

ASL ORISTANO
Relazione del Direttore Generale
Bilancio di Previsione Annuale e Pluriennale 2022-2024

La Legge Regionale n. 24 del 11.09.2020, di riforma del Sistema Sanitario della Regione Sardegna, prevede che mediante scorporo della Azienda per la Tutela della Salute siano costituite: l'Azienda Regionale della Salute Ares, n. 8 Aziende Socio Sanitarie Locali ASL, tra le altre l'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 5 di Oristano, l'Azienda di rilievo nazionale di alta specializzazione G. Brotzu Arnas, n.2 Aziende Ospedaliere Universitarie AOU di Cagliari e Sassari, l'Azienda Regionale di Emergenza e Urgenza Areus e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna IZS.

Con Delibera della G.R. n. 46/28 del 25.11.2021 è stata costituita l'Azienda socio-sanitaria locale (ASL) n.5 di Oristano a far data dal 01.01.2022 e individuata la sua sede legale nella via Carducci 35 di Oristano.

Il presente documento rappresenta la relazione redatta a cura del Direttore Generale al Bilancio di Previsione 2022-2024 dell' Azienda socio-sanitaria locale n.5 di Oristano a seguito delle diverse comunicazioni emanate dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.

Il Bilancio di Previsione è stato costruito partendo dalle assegnazioni teoriche per il triennio 2022-2024, comunicate dalla Direzione Generale dell'Assessorato Regionale alla Sanità con l'ultima nota in ordine temporale prot. 15085 del 29.06.2022 come indicato anche nella Nota Illustrativa.

La complessità dell'attuale contesto di riferimento, caratterizzato da un progressivo percorso di riforma dei Servizi Sanitari a livello regionale, impatta in modo considerevole sulle attività di programmazione dei costi del triennio 2022-2024. Pertanto, considerando l'importante cambiamento organizzativo che sta caratterizzando e caratterizzerà il Servizio Sanitario Regionale nel corso del 2022 e l'evoluzione del fenomeno pandemico, si è proceduto comunque con la quantificazione dei costi di gestione sulla base delle rendicontazioni inviate dall'Azienda Regionale della Salute (ARES) e dagli uffici regionali e del contesto attuale, prevedendo l'evoluzione nel corso del 2022 -2024 senza tuttavia avere tutti gli elementi necessari per disegnare la situazione che andrà a delinearsi.

La programmazione considera uno scenario di coerenza con le indicazioni regionali che richiedono il raggiungimento del pareggio di bilancio nell'anno 2022-2023-2024 ed il consolidamento di tale risultato nell'arco del triennio al netto dei costi per l'emergenza COVID.

Concluse le fasi di riorganizzazione dell'assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale con l'approvazione dell'atto aziendale si procederà ad una riprogrammazione delle attività e dei relativi costi con l'obiettivo primario di ottimizzare i processi, garantire la corretta allocazione delle risorse rispetto ai bisogni assistenziali e in base alle funzioni gestite dalla ASL.

