



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI SASSARI

PIANO DI ATTIVITÀ 2012

Sommario

PREMESSA	3
PARTE I.....	3
a) Premessa generale	3
b) Gli obiettivi programmatici ed i progetti.....	4
1) Potenziamento funzioni Programmazione e Controllo	5
2) Rendicontazione attività emergenza urgenza	5
3) Superamento duplicazione strutture e accorpamento reparti	6
4) Accorpamento servizi ambulatoriali di uguale attività	7
5) Razionalizzazione costi del personale.....	7
6) Economie nelle spese dei farmaci	8
7) Razionalizzazione acquisti di beni e servizi.....	8
a) Razionalizzazione acquisto di beni e servizi	8
b) Adeguamento dotazione organica personale di supporto	9
8) Riorganizzazione CUP Aziendale e Cartella Ambulatoriale Informatizzata	9
9) Monitoraggio esenzioni ticket e riscossioni coattive	11
10) Monitoraggio costi e ricavi attività intramoenia	11
11) Sperimentazione reparti di degenza multidisciplinari	12
12) Attivazione nuovi modelli assistenziali: week hospital	13
13) Attivazione nuovi modelli assistenziali: day service: PCCA e PACC.....	14
14) Qualità: definizione e avvio percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali	15
15) Formalizzazione atto aziendale e dotazione organica	16
a) Atto aziendale	16
b) Dotazione organica definitiva	16
16) Diffusione tematiche di sicurezza aziendale	16
17) Nomenclatore tariffario aziendale	18
18) Formazione.....	18
19) Progetto Cartella Clinica Aziendale	19
20) Potenziamento Servizio Comunicazione.....	20
21) Sviluppo dei Sistemi e Servizi Informativi.	20
PARTE II	25
a) Premessa generale	25
b) La programmazione economica, finanziaria e patrimoniale	25
c) Organizzazione del personale.....	26
d) La produzione.....	27



PREMESSA

Il programma sanitario annuale per l'anno 2012, che costituisce il primo anno della Programmazione Sanitaria Triennale 2012-2013-2014, è un documento che espone e giustifica i progetti, le risorse necessarie e le modalità organizzative/gestionali utili al perseguimento degli obiettivi socio-sanitari. La Programmazione Sanitaria Annuale è stata redatta nel rispetto delle disposizioni della Legge Regionale n. 10 del 28/07/2006 che all'art. 27 dispone che "il direttore generale adotta il bilancio annuale e pluriennale di previsione contestualmente sia al Programma Sanitario annuale, sia al Programma Sanitario triennale. Lo stesso documento è stato predisposto tenendo conto delle "Direttive di Programmazione e Rendicontazione per le Aziende Sanitarie" (delib. G.R. n. 50/19 dell'11.12.2007) nonché delle direttive contenute nella delibera 30/60 del 12.07.2011 avente per oggetto "il perseguimento degli obiettivi assistenziali, organizzativi ed economici delle aziende ospedaliere e delle aziende ospedaliere universitarie".

La suddetta Programmazione annuale è costituita dalle seguenti parti:

- a) Gli obiettivi programmatici e i progetti, che si compone della premessa generale e dettaglio degli stessi in riferimento alle azioni trimestrali da perseguire;
- b) La programmazione economica, finanziaria e patrimoniale;
- c) L'organizzazione del personale;
- d) La produzione.

PARTE I

a) Premessa generale

La Legge Regionale n. del 24/03/1997 n. 10 prevede all'art. 4 che vengano utilizzati quali strumenti di programmazione aziendale il piano generale avente durata triennale, da aggiornarsi annualmente ed il programma sanitario annuale di cui agli articoli 43 e 44 della legge regionale n. 5 del 1995.

Dando attuazione alle disposizioni sopra elencate, si procede alla stesura del programma sanitario annuale.

Per identificare meglio il contesto di riferimento organizzativo, si precisa che nell'aprile 2011, si è dato atto a quanto previsto nell'allegato n. 2 della Delib. G.R. n. 30/60 del 12/07/2011 procedendo alla nomina del Direttore Generale con la quale si è posto fine al Commissariato aziendale. Tale nomina è stata seguita rispettivamente da quella del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario. Si auspica che le stesse costituiscano un definitivo passaggio da un approccio gestionale congiunturale di breve periodo ad una programmazione pluriennale.

Dalla precedente situazione di commissariamento, l'azienda ha ereditato l'assenza dell'Atto Aziendale, in quanto la bozza di atto aziendale presentata al precedente governo regionale non è mai stata approvata. L'azienda è inoltre priva di una pianta organica complessiva, tuttavia è attualmente dotata di una pianta organica stralcio provvisoria relativa alla Tecnostruttura e alla Linea intermedia approvata nel mese di Gennaio 2009, a cui è seguito un parere positivo della RAS.

Come già evidenziato nei precedenti documenti di Programmazione quale premessa generale anche del presente documento occorre evidenziare quella che, nel rispetto delle normative Nazionali e Regionali risulta essere la *mission* della AOU di Sassari, che è appunto costituita dalla necessità di rispondere contemporaneamente alle esigenze di:

- Assistenza;
- Formazione;
- Ricerca.

Le stesse devono necessariamente essere in sintonia con quanto programmato dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Sassari che rappresenta un imprescindibile punto di riferimento per l'assolvimento delle finalità costitutive aziendali.

Gli obiettivi di programmazione aziendale di cui sopra devono necessariamente confluire nel loro complesso verso le seguenti direzioni:

- l'azienda deve mirare al raggiungimento di elevati livelli di qualificazione di assistenza sanitaria per rappresentare un utile riferimento territoriale regionale ed in particolare per la città di Sassari e provincia;
- ad integrazione del punto precedente è necessaria una programmazione che consenta una puntuale formazione di specialisti e professionisti sanitari in cooperazione e ad integrazione delle attività proposte dalla Facoltà di Medicina della Università di Sassari;
- deve approfondire un accurato impegno nella ricerca e nella sperimentazione clinica di base, mirata alla individuazione e alla adozione di nuove strategie unitamente alla creazione di nuove competenze, destinate a porsi come ulteriore valore aggiunto nell'ambito di un sistema assistenziale di eccellenza.

b) Gli obiettivi programmatici ed i progetti

L'attività di programmazione annuale integrata nella prospettiva della programmazione di lungo periodo si propone innanzi tutto di incentivare quelle che sono le attività propedeutiche per la realizzazione degli obiettivi assistenziali ed organizzativi richiesti quali adempimenti dell'attività dirigenziale. Gli stessi sono stati integrati da obiettivi di carattere di impellenza attuativa, che evidenziano il consolidarsi di attività di programmazione iniziate ma che avranno completa realizzazione nell'anno 2012.

In particolare si intende raggiungere i seguenti obiettivi:

- 1) Potenziamento funzioni Programmazione e Controllo
- 2) Rendicontazione attività emergenza urgenza
- 3) Superamento duplicazione strutture e accorpamento reparti
- 4) Accorpamento servizi ambulatoriali di uguale attività
- 5) Razionalizzazione nelle spese del personale
- 6) Economie nelle spese dei farmaci
- 7) Razionalizzazione acquisti di beni e servizi
- 8) Riorganizzazione Centro Unico Prenotazione Aziendale (CUP) e Cartella Ambulatoriale Informatizzata
- 9) Monitoraggio esenzioni ticket e riscossioni coattive
- 10) Monitoraggio costi e ricavi attività intramoenia
- 11) Sperimentazione reparti di degenza multidisciplinari
- 12) Attivazione nuovi modelli assistenziali: week hospital.
- 13) Attivazione nuovi modelli assistenziali: day service: PCCA e PACC.
- 14) Qualità: definizione e avvio percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali.
- 15) Formalizzazione atto aziendale e pianta organica.
- 16) Diffusione tematiche di sicurezza aziendale
- 17) Nomenclatore tariffario aziendale
- 18) Formazione
- 19) Progetto Cartella Clinica Aziendale

20) Potenziamento Servizio Comunicazione

21) Sviluppo dei Servizi e Sistemi Informativi

1) Potenziamento funzioni Programmazione e Controllo

Obiettivo: l'esplosione della spesa sanitaria, ha comportato una attenzione particolare da parte dei governi sia nazionali che regionali ad affinare le tecniche di pianificazione, programmazione e controllo. In particolare la Regione Sardegna con le direttive della Delibera G.R. n. 30/60 del 12/07/2011 ha disposto che venga intensificata l'attività di programmazione e controllo non solo attraverso un utilizzo più appropriato delle risorse disponibili all'interno dell'azienda, ma anche mediante il monitoraggio e valutazione delle attività riferibili a ciascuna risorsa professionale. Si ritiene pertanto che tale "suggerimento" sia diretto ad orientare la propria attenzione verso l'economicità della gestione, intesa come congruenza tra risorse ed obiettivi, comportando la responsabilizzazione delle aziende sanitarie ai risultati aziendali. Il requisito della economicità fa riferimento alla capacità delle aziende di perdurare nel tempo attraverso un equilibrio economico orientato non solo al "pareggio di bilancio", ma alla opportunità di poter dare risposte concrete ed efficaci ai bisogni territoriali.

Criticità: la necessità di avere obiettivi di economicità della gestione è comprovata dalla esigenza di redigere documenti contabili idonei a verificare tale condizioni, in particolare dovrebbero essere redatti dei documenti analitici direttivi per centri di responsabilità. Tale attività è attualmente esercitata mediante la predisposizione di documenti di Programmazione annuale e triennale, e con la stesura di schede obiettivo nelle quali vengono formalizzati in termini numerici gli obiettivi assegnati ai responsabili di struttura oltreché l'attribuzione di una parte degli indicatori di performance utilizzati dal sistema nazionale e assegnati dalla Regione Sardegna ai Direttori Generali a decorrere dall'anno 2011. Si ritiene opportuno che tali documenti debbano essere integrati con maggiori dettagli al fine di contribuire positivamente nei processi di determinazione degli obiettivi direzionali aziendali, sulla negoziazione dei budget settoriali, e sulla misurazione dei risultati inerenti la valutazione dei risultati ottenuti.

Azioni correttive: l'azienda, dunque, non può ulteriormente rinviare l'integrazione di quanto finora realizzato e pertanto consolidare le procedure di:

- definizione di obiettivi di direzione aziendale in stretto collegamento e correlazione agli obiettivi settoriali calati alle singole strutture;
- identificazione con massima specificazione delle attività da svolgere;
- assegnazione delle responsabilità operative e attribuzione formale delle risorse necessarie,
- emissione ordini per acquisto di beni e servizi in maniera capillare nel rispetto del principio di competenza, con la precisa attribuzione di idonei centri di costo con l'obiettivo di ridurre in maniera considerevole l'utilizzo dei centri di costo comuni;
- monitoraggio e misurazione periodica dei risultati delle attività svolte;
- implementazione della rendicontazione periodica da sottoporre alla direzione per il confronto tra obiettivi e risultati di periodo.

Per maggiore dettaglio dei dati della produzione elaborati dal servizio Programmazione e Controllo si rinvia allo specifico paragrafo: **d) la produzione.**

2) Rendicontazione attività emergenza urgenza

Obiettivo: al fine di ottenere un riconoscimento regionale dell'attività di pronto soccorso effettuata dall'azienda, si manifesta l'urgenza di implementare l'attività di rendicontazione di tale attività, in quanto nonostante non si disponga di una struttura dedicata al pronto soccorso, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, per determinate specialità di casistiche trattate, rappresenta un indiscutibile supporto al Dipartimento di Emergenza-Urgenza- Accettazione (DEA) di secondo livello dell'ASL di Sassari.

Criticità: un lungo percorso di rinnovamento normativo del S.S.N. (DPR 27.03.92: Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in Emergenza: fondazione del Sistema d'emergenza-Urgenza; DPR 17.05.1996: Atto d'intesa Stato-Regioni per l'Emergenza; DPR 10.12.1997: Istituzione del ruolo di "Medico Chirurgo 'Accettazione e d'Urgenza"; DPR 1356/2004 e sue successive integrazioni) ha portato a una nuova definizione delle Unità Operative di Pronto Soccorso e dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza (D.E.A.).

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari si colloca in un contesto territoriale sanitario caratterizzato dalla presenza della ASL, in cui, all'interno dell'Ospedale di Sassari, è istituito un Dipartimento di emergenza-urgenza- accettazione (DEA) di secondo livello.

La criticità da sottolineare è che questo DEA, struttura di riferimento per tutto il territorio della provincia di Sassari e in molti casi dell'intero Nord-Sardegna, manca delle specialità necessarie perché possa essere definito di 2° livello, mentre queste specialità sono presenti nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Più in dettaglio si tratta delle specialità di Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia Otorinolaringoiatrica, Oculistica, Urologia, Neurologia, Chirurgia Pediatrica che svolgono prestazioni urgenti di "pronto soccorso specialistico", a cui è possibile accedere 24 ore/24, sia con accesso diretto (vedi per es. Ostetricia, Pediatria, Neurologia) sia in stretto collegamento con il DEA dell'Ospedale "SS Annunziata" della ASL di Sassari. Già nei precedenti documenti di programmazione era stata evidenziata la necessità di poter identificare in modo automatizzato le prestazioni effettuate in regime di urgenza-emergenza dalle U.O. di Neurologia, Pediatria, Oculistica, Otorino, Ginecologia e Ostetricia, Urologia, Chirurgia Maxillo-Facciale, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Pediatrica. Attualmente, il monitoraggio di queste prestazioni avviene attraverso una reportistica aziendale non automatizzata.

Azioni correttive: si ritiene opportuno pertanto scadenzare come obiettivo del breve periodo l'automatizzazione delle estrazioni relativamente alle prestazioni eseguite in regime di urgenza attraverso l'implementazione del programma informatico PSWEB.

Si evidenzia inoltre che una volta automatizzata la procedura di rendicontazione delle prestazioni effettuate in regime di urgenza, sarà obiettivo dell'Azienda dare attuazione alla Direttiva Regionale del 19/12/2011 Prot. n° 0028383, che, per le prestazioni in regime di Emergenza-Urgenza, impone non solo l'utilizzo del codice ICD-IX-CM nel campo "Diagnosi Principale", ma anche la compilazione delle apposite maschere inerenti gli infortuni domestici o incidenti stradali.

