimanenze di Magazzino	-124.496	-2.496.486	123.369	-339.463	-54.174
Accantonamenti	1.973.506	2.177.333	1.318.329	3.437.298	2.369.352
Accantonamenti per rischi e Oneri	0	128.837	1.055.727	1.821.539	2.369.352
Altri Accantonamenti	1.973.506	2.048.496	262.602	1.615.759	
Oneri diversi di gestione	1.358.127	1.612.501	1.672.539	1.739.045	1.448.517
Totale Costi Della Produzione	212.590.887	223.409.825	237.161.782	231.706.747	232.115.244

Fonte Area Programmazione, Controllo e Committenza

La tabella 1 evidenzia che nel Triennio 2009 – 2011 preso in esame, si è verificata una crescita delle voci di Spesa, determinando una conseguente crescita dei costi di produzione aziendali. Nel 2009 i Costi di Produzione dell'azienda erano pari a oltre 212 milioni di euro, mentre nel 2011 il valore ha raggiunto i 237 milioni di euro con un incremento in termini assoluti pari a **24.570.895 milioni di euro**, pari al **12%**. Nel 2012 i costi di produzione sono pari a 231.706.747 con un decremento in termini assoluti pari a 5.455.035 milioni di euro rispetto al 2011. Nel 2013 i costi di produzione sono pari a 232.115.244 con un incremento in termini assoluti pari a 408.497 milioni di euro rispetto al 2012. Mediamente nel corso del quinquennio considerato la crescita annuale dei Costi di produzione si è attestata al **2%**.

3.4.2 Valore Della Produzione 2009-2013

Tab. 2

VALORE DELLA PRODUZIONE					
VARIABILI ECONOMICHE	2009	2010	2011	2012	2013
Ricavi per prestazioni	192.885.045	212.622.975	214.649.890	237.332.955	232.648.316
da Fondo Sanitario	188.542.390	208.501.719	210.148.388	232.784.472	228.500.000
da Altro	4.342.655	4.121.256	4.501.502	4.548.483	4.148.316
Incrementi di Immobilizzazioni per lavori interni					
Altri ricavi e proventi	1.771.948	3.598.618	5.771.748	4.823.143	4.498.553
contributi in conto esercizio	1.177.082	2.997.779	4.670.550	3.317.558	2.077.341
altri ricavi e proventi	594.866	600.839	1.101.198	1.505.585	2.421.212
Totale Valore Della Produzione	194.656.993	216.221.593	220.421.638	242.156.098	237.146.869

Tab. 3

RAFFRONTO RICAVI PER PRESTAZIONI						
	2009	2010	2011	2012	2013	Delta % 2013-2009
Fondo sanitario	188.542.390	208.501.719	210.148.388	232.784.472	228.500.000	21
da Altro	4.342.655	4.121.256	4.501.502	4.548.483	4.148.316	-4
Contributi in conto esercizio	1.177.082	2.997.779	4.670.550	3.317.558	2.077.341	76
Altri ricavi e proventi	594.866	600.839	1.101.198	1.505.585	2.421.212	307
Delta % Fondo sanitario	3	11	1	11	-2	
Delta % da Altro	-6	-5	9	1	-9	
Delta % Contributi in conto esercizio	-44	155	56	-29	-37	
Delta % Altri ricavi e proventi	65	1	83	37	61	
Valore Della Produzione	194.656.993	216.221.593	220.421.638	242.156.098	237.146.869	22

L'analisi dei dati riportati nella tabella 2 e 3 evidenzia che, mentre nel periodo 2009 - 2012, vi sia stata nel bilancio dell'ASL 2 una crescita tendenziale del Valore della Produzione con un incremento in termini assoluti pari a 47.499.105 milioni di euro rispetto al 2009, nel 2013 il Valore della produzione è pari a 237.146.869 evidenziando un decremento in termini assoluti pari a 5.009.229 milioni di euro rispetto al 2012. Se si raffrontano, infatti i dati dal 2009 al 2013, è possibile notare che, nel 2009 il valore era pari a oltre 194 milioni di euro, mentre nel 2013 il dato ha raggiunto il valore di 237 milioni di euro con un incremento in termini assoluti pari a 42.489.876 milioni di euro, pari al 22%.

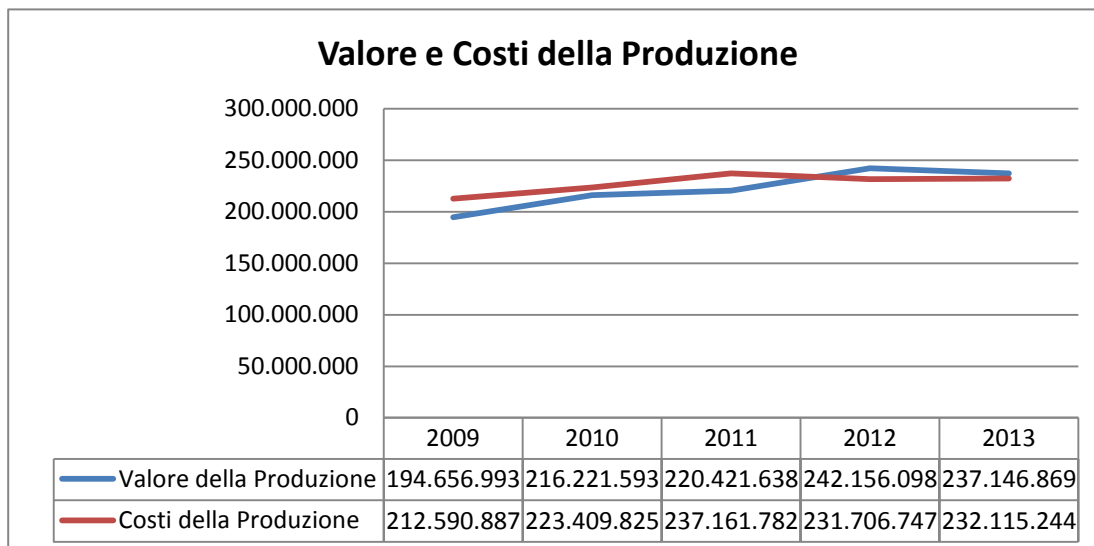
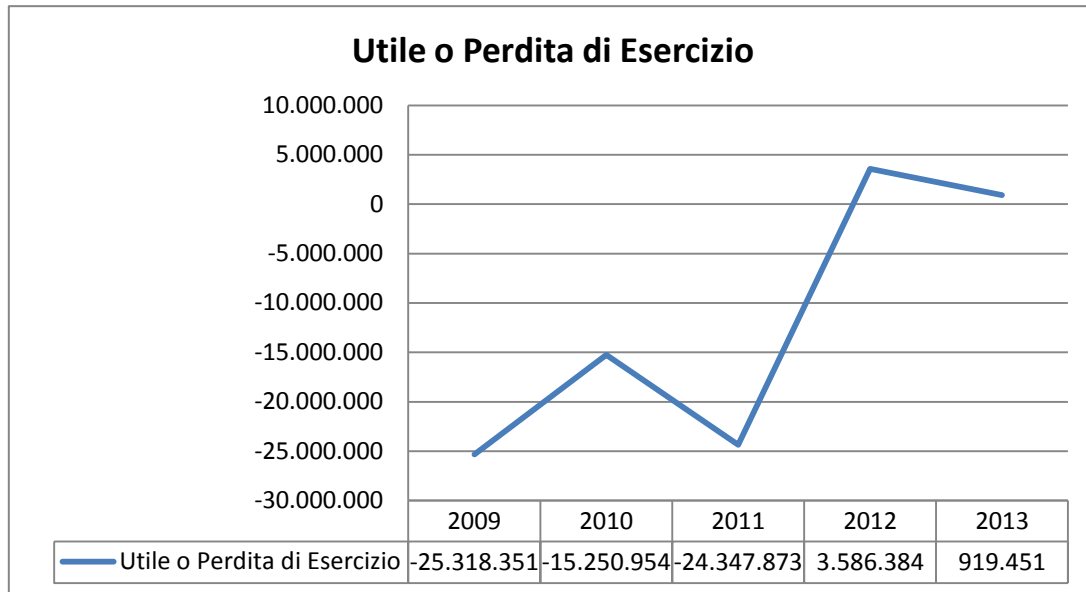
3.4.3 Raffronto Valore della Produzione e Costi della Produzione 2009-2013

Tab. 4

RAFFRONTO VALORE DELLA PRODUZIONE E COSTI DELLA PRODUZIONE						
	2009	2010	2011	2.012	2.013	Delta % 2013 - 2009
Valore della Produzione	194.656.993	216.221.593	220.421.638	242.156.098	237.146.869	22
Costi della Produzione	212.590.887	223.409.825	237.161.782	231.706.747	232.115.244	9
Delta % Valore Produzione		11	2	10	-2	
Delta % Costi della Produzione		5	6	-2	0	
Differenziale VP-CP		6	-4	8	-2	

Fonte Area Programmazione, Controllo e Committenza

Se si valuta il quinquennio nel suo complesso, si nota come il Valore della Produzione è passato da oltre 194 milioni di euro del 2009 a oltre 237 milioni di euro nel 2013, con una crescita pari al + 22%, ma è altrettanto vero che nello stesso arco temporale si è determinato un aumento dei Costi della Produzione, passando da un valore di oltre 212 milioni di euro nel 2009 a oltre 232 milioni di euro nel 2013, con una crescita pari al + 9%.