Le azioni programmatiche 2022 saranno quindi orientate alla riorganizzazione secondo la riforma del Servizio Sanitario Regionale partendo dal Piano regionale dei servizi sanitari 2022-2024 e dagli obiettivi che la Regione Sardegna ha assegnato ai Direttori Generali delle ASL e in linea con gli obiettivi strategici nazionali e regionali e dalle esigenze particolari dell'azienda tendenti a migliorare il livello della performance in specifici ambiti. Vengono declinati quindi i macro obiettivi aziendali per l'anno 2022 che, unitamente agli obiettivi di risultato e/o processo, verranno assegnati alle articolazioni organizzative. Periodicamente si provvederà alla misurazione dei risultati e alla revisione eventuale degli obiettivi per renderli aderenti alle mutate esigenze e alle eventuali revisioni dei piani o programmi aziendali.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	DESCRIZIONE INDICATORE	FONTE INFORMATIVA E NOTE	TARGET 2022
Attuazione del Piano Regionale di riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale di cui alla DGR n.57/14 del 18.11.2020	Progettazione e individuazione del modello organizzativo delle Centrali operative territoriali (COT) nonché delle principali funzioni e relazioni con i servizi aziendali e interaziendali coinvolti; implementazione delle Centrali operative territoriali	% di adempimenti adottati nei termini rispetto a quelli previsti nel cronoprogramma del PNRR per l'attivazione delle COT aziendali	Direzioni di Distretto Socio Sanitario	100%
	Progettazione e implementazione le Case di Comunità	% di adempimenti adottati nei termini rispetto a quelli previsti nel cronoprogramma del PNRR per l'attivazione delle Case della Comunità aziendali	Direzioni di Distretto Socio Sanitario	100%
	Progettazione degli Ospedali di Comunità	data entro la quale presentare il modello organizzativo e operativo sperimentale di un Ospedale di Comunità nel Distratto di Ghilarza Bosa	presentazione del progetto al Direttore Generale	entro il mese di luglio 2022
	aumento del volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare alla popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti	numero di assistiti in ADI con età superiore ai 65 anni rispetto alla popolazione appartenente alla fascia di età di riferimento	UUOO di Cure Domiciliari aziendali	target migliorativo rispetto all'anno precedente
Riqualificazione della Rete assistenziale territoriale per la Salute Mentale	Implementazione del processo di revisione del sistema regionale dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti realizzando lo spostamento progressivo dell'offerta dalla alta alla media e alla bassa intensità di cura	Adozione di un "Piano aziendale di riqualificazione dell'offerta dei servizi pubblici residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti" ai sensi della DGR 13/12 del 09/04/2021.	Delibera del Direttore Generale ASL 5	adozione del piano entro il mese di ottobre
		Adozione di un piano aziendale degli acquisti di servizi residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute mentale degli adulti da erogatori privati accreditati che valorizzando la riduzione del fabbisogno nel livello di cura SRP1 ed il contestuale aumento del fabbisogno nel livello di cura livello SRP2 e SRP3	Delibera del Direttore Generale ASL 5	adozione del piano entro il mese di ottobre
Definizione del progetto di realizzazione della ASL di Oristano ai sensi dell'art.9 della legge regionale 11 settembre 2020 n°24 e della DGR n. 46/28 del 25.11.2021	Adozione dell'Atto aziendale nel rispetto delle linee guida regionali	data entro la quale adottare l'atto aziendale	Delibera del Direttore Generale ASL 5	entro 60 giorni dalla approvazione delle linee guida regionali
	Approvazione dei principali regolamenti aziendali	data entro la quale proporre l'adozione al Direttore Generale	Delibera del Direttore Generale ASL 5	entro il mese di dicembre 2022
	Sviluppo dei contenuti del nuovo sito istituzionale aziendale	data entro la quale completare i contenuti delle diverse aree tematiche del sito aziendale istituzionale	sito istituzionale ASL 5	entro il mese di dicembre 2022
Graduale ripresa delle attività (specialistica ambulatoriale/ricovero ospedaliero/attività chirurgica in elezione) in fase post emergenziale da Covid 19	Garantire la ripresa delle attività di Specialistica Ambulatoriale in fase post emergenziale da COVID-19 (per le prestazioni oggetto di monitoraggio ministeriale)	Volume di attività di Specialistica Ambulatoriale (per le prestazioni oggetto di monitoraggio ministeriale) nel II sem. 2022/Volume di attività di Specialistica Ambulatoriale (per le prestazioni oggetto di monitoraggio ministeriale) nel II sem. 2019*100	file C	>= 70%
	Garantire la ripresa delle attività di ricovero ospedaliero in fase post emergenziale da COVID-19	Volume di attività di ricovero ospedaliero nel II sem. 2022/Volume di attività ricovero ospedaliero nel II sem. 2019*100	file A	>= 70%
	Garantire la ripresa dell'attività chirurgica in elezione in fase post emergenziale da COVID-19	Volume di attività Chirurgica in elezione nel II sem. 2022/Volume di attività chirurgica in elezione nel II sem. 2019*100	file A	>= 70%