3) Superamento duplicazione strutture e accorpamento reparti

Obiettivo: tra gli obiettivi organizzativi del Direttore Generale viene riproposta una ricognizione strutturale atta ad individuare la duplicazione di strutture ospedaliere e l'individuazione dei reparti con meno di 20 posti letto.

Criticità: il dato che emerge da una prima ricognizione delle U.O. aziendali, così come transitate nell'AOU dall'accorpamento delle Cliniche Universitarie convenzionate, Policlinico Universitario e reparti ospedalieri ubicati negli stabili dell'AOU, è che sono presenti strutture abbastanza parificabili per professionalità presenti, attività svolta e parco tecnologico, ma strutturalmente e logisticamente separate, così da dare luogo a duplicazioni assolutamente anti economiche. In particolare questo si verifica per le seguenti Unità Operative: U.O. di Pediatria Infettivi e U.O. di Cl. Pediatrica, U.O. di Cl. Ostetrica e Ginecologica e U.O. Divisione Ostetrico-Ginecologica.

Azioni correttive: Si prevede nell'arco del 2012, a partire dal 1° semestre di riorganizzare l'attività delle suddette U.O. salvaguardando le specialità di ognuna e articolando con modalità più strutturata l'attività di pronto soccorso sia pediatrico che ostetrico. In particolare si programma di accorpare l'attività delle due U.O. di Pediatria e delle due U.O. di Ginecologia in un'unica U.O. Complessa di Pediatria e un U.O. Complessa di Ginecologia.



I vantaggi: relativamente all'area ostetrico-ginecologica, considerato che la stessa è un centro di terzo livello dove vengono espletati oltre 1500 parti l'anno, l'unificazione delle due strutture e quindi delle risorse permetterà di implementare gli interventi di tutela della salute rivolta alle madri ed ai bambini, e di perseguire la massima corrispondenza tra necessità assistenziali ed efficacia delle cure erogate. Inoltre la diversa organizzazione prevista permetterà di razionalizzare l'attività di pronto soccorso, già di fatto attivo, ma che attualmente presenta criticità legate anche alla divisione delle risorse.

Relativamente all'area pediatrica l'accorpamento previsto porterà ad un miglior percorso assistenziale nei bambini affetti da patologie pediatriche, in particolare in quelli affetti da patologie oncologiche o malattie rare.

La riorganizzazione permetterà di unificare sia le risorse professionali (mediche e del comparto) che quelle tecnico-strumentali; questo porterà vantaggi in particolare nei casi di emergenza-urgenza, che storicamente hanno un accesso diretto alle due specialità ostetrico-ginecologica e pediatrica, compresa la riduzione dei costi sia del personale che delle risorse di entrambe le strutture.

4) Accorpamento servizi ambulatoriali di uguale attività

Obiettivo: istituzione di un centro unico integrato di endoscopia digestiva, con l'accorpamento dei tre ambulatori attualmente esistenti in tre strutture separate dell'azienda, miglior utilizzo delle risorse umane attualmente operanti ed economicizzazione delle risorse tecnologiche.

Criticità: attualmente l'attività endoscopica viene svolta da tre U.O. che utilizzano ognuna i propri ambulatori e le proprie apparecchiature, ormai in gran parte obsolete. L'attività viene eseguita da 2 medici e 1 infermiere per U.O., che svolgono l'attività endoscopica in maniera non esclusiva, ma nel contesto delle altre attività dell'U.O. di appartenenza.

Azioni correttive: nel primo semestre del 2012 si prevede di organizzare l'accorpamento dell'attività di endoscopia digestiva in un unico Centro di Endoscopia, che sarà prevedibilmente operativo entro il 2012. Logisticamente il Centro avrà sede nei locali ubicati nella seconda stecca del Complesso "Le Stecche", attualmente utilizzati per l'attività endoscopica dall'U.O. di Patologia Chirurgica.

L'accorpamento dell'endoscopia in unico Centro permetterà di ampliare l'attività, che potrà svolgersi nell'arco delle 12 ore diurne, e con reperibilità notturna e festiva per le urgenze, così da far fronte alle crescenti richieste di esami endoscopici.

Inoltre si potrà organizzare la diversificazione delle attività con particolare attenzione all'endoscopia pediatrica e agli esami da eseguire in narcosi.

Infine, sarà perseguibile con minore impegno di spesa l'ammodernamento tecnologico.

5) Razionalizzazione costi del personale

Obiettivo: così come più volte richiamato in vari documenti di orientamento regionali, tra gli obiettivi economici si sottolinea la necessità di dover prevedere e realizzare una razionalizzazione dei costi del personale.

Criticità: la situazione attuale evidenzia una mancata definizione della dotazione organica definitiva. I diversi propositi derivanti da programmazioni di anni precedenti sono attualmente oggetto di rinegoziazione tra le parti e tendono a conseguire la propria completezza seguendo i parametri quantitativi regionali. Tale ridefinizione mira prevalentemente al raggiungimento di una maggiore economicità nella spesa del personale tenuto conto che già nell'arco dell'anno 2011 si sono attuate le prime azioni correttive con l'espletamento di selezioni per contratti a tempo determinato e la progressiva eliminazione dei contratti di somministrazione lavoro. E' evidente che tale economicizzazione deve essere supportata dalla necessità di modulare tale razionalizzazione alla effettiva necessità di dotazione organica afferente a ciascuna struttura.

Azioni correttive: Sono già in corso le attività per l'espletamento di nuovi concorsi a tempo indeterminato al fine di costruire una consolidata struttura professionale congrua ai fabbisogni dell'organizzazione da realizzarsi nell'anno 2012.

A supporto di tale azione nel corso del 2012 si procederà all'integrazione del modulo HR gestione economica del personale con il modulo Areas di contabilità al fine di rilevare in automatico le scritture di contabilità generale e consentire l'attribuzione dei costi relativi ai singoli dipendenti ai rispettivi centri di costo. Tale ultimo intervento permetterà al servizio della programmazione e controllo di gestione di avere dati certi utilizzabili quali strumenti di supporto per le decisioni dirigenziali e direzionali, con particolare riguardo alla programmazione e gestione delle risorse umane.

Ad integrazione di quanto sopra specificato, si rinvia a quanto precisato successivamente nel paragrafo specifico: **c) organizzazione del personale.**

6) Economie nelle spese dei farmaci

Obiettivo: tra gli obiettivi economici per i Direttori Generali indicati dalla Regione è da annoverare l'annoso problema della razionalizzazione della spesa farmaceutica.

Criticità: le auspiccate economie sulla spesa farmaceutica sono ottenibili attraverso una migliore cooperazione tra tutte le entità aziendali coinvolte nel processo di definizione e valutazione del rapporto ottimale tra risorse impegnate e risultato clinico-terapeutico. Ciò presuppone l'adozione di protocolli condivisi basati sull'evidenza e l'aderenza prescrittiva alle norme nazionali e regionali in materia, con il supporto e la consulenza della struttura farmaceutica aziendale. Nello specifico, la criticità più rilevante è rappresentata dall'attuale ciclo di approvvigionamento dei farmaci, le cui modalità operative non consentono interventi correttivi *ex-ante*, ma solo azioni *ex-post* di monitoraggio dei consumi e di valutazione della spesa.

Azioni correttive: come strumenti di controllo interno, oltre alla intensificazione della attività di formazione, informazione, documentazione e vigilanza, anche attraverso l'elaborazione di linee guida relative alle corrette modalità prescrittive ed alla incentivazione all'uso di medicinali equivalenti (farmaci generici), è stato stilato un protocollo condiviso per la corretta gestione dei medicinali, i cui obiettivi principali sono rappresentati dall'ottimizzazione dell'appropriatezza prescrittiva, dalla standardizzazione delle richieste in relazione alla tipologia ed ai volumi di attività svolte dalle Unità di produzione, con riduzione delle sovrascorte e minimizzazione della produzione di scaduti. La valutazione dell'aderenza al protocollo viene fatta mediante ispezioni periodiche mirate al controllo del livello dei consumi e delle giacenze negli armadi farmaceutici di reparto.

Ad integrazione di tali attività interne si propone di sviluppare una maggiore collaborazione con l'ASL 1 al fine di consentire l'informatizzazione delle richieste, necessaria per una rapida e completa valutazione delle prescrizioni e dei consumi ai fini del raggiungimento degli obiettivi di economia di cui sopra.

7) Razionalizzazione acquisti di beni e servizi

a) Razionalizzazione acquisto di beni e servizi

Obiettivo: l'esigenza di voler perseguire gli obiettivi di contenimento dei costi è riferita oltre che alle due voci sopra elencate anche alla totalità dei costi di acquisto di beni e servizi necessari per l'espletamento dell'attività istituzionale.

Criticità: un inappropriato ciclo di approvvigionamento, impedisce di realizzare economie mediante la standardizzazione e centralizzazione degli acquisti all'interno dell'Azienda. È esigenza improrogabile da parte del Servizio Provveditorato l'individuazione e formalizzazione di regole relative al ciclo degli approvvigionamenti che consentano la gestione ottimale delle richieste di acquisto, predisponendo eventualmente anche forme di acquisto che prevedano l'aggregazione dei materiali secondo singole branche di attività all'interno di singole UU.OO. Fondamentale diventa dunque, ove possibile, uniformare per caratteristiche beni e servizi da

acquisire, al fine di diminuire il numero di procedure relative ai medesimi prodotti, con conseguente vantaggio in termini di tempi di risposta e auspicabile risparmio in termini di prezzo di acquisto.

Azioni correttive: l'obiettivo, così come precedentemente individuato, deve essere necessariamente perseguito, così come suggerito nelle direttive della RAS, in primo luogo attraverso una programmazione di gestione delle criticità aziendali esposte. A supporto di tale azione, si auspica una stretta collaborazione in accordo con l'azienda sanitaria di riferimento territoriale, nel caso specifico la Asl 1, attraverso gare d'appalto in unione d'acquisto che consentano di identificare risorse appropriate ed economicamente competitive.

E' stata inoltre deliberata, dalla direzione aziendale, la costituzione di un gruppo di valutazione interdisciplinare per la gestione di beni sanitari innovativi. Tale gruppo di lavoro, avrà il compito di gestire il processo di valutazione delle richieste, sulla base di parametri oggettivi e con il fine di garantire la migliore assistenza sanitaria e, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili, è diretto ad evitare eventuali acquisti non giustificati.

A supporto di tali azioni, la razionalizzazione della spesa per l'approvvigionamento dei beni aziendali deve essere attuata, ove possibile, anche attraverso il ricorso a gare Consip così come disposto dalla normativa di cui sopra.

b) Adeguamento dotazione organica personale di supporto

Obiettivo: adeguamento dotazione organica del personale di supporto in adempimento alla delibera RAS 47/42 del 30/12/2010 avente per oggetto: "Provvedimenti attuativi della L.R. n. 10/2006. Revisione ed integrazione dei requisiti minimi generali e specifici per l'autorizzazione per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private sanitarie e socio sanitarie operanti nella Regione Sardegna. Classificazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private con conseguente attribuzione delle competenze autorizzative agli Enti preposti. Modifica e integrazione della Delib.G.R. n. 34/26 del 18.10.2010."

Criticità: si è rilevata una forte carenza di personale di supporto nei reparti di degenza in relazione a quanto previsto dalla delibera RAS n°47/42 del 30/12/2010 e precisamente dell'Allegato 1 "area degenza" relativo alla "dotazione minima di personale del comparto per le attività di degenza". Allo stato attuale, è necessario incrementare il numero di Operatori Socio Sanitari per far fronte alla normale turnazione nei reparti di degenza che possa garantire una assistenza adeguata e di qualità.

Azioni Correttive: Considerato che la Regione Sardegna concede 3 anni per l'adeguamento dei requisiti organizzativi al fine dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie, dalla data di pubblicazione della succitata delibera, si è previsto un capitolato per "La fornitura del servizio di supporto ai servizi assistenziali presso i reparti delle strutture aziendali e i servizi accessori e connessi" che sarà pubblicato entro il 2012 e prevede, oltre al servizio di ausiliario anche la possibilità di esternalizzare il servizio di assistenza di base, nei reparti che non hanno tale figura professionale, tramite Operatori socio sanitari nei reparti di degenza 24 ore su 24 per 365 giorni l'anno al fine di dare continuità al servizio e garantire uno standard assistenziale omogeneo nelle degenze tramite l'utilizzo di protocolli e attività ben definite.

8) Riorganizzazione CUP Aziendale e Cartella Ambulatoriale Informatizzata

Obiettivo: l'attività specialistica ambulatoriale effettuata per pazienti esterni evidenzia la necessità di monitoraggio supportata da una corretta informatizzazione.

Criticità: il sistema **SGP (Sistema Gestione Prenotazioni)** di gestione delle prenotazioni (collegato ad AREAS, programma di cartella ambulatoriale), consente sia la prenotazione delle prestazioni, sia la visualizzazione dei piani di lavoro e l'utilizzo dei dati per la refertazione. Il programma attualmente, non è in dotazione che a poche strutture che erogano attività ambulatoriale, e negli ambulatori in cui è stato installato, non viene utilizzato o il suo uso è comunque limitato.

La cartella ambulatoriale informatizzata, non è al momento operativa se non marginalmente. Risulta tuttavia opportuno evidenziale che la cartella ambulatoriale informatizzata risponde all'esigenza di una puntuale documentazione del processo di prestazione ambulatoriale e garantisce, oltrechè una puntuale rendicontazione delle prestazioni ambulatoriali, anche una precisa implementazione dell'operatività dei percorsi di Day Service.

Superata la criticità dell'informatizzazione, sarà possibile implementare l'attività del **CUP (Centro Unico Prenotazioni)** anche tramite un maggior utilizzo delle "agende esclusive" o "riservate". Si tratta di agende prenotabili non da qualsiasi operatore del call center o degli sportelli CUP, ma esclusivamente dagli operatori delle strutture eroganti abilitati, tramite l'assegnazione di login e password personali, all'accesso alla specifica agenda.