Grafico 1


Fonte Area Programmazione, Controllo e Committenza

Il grafico 1 evidenzia nel quinquennio considerato una crescita costante dei Costi di Produzione, ad eccezione del 2011 dove si evidenzia una crescita del 6% rispetto al 2010, contestualmente anche il Valore della Produzione, nel quinquennio, evidenzia una crescita costante ma fa risaltare, soprattutto per il 2012 un aumento del 10% rispetto al 2011, e si evidenzia inoltre che nel 2012, a fronte di una riduzione dei Costi del -2% rispetto al 2011 vi sia stata una crescita del Valore della Produzione pari al 10%, determinando un differenziale netto pari al **8%**.

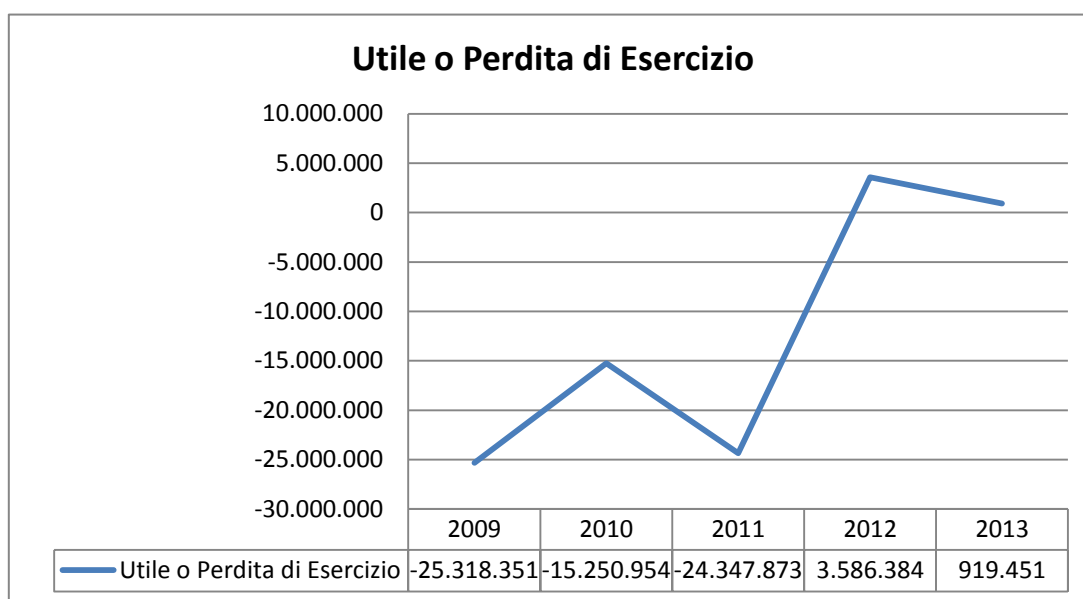
RISULTATO DI ESERCIZIO

Tab. 5

RISULTATO DI ESERCIZIO						
	2009	2010	2011	2.012	2.013	Delta % 2013- 2009
Utile o Perdita di Esercizio	-25.318.351	-15.250.954	-24.347.873	3.586.384	919.451	104
Delta % Risultato d'esercizio		-40	60	115	74	

Fonte Area Programmazione, Controllo e Committenza

Grafico 3



Fonte Area Programmazione, Controllo e Committenza

L'andamento del Risultato d'esercizio è indicato dalla tabella 5, la quale fa risaltare un aumento della perdita di esercizio nel periodo 2009 – 2011, passando da un valore di **-25.318.351 milioni di euro** del 2009 ad un valore di **-24.347.873** del 2011, con una crescita nel 2011 pari al **60% rispetto al 2010**, nel 2012 e nel 2013 contrariamente si evidenzia rispettivamente un utile pari **3.586.384 e 919.451 mila euro**, dovuto essenzialmente alla maggiore assegnazione di **Fondo Sanitario Regionale** nel 2012 rispetto al 2011 per un valore in termini assoluti pari **22.636.084 euro**, tuttavia nel 2013 si evidenzia **una diminuzione di assegnazione di Fondo sanitario regionale rispetto al 2012** per un valore in termini assoluti pari a **4.284.472 milioni di euro**. Osservando la spezzata che rappresenta l'andamento del Risultato d'esercizio nel grafico 2, è possibile rilevare come nel 2010 il Risultato d'esercizio pur essendo negativo, attestandosi a **-15.250.954 milioni di euro** è diminuito del **40%** rispetto al 2009, tuttavia lo stesso evidenzia per il 2011 un tendenza nuovamente in crescita, con un valore pari a **-24.347.873 milioni di euro** con un aumento del **60%** rispetto al 2010, contestualmente per le motivazioni esposte in precedenza si evidenzia un maggiore utile di esercizio nel 2012 rispetto al 2013.

4. La Programmazione Strategica 2015/2017

4.1 Evoluzione del Contesto Normativo e di Indirizzo Nazionale e Regionale

4.1.1 Umanizzazione dell'assistenza

Il principio della centralità della persona rispetto ad ogni intervento sanitario, socio-sanitario ed assistenziale orienta tutte le attività della Aziendali verso l'umanizzazione, che è quell'impegno socio-assistenziale, di attenzione civile e di regole morali in grado di rendere i luoghi di cura e gli interventi sanitari "aperti, sicuri e senza dolore", conciliando politiche di accoglienza, con percorsi di cure e di accompagnamento il più possibile condivisi e partecipati dal cittadino.

Gli elementi su cui si fonda l'umanizzazione sono:

- ✚ la salute come diritto del singolo individuo e dovere della collettività;
- ✚ la persona come totalità e sintesi dei vari aspetti fisici, mentali, emotivi e spirituali;
- ✚ il rispetto della dignità personale a fondamento di qualunque rapporto tra operatori e pazienti.

Per rendere effettiva l'umanizzazione appaiono determinanti le azioni relative ad :

- ✚ Informare i cittadini sui servizi che si erogano nelle strutture socio sanitarie, con gli strumenti di comunicazione aziendale (carta dei servizi, sito web);
- ✚ favorire la comunicazione tra professionisti socio-sanitari e assistiti, adottando linee guida in grado di orientare la modalità, di volta in volta preferibile, con cui trasmettere le informazioni al paziente e coinvolgerlo nelle scelte;
- ✚ diffondere la cultura dell'**Empowerment**, quale strumento per compiere in modo responsabile le scelte che riguardano il proprio stato di salute;
- ✚ promuovere progetti di formazione orientati prevalentemente a fornire a tutti gli operatori una preparazione professionale sui problemi delle relazioni e della comunicazione;
- ✚ sviluppare un'attività di psicologia clinica ospedaliera all'interno dei presidi ospedalieri ed in stretta sinergia con i servizi territoriali, con funzioni di diagnosi, sostegno, psicoterapia breve.

4.1.2 L'integrazione socio-sanitaria

Integrazione rappresenta una parola-chiave nella definizione della programmazione Aziendale dal momento che è sempre meno proponibile una visione settoriale e parcellizzata del paziente e dei suoi bisogni. Si conferma strategia fondante del modello Aziendale da perseguire a tutti i livelli, quale approccio che interpreta in modo completo l'obiettivo di tutelare la salute ed il benessere al di là di logiche settoriali ed autoreferenziali.

Il principio su cui si fonda l'integrazione tra servizi sociali e sanitari è, infatti, rappresentato dal riconoscimento della persona nella sua globalità ed in rapporto con i propri contesti di vita. Ciò richiede l'adozione di modelli organizzativi coerenti ed un livello professionale che permetta di

armonizzare le competenze dei professionisti chiamati in causa per realizzare obiettivi comuni di salute.

L'assetto istituzionale si fonda sui Comuni quali enti di programmazione ed attuazione dei servizi sociali e socio-sanitari, e sui Distretti socio-sanitari quale snodo cruciale sul territorio per le funzioni di committenza e produzione dei servizi.

La funzione di programmazione del sistema socio-sanitario trova come punti centrali di riferimento politico, a livello aziendale, la Conferenza dei Sindaci.

4.1.3 L'integrazione Ospedale-Territorio

Una gestione integrata del paziente richiede l'implementazione di modelli organizzativi gestionali e professionali che garantiscano la continuità dell'assistenza con un impiego coordinato ed uniforme delle risorse.

Alcune strategie riguardano:

- ✚ Il consolidamento dei modelli di ammissione e dimissione protetta, supportati da protocolli per la presa in carico coordinata del paziente, anche tramite sistemi codificati di corresponsabilità e "figure di riferimento" (case manager);
- ✚ La diffusione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA); si tratta di strumenti atti a descrivere obiettivi ed azioni condivise tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (sia operanti nel Territorio, sia nelle strutture ospedaliere), finalizzati a delineare il migliore percorso praticabile in termini di appropriatezza, privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura, in un contesto di circolarità delle azioni e dei soggetti coinvolti con al centro il cittadino/utente.
- ✚ Il potenziamento degli strumenti di scambio informativo evitando la frammentazione degli interventi, garantendo la continuità del processo assistenziale e, dunque, migliorando l'assistenza erogata;
- ✚ Il consolidamento della prassi aziendale di definire obiettivi trasversali per il budget dell'Ospedale e per il budget del Territorio. L'orientamento della programmazione economica regionale, invece, si basa sulla distinzione di quello che la Legge Regionale 10/2006 chiama "Budget di Tutela" con definizione a priori delle risorse/fattori produttivi dedicati ai tre macrolivelli assistenziali che oltre all'assistenza territoriale ed ospedaliera contemplano anche l'assistenza collettiva.