Miglioramento degli esiti di salute e dell'appropriatezza dei ricoveri con riduzione dei ricoveri evitabili	Riduzione dei ricoveri medici con finalità diagnostica eseguibili in setting assistenziali diversi dal ricovero	(N. di dimissioni di degenza diurna con DRG medici con finalità diagnostica / totale delle dimissioni di degenza diurna) *100	file A	target migliorativo rispetto all'anno precedente all'interno del target aziendale del 23%
	Riduzione dei ricoveri ordinari medici brevi	(N. dimissioni dei ricoveri ordinari medici brevi (0-2 gg) / totale dei RO medici)*100	file A	target migliorativo rispetto all'anno precedente all'interno del target aziendale 17%
	Riduzione dei ricoveri inappropriati e ricollocazione nel corretto setting assistenziale	(ricoveri ordinari a rischio di inappropriatazza/ricoveri ordinari non a rischio di inappropriatazza)*100	file A	target migliorativo rispetto all'anno precedente all'interno del target aziendale 0,29%
Garantire la ripresa delle attività di Prevenzione in fase post emergenziale da Covid 19	Rispetto dei programmi regionali dei controlli ufficiali	numero di controlli ufficiali eseguiti/numero di controlli ufficiali programmati*100	Applicativi del Dipartimento di Prevenzione	>= 80%
Sviluppare gli interventi e le attività Aziendali funzionali al conseguimento degli obiettivi di Prevenzione e di Promozione della Salute, definiti nel Piano Nazionale e nel Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025	Creare un gruppo di coordinamento per il governo e il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi declinati nel Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 e identificazione del referente del gruppo di coordinamento e dei referenti dei singoli programmi	data entro la quale presentare una proposta di delibera da parte del direttore del Dipartimento di prevenzione con l'individuazione del gruppo di coordinamento e del suo referente e dei referenti di progetto	proposta di delibera del direttore generale	entro il mese di luglio 2022
	Riferire sullo stato di attuazione dei Programmi e delle criticità rinvenute nella loro realizzazione	data entro la quale presentare un report delle azioni svolte e delle criticità	documento del direttore del dipartimento di prevenzione	entro il mese di settembre e di gennaio di ogni anno di vigenza del PRP
	Garantire il raggiungimento degli obiettivi aziendali del Piano Regionale di Prevenzione riferiti all'anno 2022	numero di obiettivi raggiunti / totale degli obiettivi del PRP *100	Documento del Dipartimento di Prevenzione validato dal Gruppo di Coordinamento	>=90%
	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	(N. di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annua)*100	Centro Screening	screening cervicale: tasso di adesione reale ≥ 30% screening colorettales: tasso di adesione reale ≥15% screening mammografico:tasso di adesione reale ≥ 25%
	Attivare gli 8 Piani Mirati di Prevenzione (PMP) con l'attuazione, per ciascuno di essi, dei seminari di avvio, della formazione e dell'informazione/comunicazione (come previsto per il 2022 nel PRP 2020-2025) nella SC SpreSAL	Numeratore: numero di PMP attivati da parte dello SpreSAL x 100 Denominatore: numero complessivo di PMP (n. 8) da attivare da parte dello SpreSAL	Informazioni relative all'attivazione dei PMP da inserire nelle Schede di rilevazione dei dati relativi alle attività di vigilanza e prevenzione svolte dagli SpreSAL	100%
	Incrementare l'adesione ai Sistemi di Sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO	(N. interviste caricate in piattaforma / N. interviste target definito dall'ISS) *100	piattaforma Passi d'Argento	80% delle interviste previste per il raggiungimento del target stabilito dall'ISS per ciascuna sorveglianza
	Assicurare la completezza dell'archivio delle schede di morte (RENCAM) per almeno tre annualità consecutive, comprese tra il 2017 e il 2020	(N. schede codificate/N. annuale deceduti residenti)*100	Fonte n. deceduti: ISTAT, anagrafe comunale	80%
Dare attuazione alle norme relative alla sorveglianza, ai programmi di eradicazione e allo status di indenne da malattia per determinate malattie elencate ed emergenti nella popolazione animale	Ottenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne da Tubercolosi	Ottenimento della qualifica al 31/12/2022	flussi informativi aziendali	a) almeno il 99,8 % degli stabilimenti, pari ad almeno il 99,9 % della popolazione bovina, è indenne da infezione da MTBC;b) il tasso di incidenza dello stabilimento per cui è stata confermata l'infezione nel corso dell'anno non supera lo 0,1 %