L'informatizzazione della cartella ambulatoriale, oltre a consentire il monitoraggio degli accessi alle prestazioni, consentirebbe un'informazione sull'effettivamente erogato, rispetto al prenotato, dato oggi non disponibile in modalità elettronica.

Azioni correttive: dal "Piano aziendale attuativo per il governo delle liste d'attesa 2010-2011" inviato alla regione si individuano le seguenti azioni:

- 1) fissazione dei tempi massimi di attesa regionali per le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero. L'Azienda si impegna a programmare la sua attività volta a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa indicati nella tabella 1 dell'allegato alla D.G.R. n°39/57 del 23.09.2011, ad almeno il 90% dei cittadini richiedenti, dando la priorità alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche dell'area oncologica;
- 2) miglioramento appropriatezza prescrittiva dando incarico all'Ufficio Formazione di promuovere una campagna di formazione/sensibilizzazione, rivolta ai medici specialisti ospedalieri prescrittori, al fine di fornire indicazioni per la corretta compilazione della prescrizione. A titolo esemplificativo per un corretto monitoraggio dovrà essere indicato se si tratta di prima visita/prestazione diagnostico-terapeutica, o visite di controllo/prestazioni successive (specialistica ambulatoriale);
- 3) attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici di specialistica ambulatoriale ed attività ospedaliera con accesso preferenziale e predefinito nelle aree critiche oncologica e cardiovascolare, nonché nell'area endocrinologica. Ciò è diretto a snellire i tempi di attesa attraverso la prenotazione delle prestazioni da parte della struttura mediante agende dedicate. Completato l'iter diagnostico, il paziente verrà inserito nel piano assistenziale ambulatoriale o in regime di day hospital o di ricovero ordinario, garantendone l'appropriatezza temporale;
- 4) Sostegno alle attività del CUP regionale e alle organizzazioni interne delle aziende per il coordinamento e la condivisione delle attività intra e interaziendali. I principali punti di intervento per l'area in oggetto prevedono: il potenziamento della Segreteria aziendale per la costituzione, revisione e modifica di tutte le agende, ma anche per la gestione e la programmazione delle stesse ai fini della comunicazione presso i punti di erogazione e per il monitoraggio del sistema e l'analisi dei dati. Vista la statistica di rinunce per i lunghi tempi di attesa e le relative mancate comunicazioni di annullamento prenotazione, l'azienda intende attivare delle linee telefoniche distinte con numeri dedicati, per la rinuncia delle prestazioni da parte dell'utente. E' intenzione dell'Azienda definire un analogo percorso per le attività prestate in regime di libera professione che per ora non sono inserite nel sistema informatico di prenotazione e per le quali si attiveranno delle agende specifiche, gestite separatamente da quelle per le prestazioni erogate a carico del SSN.
- 5) aumento della capacità di erogazione delle prestazioni coerentemente con la riorganizzazione delle attività produttive al fine di ottimizzare l'utilizzo della strumentazione e delle risorse;
- 6) monitoraggio dei tempi d'attesa per le prestazioni indicate nell'allegato alla D.G.R. n°39/57 del 23.09.2011 verrà effettuato secondo le indicazioni contenute all'interno delle linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi d'attesa. Verrà nominato dalla Direzione Generale un referente aziendale per il monitoraggio dei

tempi d'attesa. L'Azienda, tramite l'ufficio dedicato, intensificherà le funzioni di controllo con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogate in regime di Attività Libero Professionale Intramoenia **ALPI** (in relazione ai volumi delle prestazioni effettuate in attività istituzionale, tempi di attesa e loro progressivo allineamento ai tempi medi delle prestazioni erogate in regime di ALPI) al fine di circoscrivere il ricorso a questa alternativa alla libera scelta dell'utente e non alla carenza dell'organizzazione dell'attività istituzionale;

7) trasparenza delle liste d'attesa attraverso l'adeguata pubblicazione dei canali di accesso alla prestazione e trasparenza delle liste. Altro canale di informazione è rappresentato dalla Carta dei Servizi aziendale, consultabile attraverso il sito web aziendale sulla quale programmare un costante aggiornamento delle indicazioni dei tempi di attesa, le modalità di prenotazione e di accesso alle prestazioni.

9) Monitoraggio esenzioni ticket e riscossioni coattive

Obiettivo: il DM 11.12.2009 “verifiche delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del Sistema tessera sanitaria” stabilisce che sia il medico prescrittore a indicare sulla ricetta del SSN, a seguito di esplicita richiesta dell'assistito, l'indicazione dell'esenzione per reddito. A tal fine l'Agenzia delle entrate rende disponibili informazioni concernenti il reddito complessivo dei nuclei familiari con valore non superiore a 36.151,98 e l'INPS rende disponibili gli elenchi dei titolari di pensione sociale o di assegno sociale nonché gli elenchi dei titolari di pensione integrata al minimo. Le strutture di erogazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale riconoscono l'esenzione per reddito solo in presenza del relativo codice di esenzione riportato dal medico sulla ricetta del SSN.

Ad integrazione di quanto detto, tra gli obiettivi attribuiti ai Direttori Generali delle aziende ospedaliere per l'anno 2011 si chiede una più attenta valutazione dell'attuazione del sistema di annotazione delle esenzioni sulle prescrizioni supportata da un più preciso controllo dell'incasso della compartecipazione al costo delle prestazioni rese dal pronto soccorso relativamente ai codici bianchi ed al costo delle prestazioni erogate (es. di diagnostica strumentale) nel caso di mancato ritiro del referto.

Criticità: a tal punto si dovranno effettuare dei controlli a campione su esenzioni dichiarate e formalizzate, sulla base della nuova normativa e predisporre strumenti per il controllo incrociato tra casse ticket e “Flusso C” al fine di procedere alla riscossione coattiva di eventuali elusioni ingiustificate. Si precisa che, come sopra evidenziato, l'attività svolta in regime di urgenza ha necessità delle implementazioni di rendicontazione in modo da garantire la riscossione del ticket. Si rende necessaria pertanto una sensibilizzazione delle strutture che operano in regime di urgenza in quanto la mancata consegna della ricevuta rilasciata dalla cassa deve necessariamente attivare la procedura di recupero credito coattiva.

Azioni correttive: rinnovo convenzione con Equitalia per la riscossione volontaria delle entrate inerenti le elusioni del pagamento del ticket. L'azienda inoltre dovrà dotarsi di precisa procedura per definire le azioni atte al recupero dei crediti in mancato ritiro del referto, con quantificazione di eventuale penalità.

10) Monitoraggio costi e ricavi attività intramoenia

Stato dell'arte: Dal 1° gennaio 2012 è attiva l'integrazione tra **SGP (Sistema Gestione Prenotazioni)** - Casse tickets e AREAS - programma di contabilità, con la possibilità di avere in tempo reale nel sistema contabile le rilevazioni delle fatture emesse dai medici che svolgono l'intramoenia all'interno delle strutture aziendali (n. 88). Ciò consente di evitare il doppio inserimento dei dati prima sul sistema SGP e poi nel programma di contabilità. Le prestazioni rilevate tramite SGP sono immediatamente tracciate anche per tipologia (visite specialistiche, visite di controllo, relazioni medico legali, ecografie, piccoli interventi chirurgici) e con un ulteriore livello di dettaglio (es. ecografia addome superiore piuttosto che addome inferiore). Tale ulteriore livello di dettaglio manca ancora oggi per i medici che svolgono l'intramoenia allargata

(n. 65), in quanto non sono attualmente configurati su CUP – casse ticket e vengono gestiti tramite software su excel di produzione interna.

Obiettivo: Conseguire in tempo reale il monitoraggio delle prestazioni dell'intramoenia interna e allargata, con modalità che garantiscano il completamento dell'integrazione dei vari programmi informatici con l'applicativo di AREAS.

Criticità: si evidenziano le seguenti criticità:

1. Continua ad essere attiva l'intramoenia allargata presso gli studi dei medici (n. 90) e anche per il 2012 è stata prevista la proroga fino al 31 dicembre 2012 ai sensi del Decreto Legge del 23.12.2011 pubblicato in G.U. n. 216 del 29.12.2011; questa situazione ha comportato fino ad oggi una difficile gestione dell'attività allargata complessivamente erogata, in particolare per il monitoraggio delle prestazioni.

2. L'ufficio ALPI è stato previsto con Deliberazione del Direttore Generale n. 730 del 18 /12 /2009. Nella stessa è stato evidenziato che lo stesso ufficio ha il compito di assolvere alle seguenti funzioni:

A) predisposizione delle pratiche amministrative di autorizzazione per assicurare lo svolgimento dell'attività libero professionale;

B) ripartizione dei ricavi derivanti dall'attività libero professionale e trasmissione al Servizio Personale Economico per l'accreditamento degli importi dovuti ai dipendenti in busta paga;

C) interfaccia con i professionisti e con gli altri uffici amministrativi in ordine alle attività necessarie a garantire il regolare svolgimento dell'attività libero professionale;

D) contabilizzazione delle fatture nel sistema di contabilità economico patrimoniale e gestione dei relativi flussi di cassa legati ai provvisori di banca e ai rapporti con la Tesoreria.

In realtà non è mai stato istituito un vero e proprio ufficio autonomamente individuato come in altre realtà. Le attività suddette sono state comunque garantite da personale afferente in particolare ai servizi Bilancio, Risorse Umane e CUP. La vera criticità si è manifestata ad oggi nella mancanza di una costante rendicontazione alla direzione sia in termini quantitativi che qualitativi dell'attività libero-professionale.

Azioni correttive: le possibili azioni correttive sono le seguenti:

1. Al fine di consentire il monitoraggio delle prestazioni capillare e quindi comprendendo le prestazioni dell'intramoenia allargata verrà messa a punto una soluzione informatica via web da utilizzare presso gli studi dei medici. Tale soluzione è già allo studio presso il servizio Bilancio al momento di stesura della presente programmazione e dovrà prevedere ai grandi linee le seguenti modalità operative:

- Emissione della fattura (presso lo studio del medico)
- Liquidazione delle competenze ai medici (presso il servizio Risorse Umane)
- Importazione su AREAS dei dati quantitativi e contabili (presso il servizio Bilancio)

2. Come specificato nel paragrafo precedente dedicato al CUP, l'azienda si impegna a voler fornire, così come da richiesta direzionale, una rendicontazione periodica atta ad individuare eventuali criticità o evidenziare spazi per poter svolgere attività professionale integrativa all'attività istituzionale dall'Azienda (per esterni) allo scopo di ridurre i tempi di attesa e per tentare di acquisire prestazioni aggiuntive.

11) Sperimentazione reparti di degenza multidisciplinari

Obiettivo: costituzione, ove possibile, di blocchi degenze multidisciplinari.

Criticità: la maggiore criticità dell'AOU di Sassari è la logistica. Le U.O. sono infatti allocate in 6 stabili, in maniera disomogenea, per cui si hanno U.O. di area medica nello stesso stabile, e talvolta nello stesso piano, di quelle di area chirurgica. In particolare per quanto riguarda proprio

l'area chirurgica, attualmente le U.O. chirurgiche sono allocate nei due stabili del complesso "Le stecche", che al piano terra ospita il Blocco Operatorio, mentre nello stabile "Palazzo Clemente" sono ubicate l'U.O. di Clinica Chirurgica e l'U.O. di Terapia Intensiva e Rianimazione.

La criticità maggiore è proprio il fatto che la Rianimazione è decentrata rispetto alle U.O. chirurgiche e soprattutto rispetto al blocco operatorio, con la conseguenza che questo determina notevoli disagi e un aumento dei possibili rischi nel trasferimento del paziente chirurgico critico in Terapia Intensiva-Rianimazione.

Azioni correttive: nell'arco del 2012 verrà realizzato il nuovo reparto di Terapia Intensiva-Rianimazione nel complesso "Le Stecche", in collegamento con il blocco operatorio. Nella nuova struttura verranno attivati alcuni posti letto-dedicati per l'assistenza semi-intensiva post-chirurgica.

Inoltre nel corso del 2012 verrà trasferita nel complesso "Le Stecche" l'U.O. di Clinica Chirurgica.

Vantaggi: La riorganizzazione su descritta porterà prevedibili vantaggi, tra cui una riduzione del carico assistenziale nei reparti chirurgici, una razionalizzazione del servizio di guardia notturna e festiva (mediante l'istituzione di guardie interdivisionali) e una più efficiente distribuzione delle equipe infermieristiche con possibili risparmi, a parità di qualità assistenziali, sui costi del personale.

12) Attivazione nuovi modelli assistenziali: week hospital

Obiettivo: tra gli obiettivi organizzativi di programmazione si dà particolare rilievo all'attivazione dell'organizzazione del *week hospital*.

Criticità: spesso le modalità assistenziali non sono appropriate, in particolare, per alcune tipologie di pazienti (es. diabetici, affetti da infezioni HIV, affetti da patologie trattabili in regime di ricovero programmato per pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico). Inoltre, l'assenza di una programmazione adeguata, per esempio delle liste operatorie, genera un incremento dei giorni di ricovero comprendendo come giorni di degenza il sabato e la domenica solitamente considerati giorni meno produttivi.

Azioni correttive: mediante una precisa definizione di protocolli clinici, sarà possibile individuare tutti i pazienti in cui la necessità di degenza non supera i 5 giorni, e quindi ragionevolmente programmabile dal lunedì al venerdì. La direzione attuerà le necessarie valutazioni preliminari sulle prestazioni delle diverse discipline mediche e chirurgiche, per le quali esiste già una consolidata prassi di attività elettiva a ciclo breve, che consentano di individuare quote di ricoveri in regime ordinario trasferibili in regime di week hospital.

La fase più importante per la realizzazione organizzativa è l'individuazione degli interventi chirurgici che possono essere eseguiti in tale regime. E' necessario pertanto in questa fase, selezionare le caratteristiche, affinché un intervento chirurgico possa essere eseguito in regime di degenza feriale.