In quest'ottica il sistema di *welfare* vede una forte presenza delle istituzioni pubbliche, titolari e responsabili delle funzioni socio-sanitarie, garanti della programmazione e dell'attuazione di servizi ed interventi assistenziali, fortemente partecipati da tutti gli attori della società civile (famiglie, organizzazioni sindacali e datoriali, terzo settore).

4.1.4 Il Concetto di Rete

In un sistema che voglia rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute dei cittadini è indispensabile che gli operatori della sanità, così come quelli del sociale, si mettano in rete fra loro, comunichino, condividano obiettivi e costruiscono progetti comuni. Lavorare in rete significa lavorare in una logica di sistema, in cui i processi centrati sulla persona garantiscano una reale presa in carico dei bisogni del paziente e assicurino la continuità dell'assistenza.

Nell'ambito del sistema socio-sanitario il **concetto di rete** appare il più idoneo ad essere utilizzato:

- ✚ Il "Fare Rete", come collaborazione tra professionisti diversi;
- ✚ L'individuazione di modelli in relazione funzionale tra strutture di gestione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni.

Il perfezionamento delle reti assistenziali orienta il sistema verso un modello circolare dell'assistenza, garantendo la continuità dei percorsi attraverso l'integrazione delle funzioni e delle competenze secondo il paradigma che attribuisce l'acuzie all'Ospedale e la cronicità al Territorio.

4.1.5 Le Tre Reti

Le tre reti (Emergenza, Ospedali, Territorio) sono riorganizzate in una visione di insieme, che rispetta gli indirizzi generali normativi, le evidenze scientifiche nonché i criteri già adottati con successo in altre realtà del Paese, avendo riguardo per le peculiarità specifiche del territorio. La situazione economica, ma anche un'offerta qualitativamente spesso non soddisfacente, richiede azioni di riassetto contestuale sia del livello Ospedaliero, in cui vi sono piccoli nuclei di offerta non più in grado di assicurare ai cittadini sicurezza e qualità adeguate, che del livello Territoriale, che necessita di un importante potenziamento, attuabile solo con un incremento di risorse. La riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza e ospedaliera consente la liberazione di importanti risorse umane e materiali da impiegare per il potenziamento della rete territoriale.

Tra le tre reti vi è un filo conduttore che le lega, in particolare nella progettazione di una delle reti non si prescindere dal considerare l'organizzazione delle altre due.

Va affrontata in maniera organica l'organizzazione e la filosofia operativa delle tre reti: per prima la rete dell'Emergenza-Urgenza, successivamente quella Ospedaliera ed infine la rete Territoriale.

La corretta organizzazione della rete dell'emergenza consente, inoltre, di impostare con razionalità la rete ospedaliera, in particolare per quanto riguarda le attività programmate, che possono essere gestite con maggiore efficacia clinica e maggiore efficienza nell'uso "intensivo" delle risorse strutturali e tecnologiche.

Infine, il modello di appropriatezza organizzativa utilizzato per definire il fabbisogno di prestazioni ospedaliere consente di definire i percorsi appropriati per le patologie croniche che dovranno essere "presi in carico" dalla rete territoriale, migliorando sia la qualità percepita dai pazienti, che l'efficienza complessiva del sistema.

All'interno dell'Area della ASL 2 di Olbia, come sarà esposto in seguito, si deve prioritariamente ipotizzare il ruolo e la missione assegnata alle diverse strutture nell'ambito della rete dell'emergenza Regionale e Territoriale, da questo deriva il ruolo della rete locale ospedaliera "rete di rete" più ampia a livello regionale dove di può essere **SPOKE** nel rete regionale ed **HUB** nella rete locale.

L'articolazione ed il layout organizzativo delle strutture ospedaliere definirà, insieme alle strutture dell'assistenza territoriale, siano essere domiciliari ambulatoriali o residenziali a ciclo continuo o diurno, la rete territoriale in un interrelazione organizzativa dove ogni parte del sistema partecipa alla definizione dei Percorsi Diagnostici e Terapeutici più appropriati per la sfida dell'assistenza sostenibile alla cronicità.

4.1.6 Centralità delle Cure Primarie e delle Strutture Territoriali

Siamo oggi di fronte alla necessità di un cambiamento radicale che trasferisca sul territorio il compito della Governance primaria del sistema sanitario.

Le cure primarie costituiscono un *punto di riferimento* attraverso il quale gli individui vengono guidati nell'intero servizio sanitario e garantiscono la continuità longitudinale delle cure. Tali *punti di riferimento* possono trovare configurazione, nella nostra Azienda, nel *Punto Unico d'Accesso* e nell'ambito dei processi di valutazione multidimensionale. Esse si fondano su un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla comunità di appartenenza. Le cure territoriali sono un luogo di relazioni fiduciarie tra pazienti e professionisti ai fini di rendere partecipe l'assistito nelle decisioni riguardanti la propria salute e benessere, promuovono la salute e il benessere dell'individuo e della collettività mediante interventi di prevenzione e promozione della salute. (Primary Health Care, The World Health Report, 2008).

Il Medico di Medicina Generale (MMG) e le altre professionalità della **rete** si assumono la responsabilità, in modo organico e progettuale della salute dei pazienti e della loro famiglia lungo due direttrici: una multidimensionale (farsi carico della salute nella sua dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale), una temporale (farsi carico della domanda del paziente nelle diverse fasi di evoluzione della sua salute). Ciò comporta lo sviluppo di un tipo di assistenza basato su un rapporto multidisciplinare (coinvolgimento e corresponsabilizzazione di più professionisti) che promuove meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie, di cura e riabilitazione.

La funzione delle cure primarie è riconosciuta nelle strategie aziendali mediante la definizione, nei momenti istituzionali e nei documenti di pianificazione e di strategia aziendale, del ruolo e degli obiettivi assegnati ad esse e al Distretto. A quest'ultimo è affidata la governance del sistema per l'erogazione di livelli appropriati.

Il sistema aziendale quindi prevede da una parte la gestione dei pazienti acuti attraverso le strutture ospedaliere e quella dei pazienti cronici alle cure territoriali a cui sarà affidata anche la prevenzione e l'informazione dei pazienti sani.

La Azienda definisce gli obiettivi aziendali e le modalità operative in accordo e nel rispetto della Convenzione con i MMG come "La Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali" all'articolo 8 del D.L. 502 del 1992 come modificati dal recente decreto Balduzzi. L'obiettivo è quello di "garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana", adottando forme organizzative monoprofessionali e multi professionali", che erogano "prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale".

Tali forme organizzative monoprofessionali (Aggregazioni Funzionali Territoriali) che condividono obiettivi, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit, e forme organizzative multi professionali (Unità Complesse di Cure Primarie – UCCP) che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale, secondo il modello individuato dalla Regione.

Nel nuovo sistema di "**primary care**" la novità significativa sarà lo sviluppo strategico di una nuova sanità territoriocentrica.

Per "sanità territoriocentrica" intendiamo un modello basato sulla gestione 24 ore su 24 del paziente, nel territorio e dal territorio. Un modello che porta alla ridefinizione e conseguente allargamento del ruolo da parte del medico di medicina generale, dall'altra della farmacia territoriale. Per ciò che concerne il ruolo del medico di famiglia, lo scenario prevede l'allargamento significativo nella gestione del paziente, anche per patologie in ambito cronico,

tradizionalmente gestite dall'ospedale e/o dal medico specialista. Dall'altra parte la farmacia del territorio.

Qui il punto di partenza è rappresentato dalla normativa sullo sviluppo della **farmacia dei servizi** (prenotazioni, diagnostica, assistenza domiciliare e altro), nella definizione di una sorta di terminale intelligente della sanità a livello territoriale, per un primo punto di contatto tra popolazione e sistema sanitario nell'ambito del potenziamento della Information Communication Technology.

La farmacia già partner del Servizio sanitario, può esserlo in modo ancora più produttivo, se si punta sulla farmacia dei servizi, (**Decreto Balduzzi e il riordino delle cure primarie**), che darebbe un'ulteriore spinta alla tutela della salute sul territorio, portando il SSR più vicino al cittadino. In Italia le farmacie sono una risorsa delle cure territoriali e dei servizi di primo livello, l'impalcatura normativa il D.Lgs. 153 ha gettato le basi dell'edificio. Con i tagli ai posti letto e la deospedalizzazione che ne deriverà, si dovrà cogliere l'importanza della farmacia dei servizi soprattutto nell'assistenza a certe fasce di popolazioni e a certe patologie che poi sono quelle destinate a rappresentare una parte sempre più consistente della domanda di salute.

Le Cure Primarie

Secondo la storica **dichiarazione di Alma Ata** le cure primarie possono essere così definite:

"L'assistenza sanitaria di base è quella assistenza sanitaria essenziale, fondata su metodi pratici e tecnologie appropriate, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie nella collettività, attraverso la loro piena partecipazione ad un costo che la collettività può permettersi ad ogni stadio del proprio sviluppo nello spirito di responsabilità e di autodeterminazione. L'assistenza sanitaria di base fa parte integrante sia del Sistema Sanitario Nazionale, di cui è il perno e il punto focale, sia dello sviluppo economico e sociale globale della collettività. E' il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il Sistema Sanitario Nazionale, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria"

Le cure primarie riconoscono come proprio livello di riferimento quello più prossimo ai cittadini e cioè il territorio e quindi il loro ambito organizzativo è tipicamente distrettuale e si differenzia in modo significativo dalle logiche di sistema proprie della realtà ospedaliera.