Garantire il Governo delle Liste d'Attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio al fine di garantire la tempestiva esecuzione della prestazione, il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche mediante la ristrutturazione delle agende ed il potenziamento dell'utilizzo della cartella clinica ambulatoriale e della prescrizione elettronica in modo più ampio	Riprendere le attività di ristrutturazione delle agende per la gestione delle priorità cliniche e l'abbattimento delle liste d'attesa intraprese nell'anno 2019 e parzialmente interrotte con l'avvento della pandemia	Data entro la quale effettuare la ristrutturazione delle agende CUP prevedendo la disponibilità delle fasce orarie distinte per primi accessi e secondi accessi	CUP	consegna al CUP entro il mese di ottobre 2022
		Data entro la quale comunicare al CUP le fasce orarie in cui l'UO/STRUTTURA provvederà alla prenotazione dei controlli dei paziente in carico su propria prescrizione (agenda esclusiva riservata ai pazienti esenti per patologie croniche e invalidanti)	CUP	consegna al CUP entro il mese di ottobre 2022
	Ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche	Numero prestazioni ricadenti del PRGLA gestite in agende informatizzate CUP/ totale prestazioni erogate ricadenti nel PRGLA*100	CUP	Erogazione ≥ 90% delle prestazioni di cui al PRGLA gestite in agende informatizzate CUP
		Numero prestazioni ricadenti del PRGLA gestite in agende informatizzate CUP con classe di priorità indicata/prestazioni ricadenti nel PRGLA gestite in agende informatizzate CUP*100	CUP	Erogazione ≥ 90% delle prestazioni di cui al PRGLA gestite in agende informatizzate CUP con classe di priorità indicata
Definire standard minimi organizzativi e metodologici per un sistema regionale sostenibile ed efficiente in grado di incrementare il livello di donazione di organi in Regione Sardegna al fine di raggiungere risultati adeguati alle necessità di cura dei cittadini sardi affetti da gravissime insufficienze d'organo	incrementare il livello di segnalazioni di CAM in Azienda	Numero di segnalazioni di CAM / Numero di decessi per lesione encefalica	CAM	≥ 15%
Spostare l'offerta della salute mentale dalla gestione delle acuzie alla prevenzione e riabilitazione	Incremento dei pazienti presi in carico presso i CSM	incremento % del numero pazienti presi in carico dal CSM rispetto all'anno 2021	report di attività dei CSM	≥10%
	Incremento del numero di prime visite e visite di controllo offerte dal Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze	volume di attività delle prime visite e visite di controllo di psichiatria nell'anno 2022/ volume attività delle prime visite e visite di controllo di psichiatria nell'anno 2019 *100	file C	≥70%
Migliorare la presa in carico dei pazienti fragili	Assicurare dei tempi di risposta per l'inserimento dei pazienti in strutture residenziali e semiresidenziali rispetto alle richieste	numero di giorni entro i quali procedere alla valutazione all'inserimento in RSA, CDI, Comunità Integrata	report di attività dei PUA aziendali	entro 3 giorni per richieste provenienti dai PPOO e entro 10 gg per quelle provenienti dal territorio
Garantire l'offerta dei servizi sanitari alla popolazione locale nell'ambito della Provincia	Garantire l'erogazione di prestazioni ospedaliere di degenza ordinaria (comprese le Terapie Intensive) e di pronto soccorso	Giornate di apertura dei reparti di degenza ordinaria e di pronto soccorso/ numero di giornate anno	flussi informativi aziendali	100% al netto di eventuali chiusure obbligate da specifici provvedimenti di rango regionale o nazionale
Migliorare la qualità dell'informazione sui servizi offerti all'utente per meglio orientare il paziente	Predisporre e pubblicare la carta dei servizi	data entro la quale pubblicare la carta dei servizi delle strutture aziendali	sito istituzionale ASL 5	entro 60 giorni dall'adozione dell'atto aziendale
Presidio degli eventi legati all'evoluzione epidemiologica della diffusione della positività al virus SARS-CoV-2	Aggiornamento del Piano Vaccinale Aziendale per le attività da svolgere nel 2022	data entro la quale presentare il Piano Vaccinale	sito istituzionale ASL 5	entro il mese di luglio 2022
	Attuare la sorveglianza sanitaria attiva in relazione all'evoluzione epidemiologica della diffusione della positività al virus SARS-CoV-2 nel territorio di competenza e al relativo aumento del numero di casi di Covid-19	n. segnalazioni pervenute / n. inchieste epidemiologiche-provvedimenti effettuati	SISP	100%