Questo dovrebbe attuarsi attraverso il trasferimento di attività inappropriate verso regimi che, a parità di efficacia, consentono una maggiore efficienza nell'uso delle risorse, realizzando notevoli economie sui costi, realizzabili nei giorni di chiusura.

L'organizzazione ottimale deve necessariamente realizzarli attraverso l'individuazione logistica di uno spazio dedicato che consenta la programmazione degli interventi chirurgici per ricoverati dei diversi reparti che possa consentire la chiusura nei giorni di sabato e domenica.

Le sue finalità si possono quindi così riassumere:

- significativa riduzione dei costi rispetto all'attività svolta nell'attuale regime di ricovero; in particolare le economie dei costi del personale, che potrebbe essere ulteriormente incentivato da eventuali indennità di turno, oltreché le economie dei costi alberghieri e dei servizi risparmiati nei due giorni di chiusura;

- raggiungimento di significativi livelli di efficienza non solo attraverso la standardizzazione delle prestazioni, ma anche grazie al raggiungimento di un maggiore rendimento per il coinvolgimento delle risorse professionali coinvolte che potrebbero usufruire di turni di lavoro con “settimana breve”;
- miglioramento della qualità nell’assistenza specializzazione del personale nell’assistenza a determinati tipi di patologia e standardizzazione dei trattamenti pre e post operatori;
- programmabilità assoluta sia negli input quali tipologia di pazienti, risorse umane, materiali, posti letto, sale operatorie, sia negli output in particolare numero e tipologia degli interventi.
- Maggiore comfort per i pazienti grazie alla riduzione dei tempi di degenza con assenza di giornate di ricovero nel fine settimana.

13) Attivazione nuovi modelli assistenziali: day service: PCCA e PACC

Obiettivo: nella delibera di Giunta RAS n. 37/9 del 25.9.2007 “Interventi per la promozione dell’appropriatezza dei ricoveri ospedalieri- Linee guida per il corretto funzionamento dei posti letto di assistenza ospedaliera a ciclo diurno. Con l’istituzione del modello organizzativo del “Day Service” la Regione Sardegna, secondo una vision che vede il “prendersi cura” come principio cardine di una totale rivisitazione dell’attività sanitaria, ha previsto l’istituzione delle attività programmate di Day-Service, come modalità assistenziale che, garantendo al paziente l’erogazione di particolari prestazioni in regime ambulatoriale, con tempistica adeguata, si pone come obiettivo non secondario la riduzione dei ricoveri impropri.

Il Day-Service rappresenta una modalità assistenziale nuova, intermedia tra l’assistenza in regime di day hospital e l’erogazione di singole prestazioni specialistiche ambulatoriali. L’erogazione di prestazioni in regime di Day service, sia di tipo medico, in particolare di follow-up, che chirurgico, potrebbe interessare un numero importante di pazienti (per es. i pazienti diabetici), così da abbattere in maniera significativa i ricoveri impropri in day hospital (sia di tipo medico-diagnostico che chirurgico) e di garantire la reale presa in carico del paziente da parte della struttura erogante con un elevato livello di coordinamento clinico-organizzativo difficilmente raggiungibile nelle attività ambulatoriali.

L’Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari in ottemperanza sia alle linee guida regionali della Delibera di Giunta RAS succitata, sia agli obiettivi indicati per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliero-Universitarie sarde, intende perseguire la qualità della pratica clinica attraverso interventi atti a favorire la continuità assistenziale, a ridurre i tempi di attesa, a favorire l’appropriatezza, ad abbattere i ricoveri impropri, anche attraverso la promozione dell’attività di dayservice, sia nell’organizzare i PACC previsti dalla delibera regionale, sia nel promuovere la sperimentazione di altri PACC per particolari tipologie di pazienti per i quali l’AOU di Sassari rappresenta un riferimento territorialmente importante.

Criticità: Le difficoltà oggettive consistono prevalentemente nel predisporre adeguati sistemi organizzativi finalizzati all’integrazione delle varie strutture coinvolte.

Una strutturazione del genere che prevede l’accesso di pazienti di varie specialità mediche deve prevedere un coordinamento medico ed uno infermieristico.

Altra criticità è rappresentata dai criteri di eleggibilità dei pazienti in particolare per quanto riguarda la complessità del paziente e la multidisciplinarietà dell’intervento. Compito della direzione sanitaria è la creazione di linee guida per l’accesso a tale servizi.

Azioni correttive: anche nel 2012 l’azienda proseguirà nel suo impegno per ottimizzare l’utilizzo delle prestazioni Complesse di Chirurgia Ambulatoriale (**PCCA**) e dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati (**PACC**) soluzioni organizzative atte a favorire non solo una maggiore continuità assistenziale, ma allo stesso tempo ridurre i tempi di attesa contribuendo al contenimento dei tassi d’ospedalizzazione.

Di fondamentale importanza risulta essere, per la peculiarità della mission aziendale, l'attivazione di PACC specifici per pazienti con infezione da HIV/coinfezione HCV-HBV. La stessa, trova motivazione nell'evidenza che, essendo queste patologie una delle problematiche cliniche importanti nella popolazione locale e regionale, sia necessario evitare le frammentazioni del percorso assistenziale, ridurre i tempi d'attesa delle attività ambulatoriali, ridurre fino ad evitarli i ricoveri impropri. Il case-manager di questi pazienti viene individuato nell'infettivologo dell'U.O. di Malattie Infettive dell'AOU e lo stesso si avvale, attraverso percorsi ben definiti, delle strutture specialistiche presenti all'interno dell'AOU stessa.

Nello parte successiva del presente documento si evidenzia la tempistica di attivazione dei PACC.

14) **Qualità: definizione e avvio percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali**

Obiettivo: definizione e gestione dei **PTDA** (Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali). Essi rappresentano i modelli locali che, sulla base delle linee guida ed in relazione alle risorse disponibili, consentono all'azienda di delineare, rispetto ad una patologia o un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione effettuando una analisi degli scostamenti tra la situazione attesa e quella osservata in funzione del miglioramento della qualità.

Criticità: nella specifica realtà aziendale dell'AOU di Sassari, caratterizzata da numerose specialità, in molti casi di riferimento provinciale o regionale, frequentemente i trattamenti sanitari richiedono il contributo di più attori all'interno di un sistema inter-professionale e multidisciplinare.

Questa complessità può creare condizioni che favoriscono la variabilità, la mancanza di continuità ed integrazione del percorso di cura, la possibilità di errore.

Nell'ambito della programmazione delle attività per il prossimo triennio si ritiene necessario cominciare a definire in maniera *strutturata* i principali Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA); così, attraverso un approccio per processi, insito nella strutturazione di un "percorso diagnostico terapeutico assistenziale", si potrà valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento ed alle risorse disponibili, si potrà effettuare il benchmarking e la misura delle attività e degli esiti con indicatori specifici, nella prospettiva di un miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza di ogni intervento sanitario.

Costruire un PDTA significa definire gli obiettivi, i ruoli e gli ambiti di intervento, garantire chiarezza delle informazioni all'utente, chiarezza dei compiti agli operatori, migliorare la riproducibilità e l'uniformità delle prestazioni erogate e, nel contempo, questo aiuta a prevedere e quindi ridurre l'evento straordinario, facilitando la flessibilità e gli adattamenti ai cambiamenti.

Il valore aggiunto dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali è insito nella valorizzazione dell'outcome come obiettivo e non tanto come prodotto, nel coinvolgimento multidisciplinare.

Azioni correttive: I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali che l'AOU intende definire nella propria programmazione annuale e triennale rappresentano la contestualizzazione di Linee Guida, relative a specifiche patologie o problematiche cliniche, nella specifica realtà organizzativa dell'AOU, tenute presenti le risorse disponibili. I PDTA sono, concretamente, strumenti che possono permettere all'azienda AOU di tracciare, rispetto ad un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione aziendale.

Percorsi attivabili nel corso dell'anno 2012:

- Percorso paziente con sclerosi laterale amiotrofica SLA (integrato con ASL di Sassari);
- Percorso per la gestione integrata dei pazienti affetti da Bronco-Pneumopatia-Cronica-Ostruttiva B.P.C.O.;
- Percorso "Tumore del polmone" (opacità polmonare);
- Percorso del paziente con patologia prostatica;



- Percorso del paziente con neoplasia vescicale superficiale;
- Percorso del paziente con neoplasia vescicale infiltrante;
- Percorso della paziente con neoplasia ovarica.

15) Formalizzazione atto aziendale e dotazione organica

a) Atto aziendale

La AOU si impegna a proporre alla RAS entro il primo semestre 2012 l'atto aziendale.

Al momento sono in atto profondi mutamenti sia all'interno del Sistema Universitario che all'interno del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale; poiché l'Azienda Ospedaliero Universitaria è espressione dei due distinti ordinamenti che devono trovare la necessaria integrazione ai fini dell'assistenza, ricerca e didattica l'atto aziendale dovrà recepire l'evoluzione della normativa che ha interessato entrambi i sistemi.

L'Università di Sassari, a seguito del processo di riforma ai sensi della legge n. 240 del 30 dicembre 2010, ha emanato il nuovo statuto (D.R. 2845, 7 dicembre 2011, pubblicato in G.U. n.298 del 23/12/2011, n. 298).

Contestualmente all'adozione dell'Atto Aziendale, entro il 2012 si prevede la formalizzazione dei **Dipartimenti Aziendali Integrati D.A.I.**, secondo le indicazioni contenute nel Protocollo di Intesa in vigore, o secondo quanto eventualmente modificato nel Protocollo in via di definizione. Il Regolamento dei Dipartimenti sarà adottato quale allegato all'atto aziendale.

Con l'istituzione dei dipartimenti si procederà alla nomina dei responsabili di dipartimento, alla costituzione del collegio di direzione e alla programmazione di periodiche convocazioni del Collegio di Direzione, anche al fine di rendere più efficienti le interrelazioni tra linea strategica e operativa. Contestualmente si procederà ad indire le elezioni per i componenti del Consiglio dei Sanitari entro il 31-12-2012.

b) Dotazione organica definitiva

Dal momento della sua costituzione, l'azienda non ha provveduto ad una presa d'atto delle ultime dotazioni organiche approvate dalla Regione Sardegna e relative alle strutture sanitarie confluite dall'ex Policlinico Universitario e dalla Asl n. 1: le dotazioni organiche di cui sopra devono essere integrate con il personale amministrativo necessario per le funzioni di supporto che un tempo erano svolte dalla Asl n. 1 e per la Direzione Strategica.

L'azienda si impegna ad una presa d'atto del personale in servizio al 31-12-2011 entro il 30 Marzo 2012.

Immediatamente dopo l'adozione dell'Atto Aziendale, con la definizione delle strutture complesse e semplici dipartimentali, si potrà procedere all'adozione della dotazione organica definitiva, distinta per ruoli e per figure professionali, secondo i profili professionali definiti dai vigenti CCNNLL.

Partendo dalle dotazioni organiche storiche si apporteranno le opportune modifiche tenendo conto della soppressione/attivazione di nuovi servizi, riorganizzazione dipartimentale, requisiti minimi organizzativi regionali per le attività di degenza, ambulatoriali e di emergenza, nel rispetto dei vincoli di spesa nazionali.

16) Diffusione tematiche di sicurezza aziendale

Obiettivo: come più volte manifestato nei precedenti documenti di programmazione la situazione attuale degli edifici ospedalieri è caratterizzata da importanti carenze edilizie, impiantistiche, igienico sanitarie, riconducibili principalmente all'obsolescenza del patrimonio immobiliare con conseguente rilevante potenziale pericolosità di strutture e impianti che si riflettono imprescindibilmente nella concezione di sicurezza nel senso più ampio del termine. Una diffusa

disinformazione dell'organico aziendale contribuisce inoltre, a rendere più insicuro il posto di lavoro generando potenziali incidenti, malattie ed infortuni: a questo si sta cercando di rimediare con azioni correttive mirate (formazione, informazione, ecc.). E' evidente che tale obiettivo non possa essere non ribadito anche nel presente documento di programmazione.

E' infatti necessario creare una coscienza aziendale tale da far sentire propria una realtà che per troppi anni ha vissuto nell'incertezza. E' noto a tutti che la travagliata nascita dell'azienda nel luglio del 2007 e il suo stentato sviluppo, hanno contribuito ad aggravare una situazione impiantistico strutturale particolarmente compromessa a causa degli enormi ritardi accumulati negli anni.

Lunghi intervalli d'incertezza direzionale (prima dovuti al conflitto di competenza tra ASL e Università e poi al repentino cambio di Management Aziendale) hanno rimandato decisioni importanti relativamente agli adeguamenti di sicurezza ormai ineludibili. Invertire questa tendenza è un obbligo di legge che, se non perseguito, esporrebbe la Direzione anche a sanzioni. Lo stesso personale interpreterebbe in modo positivo le azioni mirate ad aumentare la sicurezza degli operatori e soprattutto degli utenti. Un ulteriore dimostrazione d'impegno della D.A. è rilevabile nel maggiore coinvolgimento nelle importanti ristrutturazioni dei servizi, ristrutturazione mirata all'eliminazione dei doppietti e degli sprechi razionalizzando e ammodernando, dove è possibile, anche il parco tecnologico. Alcune iniziative di formazione informazione attuate nel secondo semestre del 2011 sono state accolte con estremo interesse. In particolare la formazione dei Dirigenti e dei Preposti sulla Sicurezza nei luoghi di lavoro secondo il DLgs 81\08 ha posto le basi per una generale presa di coscienza su questo tema e sull'importanza di attivarsi, ognuno secondo i propri limiti e responsabilità, affinché si affrontino le diverse problematiche ad esso correlate.