Sistema Ospedaliero

- Intensività assistenziale
- Orientato alla produzione di prestazioni
- Presidia l'efficienza
- Tende all'accentramento attraverso economie di scala
- Punta all'eccellenza

Primary care

- Estensività assistenziale
- Orientato alla gestione di processi assistenziali
- Presidia l'efficacia e i risultati
- Tende al decentramento (partecipazione)
- Punta all'equità

4.1.7 Appropriatelyzza

Nel documento finale del "Mattone 7" (Misura dell'appropriatelyzza) sono state individuate almeno cinque condizioni che fondano **l'appropriatelyzza di un intervento professionale**:

- ✚ le caratteristiche del paziente (cliniche, con riferimento alla condizione acuta o cronica della patologia presentata; socio-culturali, con riferimento alla compliance attesa, etc.);
- ✚ le caratteristiche della prestazione (efficacia, sicurezza, costo, accettabilità, continuità assistenziale, etc.);
- ✚ il momento di erogazione della prestazione in relazione alla storia clinica del paziente;
- ✚ le caratteristiche del livello assistenziale (alta specialità, area critica, degenza ordinaria, day hospital, consulenza specialistica, assistenza ambulatoriale, Cure Domiciliari);
- ✚ le caratteristiche del professionista che in concreto fornisce la prestazione.

L'appropriatelyzza, quindi, deve essere valutata con riferimento non solo alla prestazione in sé, ma anche alle circostanze nelle quali un intervento di *dimostrata efficacia* viene applicato. Questa specifica dimensione dell'appropriatelyzza, che fa riferimento all'applicazione di interventi di *efficacia dimostrata* in contesti nei quali il profilo beneficio-rischio per i pazienti si mantiene favorevole, viene solitamente presentata come appropriatelyzza clinica.

Ad essa, si affianca la dimensione dell'appropriatelyzza organizzativa, che riguarda, in primo luogo, l'ambito nel quale sono erogati gli interventi. Il riferimento è alle azioni di contesto che massimizzano l'efficacia di un intervento o, più verosimilmente, minimizzano i possibili rischi legati alla sua erogazione.

Infine, la nozione di **appropriatelyzza organizzativa** include il riferimento al criterio dell'efficienza produttiva, intesa come minimizzazione dei costi per unità prodotta. Oltre ad essere clinicamente appropriata, l'esecuzione di un intervento deve tenere conto dell'utilizzo efficiente delle risorse: un intervento inefficiente non diventa per questa ragione inappropriato da un punto di vista clinico, ma inappropriato da un punto di vista dell'erogazione/organizzazione. Mentre il miglioramento dell'appropriatelyzza clinica garantisce l'effettivo perseguimento della qualità dell'assistenza, l'uso efficiente delle risorse rende massimo il numero di pazienti che possono accedere a interventi efficaci, in linea quindi con il principio di uguaglianza. Da notare, però, che anche l'inappropriatelyzza clinica provoca, oltre il danno per il paziente, uno spreco di risorse per la collettività.

4.1.8 Governo Clinico

Area Strategica- Governo Clinico

Gli obiettivi del presente Programma Sanitario Triennale relativamente allo sviluppo del sistema di gestione aziendale per la qualità e la sicurezza tiene conto delle tre dimensioni della qualità:

- ✚ qualità organizzativa
- ✚ qualità tecnico- professionale
- ✚ qualità percepita.

Le politiche e le strategie aziendali in tema di Qualità e Sicurezza per il triennio 2015/2017 tengono conto degli obiettivi strategici regionali ed aziendali, mirati allo sviluppo di una cultura orientata all'utente attraverso:

- ✚ lo sviluppo del Sistema Qualità
- ✚ lo sviluppo della cultura gestionale
- ✚ la promozione dell'approccio per Processi
- ✚ la gestione del Rischio Clinico
- ✚ potenziamento del Sistema di Accreditamento Istituzionale.

Qualità tecnico- professionale: valutazione della performance clinica

Per il triennio 2015 - 2017, per rendere sistematica l'azione di monitoraggio della **performance clinica** si procederà alla realizzazione di un sistema di indicatori per i percorsi organizzativi, professionali e di sistema ovvero di struttura, di processo e di esito che esplodano le dimensioni della qualità tipiche del sistema salute.

Gli **indicatori di struttura** misurano il grado di adesione/adeguamento delle organizzazioni ai requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi, esplorano il funzionamento di aree, identificabili fisicamente, a disposizione dei professionisti e si riferiscono ad aspetti strutturali e di servizio e di specifiche attività. Gli indicatori così definiti consentono di esplorare gli aspetti dell'efficienza ed efficacia allocativa e quindi sono riferibili ad una valutazione di sistema.

Gli **indicatori di processo** misurano l'effettiva applicazione delle buone pratiche cliniche, di carattere assistenziale/professionale. Sono rilevabili da flussi informativi correnti. Si sviluppano traendo origine da percorsi di natura professionale, da singoli o gruppi di patologie in relazione alla loro entità epidemiologica ed in relazione alla tipologia e quantità di risorse assorbite a livello dei percorsi organizzativi.

Gli **indicatori di esito** misurano l'eventuale impatto finale dell'applicazione dei Protocolli, Procedure e Linee Guida, sono rilevabili da flussi informativi, da consultazione di documentazioni sanitarie, da indagini ad hoc.

Percorsi clinico assistenziali - Pratica clinica basata sull'evidenza.

Per il triennio 2015 - 2017 la nostra Azienda, per qualificare "la prestazione sanitaria", assume come principio fondamentale quello di attuare la programmazione delle attività sanitarie attraverso la medicina basata sull'evidenza agendo prevalentemente sui comportamenti ed attivando specifiche strategie.

Sostenere il cambiamento e l'innovazione nella pratica clinica comporta la sistematica applicazione di comportamenti sostenuti da prove di efficacia.

Il processo di revisione delle pratiche clinico assistenziali è promosso dalla abilità dei professionisti della sanità nel trasformare evidenze scientifiche in performance assistenziali attraverso un processo di adattamento locale.

L'elaborazione dei Protocolli per la realizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) rappresentano la modalità più razionale per la presa in carico delle patologie ad elevato impatto trasversale all'organizzazione. Per il triennio 2015 - 2017 l'Azienda prevede di attivare i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) inseriti in un'ottica di sistema che consenta di realizzare un percorso che si completa a seconda del bisogno organizzativo.

Attività e azioni:

- ✚ elaborazione di Protocolli per la realizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) attraverso l'adattamento locale realizzato da team multidisciplinari e multi professionali;

- ✚ progettazione di un sistema di monitoraggio e verifica dei prodotti e processi attraverso gli strumenti previsti per la valutazione della performance clinica.

Gestione del Rischio Clinico

L'Azienda, nel triennio 2015 - 2017, ha come obiettivo:

- + attuazione del Piano Aziendale Risk Management;
- + progetti aziendali riguardanti le aree prioritarie di rischio;
- + promozione cultura della Sicurezza- Eventi Formativi;
- + SIMES: monitoraggio e gestione Eventi Sentinella;
- + audit clinici;
- + supporto allo sviluppo di sistemi di cartella clinica integrata che rispondano ai requisiti di usabilità, qualità e sicurezza del paziente.

Accreditamento

Il sistema di Accreditamento Istituzionale è uno degli strumenti della qualità organizzativa-manageriale che permette, nelle diverse componenti organizzativa, tecnologica e strutturale e ai diversi livelli organizzativi (Azienda, Presidio e Struttura), di rafforzare la cultura all'orientamento al bisogno di salute del cittadino, alla gestione controllata della qualità e al miglioramento continuo.

Fino ad oggi, nell'applicazione del sistema di Accreditamento abbiamo agito sulla base delle priorità poste dagli atti di pianificazione e programmazione regionale.

L'impianto del sistema prevede l'analisi dei processi gestionali, clinici ed assistenziali e il rispetto dei requisiti strutturali, tecnologici e impiantistici come requisiti di esercizio e produce la certezza di un sistema di regole a garanzia della sicurezza e della qualità dei servizi. In definitiva, rappresenta una occasione di stimolo e motivazione per le strutture, di incoraggiamento all'integrazione fra le varie figure professionali e al miglioramento delle relazioni interne.

Il 2015 dovrà essere l'anno nel quale si porterà a compimento l'accREDITAMENTO istituzionale delle principali strutture dell'azienda.

4.1.9 Il Governo delle Liste d'attesa

Il moderno sistema di governo delle prestazioni ambulatoriali dovrebbe condurre al soddisfacimento delle richieste dei cittadini secondo una priorità di bisogni (utilizzo dei codici di priorità e d'urgenza) infatti non si governano le attese ma l'organizzazione dell'erogazione delle prestazioni di cui le liste d'attesa sono un mero epifenomeno.

Il Piano Aziendale per il governo delle liste d'attesa ha permesso di focalizzare l'attenzione verso azioni di miglioramento dell'offerta e razionalizzazione della domanda alla luce del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012.

L'obiettivo è quello di individuare gli interventi finalizzati a garantire congrui tempi di attesa agli assistiti, mediante una maggiore appropriatezza della domanda ed una migliore organizzazione dell'apparato dell'offerta.

L'attenzione viene focalizzata sul governo dei processi organizzativi che possono influenzare l'andamento della erogazione delle prestazioni in rapporto ai bisogni, permettendo di agire nel meccanismo di generazione dell'attesa e delle relative liste.

La regionalizzazione delle agende e delle prenotazioni permette ad un numero, sempre in aumento, di non residenti nel territorio della nostra ASL di saturare agende (slot) per le quali l'attesa è più bassa che in altri territori.