Garantire l'applicazione degli strumenti del rischio clinico e della gestione del rischio	Applicare il percorso sicurezza chirurgica attraverso la completa e corretta compilazione della SISPA	n. procedure con check list compilata/totale delle procedure *100	file A - SOWEB	100%
	Implementare il Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES)	n. di segnalazioni nel SIRMES da parte delle Unità Operative sanitarie ospedaliere n. di audit realizzati su eventi segnalati col SIRMES	flussi informativi SIRMES Evidenza Documentale (alert report previsto nel SIRMES) L'obiettivo si intende raggiunto se è soddisfatto lo standard riferito ad entrambi gli indicatori.	>= 20 segnalazioni nel II semestre >= 2 audit nel II semestre
	Conseguimento del risparmio di sangue ed emoderivati con la riduzione del consumo tramite implementazione di PDTA aziendali secondo i programmi di Patient Blood Management(PBM)	data entro la quale adottare una delibera aziendale di approvazione del PDTA	Delibera del Direttore Generale ASL 5	entro il mese di ottobre 2022
Garantire l'efficientamento della rete ospedaliera attraverso l'individuazione delle attività a basso volume di erogazione o con scarsi esiti in coerenza con il PNE e con il DM/70 del 2015	Migliorare la proporzione delle colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni	% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a 3 gg	file A	>=80%
	Assicurare entro le 48 h il trattamento della frattura del femore in pazienti di età >=65 anni al fine di garantire un rapido e completo recupero	% di fratture di femore operate in <= 2 giorni dall'ammissione (*)	file A	>=70%
	Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni ostetriche ottimizzando la proporzione dei tagli cesarei primari	N. di parti cesarei primari /N. totale di parti*100	file A	<=25%
Avvio del percorso di implementazione dell'internal auditing, coordinato a livello centrale dalla Regione e da Ares, finalizzato allo sviluppo di un approccio per processi, alla riduzione dei rischi amministrativi-contabili e alla misurazione del miglioramento organizzativo.	Recepimento con atto formale degli indirizzi impartiti dalla Giunta regionale e avvio della funzione.	data entro la quale recepire gli indirizzi e avviare la funzione	Delibera del Direttore Generale ASL 5	entro il 31/12/2022
Misurare il gradimento degli utenti rispetto alle prestazioni rese alla popolazione	Attuare la valutazione partecipativa dei cittadini per le attività e i servizi sanitari oggetto di valutazione (indice di gradimento)	Indice di gradimento medio	GURU	=>7
Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso la Regione e Ministero della Salute (Migliorare la qualità dei dati del flusso A rispettando le scadenze del disciplinare tecnico (RO e DS))	Migliorare la qualità dei dati del flusso A rispettando le scadenze del disciplinare tecnico (RO e DS)	n. di SDO da file A storicizzate/n. di SDO da file A storicizzate + n. dimessi*100	Programmazione e Controllo	>=100%
Potenziamento del Sistema Informativo Sanitario e digitalizzazione dei documenti sanitari allo scopo di favorire una reale finalizzazione delle esigenze conoscitive e la reale alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Proseguire nel progetto di piena utilizzazione della cartella clinica ambulatoriale per l'evasione delle prestazioni per interni	numero di prestazioni evase con l'applicativo CCA / totali delle prestazioni richieste da interni *100	Segreteria CUP	90%
	Proseguire nel progetto di piena utilizzazione della cartella clinica ambulatoriale per l'evasione delle prestazioni per esterni (da CUP)	numero di prestazioni evase con l'applicativo CCA / totali delle prestazioni inoltrate da CUP *100	Segreteria CUP	85%
	Migliorare il rispetto delle tempistiche di inoltro dei modelli ministeriali NSIS rispetto alle scadenze	numero di modelli NSIS per i quali si è rispettata la data di inoltro rispetto alla scadenza	Programmazione e Controllo	100%
Monitorare l'appropriatezza dei ricoveri e la qualità dell'assistenza attraverso una griglia di indicatori e assicurare l'informazione alle Unità Operative	Consegnare alla Direzione Generale e alle UOU interessate al monitoraggio dei report periodici	numero di report consegnati nell'anno di riferimento	Programmazione e Controllo	>=4

erogatrici				
Garantire il rispetto dei termini nella presentazione alla Regione dei documenti di programmazione	Approvazione dei documenti di programmazione di cui alla DGR 34/23 del 2015	data entro la quale approvare di tutti i documenti di programmazione	Delibera del Direttore Generale ASL 5	entro il 15/11/2022
Garantire la qualità del dato delle rilevazioni contabili degli eventi gestionali	Assicurare la completezza e la coerenza interna nella compilazione dei flussi economico finanziari	Valore di ordini su CdRIL DA99999999/valore totale ordini	Programmazione e Controllo	3%
		Valore di scritture di PN con dettaglio di chiave contabile completo/Valore totale di scritture di PN	Programmazione e Controllo	97%
		Valore assestato Sub Autorizzazioni con legame codice progetto/Totale Valore Assestato Sub Autorizzazioni Macro diverse da 1	Programmazione e Controllo	97%
Assicurare la liquidazione delle fatture al fine di non incorrere nel pagamento degli interessi di mora per ritardato pagamento	Raggiungimento dell'obiettivo specifico relativo ai tempi di pagamento dei debiti commerciali, come disposto dall'art. 1 comma 865 della L. 145/2018	Numero medio di giorni di ritardo	Programmazione e Controllo	numero 0 giornate di ritardo
Rispetto delle milestone del PNRR relative all'avanzamento procedurale e fisico degli interventi contemplati negli atti di programmazione regionali.	Rispetto delle milestone del PNRR	Rispetto dei target di raggiungimento imposti dai provvedimenti di rango nazionale	adozione di atti formali aziendali	Rispetto del 100% dei target previsti per l'anno 2022