Criticità: come evidenziato nel punto precedente, la carente attenzione riservata negli anni precedenti alla nascita dell'Azienda a quello che è il concetto di prevenzione e dei rischi cui possono essere esposti i dipendenti o i terzi, accompagnata alle gravi deficienze strutturali ed impiantistiche elencate, è causa della presenza di un elevato livello di rischio generale sia per i pazienti che per il personale e i visitatori. È ancora da migliorare, la corretta informazione sui rischi aziendali, che deve essere maggiormente diffusa a tutti i lavoratori potenziando la formazione e aggiornamento degli stessi con specifico riferimento alla mansione svolta. In secondo luogo, per quanto riguarda le deficienze strutturali, impiantistiche e tecnologiche, anche se esiste una precisa ricognizione di quelle che sono le priorità degli interventi da attuare, occorre quanto prima disporre di idonei finanziamenti per compensare queste gravi carenze.

Infatti, non c'è struttura di degenza che possa superare indenne un'ispezione degli organi preposti siano essi Vigili del Fuoco o Spresal. Tra il 2009 ed il 2010 un'attenta ricognizione del Servizio di Prevenzione e Protezione di concerto con il Servizio Tecnico ha consentito di sottoporre alla Direzione Aziendale una ampia e dettagliata Valutazione dei Rischi dove per ogni struttura, Unità Operativa o Servizio sono stati prodotti, così come previsto dal DLgs 81\08 crono programmi di attuazione delle misure di attuazione per la riduzione del rischio. Tali misure, previste nel DVR, non si sono potute attuare nei brevi tempi auspicati a causa della carenza dei fondi necessari.

Azioni correttive: l'azione è triplice:

- avviare una serie di interventi di manutenzione straordinaria per far fronte alle principali carenze strutturali edili ed impiantistiche;
- intensificare l'attività di formazione e informazione del personale;
- aggiornare con continui adeguamenti nel tempo e dettagliare con maggiore precisione il piano delle specifiche esigenze, affinché si possa procedere più puntualmente e con precisione alla concreta attuazione di azioni dirette a migliorare nella sua complessità la sicurezza nei posti di lavoro.

E' evidente che per ottenere risultati efficienti è imprescindibile che tutta la struttura aziendale partecipi e si attivi, secondo le proprie attribuzioni e competenze, in tutte le direttrici sopra



indicate, al fine di conseguire gli obiettivi di sicurezza assegnati. Tale azione, attraverso la formalizzazione e successive azioni correttive sia strutturali che organizzative, avrebbe non solo la conseguenza positiva di contribuire a migliorare i livelli di salute e sicurezza sul lavoro, ma anche quella di generare un risparmio economico conseguente alla scongiura di possibili eventi dannosi. Si avrebbe inoltre, come risvolto positivo, quello di aumentare l'efficienza delle proprie prestazioni, nonché e non ultima, quella di migliorare la propria immagine interna ed esterna anche in termini di marketing aziendale.

Tra le azioni concrete, al fine di procedere all'attuazione di tale miglioramenti occorre evidenziare, che la direzione aziendale, si sta attivando anche, per attuare nel 2012 l'esternalizzazione del magazzino economico e degli archivi delle cartelle cliniche.

Quest'ultimo intervento, che consiste nel trasportare in idoneo magazzino, classificare e conservare le cartelle cliniche sia esistenti che di nuova produzione, consentirebbe nell'immediato di risolvere una serie di gravi problemi sia di sicurezza che gestionali. Infatti, l'eliminazione dei diversi locali e depositi non adeguati alle norme di prevenzione incendi del rilevante carico cartaceo ridurrebbe notevolmente il rischio di incendio. Il vantaggio sarebbe inoltre quello di rendere disponibili numerosi locali per attività più necessarie, qualificanti e redditizie per l'attività aziendale. Inoltre, l'archiviazione ordinata e gestita delle cartelle cliniche, renderebbe più efficiente la ricerca delle stesse quando richieste dai pazienti o dai reparti, con minori perdite di tempo e dando una migliore immagine dell'azienda anche all'esterno.

17) Nomenclatore tariffario aziendale

Obiettivo: identificazione e valorizzazione delle identificazione prestazioni erogate dalla AOU non ricomprese nel tariffario nomenclatore Regionale.

Criticità: l'azienda, in assenza di un proprio nomenclatore tariffario, eroga di fatto numerose prestazioni non comprese nel vigente nomenclatore tariffario regionale, quindi non codificate né valorizzate con il giusto peso economico. Questo fa sì che queste prestazioni vadano "perse" senza alcuna corrispondenza a copertura o perlomeno partecipazione al sostenimento dei costi relativi alla loro erogazione..

Azioni correttive: con comunicazione formale indirizzata a tutte le U.O. la direzione ha richiesto la ricognizione delle prestazioni erogate e non presenti nel vigente tariffario regionale, e l'indicazione del valore economico attribuibile a tale prestazioni, sulla base dei tariffari indicati dalle società scientifiche. Si prevede pertanto, a seguito della ricognizione suddetta, si dovrà effettuare una istruttoria successiva al fine di valutare la congruità delle prestazioni dichiarate da ogni U.O. dell'Azienda con i dati di produzione e la coerenza rispetto alle strategie aziendali, improntate a criteri di efficacia ed efficienza.

Alla identificazione delle prestazioni effettivamente coerenti con le strategie aziendali, seguirà l'allestimento progressivo del tariffario aziendale con tutte le prestazioni, non comprese nel vigente tariffario regionale, che la Direzione Aziendale avrà ritenuto valorizzare con singoli atti deliberativi.

18) Formazione

Obiettivo: potenziamento servizio formazione.

Criticità: attualmente per varie vicissitudini aziendali il servizio "Formazione" afferente alla struttura "Affari giuridici e Istituzionali" è in via di riorganizzazione in quanto alcuni dipendenti non operano più in Azienda. A tutt'oggi, non è stata sostituita la posizione organizzativa rientrata presso l'Università degli Studi di Sassari inoltre, la figura di categoria C in mobilità temporanea è rientrata presso gli Enti di Formazione e un'altra risorsa di categoria C è stata di recente collocata in astensione obbligatoria per maternità.

Azioni correttive: già nel corso del 2011 il servizio ha predisposto le schede di analisi dei fabbisogni formativi coinvolgendo tutti i Responsabili di Struttura e tutti i Coordinatori incaricati. Si provvederà nel corso del 2012 ed in particolare nel prossimo bimestre ad aggiornare

quanto rilevato nel 2011 al fine di poterlo sottoporre alla Commissione Tecnico Scientifica, nominata ai sensi del Regolamento Aziendale in materia di Formazione, e formalizzare successivamente il Piano Annuale di Formazione in accordo con i Referenti d'Area individuati nonché costituire il fondo della formazione aziendale sulla base dell'1% della massa salariale, così come disposto dai CC.CC.NN.LL.

E' in corso di definizione la Commissione Unica Paritetica deputata all'azione di controllo sull'aderenza delle attività formative ai Piani pluriennali e al PAF e di verifica e rispetto del Regolamento aziendale adottato con delibera n. 339 del 13.05.2009.

In merito alle priorità manifestate dalle strutture in particolare si prevede di organizzare corsi che rientreranno nell'ambito della formazione obbligatoria come di seguito indicato:

- corso di lingua inglese
- corsi di informatica
- corso di organizzazione manageriale
- corso sulla gestione dello stress e dei conflitti
- corso sulle infezioni ospedaliere
- corso sulla sicurezza per dirigenti e preposti e quanto previsto dal D. Lgs. 81/2008
- corsi per addetti antincendio
- corsi sulla privacy
- corsi ALS (Advanced Life Support) e BLS (Basic Life Support)
- corsi sulla gestione delle emergenze intraospedaliere
- corsi per la lotta con l'AIDS, ai sensi della Legge 5 giugno 1990 n. 135
- seconda edizione dei corsi per lo screening della cervice uterina e della mammella.

Si fa inoltre presente che nel corso del 2012 questo Servizio, così come disposto dalla Delibera della Giunta Regionale del 23 dicembre 2011, n. 52/94, sarà impegnato ad assolvere i requisiti minimi e garantire gli standard di riferimento per l'accreditamento dei provider ECM a livello nazionale, al fine di poter assegnare direttamente i crediti formativi ai partecipanti, riconosciuti validi su tutto il territorio nazionale.

19) Progetto Cartella Clinica Aziendale

Obiettivo: elaborare un modello di cartella clinica aziendale, con regole chiare e condivise, in linea con le disposizioni vigenti, in cui si possa chiaramente rilevare il percorso clinico del paziente ricoverato, dove sia riportato tutto ciò che viene fatto, e sia facilmente leggibile e consultabile quando è necessario.

Criticità: Attualmente le U.O. dell'AOU che effettuano assistenza in regime di degenza, utilizzano modelli di cartella Clinica diversi tra di loro, non sempre in linea con le disposizioni normative; si impone la necessità di fare chiarezza sulla corretta compilazione e gestione della cartella clinica, sulle responsabilità che ne derivano, sul valore documentale che la cartella stessa possiede.

Azioni correttive: Elaborazione di una Cartella Clinica modulare composta da:

moduli "generali" comuni uniformi nell'ambito dell'AOU, che rispettino le disposizioni normative;

moduli specifici, che verranno elaborati sulla base delle necessità e delle indicazioni delle diverse U.O., cercando per quanto possibile di attenuare (se non proprio eliminare) le differenze fra U.O. della stessa area. Questo al fine di:

- a) fornire agli operatori sanitari uno strumento di lavoro di semplice gestione, pratico, uniforme, per quanto possibile, nell'ambito dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari, tenendo conto delle specificità riscontrabili nelle attività svolte dalle diverse aree sanitarie (internistica, chirurgica, materno- infantile), e dai Dipartimenti che verranno individuati con l'Atto Aziendale, e/o dalle varie Strutture Complesse;
- b) fornire a tutti coloro i quali abbiano necessità di consultare la Cartella Clinica (pazienti, loro medici di base, medici in genere, imprese assicuratrici, autorità giudiziaria) una documentazione completa, corretta e veritiera, di chiara e semplice consultazione;
- c) predisporre uno strumento atto a promuovere e documentare il flusso informativo verso il paziente, i suoi familiari ed il suo medico curante.

20) Potenziamento Servizio Comunicazione.

Obiettivo: potenziamento servizio comunicazione.

Criticità: il servizio comunicazione, afferente al Servizio Affari Giuridici e Istituzionali – Formazione, vede impiegata una sola figura di categoria C. L'attività nell'anno appena trascorso si è concentrata maggiormente – per ragioni di priorità oggettiva – sulla gestione dei reclami e dei rapporti con la stampa.

Azioni correttive: in ottemperanza al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995 si sta lavorando alla strutturazione e alla redazione di una nuova Carta dei servizi.

Per rafforzare ulteriormente il rapporto diretto con l'utenza si predisporrà un opuscolo informativo che dovrà essere distribuito nei diversi reparti per fornire informazioni sui servizi offerti e dare istruzioni pratiche.

Infine sarà predisposto un questionario di "Customer Satisfaction" da distribuire obbligatoriamente al momento delle dimissioni dal reparto. Il questionario dovrà essere anonimo e dovranno essere predisposti dei box di raccolta.

21) Sviluppo dei Sistemi e Servizi Informativi.

Al fine di potenziare gli strumenti di rendicontazione, che costituiscano un valido supporto alle decisioni direzionali, si evidenziano le singole aree di possibile miglioramento:

- a) Normalizzazione Anagrafiche Aziendali e Gestione centralizzata anagrafi.

Come atto propedeutico al miglioramento dell'operatività dell'azienda si evidenzia l'esigenza di normalizzazione delle Anagrafiche Aziendali, che risulta essere trasversale a tutti i processi di gestione e tracciabilità di fatti ed eventi Aziendali. La stessa, risulta essere strumentale principalmente ad una corretta generazione dei flussi informativi e della rendicontazione delle attività ed inoltre, rappresenta un valido contributo in termini di miglioramento della funzione di comunicazione Aziendale. Nel corso dell'anno 2012 si ritiene pertanto di fondamentale importanza realizzare i seguenti obiettivi:

- costruzione del catalogo delle Anagrafiche Aziendali;
- normalizzare le Anagrafiche Aziendali al fine di migliorare tutti i processi di gestione e tracciabilità di fatti ed eventi Aziendali;
- pervenire ad una corretta generazione dei flussi informativi e della rendicontazione delle attività;
- migliorare la funzione di comunicazione Aziendale attraverso il coordinamento degli interventi sulle diverse strutture titolari incaricate del trattamento del dato.

- b) Flussi Informativi: Razionalizzazione Flussi Informativi.

Ad integrazione di quanto specificato al punto precedente obiettivo fondamentale del breve periodo è quello di migliorare la qualità dei flussi informativi destinati alla rendicontazione delle



prestazioni e delle attività e assolvere nel migliore dei modi al debito informativo verso Enti Terzi.

Attualmente l'azienda risulta caratterizzata dalle seguente criticità:

- Gestione dei flussi non automatica, con impegnativi interventi di correzione manuali;
- Mancanza di gestione organica dei flussi informativi;
- Maggiori oneri nell'assolvimento degli obblighi informativi verso terzi.

Le azioni correttive di breve periodo sono pertanto dirette a migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali destinati all'assolvimento del debito informativo verso gli enti terzi oltrechè quella di pervenire ad una generazione dei flussi informativi quanto più possibile automatizzata e direttamente dai vari applicativi gestionali, limitando fino ad eliminare gli interventi tecnici volti alla loro correzione manuale.

Le stesse azioni sono pertanto dirette a gestire organicamente l'obbligo informativo dell'Azienda verso gli enti terzi.

c) Sviluppo Sistema Informativo Human Resources (AREAS - HR).

La situazione attuale delle anagrafiche del personale è caratterizzato da digitazioni parziali rispetto alla totalità dei dati identificativi dei vigenti CCNL, che pertanto vengono gestite extrasistema. Quanto precisato si ripercuote sulla difficoltà nell'analizzare sul piano quantitativo e qualitativo la composizione, la distribuzione e l'impiego delle risorse umane.

Pertanto la corretta compilazione delle anagrafiche aziendali del personale risponde all'esigenza gestionale del servizio Risorse Umane, ma è finalizzata ad una migliore conoscenza e ad un appropriato impiego della risorsa umana in Azienda.