Questo fenomeno, largamente prevedibile, poiché ad oggi il sistema è un "sistema di vasi comunicanti", necessita anche di una funzione di monitoraggio e governo che, oltre che aziendale, sia al di sopra delle Aziende e stabilmente allocata a livello regionale

Limitare, infatti, il concetto di "governance" alle sole liste d'attesa sarebbe riduttivo, poiché, come già accennato in premessa, il tempo di attesa è un epifenomeno risultante dal governo del rapporto tra bisogno espresso, appropriato o meno, di prestazioni sanitarie e la capacità di offerta, opportunamente modulata con sistemi di "regolazione fine", sia del volume di prestazioni offerte che dell'accessibilità delle stesse.

4.2 Linee di indirizzo Nazionali e Regionali Territoriali

Gli ultimi cicli di programmazione nazionale e regionale si caratterizzano per due grandi sfide assistenziali :

- ✓ La prima è quella relativa ai problemi di assistenza socio - sanitaria connessi alla **non autosufficienza**.
- ✓ La seconda è legata all'incremento dei **costi** legato allo sviluppo della tecnologia e ai nuovi farmaci.

Senza alcun dubbio, la necessità di una maggiore integrazione socio-sanitaria è alla base di tutti i processi di riequilibrio dei sistemi sanitari che sono in atto nelle varie realtà del nostro Paese.

Questo perché si fa sempre più strada, tra i decisori e tra gli operatori sanitari, la convinzione che i diversi servizi rivolti ai cittadini in ambito sociale e sanitario debbano essere sempre più interconnessi, con l'obiettivo di costruire una rete di assistenza e di cura che risponda ai bisogni del cittadino, riducendo al minimo gli sprechi.

Si tratta, come è ovvio, di un processo che richiede tempi e modalità gradualità, ma che è senza dubbio rivolto a cambiare la funzione stessa della struttura ospedaliera, così come è stata per lungo tempo intesa.

L'ospedale, non costituisce più la sola risposta alla domanda di salute dei cittadini, una risposta, spesso inappropriata e inutilmente dispendiosa, ma diventa il luogo dove concentrare i grandi interventi, gli eventi acuti, spostando sul territorio la prevenzione, la cura delle patologie croniche, l'assistenza a disabili e non autosufficienti.

Un percorso, quello della cosiddetta deospedalizzazione, che parte da lontano. Il Servizio sanitario nazionale, già nella fase istitutiva, con la legge 833 del 1978, prevedeva la necessità di portare i servizi il più vicino possibile al luogo di vita delle persone, con una medicina primaria diffusa sul territorio e organizzata in modo da essere legata alla comunità locale.

La caratterizzazione delle nuove patologie infatti, ed il prolungamento dell'età media non permettono di esaurire il bisogno di assistenza all'interno dell'ospedale per acuti, si rende perciò 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.

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 dei cittadini. Si enfatizza 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, ivi compresa la continuità assistenziale (ruolo di produzione o di programmazione ed acquisto delle prestazioni)

Nella fase attuale, il Patto per la Salute 2014-2016, pone l'accento sulla necessità di strumenti forti per assicurare la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale per garantire l'equità e l'universalità del sistema, nonché garantire i LEA in modo appropriato ed uniforme; orienta il sistema ad un nuovo e più ampio processo di deospedalizzazione e prefigura una maggiore attenzione al sistema territoriale, con strumenti di valutazione multidimensionale condivisi per l'accesso alle varie forme di assistenza domiciliare e residenziale, nonché la messa a regime dei relativi flussi informativi. Evidenzia la necessità che le Regioni, nell'ambito della propria autonomia decisionale ed organizzativa, istituiscano:

- ✓ le **Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)**;
- ✓ le **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)**

quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del SSN per l'erogazione delle cure primarie.

Anche il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 attribuiva priorità alla riorganizzazione delle cure primarie e allo sviluppo del sistema dei servizi territoriali.

Si determina quindi un **nuovo modello assistenziale** per la presa in carico che consente, attraverso un impegno professionale, individuale e di sistema, di ripensare l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini in un'ottica di equità e di sviluppo della sanità di iniziativa; questa si basa: su un nuovo approccio culturale, orientato alla presa in carico dei cittadini, e su un nuovo approccio organizzativo, che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi compromettendo lo stato di salute, che organizza in via preventiva risposte assistenziali.

In questa ottica assume una particolare valenza la capacità del sistema di farsi carico della promozione della salute attraverso opportune iniziative di prevenzione primaria, quali:

- ✓ l'adozione di corretti stili di vita, con particolare riferimento all'esercizio della attività fisica;
- ✓ di corrette abitudini alimentari.

Nella filosofia di adozione del modello, la prevenzione secondaria e gli screening in particolare dovranno avere un ruolo primario nella diagnosi precoce di molte patologie croniche.

La sanità di iniziativa, intesa come modello assistenziale per la presa in carico, costituisce, nell'ambito delle malattie croniche, un nuovo approccio organizzativo che affida alle cure primarie l'ambizioso compito di programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici.

Infatti le cure primarie, come già affermato in precedenza, costituiscono il riferimento attraverso il quale gli individui vengono guidati nell'intero servizio sanitario e garantiscono la continuità delle cure e i principali obiettivi ad esse affidati sono la promozione del benessere e la presa in carico dei pazienti in modo globale e completo.

Uno dei principali obiettivi del SSN e della nostra azienda è di garantire la continuità delle cure tra i diversi professionisti intra ed extraospedalieri e tra i diversi livelli di assistenza soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio.

4.2.1 Linee operative Aziendali Territoriali 2015/2017

Le principali linee di indirizzo per l'area territoriale hanno come riferimento **il Piano Sanitario Nazionale 2011/2013**, **il Patto per la Salute 2014/2016**, **il Piano Regionale dei Servizi Sanitari** e **il Piano di Riorganizzazione dell'assistenza sanitaria della Regione Sardegna 2011 (approvazione preliminare DGR 31/2 Luglio 2011)**.

Le linee di indirizzo Aziendali tendono a dare piena applicazione ai citati documenti di programmazione, in particolare attraverso il potenziamento dei Servizi Territoriali.

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.

Per far fronte a tale complessità di bisogni e a questi trend epidemiologici è intento dell'azienda ASL 2 spingersi 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 cure palliative oncologiche**) 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.

Nel livello di assistenza distrettuale si conferma l'orientamento aziendale finalizzato 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 lo sforzo dell'azienda è rivolto 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, 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, oltreché l'attività di prevenzione, diagnosi, cura, e riabilitazione dei disturbi neurologici, psicologici e psichiatrici dell'età infantile.

In particolare l'azienda anche per il triennio considerato intende rafforzare e proseguire con le linee di azione relative al:

- potenziamento ed Integrazione delle Cure Primarie con gli altri livelli assistenziali, attraverso il miglioramento dell'accesso alla diagnostica, alla farmaceutica ed alle prestazioni specialistiche territoriali, con potenziamento del ICT nella diffusione della telemedicina e telerefertazione, con ammodernamento tecnologico delle risorse presenti, e compatibilmente con le risorse disponibili è intendimento dell'azienda tendere al completamento del Listino Aziendale delle prestazioni ambulatoriali disponibili, evitando la "fuga" verso altri territori.
- promuovere in ossequio a quanto disposto dal Patto per la Salute 2014/2016 le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del SSN per l'erogazione delle cure primarie.
- potenziamento della attività della Assistenza Integrata, del PUA, UVT e Cure Domiciliari di I e II Livello con aumento del personale infermieristico dedicato e organizzazione delle attività integrate multidimensionali e multi professionali.

- prosecuzione ed estensione a tutti gli ambiti territoriali di tutte le attività di assistenza relative al trattamento integrato delle patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco).
- prosecuzione ed estensione a tutti gli ambiti territoriali del Progetto di sviluppo delle Cure domiciliari di III livello e Cure Palliative per i malati terminali; nello specifico l'azienda conferma il progetto di Cure Domiciliari di terzo livello, il quale coinvolgerà, oltre ai servizi territoriali quali principali attori, i servizi ospedalieri di Oncologia, Anestesia e Rianimazione e Neurologia. Per il progetto di cui alle delibere n. 1863 del Luglio 2013 e n° 245 del marzo 2014 l'azienda utilizzerà le risorse attribuite dall'ARIS.
- si conferma inoltre la forte volontà aziendale a provvedere al completamento della rete aziendale con l'apertura dell'Hospice territoriale di 10 posti letto la cui localizzazione è stata individuata nell'ambito della struttura sanitaria del distretto denominata San Giovanni di Dio. La funzione Hospice, ad oggi, non è stata utilizzata (è programmata l'apertura di 10 letti pubblici ad Olbia e delle funzioni Hospice a Tempio) non è pertanto prevedibile con sicurezza né il numero delle giornate di presenza né in quali strutture si potrebbe orientare la scelta di singoli pazienti, si è pertanto provveduto prudenzialmente a stimare un costo per funzione.
- nel corso dell'anno 2015 (01.04.2015) è prevista l'apertura dei letti di RSA della struttura pubblica di Tempio, cosa che risolverebbe il problema della distanza del territorio dell'Alta Gallura dalle strutture esistenti.
- miglioramento e perfezionamento della integrazione tra servizi sociali dei comuni e servizi sanitari con orientamento alla domiciliarità, alla residenzialità assistita ed ai servizi per la non autosufficienza.
- potenziamento della rete integrata pubblico-privato della Riabilitazione sia Fisiokinesi Terapia che Riabilitazione Globale con attivazione e applicazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) Ospedale-Territorio, in particolare il "Percorso Ictus" ed il "Percorso geriatrico frattura-protesi dell'anca".
- In ottemperanza quanto previsto nell'art. 9 Legge Regionale n. 23 del 17.11.2014 i Commissari straordinari di cui al comma 4 predispongono, entro novanta giorni dal lro insediamento, un piano di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari secondo le previsioni della medesima legge redigendo, sentita la Conferenza territoriale socio sanitaria, uno specifico progetto di scorporo e di riconversione al fine di individuare le attività da trasferire alle strutture territoriali, ai costituendi ospedali di comunità, alle case della salute e all'AREUS.

4.3 Linee di indirizzo Nazionali e Regionali Assistenza Collettiva

Le principali linee di indirizzo per l'area **dell'Assistenza Collettiva** hanno come riferimento il Piano Nazionale di Prevenzione, il Piano Regionale dei Servizi Sanitari e il Piano di Prevenzione Regionale.

Il Piano Regionale di prevenzione, ha tradotto gli obiettivi nazionali del Piano Nazionale di Prevenzione nel contesto locale, attraverso la programmazione ed il coinvolgimento integrato dei vari soggetti e strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), impegnati nelle attività di prevenzione primaria e secondaria come i Dipartimenti di Prevenzione fino ai Medici di medicina generale, alle strutture ospedaliere e specialistiche ed ai servizi socio-sanitari.

Il Piano intende garantire la massima operatività dei diversi progetti di prevenzione, attraverso l'attivazione di strumenti efficaci di sorveglianza dello stato di salute della popolazione. Il fine di

tali progetti era il raggiungimento di una più ampia consapevolezza dei cittadini nei confronti della prevenzione nonché di stimolo ad un'attiva partecipazione per il raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dallo stesso piano.

Tutto ciò è in armonia con quanto contenuto nel Piano Sanitario Regionale (PSR 2006-2008) nel quale la Prevenzione rappresenta il primo "Obiettivo di Sistema" che si propone di porre in essere gli strumenti organizzativi necessari per assicurare una costante analisi dei bisogni e della domanda di salute, anche inespressa, della popolazione, compresa la sorveglianza epidemiologica, strumento indispensabile per la verifica dell'efficacia di tutti gli interventi di prevenzione adottati.

Nell'ambito del PRP sono state individuate diverse aree programmatiche sotto il coordinamento del Direttore Generale e dei responsabili dei Servizi dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale e la collaborazione degli esperti, inseriti in specifiche commissioni oltre ai gruppi di professionisti e/o referenti di area che gestiranno le diverse attività a livello locale presso le ASL.

- ✚ Area Programmatica 1 Promozione della salute per contrastare fumo, alcol, alimentazione non corretta e sedentarietà e promozione dell'allattamento al seno
- ✚ Area Programmatica 2 Screening oncologici
- ✚ Area Programmatica 3 Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali
- ✚ Area Programmatica 4 Promozione della salute mentale nei bambini, negli adolescenti e giovani e prevenzione delle dipendenze
- ✚ Area Programmatica 5 Prevenzione degli incidenti stradali e domestici
- ✚ Area Programmatica 6 Prevenzione infortuni e malattie professionali
- ✚ Area Programmatica 7 Ambiente e salute
- ✚ Area Programmatica 8 Prevenzione infezioni/ malattie infettive

4.3.1 Linee Operative Aziendali Assistenza Collettiva 2015/2017

In quest' ambito, tenuto conto che è ormai evidente che la prevenzione esclusivamente sanitaria non è sufficiente, ed 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, l'intento dell'azienda ASL 2 è di caratterizzare la propria attività riservando 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, e al potenziamento del servizio veterinario e di medicina legale.

In particolare l'azienda per il triennio considerato intende proseguire con le linee di azione relative al :

Attivazione del Centro Epidemiologico Aziendale e dei Registri Patologia

Come previsto dagli articoli 1 e 2 della L.R.21/2012 nell'ambito della riorganizzazione della rete regionale dei servizi di epidemiologia è prevista l'attivazione reale, nell'ambito delle funzioni di Staff, del Centro Epidemiologico Aziendale (CEA) in stretta collaborazione con i servizi di prevenzione.

La definizione del contesto demografico e la rilevazione dei dati epidemiologici di rilievo nella popolazione della nostra azienda è presupposto fondamentale per la definizione dei bisogni di salute e della stima di assorbimento delle risorse necessarie al loro soddisfacimento.

In capo al CEA vi è anche la funzione di tenuta, per il proprio ambito territoriale dei registri di patologia in collaborazione con i CEA di aziende circostanti e con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, in capo all'Assessorato Igiene Sanità e Servizi Sociali.

Consolidamento del riordino Organizzativo del Servizio SPRESAL

Per la tutela dell'ambiente e della sicurezza nei posti di lavoro, nel corso degli anni 2015-2017 l'azienda prevede di dare attuazione ai programmi di intervento per la prevenzione prospettati dalla Legge Regionale 3 del 2008 (Art. 8 comma 5) che prevede un'azione di prevenzione nei 4 comparti previsti (Edile, Chimico, Portuale-Marittimo- Pesca, Agricolo) oltre a quelli individuati dal Piano Regionale della Prevenzione con un consistente incremento delle risorse umane dedicate a tali attività; i dati di attività del Servizio di Prevenzione e Sicurezza in Ambiente di Lavoro mostrano come sia andata rapidamente crescendo e diversificandosi la domanda dell'utente.

Consolidamento del riordino organizzativo dei Servizi Veterinari

Nell'ambito dell'area veterinaria, si sta consolidando la riorganizzazione, a seguito dell'istituzione della Provincia di Olbia - Tempio che ha determinato il posizionamento, all'interno della nostra ASL, dei Comuni di Oschiri, Berchidda, Budduso, Ala dei Sardi, Comuni che da soli detengono circa il 50% del patrimonio ovi-caprino dell'intera A.S.L. N. 2 e degli stabilimenti di trasformazione-caseifici con riconoscimento CE (alcuni di questi sono tra i primi della Sardegna per milioni di litri di latte trasformati);

Attuazione delle Linee di sviluppo delle attività del servizio S.I.A.P.Z. :

- Piano regionale farmacosorveglianza triennio 2012-2014 (determinazione 1013 del 03/08/2012);
- Piano regionale integrato dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare 2011- 2014 (delibera G.R. 20/4 del 26.04.2011);
- controlli ufficiali sul latte (delibera G.R. 44/36 del 14/12/2010);
- Piano regionale ricerca residui 2013;
- Piano regionale di controllo ufficiale sull'alimentazione degli animali 2012-2013-2014 (determinazione 167 del 10/02/2012);
- Piano di sorveglianza delle produzioni e stabulazione dei molluschi eduli bivalvi- anno 2013;
- Piano regionale benessere animale in allevamento e durante il trasporto - 2013;
- Piano biennale randagismo approvato dalla R.A.S. con nota 16800 del 12/07/2011.

Attuazione delle Linee di sviluppo delle attività del Servizio Veterinario di Sanità Animale

- Sorveglianza epidemiologica e profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive e diffuse degli animali (piani nazionali e regionali):Tubercolosi bovina, Brucellosi ovi-caprina e bovina, Leucosi Bovina Enzootica, BSE, Scrapie, Anemia infettiva equina, Malattia Vescicolare del Suino, Peste Suina Africana, Peste suina classica, malattia di Aujeszki, Salmonellosi Influenza Aviaria. Febbre Catarrale degli Ovini (Blue Tongue), West Nile Disease, Mixomatosi, Peste Americana
- Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili all'uomo (zoonosi);



- Applicazione del Regolamento di Polizia Veterinaria nei focolai di malattie infettive e diffuse degli animali soggette a denunce;
- Profilassi antirabbica con il controllo dei cani morsicatori;
- Vigilanza veterinaria permanente negli allevamenti, nei concentramenti animali nei porti ed aeroporti, nei canili pubblici e privati, nei mercati, fiere-esposizioni, stazioni di monta, nelle manifestazioni zootecniche e sugli spostamenti animali in ambito nazionale ed internazionale;
- Anagrafe zootecnica informatizzata, gestione Banca Dati Nazionale;
- Controllo sulle popolazioni sinantropiche e selvatiche nei riguardi delle malattie trasmissibili; formazione, informazione educazione alla salute.

Attuazione delle Linee di sviluppo delle attività del Servizio SIAOA

- AUDIT da effettuare presso le strutture munite di Riconoscimento Comunitario e cioè i mattatoi, laboratori di sezionamento, laboratori dove vengono prodotti insaccati, depositi di prodotti ittici e i Centri che depurano e spediscono prodotti della molluschicoltura.
- Controllo ispettivo del macellato.
- Ispezioni di animali macellati ad uso privato, dei cinghiali abbattuti nel periodo della caccia, del macellato negli agriturismi (il tutto non programmabile ma da tenere in debita considerazione come attività da svolgere).
- Vigilanza operativa allo sbarco dei prodotti ittici, nei diversi punti di sbarco autorizzati.
- Vigilanza operativa nei porti e negli aeroporti.
- Verifica delle DUAPP riferite all'apertura di attività di ristorazione e di commercializzazione di prodotti di Origine Animale.

Attuazione delle Linee di sviluppo delle attività del Servizio SIAN

- Programmazione del controllo ufficiale degli alimenti,
- Controllo sull'utilizzo e la vendita dei prodotti fitosanitari.
- Acquisizione di figure specializzate in ambito Micologico per attivare i Centri nel territorio della ASL relativi alla cernita dei funghi, per l'utilizzo personale, per la certificazione e per la commercializzazione e la somministrazione, oltre a programmare i corsi di formazione per i venditori e i ristoratori che si candidano alla vendita e alla somministrazione di funghi.
- Programmazione dei campionamenti e delle attività di ispezione sugli impianti di acquedotto (censimento e aggiornamento delle fonti di approvvigionamento, sistemi di potabilizzazione).