Nel breve periodo sarà dunque obiettivo aziendale quello di definire il popolamento anagrafico informatico in maniera completa e puntuale, al fine della condivisione dei dati con gli altri servizi aziendali e assicurare lo stesso quale strumento operativo per la programmazione delle Risorse Umane.

d) Sistema Gestione Turni del Personale.

Attualmente, la gestione dei turni del personale risulta essere completamente manuale, fatta a cura dei responsabili di reparto o dai coordinatori. Il sistema gestionale da adottare, risponde all'esigenza di una corretta gestione delle turnazioni del personale, con particolare riferimento al personale infermieristico e medico, nel rispetto dei CCNL e della normativa generale sul lavoro. Attraverso il sistema sarà possibile una puntuale documentazione delle prestazioni ordinarie e accessorie erogate. La corretta gestione dei turni del personale risponde all'esigenza di una corretta programmazione delle attività accessorie e alla corretta gestione dei fondi contrattuali destinati al trattamento accessorio.

L'obiettivo di breve periodo risulta essere quello di superare le attuali disfunzioni e i limiti derivanti dalla gestione manuale e parcellizzata dei turni di lavoro.

e) Comunicazione (Back Office).

Ad integrazione di quanto evidenziato sopra nel punto 20 - Potenziamento servizio comunicazione - si prevede l'adeguamento dei Sistemi e dei Servizi di Comunicazione Aziendale alla normativa vigente - Dlgs 82/2005, "*Codice dell'amministrazione digitale*".

L'applicazione delle linee guida per i siti web delle pubbliche amministrazioni, previste dall'art. 4 della Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione 26 novembre 2009, n. 8, finalizzate alla cura del processo di sviluppo dei servizi online e di offerta di informazioni di qualità rivolte al cittadino, che deve contraddistinguere ogni pubblica amministrazione.

Migliorare la cura del Sito Aziendale, con contenuti tempestivamente aggiornati.

In particolar modo: i servizi aziendali, i riferimenti dei dirigenti responsabili e l'elenco completo delle caselle di posta elettronica istituzionali attive, specificando anche se si tratta di una casella di posta elettronica certificata.

- f) Reti Fonia e Centrali Telefoniche: Progetto VOIP (Voice Over IP) – Adeguamento sistema fonia aziendale

Ad integrazione di quanto detto risulta imprescindibile un urgente adeguamento del Sistema per i servizi telefonia fissa Aziendale, congiuntamente con l'Università, per il passaggio alla tecnologia di servizi VOIP previsti dal sistema pubblico di connettività, così come previsto dalla normativa vigente. L'obiettivo è quello di ottenere dei benefici economici attraverso una riduzione dei costi, supportati da una riorganizzazione dei modi di lavorare e comunicare.

- g) Sistemi di Rete e Telecomunicazioni: Adeguamento Infrastruttura di Rete al PoE (Power over Ethernet) al nuovo sistema telefonico VOIP

Si evidenzia inoltre la seguente criticità: la rete con cablaggio aziendale strutturato non è dotata di ridondanze ed inoltre non è garantita la continuità elettrica e tecnologia PoE sugli apparati, pertanto è inadatta a supportare il nuovo sistema di telefonia.

Si ritiene pertanto necessario programmare adeguamenti all'infrastruttura di rete ospedaliera per il supporto della tecnologia VOIP.

A fonte degli oneri nel primo triennio relativi all'impianto della nuova tecnologia si ritiene che tali interventi possano dare un reale contributo all'adeguamento dei sistemi di rete e telecomunicazioni.

Programma sanitario annuale – Gli obiettivi programmatici e i progetti

Numero Progetto	Descrizione del progetto	Descrizione obiettivi programmatici anno 2012			
		1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre	4° trimestre
1	Potenziamento strutture interne di programmazione e controllo	• Attività di controllo valori standard e verifica scostamenti per eventuale rinegoziazione obiettivi.	• Attività di controllo valori standard e verifica scostamenti per eventuale rinegoziazione obiettivi.	• Attività di controllo valori standard e verifica scostamenti per eventuale rinegoziazione obiettivi.	• Attività di controllo valori standard e verifica scostamenti per eventuale rinegoziazione obiettivi.
2	Rendicontazione attività di emergenza	• Completamento atti di fornitura terminali e formazione personale per utilizzo programma PSWEB	• Monitoraggio e valutazione nuove procedure	• Monitoraggio e valutazione nuove procedure	• Monitoraggio e valutazione nuove procedure
3	Superamento duplicazione strutture e accorpamento reparti	• Predisposizione atti di ricognizione per valutazione opportunità di duplicazione e eventuali accorpamenti	• Esecuzione accorpamento e verifica costi benefici accorpamento	• Monitoraggio e rendicontazione nuova produttività	• Monitoraggio e rendicontazione nuova produttività
4	Accorpamento servizi ambulatoriali di uguale attività	• Istruttoria e predisposizione atti esecutivi	• Esecuzione accorpamento	• Monitoraggio attività ambulatoriale dopo accorpamento	• Monitoraggio attività ambulatoriale dopo accorpamento
5	Razionalizzazione costi del personale	• Predisposizione atti di ricognizione per valutazione pianta organica	• Predisposizione istruttoria per espletamento concorso a tempo indeterminato	• Espletamento concorsi a tempo indeterminato	• Espletamento concorsi a tempo indeterminato

Numero Progetto	Descrizione del progetto	Descrizione obiettivi programmatici anno 2012			
		1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre	4° trimestre
6	Economie nelle spese dei farmaci	<ul style="list-style-type: none"> Predisposizione atti di ricognizione e armonizzazione funzione di programmazione e controllo tra vari servizi 	<ul style="list-style-type: none"> Predisposizione report di controllo e di valutazione acquisti e consumo farmaci 	<ul style="list-style-type: none"> Predisposizione report di controllo e di valutazione acquisti e consumo farmaci 	<ul style="list-style-type: none"> Predisposizione report di controllo e di valutazione acquisti e consumo farmaci
7	Razionalizzazione e acquisti di beni e servizi	<ul style="list-style-type: none"> Predisposizione atti di identificazione beni e servizi acquisibili in forma associata e adempimenti acquisti 	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio beni e servizi e adempimenti acquisti in forma associata 	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio beni e servizi e adempimenti acquisti in forma associata 	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio beni e servizi e adempimenti acquisti in forma associata
8	Riorganizzazione CUP Aziendale e Cartella Ambulatoriale Informatizzata	<ul style="list-style-type: none"> Implementazione informatizzazione agenda riservate, cartella ambulatoriale e diffusione sistema SGP 	<ul style="list-style-type: none"> Verifica operatività cartella ambulatoriale e sistema SGP 	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio operatività cartella ambulatoriale e sistema SGP 	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio operatività cartella ambulatoriale e sistema SGP
9	Monitoraggio esenzioni ticket e riscossioni coattive	<ul style="list-style-type: none"> Predisposizione controlli per recupero crediti 	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio esenzioni e adempimenti riscossioni coattive 	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio esenzioni e adempimenti riscossioni coattive 	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio esenzioni e adempimenti riscossioni coattive
10	Monitoraggio costi e ricavi della attività intramoenia	<ul style="list-style-type: none"> Predisposizione informatizzazione presso studi medici Rendicontazione formale periodica 	<ul style="list-style-type: none"> Rendicontazione formale periodica Predisposizione azioni correttive 	<ul style="list-style-type: none"> Rendicontazione formale periodica Predisposizione azioni correttive 	<ul style="list-style-type: none"> Rendicontazione formale periodica Predisposizione azioni correttive
11	Sperimentazione reparti di degenza multidisciplinari	<ul style="list-style-type: none"> Istruttoria e predisposizione atti esecutivi 	<ul style="list-style-type: none"> Completamento istruttoria e atti esecutivi Avvio integrazione reparti 	<ul style="list-style-type: none"> Completamento integrazione reparti Inizio monitoraggio attività di degenza dopo integrazione 	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio attività di degenza dopo integrazione
12	Attivazione nuovi modelli assistenziali: week hospital	<ul style="list-style-type: none"> Istruttoria: identificazione casistica 	<ul style="list-style-type: none"> Definizione protocolli clinici 	<ul style="list-style-type: none"> Avvio sperimentazione 	<ul style="list-style-type: none"> Analisi dei risultati e monitoraggio
13	Attivazione nuovi modelli assistenziali: day service: PCCA e PACC	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostico nodulo tiroideo Cataratta 	<ul style="list-style-type: none"> Liberazione del tunnel carpale Oftalmopatia da patologia autoimmune tiroidea 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostico per l'ipertensione Follow up pazienti HIV+/confezione HCV-HBV 	<ul style="list-style-type: none"> Follow up Ca mammella Follow up diabete
14	Qualità: definizione e avvio percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali	<ul style="list-style-type: none"> Preparazione e formalizzazione delle attività necessarie per l'attivazione dei percorsi programmati: <ul style="list-style-type: none"> -tempi - risorse - relazioni tra U.O. 	<ul style="list-style-type: none"> Percorso per la gestione integrata dei pazienti affetti da B.P.C.O. Percorso "Tumore del polmone" (opacità polmonare) 	<ul style="list-style-type: none"> Percorso del paziente con patologia prostatica Percorso del paziente con neoplasia vescicale superficiale 	<ul style="list-style-type: none"> Percorso paziente con SLA (integrato con ASL di Sassari); Percorso della paziente con neoplasia ovarica Percorso del paziente con neoplasia vescicale infiltrante

Numero Progetto	Descrizione del progetto	Descrizione obiettivi programmatici anno 2012			
		1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre	4° trimestre
15	Formalizzazione atto aziendale e pianta organica	<ul style="list-style-type: none"> Atti propedeutici alla formalizzazione atto aziendale Presa d'atto del personale in servizio 	<ul style="list-style-type: none"> Formalizzazione atto aziendale 	<ul style="list-style-type: none"> Adozione pianta organica definitiva 	
16	Diffusione concetto di sicurezza aziendale	<ul style="list-style-type: none"> Ricognizione interventi urgenti per migliorare sicurezza aziendale e consolidamento procedure di prevenzione Consegna dei piani di emergenza di dettaglio degli edifici aziendali Informazione e formazione del personale 	<ul style="list-style-type: none"> Ricognizione costante di situazioni potenzialmente dannose e applicazione procedure di prevenzione 	<ul style="list-style-type: none"> Ricognizione costante di situazioni potenzialmente dannose e applicazione procedure di prevenzione 	<ul style="list-style-type: none"> Ricognizione costante di situazioni potenzialmente dannose e applicazione procedure di prevenzione
17	Nomenclatore tariffario aziendale	<ul style="list-style-type: none"> Censimento prestazioni erogate e non presenti nel vigente tariffario regionale e istruzione pratica adozione progressivi tariffari aziendali 	<ul style="list-style-type: none"> Istruzione pratica adozione progressivi tariffari aziendali 	<ul style="list-style-type: none"> Istruzione pratica adozione progressivi tariffari aziendali 	<ul style="list-style-type: none"> Istruzione pratica adozione progressivi tariffari aziendali
18	Formazione	<ul style="list-style-type: none"> Avvio piano annuale di formazione 	<ul style="list-style-type: none"> Organizzazione corsi approvati dalla commissione tecnico scientifica 	<ul style="list-style-type: none"> Organizzazione corsi approvati dalla commissione tecnico scientifica 	<ul style="list-style-type: none"> Organizzazione corsi approvati dalla commissione tecnico scientifica
19	Progetto Cartella Clinica Aziendale	<ul style="list-style-type: none"> Predisposizione progetto per elaborazione cartella clinica 	<ul style="list-style-type: none"> Sperimentazione elaborazione cartella clinica 	<ul style="list-style-type: none"> Elaborazione definitiva cartella clinica 	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio operatività cartella clinica
20	Potenziamento Servizio Comunicazione	<ul style="list-style-type: none"> Implementazione progetto strutturazione e alla redazione di una nuova Carta dei servizi 	<ul style="list-style-type: none"> Predisposizione e diffusione opuscolo informativo Predisposizione e diffusione questionario di "Customer Satisfaction" 	<ul style="list-style-type: none"> Diffusione opuscolo informativo Diffusione questionario di "Customer Satisfaction" 	<ul style="list-style-type: none"> Diffusione opuscolo informativo Diffusione questionario di "Customer Satisfaction"
21	Sviluppo dei sistemi e servizi informativi	<ul style="list-style-type: none"> Tempi e modi dei progetti di sviluppo dei sistemi e dei servizi informativi, compatibilmente alle risorse assegnate. 	<ul style="list-style-type: none"> Tempi e modi dei progetti di sviluppo dei sistemi e dei servizi informativi, compatibilmente alle risorse assegnate. 	<ul style="list-style-type: none"> Tempi e modi dei progetti di sviluppo dei sistemi e dei servizi informativi, compatibilmente alle risorse assegnate. 	<ul style="list-style-type: none"> Tempi e modi dei progetti di sviluppo dei sistemi e dei servizi informativi, compatibilmente alle risorse assegnate.

PARTE II

a) **Premessa generale**

Ad integrazione di quanto specificato nella Deliberazione del Direttore Generale n° 189 del 28/03/2012 per la parte economico-patrimoniale, e alla quale si fa rimando, si forniscono i dettagli che seguono.

L'analisi della situazione economica e finanziaria per l'esercizio 2012 non può prescindere dalla situazione di originario deficit strutturale, impiantistico e logistico che ha costituito la base di partenza dell'azienda a far data dalla sua costituzione nel 2007. Le stesse hanno necessariamente condizionato anche i successivi anni di attività istituzionale, in quanto la loro ricognizione e il tentativo di tamponamento di carenze ormai consolidate nel tempo, ha comportato notevoli sacrifici per una scorrevole attuazione di quella che è la missione specifica di un'azienda ospedaliera. In particolare sono state sottratte cruciali risorse atte ad implementare servizi caratterizzati da specializzazioni fortemente elevati e risorse dedicate all'attività didattica Universitaria istituzionale.