Attuazione delle Linee di sviluppo delle attività del Servizio SPRESAL

- Progetti regionali di Sicurezza in edilizia e Sicurezza in agricoltura (DGR n. 47/24 del 30.12.2010),
- Piano di comparto e di rischio relativo ai comparti portuale, marittimo & della pesca,
- Piano Regionale di
 - a) prevenzione delle patologie lavoro-correlate;
 - b) prevenzione dei rischi da esposizione a sostanze chimiche.
- Attività di informazione e promozione della sicurezza e della tutela della salute nei luoghi di lavoro, anche attraverso specifici moduli didattici all'interno delle scuole superiori.

4.4 Linee di indirizzo Nazionali e Regionali Ospedaliere

Lo scenario Nazionale e Regionale è in rapido divenire , principalmente per l'attuazione in sede regionale di quanto previsto dalla **Spending Review (L. 135/2012)**, con la prevista riduzione del numero dei posti letto presenti nell'azienda; infatti esso prevede: *"provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un **livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. La riduzione dei posti letto e' a carico dei presidi ospedalieri pubblici (per una quota non inferiore al 50 per cento) del totale dei posti letto da ridurre ed e' conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unita' operative complesse"***.

L'attuazione di quanto previsto nel decreto sopra enunciato è regolata a livello Regionale dalla approvazione della Legge Regionale 21/2012 prima e della Legge Regionale 23/2014 nella quale si prevede, a regime, la presenza di Presidi Ospedalieri Unici di Area omogenea , cosa che avrà certamente delle possibili ricadute nell'insieme della Rete Ospedaliera Regionale ed in quella Aziendale.

Come esposto in premessa è presente a tutt'oggi una rilevante incertezza sulla imminente rimodulazione degli attuali territori provinciali con possibili conseguenze sugli ambiti territoriali oggetto della programmazione sanitaria.

La rete regionale e conseguentemente quella Aziendale, si ispira al modello "Hub and Spoke" la quale si orienta ai principi di seguito esposti.

Perno della "Rete delle Reti" sono i riferimenti Ospedalieri (HUB) nei quali concentrare le funzioni di Alta specialità, all'interno dei **DEA di II livello, anche a gestione interaziendale**. Il DEA di II livello è il riferimento della rete dell'emergenza ma anche delle degenze elettive per le Alte Specialità,

Gli ospedali di riferimento delle diverse Aree Omogenee, individuate a livello regionale sono sede di **DEA di I livello**, esse costituiscono il riferimento per le patologie acute e per quelle di elezione che possano richiedere particolari tecnologie diagnostiche, terapeutiche o il bisogno di cure intensive. Le aree omogenee di territorio regionale hanno un DEA di I livello per area omogenea corrispondente alle attuali ASL.

Questi DEA di I livello sono gli SPOKE degli HUB regionali e sostengono la rete delle emergenze (TI, UTIC, rete del Trauma). Essi costituiscono il riferimento per gli altri presidi dell'area omogenea l'insieme dei quali costituisce un unico presidio ospedaliero all'interno dell'area omogenea (presidio unico di "Area Omogenea").

Nell'ambito delle'area omogenea, possibilmente negli ospedali SPOKE sede di DEA di I livello (tranne rare eccezioni) dovranno essere presenti tutte le discipline di base ad alta diffusione, potranno essere strutture autonome o posti letto dedicati all'interno di aree dipartimentali (in particolare internistiche) o di strutture complesse mediche o chirurgiche, in questo secondo caso la loro accreditabilità sarà legata oltre che alla presenza delle dotazioni strutturali e tecnologiche alla presenza delle competenze specialistiche necessarie per lo specifico volume di attività.

In questi presidi si collocheranno i punti nascita con più di 500 parti annui, i letti di neonatologia, mentre per i punti nascita minori si dovrà attendere le direttive regionali; dovrà

comunque essere garantito almeno un punto nascita per area omogenea che nell'ambito del Dipartimento Materno Infantile di Area Omogenea organizzerà e gestirà l'intero percorso nascita nel territorio.

I presidi più periferici saranno le strutture che, in una regione caratterizzata da elevata dispersione della popolazione e scarsa mobilità pubblica e privata, dovranno garantire un irrinunciabile presidio di sicurezza sociale e sanitaria. Sono il luogo dove si garantisce la presa in carico della emergenza (raccordo tra fase territoriale e fase ospedaliera) e la sua prima gestione e se necessario la stabilizzazione ed il rapido trasporto verso il DEA di I o II livello dove il bisogno potrà trovare completa risposta.

Questi stabilimenti ospedalieri, inquadrabili come "Stabilimenti di Base o di stabilimenti di area disagiata" saranno sede di Pronto Soccorso o di Punto di Primo Intervento, che potrebbero essere anche gestiti dalla costituenda AREUS (l.r. 23 del 17.11.2014) ed avranno almeno un area di degenza medica ed una chirurgica, l'area chirurgica lavorerà nell'ambito di un dipartimento di area omogenea ed avrà un ruolo di supporto nella fase dell'emergenza mentre potrà svolgere un ruolo primario per tutte le patologie di elezione a bassa complessità effettuabili in regime ambulatoriale (day service), di Day Surgery o di degenza ordinaria di breve durata (Week Surgery) che non necessitino di terapia intensiva.

L'area medica, come struttura complessa o nell'ambito del dipartimento medico di area omogenea, svolgerà un ruolo di gestione di tutte le patologie acute non intensive internistiche e di supporto diagnostico e terapeutico alla fase instabilità delle patologie croniche e della non autosufficienza, integrandosi con il proprio territorio per la promozione della gestione integrata territoriale delle principali cause di instabilità della cronicità e della diagnostica complessa.

In queste strutture si dovrà fare largo uso delle piattaforme tecnologiche che permettono il teleconsulto, la telerefertazione e la disponibilità della diagnostica clinica facendo viaggiare i campioni e non i pazienti.

Questi ospedali tranne che in situazioni irrimandabili non devono essere coinvolti, se non nella fase di presa in carico, nella gestione dei traumatismi stradali più gravi ed in generale di patologie acute gravi che devono trovare risposta nei DEA di I e II livello, tra quelle spiccano tutte le patologie urgenti tempo dipendenti come la gestione dell'ICTUS e degli Infarti STEMI.

A supposto delle attività sopra esposte in alcuni di questi ospedali (quelli sui quali gravano bacini d'utenza di maggior rilievo o caratterizzati da un elevato numero di accessi al P.S. (accessi > 15.000) avranno delle aree con posti letto di osservazione intensiva e/o postoperatoria.

In ogni caso l'azienda si orienterà in base alle disposizioni derivanti da quanto sarà previsto dalla ridefinizione della rete ospedaliera del Regione Autonoma della Sardegna di imminente approvazione.

4.4.1 Linee Operative Aziendali Ospedaliera 2015/2017

Le principali Linee operative aziendali per l'area ospedaliera in attesa della approvazione della nuova Rete Ospedaliera Regionale non possono prescindere da un riflessione sulla riqualificazione dell'offerta dell'assistenza Ospedaliera sia dal punto di vista della quantità dei posti letto disponibili che della tipologia di specialità presenti nel territorio sia per acuti che per post acuti. La condizione della ASL 2 per quanto riguarda l'offerta ospedaliera presenta, infatti, delle caratteristiche peculiari che non trovano analogia in altre aree del territorio Regionale. A riguardo preme sottolineare la storica carenza di posti letto ospedalieri rispetto ai parametri degli standard nazionali, la distribuzione disomogenea dell'offerta Ospedaliera in tre diverse

Strutture (Olbia, Tempio P. e La Maddalena), e la presenza di una funzione nell'isola di La Maddalena, la cui insularità, appunto, caratterizza l'area come disagiata, e impone la necessaria accortezza nella pianificazione dell'offerta ospedaliera, che, nello caso specifico, non può che essere orientata alla massima integrazione con il territorio ed alla gestione integrata nell'ambito della medesima sede delle tre fasi dell'assistenza ospedaliera: fase dell'Urgenza, fase Acuta e fase post Acuta. Queste prime considerazioni non possono trascurare di menzionare, ad oggi, come la definizione delle specialità previste nella struttura Ospedaliera Privata "Mater Olbia, ex San Raffaele" inciderà nella organizzazione della rete ospedaliera del territorio della ASL, in particolare per quanto riguarda la gestione integrata del DEA di I livello nella gestione delle patologie tempo dipendenti e delle patologie pediatriche.

In considerazione di quanto premesso, dal quale emerge un contesto ancora incerto, le linee operative aziendali per il triennio sono 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. Tali linee programmatiche consentiranno un ragionevole miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni e dei servizi per la salute del cittadino.

Nello specifico l'impegno dell'Azienda in questo triennio, vuoi per la mancanza della definizione della Rete Territoriale Regionale, vuoi per l'incertezza relativa al futuro ospedale privato è rivolto, soprattutto, alla:

- Riduzione dei ricoveri in regime ordinario e incremento dei ricoveri in regime diurno e delle attività ambulatoriali e territoriali.
- Miglioramento della appropriatezza organizzativa come scelta del livello assistenziale più corretto e meno costoso per i bisogni di cura.
- Razionalizzazione dei ricoveri ordinari non chirurgici per pazienti dai 65 anni in su e con degenza uguale o superiore a 12 giorni.
- Aumentare la quantità e la qualità dell'offerta salvaguardando l'appropriatezza del ricorso a tali prestazioni. È strategico che all'aumentare dell'offerta pubblica e/o privata non corrisponda un aumento del tasso di ospedalizzazione (nella ASL 2 tra i più bassi della regione).
- Aumento della quantità dei DRG chirurgici (preferibilmente in regime di Day service, quindi aumento delle prestazioni in regime ambulatoriale, o di Day Surgery) con rilevante recupero della mobilità passiva almeno per le prestazioni di minore complessità.
- Riduzione del ricorso alla ospedalizzazione in particolare nei reparti internistici.
- Intercettare i bisogni di salute della cronicità nell'assistenza territoriale, prima che gli stessi necessitino di ricovero ospedaliero.
- Migliorare l'appropriatezza erogativa, ad esempio riduzione dei Tagli Cesarei ed aumento della percentuale di Fratture di Femore operate entro le 48 ore.
- In ottemperanza quanto previsto nell'art. 9 Legge Regionale n. 23 del 17.11.2014 costituire un presidio unico di area omogenea, eventualmente ripartito in più stabilimenti, secondo la programmazione regionale, in cui sono garantite le specialità di base e le funzioni di specializzazione attribuite nell'ambito della rete ospedaliera regionale e della rete regionale delle emergenze.

Si conviene che solo questo approccio organizzato potrà garantire una miglior organizzazione dei servizi ed una ottimizzazione dell'uso delle risorse, oltre a garantire la sostenibilità economica

del Sistema sanitario davanti all'inesorabile invecchiamento della popolazione, che, come mostrato nei grafici precedenti, genera in modo automatico un aumento del bisogno di risorse sanitarie.

Principali Obiettivi ed indicatori operativi in coerenza con gli Obiettivi assegnati all'Azienda nel 2014

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO		OBIETTIVO OPERATIVO	STANDARD	INDICATORE	2012	2013	TARGET 2014	TARGET 2015	TARGET 2016	TARGET 2017
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	2.1 Appropriatezza dei Percorsi Assistenziali	1	Riduzione del tasso di ospedalizzazione ordinario e diurno standardizzato per mille	< = 160	Riduzione % del Tasso di ospedalizzazione	148	145,5	145	145	145	145
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	2.1 Appropriatezza dei Percorsi Assistenziali	2	Ridurre il tasso di ospedalizzazione per patologie assistibili domiciliariamente: tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni	80	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni	44	n.d.	42	40	40	40
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	2.1 Appropriatezza dei Percorsi Assistenziali	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	20%	15%	17%	17%	17%	17%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	2.1 Appropriatezza dei Percorsi Assistenziali	4	Riduzione della percentuale di ricoveri ordinari medici brevi	17%	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100	20%	31%	27%	23%	20%	17%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	2.1 Appropriatezza dei Percorsi Assistenziali	5	Aumentare la % dei ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriata (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	53%	65%	68%	70%	73%	76%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	2.1 Appropriatezza dei Percorsi Assistenziali	6	Riduzione della % di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico.	<=20%	N° dimessi da reparti chirurgici con DRG medico / N° totale dimessi	28%	43%	28%	27%	25%	23%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	2.1 Appropriatezza dei Percorsi Assistenziali	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%	4,1	4%	4%	4%	4%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	2.3 Governare Clinico - Qualità Clinica - Rischio Clinico - Sistema Gestione Qualità Strutture Sanitarie	8	Riduzione della percentuale di parti cesarei	<=15%	N° parti cesari / N° totale parti * 100	34%	32,74%	32%	30%	28%	26%
Area Strategica 2 Efficienza Gestionale Organizzativa	2.3 Governare Clinico - Qualità Clinica - Rischio Clinico - Sistema Gestione Qualità Strutture Sanitarie	9	Aumento della percentuale di interventi per frattura di femore operata entro 2 gg		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	49,23%	51,76%	53%	56%	58%	60%

La programmazione economica finanziaria patrimoniale investimenti

La presente programmazione si riferisce ad un contesto di riferimento dinamico quanto incerto, dovuto ad una serie di eventi che hanno contribuito ad aumentare la complessità dello scenario di riferimento, pertanto allo stato attuale diventa particolarmente difficile individuare i progetti, le risorse e le formule organizzative e gestionali funzionali al perseguimento degli obiettivi sanitari e socio-sanitari. In particolare la programmazione dell'azienda non può prescindere da quanto previsto dall'imminente approvazione della Legge Regionale n. 23/2014 "**Norme urgenti per la riforma del Sistema Sanitario Regionale del 17 novembre 2014**". La citata legge intraprende un processo di riforma del Sistema Sanitario Regionale con la finalità di riorganizzare il Sistema mediante il rafforzamento delle attività territoriali e la razionalizzazione della rete ospedaliera.

Da avvio infatti ad un processo di riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale prevedendo una profonda riorganizzazione delle funzioni e degli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie.

Nello specifico essa fonda il processo di adeguamento dell'assetto istituzionale ed organizzativo delle aziende sanitarie su alcune importanti prescrizioni, tra le quali meritano menzione:

- ✚ la definizione del numero delle aziende sanitarie locali e del loro ambito territoriale di riferimento, in coerenza con le previsioni di cui alla nuova normativa regionale di riordino complessivo del sistema degli enti locali della Sardegna.
- ✚ La definizione delle linee di indirizzo volte a costituire in ciascuna azienda sanitaria locale, un presidio unico di area omogenea, eventualmente ripartito in più stabilimenti in cui sono garantite le specialità di base e le funzioni di specializzazione attribuite nell'ambito della rete ospedaliera regionale e della rete regionale delle emergenze.
- ✚ L'istituzione dell'azienda regionale di emergenza e urgenza della Sardegna (AREUS) preposta allo svolgimento dei compiti relativi all'emergenza- urgenza attualmente svolti dalle centrali operative 118 presso le aziende sanitarie.
- ✚ L'individuazione delle Case della Salute quale esclusiva struttura che accoglie in un unico spazio l'offerta extraospedaliera integrata con il servizio sociale, al fine di integrare i processi di cura e di garantire la continuità assistenziale alle persone e alle famiglie con bisogni complessi.
- ✚ L'istituzione degli Ospedali di Comunità quale presidio di raccordo funzionale tra l'ospedale per acuti e i servizi territoriali, al fine di garantire adeguati livelli di cura per tutte le persone che non abbiano necessità di ricovero in ospedali per acuti ma che hanno comunque bisogno di assistenza sanitaria protetta che non possono ricevere nel proprio domicilio.
- ✚ La nomina dei commissari delle aziende sanitarie e ospedaliero e delle aziende ospedaliero - universitarie con il compito di redigere un progetto di scorporo e di riconversione al fine di individuare le attività da trasferire alle strutture territoriali, ai costituendo ospedali di comunità, alle case della salute e all'AREUS.

Al dinamismo del processo di riorganizzazione delle funzioni e degli ambiti territoriali si aggiunge inoltre, il fatto, che in ambito locale si ipotizza l'imminente apertura di una struttura privata, Mater Olbia, struttura di 242 posti letto (DGR 24/1 del 26.06.2014) operante nell'area medica, chirurgica e della riabilitazione e strettamente integrata con l'offerta ospedaliera pubblica.

L'apertura di questa struttura persegue la finalità di completare l'offerta ospedaliera del territorio oltre a contribuire al contenimento della mobilità passiva regionale ed extraregionale, in termini di spesa e di attività. La provincia di Olbia – Tempio, è caratterizzata da crescita demografica e da consistenti flussi turistici, nonché da una capacità ricettiva ospedaliera particolarmente inadeguata (2.3 p.l. per 1000 abitanti contro una media Regionale di 4 p.l. ed uno standard Naz. di 3.7 pl per 1000) sotto il profilo sia quantitativo che qualitativo; presenta per di più una mobilità complessiva per prestazioni ospedaliere che raggiunge circa il 50% delle stesse, è comprensibile che in tale contesto diventa difficile programmare con certezza le azioni atte al recupero della mobilità passiva, che solo parzialmente può essere ridotta da azioni deospedalizzanti attivate dall'azienda, ma che in gran parte deriva dalla assegnazione di un congruo numero di posti letto Ospedalieri per le specialità attualmente non presenti in azienda. La complessità dei processi di riorganizzazione assistenziali che l'azienda affronterà nei prossimi triennio daranno origine ad un profondo ripensamento nella organizzazione e gestione dei servizi con importanti cambiamenti sia nell'area ospedaliera che in quella territoriale, con una prospettiva che va verso la deospedalizzazione ed il potenziamento delle cure domiciliari, l'attivazione delle Case della Salute e l'aumento del servizio di filtro territoriale per le patologie croniche.

Si può ragionevolmente affermare che, solo con l'evoluzione e la definizione del processo di riorganizzazione delle funzioni e degli ambiti territoriali, oltre alla chiara definizione del numero dei posti letto e delle specialità autorizzate sia per la nostra azienda che per struttura privata che si potrà programmare con certezza per il triennio, i progetti, le risorse e le formule organizzative e gestionali per il perseguimento degli obiettivi sanitari e socio-sanitari.

Per quanto argomentato, prudenzialmente, nella redazione del Bilancio di Previsione Annuale e Triennale, si è tenuto conto delle risorse certe assegnate nell'ultima annualità secondo una ripartizione per conti di spesa determinata sulla base della spesa storica e delle possibili, ad oggi prevedibili variazioni dei fabbisogni nel nuovo esercizio nonché degli obiettivi economici assegnati all'azienda dalla Regione.