Come sotto esposto al punto b), si analizzano, riservandosi di trattare con maggiore dettaglio nel documento di programmazione triennale, le peculiarità economiche, finanziarie e patrimoniali dell'azienda.

Così come chiaramente evidenziato al punto c), altra rilevante criticità, che ha costituito ostacolo al "naturale" svolgimento dell'attività istituzionale, è quella inerente l'organizzazione del personale.

b) **La programmazione economica, finanziaria e patrimoniale**

Dal punto di vista economico, le azioni di cui sopra, sono dirette a garantire anche nel breve periodo una razionalizzazione dell'attività istituzionale come contributo alla riduzione del risultato economico negativo di gestione scaturito nei precedenti esercizi.

A tal fine i fattori della produzione istituzionale devono necessariamente combinarsi fra loro nel modo ottimale, valutando preventivamente la convenienza economica confrontando dunque eventuali costi e componenti positivi di reddito e contestualmente integrarli con uno studio della fattibilità tecnica, per evitare eventuali sprechi di risorse.

Dal punto di vista dei componenti positivi di reddito, così come elencato precedentemente, si potrebbe avere un incremento degli stessi dovuto alla più corretta rilevazione della partecipazione dei privati alla spesa pubblica (tramite ticket). I ricavi da assegnazione RAS per contributi in conto esercizio indistinti, vengono mantenuti sostanzialmente pari a quelli rilevati per l'anno 2010 e 2011.

Dal punto di vista dei componenti negativi a titolo esemplificativo si riportano le maggiori economie che dovrebbero verificarsi nel breve periodo.

Sempre in riferimento ad contenimento dei costi si prevede un'economia nelle spese del personale complessivamente inteso (personale dipendente e personale con rapporto di lavoro flessibile) per effetto della cessazione quasi totale dei contratti di lavoro interinale, sostituiti già nel corso del 2011, con assunzioni a tempo determinato e a tempo indeterminato.

Nell'anno di programmazione 2012 si prevede di portare a termine nuovi concorsi pubblici che mireranno a stabilizzare definitivamente l'organizzazione aziendale attraverso assunzioni a tempo indeterminato, in particolare del personale del comparto del ruolo amministrativo.

Si provvederà inoltre alla massima contrazione dei costi riferiti a qualunque tipo di acquisizione di beni o servizi, grazie alla predisposizione di bandi di gara che permetteranno di superare i numerosi attuali affidamenti diretti. Si valuteranno inoltre costi e benefici per ogni futuro approvvigionamento di risorse mediante puntuale coinvolgimento dei servizi competenti. Pertanto, si intende realizzare l'obiettivo di ottenere maggiori economie grazie a scelte condivise dai vari servizi coinvolti in tale valutazione.

Dal punto di vista finanziario. Il mancato aggiornamento delle risorse finanziarie assegnate da parte della RAS sia per l'anno 2012 ma anche per l'anno 2011 e la tardiva erogazione delle risorse stesse, continua a ripercuotersi nei rapporti con i fornitori, in modo particolare con l'ASL1 di Sassari che

rappresenta il maggior fornitore dell'AOU, per il quale continua a persistere una condizione di forte sofferenza finanziaria. *In questo specifico caso sarà necessario concordare, attraverso modalità convenzionali, la condivisione dei flussi informativi documentali a supporto di una determinazione corretta e tempestiva dei rapporti di dare/avere tra le aziende.*

Ad oggi, prendendo atto delle attribuzioni finanziarie deliberate dalla RAS, la programmazione aziendale verrà comunque effettuata nell'ottica del mantenimento di adeguati livelli essenziali di assistenza e del conseguimento di un'economicità complessiva.

Dal punto di vista patrimoniale la difficile situazione strutturale degli edifici e strumentale delle attrezzature e delle tecnologie, già in più occasioni rimarcate in altri diversi documenti aziendali, rimane purtroppo uno dei punti critici che ostacolano l'auspicata dotazione patrimoniale se non ottimale quantomeno vicina a standard qualitativi coerentemente con i requisiti strutturali e tecnologici delle norme sull'accREDITAMENTO istituzionale e nel rispetto delle norme sulla sicurezza.

In attesa che venga realizzato il nuovo ospedale si dovrà provvedere alla manutenzione dell'attuale presidio, per il quale vengono previsti numerosi interventi nel piano degli investimenti, la maggior parte dei quali riferibili alla *sicurezza* e per i quali è indispensabile un adeguato intervento di contributi in conto capitale da parte della Regione.

In parte si potrà sopperire con riferimento a quelli che sono i minimi interventi di manutenzione ordinaria e si prevede come obiettivo di breve periodo, quello di mantenere costante il valore delle spese sostenute nell'anno 2011. Queste ultime infatti, hanno subito un incremento notevole rispetto all'anno 2010, in quanto, per iniziativa del nuovo Direttore Generale si è data autorizzazione ad effettuare numerosi interventi non più prorogabili soprattutto ai fini della sicurezza, in attesa della definitiva attribuzione delle risorse previste per l'auspicato ampliamento strutturale.

La ristrutturazione del patrimonio sanitario strutturale dell'Azienda avrà logicamente un riferimento temporale ben più ampio rispetto al documento attuale, per questo si rinvia al documento di programmazione triennale per un maggior dettaglio.

c) Organizzazione del personale

La particolare situazione in cui si trova l'Azienda in questo specifico momento storico, alla luce delle molteplici difficoltà verificatesi dal momento della recente costituzione, ha condizionato e condiziona tuttora in maniera decisa la situazione generale dell'Azienda ma anche delle "Risorse Umane" disponibili.

Nel corso dell'anno 2011 è stato profuso un grosso impegno per la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane presenti e per l'individuazione e l'acquisizione delle figure professionali necessarie per una più armonica gestione delle varie Strutture Operative. Le maggiori difficoltà si sono riscontrate nel constatare che la maggior parte del personale sanitario era stato reclutato con contratti a tempo determinato mentre il personale amministrativo quasi interamente con contratti di somministrazione presso varie agenzie interinali. Inoltre, servizi importanti quali la gestione della "rilevazione delle presenze", di rilevante carattere strategico in quanto impulso generativo di tutte le attività necessarie per la ricostruzione delle attività lavorative giornaliere di tutto il personale dipendente, era affidata ad imprese esterne che, con personale proprio, gestivano sia il programma di sviluppo, sia le attività amministrative di parte dell'ufficio giuridico.

L'operato della nuova direzione, in pochi mesi e, sino alla fine dell'anno, ha dovuto concentrare i propri sforzi anche nell'opera di internalizzazione ed armonizzazione delle competenze citate, fino a quel momento gestite con interventi e personale esterni. Sono state allestite ed espletate tutte le selezioni di personale necessarie per sostituire i contratti di somministrazione con l'assunzione di tutte le figure professionali, amministrative, tecniche e sanitarie necessarie e sufficienti per il più razionale funzionamento delle strutture interessate.

Il medesimo personale aziendale appena assunto in servizio è stato incaricato di svolgere successivamente un altrettanto qualificante lavoro di risanamento delle situazioni contrattuali del personale sanitario, medico e non medico, le cui precedenti fonti di acquisizione erano già in fase di scadenza al 31-12-2011 per decorrenza dei termini di legge e di contratto.

Sono pertanto state predisposte ed espletate innumerevoli selezioni sia per personale infermieristico sia per personale medico delle più disparate specialità. Detto personale, con nuovi contratti a tempo determinato, è stato avviato regolarmente al lavoro con decorrenza 01/01/2012.

Il percorso dell'Azienda è stato caratterizzato dall'utilizzo di Atti Provvisori che hanno indubbiamente condizionato sia lo sviluppo che l'attività della stessa.

Compito della Direzione, in qualità di organo politico-amministrativo, sarà, nel breve periodo, quello di portare a conoscenza delle Parti Sociali interessate la gran mole di lavoro svolto per il perfezionamento degli Atti Fondamentali menzionati e per la richiesta da parte degli Organi Istituzionalmente Preposti delle dovute approvazioni. Una volta definiti gli assetti organizzativi e istituzionalizzata la propria identità, l'Azienda potrà finalmente procedere nel percorso di stabilizzazione delle proprie strutture tramite l'attivazione delle procedure a evidenza pubblica per l'acquisizione del personale necessario nelle posizioni e nelle strutture di competenza.

Per quanto riguarda i costi del personale, dall'analisi dei precedenti anni 2009 e 2010, emerge che nel corso del 2011 non si sono riscontrate sostanziali differenze. Tanto è vero che, mentre si è registrato un incremento del personale medico a tempo determinato, è risultato un decremento del personale medico a tempo indeterminato. Altra considerazione invece può essere fatta per il personale sanitario ed il personale amministrativo e tecnico. Negli ultimi mesi dell'anno, da settembre a dicembre, con il progressivo passare dai contratti di somministrazione ai contratti a tempo determinato, frutto delle risultanze delle varie selezioni espletate, si è potuto riscontrare un rilevante decremento dei costi. L'analisi dei quali potrà essere considerata più che attendibile per una previsione di costo del predetto personale stimato per il 2012.

Come sopra dettagliato, l'entità del comparto del personale è rimasta sostanzialmente invariata come numero ma non come costi. In particolare nell'esposizione del Bilancio annuale, e nello specifico nel Conto Economico, si è effettuata una traslazione consistente dalla voce B) "Costi della produzione" al punto 5 (costi per servizi) verso il punto 7 (costi per il personale).

Per il 2012, inoltre, in ragione della continuazione di quel processo di razionalizzazione iniziato nella seconda metà del 2011 che ha apportato i primi evidenti benefici, si renderà necessario ed opportuno approfondire gli studi intrapresi per la risoluzione delle problematiche già individuate e che meritano attenzione e urgenti soluzioni. Tali problematiche hanno origini dai primissimi periodi di vita della nuova realtà ospedaliera e, per motivi probabilmente non ascrivibili a responsabilità dirette di nessuno in particolare, sono rimaste sul tavolo di chissà quante e quali trattative. Quasi l'effetto di un *peccato originale* non ancora espiato. Il riferimento è per la definitiva *integrazione* fra personale proveniente da varie parti (ASL, Università, Regione, Enti vari), per la *graduazione delle funzioni* dirigenziali, la *graduazione delle posizioni organizzative*, alla creazione di un *sistema di valutazione* permanente del personale dirigente e dei quadri del comparto, la creazione di un *sistema di verifica della produttività*. Vanno inoltre tenute in considerazione attività di ottimizzazione del personale in rapporto alle strutture di appartenenza e la revisione di alcuni fra i più importanti regolamenti per le varie attività istituzionali ed accessorie.

d) La produzione

Si forniscono di seguito i dati della produzione.

DATI PRODUZIONE DA DRG ORDINARI E DAY HOSPITAL
 (Fonte: Banca Dati SDO regionale e aziendale anno 2010)

AREA CHIRURGICA			
Reparto	Ricoveri Ordinari	Dimessi 2010	Valore 2010
0901	U.O. CHIRURGIA DELLE GRANDI OBESITA'	371	€ 2.042.416,75
0903	U.O. CLINICA CHIRURGICA	725	€ 2.730.001,03
0904	U.O. PATOLOGIA CHIRURGICA	649	€ 2.075.987,92
1001	U.O. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	299	€ 1.283.348,14
1101	U.O. CHIRURGIA PEDIATRICA	396	€ 664.606,31
1201	U.O. CHIRURGIA PLASTICA	204	€ 597.939,78
1401	U.O. CHIRURGIA VASCOLARE	325	€ 1.123.179,23
3401	U.O. OCULISTICA	1.231	€ 1.381.065,20
3601	U.O. ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	554	€ 2.313.765,93
3801	U.O. OTORINOLARINGOIATRIA	600	€ 1.517.218,77
4301	U.O. UROLOGIA	844	€ 2.626.846,14
4303	U.O. ANDROLOGIA	232	€ 765.316,57
4903	U.O. TERAPIA INTENSIVA: ANESTESIA E RIANIMAZIONE	54	€ 859.283,11
TOTALE AREA CHIRURGICA ORDINARI		6.484	€ 19.980.974,88
Reparto	Ricoveri Day Hospital	Dimessi 2010	Valore 2010
0901	U.O. CHIRURGIA DELLE GRANDI OBESITA'	348	€ 498.459,11
0903	U.O. CLINICA CHIRURGICA	215	€ 332.621,24
0904	U.O. PATOLOGIA CHIRURGICA (*)	-	€ 0,00
1001	U.O. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	185	€ 296.436,93
1101	U.O. CHIRURGIA PEDIATRICA	37	€ 16.875,85
1201	U.O. CHIRURGIA PLASTICA	130	€ 292.044,33
3401	U.O. OCULISTICA	1.873	€ 2.208.980,44
3501	U.O. ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	853	€ 1.024.067,83
3601	U.O. ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	276	€ 226.580,83
3801	U.O. OTORINOLARINGOIATRIA	10	€ 4.355,72
4301	U.O. UROLOGIA	367	€ 420.927,11
4303	U.O. ANDROLOGIA	97	€ 267.458,19
TOTALE AREA CHIRURGICA DH		4.391	€ 5.588.807,58
TOTALE AREA CHIRURGICA		10.875	€ 25.569.782,46
AREA MEDICINA INTERNA			
Reparto	Ricoveri Ordinari	Dimessi 2010	Valore 2010
1801	U.O. EMATOLOGIA	298	€ 2.274.930,92
2401	U.O. MALATTIE INFETTIVE	523	€ 1.458.939,10
2604	U.O. CLINICA MEDICA	518	€ 1.696.029,97
2605	U.O. PATOLOGIA MEDICA	512	€ 1.725.952,39
3201	U.O. NEUROLOGIA	500	€ 1.464.582,93
6801	U.O. PNEUMOLOGIA	741	€ 2.569.888,85
TOTALE MEDICINA INTERNA ORDINARI		3.092	€ 11.190.324,16
Reparto	Ricoveri Day Hospital	Dimessi 2010	Valore 2010
2401	U.O. MALATTIE INFETTIVE	174	€ 235.985,18
2604	U.O. CLINICA MEDICA	28	€ 19.524,20
2605	U.O. PATOLOGIA MEDICA	119	€ 203.474,52
3201	U.O. NEUROLOGIA	216	€ 335.266,92
6401	U.O. ONCOLOGIA	275	€ 616.893,98
6801	U.O. PNEUMOLOGIA	44	€ 39.844,83



TOTALE MEDICINA INTERNA DH		856	€ 1.450.989,63
TOTALE MEDICINA INTERNA		3.948	€ 12.641.313,79
AREA MATERNO INFANTILE			
Reperto	Ricoveri Ordinari	Dimessi 2010	Valore 2010
3101	U.O. NIDO	1.314	€ 1.330.125,40
3301	U.O. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	355	€ 613.987,28
3701	U.O. DIV. OSTETRICA E GINECOLOGIA	581	€ 1.140.514,21
3702	U.O. CLI. OSTETRICA E GINECOLOGIA	2.862	€ 5.579.091,61
3901	U.O. DIV. PEDIATRIA INFETTIVI	652	€ 931.857,74
3902	U.O. CLINICA PEDIATRICA	1.302	€ 1.791.474,15
6201	U.O. NEONATOLOGIA	413	€ 2.188.899,93
TOTALE MATERNO INFANTILE ORDINARI		7.479	€ 13.575.950,32
Reperto	Ricoveri Day Hospital	Dimessi 2010	Valore 2010
3301	U.O. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	38	62.618,02
3702	U.O. CLI. OSTETRICA E GINECOLOGIA	306	323.864,77
3901	U.O. DIV. PEDIATRIA INFETTIVI	48	24.767,92
3902	U.O. CLINICA PEDIATRICA	154	918.884,35
TOTALE MATERNO INFANTILE DH		546	1.330.135,06
TOTALE AREA MATERNO INFANTILE		8.025	€ 14.906.085,38
TOTALE GENERALE		22.848	€ 53.117.181,63

(*) Day hospital non attivato nell'anno 2010.

DATI PRODUZIONE DA DRG ORDINARI
 (Fonte: Banca Dati SDO regionale e aziendale anno 2011)
 Periodo riferimento gennaio-settembre

AREA CHIRURGICA			
Reperto	Ricoveri Ordinari	Dimessi gen_set 2011	Valore gen_set 2011
0901	U.O. CHIRURGIA DELLE GRANDI OBESITA'	263	€ 1.490.344,21
0903	U.O. CLINICA CHIRURGICA	532	€ 1.787.475,68
0904	U.O. PATOLOGIA CHIRURGICA	425	€ 1.312.329,25
1001	U.O. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	247	€ 882.910,94
1101	U.O. CHIRURGIA PEDIATRICA	275	€ 438.288,76
1201	U.O. CHIRURGIA PLASTICA	137	€ 404.003,97
1401	U.O. CHIRURGIA VASCOLARE	199	€ 877.012,25
3401	U.O. OCULISTICA	460	€ 523.750,67
3601	U.O. ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	282	€ 961.352,50
3801	U.O. OTORINOLARINGOIATRIA	459	€ 1.247.560,16
4301	U.O. UROLOGIA	515	€ 1.746.453,78
4303	U.O. ANDROLOGIA	171	€ 541.463,67
4903	U.O. TERAPIA INTENSIVA: ANESTESIA E RIANIMAZIONE	35	€ 800.676,77
TOTALE AREA CHIRURGICA ORDINARI		4.000	€ 13.013.622,61
AREA MEDICINA INTERNA			
Reperto	Ricoveri Ordinari	Dimessi gen_set 2011	Valore gen_set 2011
1801	U.O. EMATOLOGIA	266	€ 2.056.994,49
2401	U.O. MALATTIE INFETTIVE	328	€ 1.051.321,79
2604	U.O. CLINICA MEDICA	351	€ 1.124.654,07
2605	U.O. PATOLOGIA MEDICA	303	€ 1.014.561,82
3201	U.O. NEUROLOGIA	414	€ 1.120.664,36
6801	U.O. PNEUMOLOGIA	485	€ 1.709.188,38
TOTALE MEDICINA INTERNA ORDINARI		2.147	€ 8.077.384,91
AREA MATERNO INFANTILE			
Reperto	Ricoveri Ordinari	Dimessi gen_set 2011	Valore gen_set 2011
3101	U.O. NIDO	844	€ 821.313,27
3301	U.O. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	208	€ 366.139,37
3701	U.O. DIV. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	324	€ 624.290,22
3702	U.O. CLI. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.905	€ 3.605.395,85
3901	U.O. DIV. PEDIATRIA INFETTIVI	509	€ 676.765,32
3902	U.O. CLINICA PEDIATRICA	923	€ 1.205.536,72
6201	U.O. NEONATOLOGIA	285	€ 1.454.597,64
TOTALE MATERNO INFANTILE ORDINARI		4.998	€ 8.754.038,39
TOTALE GENERALE		11.145	€ 29.845.045,91

N.B.: I dati indicati per l'anno 2011 (dati da gennaio a settembre) sono parziali in quanto si riferiscono ai soli ricoveri in Regime Ordinario in quanto i ricoveri in regime Day Hospital (reparti di Reumatologia, Oncologia e Odontoiatria) vengono chiusi al 31/12.



**Incidenza dei primi 30 DRG in regime ordinario
(Fonte: Banca Dati SDO regionale e aziendale anno 2010)**

DRG	DESCRIZIONE DRG	QUANTITA' R.O.
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	878
391	Neonato normale	842
371	Parto cesareo senza CC	631
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	543
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	436
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	419
390	Neonati con altre affezioni significative	414
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	351
298	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 an	340
379	Minaccia di aborto	320
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età	219
098	Bronchite e asma, età < 18 anni	214
290	Interventi sulla tiroide	208
045	Malattie neurologiche dell'occhio	207
026	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	180
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	172
388	Prematurità senza affezioni maggiori	170
383	Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	168
311	Interventi per via transuretrale senza CC	151
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	140
119	Legatura e stripping di vene	137
260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	135
091	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	133
468	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	130
012	Malattie degenerative del sistema nervoso	124
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza	122
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età	119
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	113
089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	110
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	107
TOTALE PRIMI 30 DRG		8233



**Incidenza dei primi 30 DRG in regime day hospital
(Fonte: Banca Dati SDO regionale e aziendale anno 2010)**

DRG	DESCRIZIONE DRG	QUANTITA' R.D.H.
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	1517
187	Estrazioni e riparazioni dentali	346
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	286
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	260
169	Interventi sulla bocca senza CC	243
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	217
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	204
168	Interventi sulla bocca con CC	184
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	164
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	138
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite se	111
185	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17	106
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	106
260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	90
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	81
243	Affezioni mediche del dorso	78
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	77
347	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	70
319	Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	66
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	59
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	57
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	56
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femo	50
342	Circoncisione, età > 17 anni	43
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	42
186	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18	40
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	35
414	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC	34
394	Altri interventi sugli organi emopoietici	33
006	Decompressione del tunnel carpale	32
TOTALE PRIMI 30 DRG		4825



Incidenza dei primi 30 DRG in regime ordinario
(Fonte: Banca Dati SDO regionale e aziendale dal 01/01/2011 al 30/09/2011)

DRG	DESCRIZIONE DRG	QUANTITA' R.O.
391	Neonato normale	543
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	518
371	Parto cesareo senza CC	393
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	303
390	Neonati con altre affezioni significative	295
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	288
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	267
298	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	240
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	209
290	Interventi sulla tiroide	195
379	Minaccia di aborto	194
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	172
383	Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	147
098	Bronchite e asma, età < 18 anni	129
310	Interventi per via transuretrale con CC	128
091	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	124
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	110
026	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	107
045	Malattie neurologiche dell'occhio	106
388	Prematurità senza affezioni maggiori	104
012	Malattie degenerative del sistema nervoso	98
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	98
311	Interventi per via transuretrale senza CC	97
063	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	89
422	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	84
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	83
119	Legatura e stripping di vene	83
468	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	83
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	80
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	78
TOTALE PRIMI 30 DRG		5445

Prestazioni di specialistica ambulatoriale: numero di prestazioni erogate dalle singole Unità Operative
 (*Fonte FILE C AZIENDALE_2010_2011)

UNITA' OPERATIVA	N° PRESTAZIONI 2010	*VALORE TOTALE PRESTAZIONI_2010	N° PRESTAZIONI 2011	*VALORE TOTALE PRESTAZIONI 2011
AREA CHIRURGICA				
U.O. CHIRURGIA PEDIATRICA	878	€ 16.657,17	971	€ 18.576,17
U.O. OCULISTICA	13.334	€ 259.658,54	14.188	€ 271.690,32
U.O. OTORINOLARINGOIATRIA	12.791	€ 205.901,80	14.454	€ 219.852,87
U.O. CHIRURGIA PLASTICA	5.654	€ 124.289,13	5.695	€ 108.459,76
U.O. CHIRURGIA VASCOLARE	4.472	€ 116.144,78	3.516	€ 84.299,38
U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	326	€ 143.110,74	105	€ 46.093,95
U.O. CLINICA CHIRURGICA	4.677	€ 153.581,21	4.471	€ 140.531,47
U.O. PATOLOGIA CHIRURGICA	2.850	€ 87.712,58	3.002	€ 96.956,44
U.O. UROLOGIA	8.290	€ 190.539,90	6.993	€ 151.690,63
U.O. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	9.701	€ 99.549,82	8.458	€ 79.036,19
U.O. CHIRURGIA DELLE GRANDI OBESITA'	524	€ 9.601,06	259	€ 4.521,35
U.O. ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	11.179	€ 204.393,74	12.342	€ 220.706,69
U.O. ANDROLOGIA	944	€ 16.121,90	865	€ 14.861,32
U.O. CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	1.843	€ 28.067,50	579	€ 9.513,97
TOTALE	77.463	€ 1.655.329,87	75.898	€ 1.466.790,51
AREA INTERNISTICA				
U.O. PNEUMOTISIOLOGIA	7.064	€ 154.339,68	6.931	€ 151.996,67
U.O. NEUROLOGIA	20.944	€ 340.551,00	21.074	€ 310.905,27
CENTRO DI DIAGNOSI E CURA DELLE CEFALEE	2.057	€ 38.067,78	1.895	€ 33.635,45
U.O. MALATTIE INFETTIVE	21.842	€ 621.668,67	18.559	€ 524.737,53
U.O. CLINICA MEDICA	24.082	€ 641.273,35	22.800	€ 534.908,21
U.O. EMATOLOGIA	28.486	€ 282.456,86	25.544	€ 262.418,13
U.O. PATOLOGIA MEDICA	11.856	€ 168.895,65	8.473	€ 105.788,22
U.O. REUMATOLOGIA	3.427	€ 79.415,46	4.932	€ 110.245,34
U.O. ONCOLOGIA	3.864	€ 69.344,86	4.489	€ 78.727,89
TOTALE	123.622	€ 2.396.013,31	114.697	€ 2.113.362,71
AREA MATERNO INFANTILE				
U.O. DIVISIONE OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2.547	€ 66.241,41	1.946	€ 45.999,42
U.O. PEDIATRIA INFETTIVI	80	€ 1.605,34	29	€ 362,13
U.O. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	5.127	€ 114.224,37	5.025	€ 103.257,57
U.O. PEDIATRIA	7.521	€ 108.460,17	6.960	€ 88.004,33
U.O. CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA	31.106	€ 487.039,75	29.591	€ 448.626,92
U.O. NEONATOLOGIA	1.368	€ 15.169,59	1.390	€ 17.109,83
TOTALE	47.749	€ 792.740,63	44.941	€ 703.360,20



AREA SERVIZI E DIAGNOSTICA				
U.O. DIABETOLOGIA	107.728	€ 558.959,68	100.728	€ 528.111,00
U.O. MEDICINA NUCLEARE	45.844	€ 1.319.035,45	42.455	€ 1.228.173,30
U.O. ANATOMIA PATOLOGICA	24.861	€ 586.129,23	18.241	€ 476.847,81
U.O. SCIENZE BIOMEDICHE MICROBIOLOGIA	8.687	€ 124.416,27	8.981	€ 124.222,91
U.O. GENETICA CLINICA	5.130	€ 373.694,92	6.426	€ 434.010,60
IMMUNOMETRIA	4.179	€ 49.939,47	6.581	€ 76.394,36
U.O. SCIENZE RADIOLOGICHE	45.477	€ 2.481.707,23	46.299	€ 2.550.591,78
U.O. IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	4.943	€ 33.532,80	4.345	€ 25.125,92
U.O. PSICHIATRIA	6.154	€ 84.878,36	6.941	€ 96.875,98
U.O. ENDOCRINOLOGIA	47.110	€ 683.975,91	48.285	€ 688.397,35
U.O. DERMATOLOGIA	9.157	€ 158.474,55	10.379	€ 171.085,12
TOTALE	309.270	€ 6.454.743,87	299.661	€ 6.399.836,13
TOTALE GENERALE	558.104	€ 11.298.827,68	535.197	€ 10.683.349,55

Valori obiettivo conseguiti e attesi per gli Indicatori

INDICATORI		Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
		valore rilevato	valore rilevato	valore rilevato*	valore obiettivo
Degenza media (Fonte: data base aziendale su ricoveri in strutture aziendali)	regime ordinario	7,25	7,2	7,26	7,16
N° medio di accessi in DH (Fonte: data base aziendale su ricoveri in strutture aziendali)	regime day hospital	2,48	2,51	n.p.	2,61
Tasso di occupazione dei posti letto (Fonte: database aziendale su ricoveri in strutture aziendali)	regime ordinario	71%	71%	n.p.	72%
Peso medio DRG** (con esclusione codice 391) (Fonte: data base aziendale su ricoveri in strutture aziendali)	regime ordinario	0,99	0,99	n.p.	1
	regime day hospital	0,79	0,79	n.p.	0,80
Percentuale di ricorso al cesareo (Fonte: database aziendale su ricoveri in strutture aziendali)		43%	43%	43%	42%

* valore rilevato per il periodo dal 01/01/2011 al 30/09/2011

** pesi derivanti da TUC 2009 e 2010