



ASLOristano

Allegato A

**Programma
Sanitario Triennale
2015-2017**

Sommario

Parte I	4
a) Il contesto di riferimento e l'analisi dei bisogni	4
a.1) Il contesto aziendale	4
a.2) La composizione socio-demografica della popolazione.....	7
a.3) Le risorse finanziarie disponibili e i vincoli di spesa imposti dalla normativa nazionale e regionale.....	13
b) L'offerta dei servizi	14
b. 1) Le Attività di Prevenzione.....	14
b. 1.1) Sicurezza Alimentare	14
b. 1.2) Inquinamento Ambientale e Inconvenienti Igienici.....	17
b. 1.3) Epidemiologia, malattie Infettive e vaccinazioni	17
b. 1.4) Screening Oncologici	19
b. 1.5) Sicurezza nei Luoghi di Lavoro.....	20
b. 1.6) Attività Sanitaria negli Allevamenti.....	21
b. 2) L'Assistenza Ospedaliera.....	27
b. 2.1) L'analisi della domanda.....	27
b. 2.2) L'analisi dell'offerta	33
b. 2.3) Le principali criticità	34
b. 3) L'Assistenza Distrettuale.....	35
b. 3.1) L'assistenza specialistica ambulatoriale.....	35
b. 3.2) Accoglienza e continuità assistenziale.	41
b. 3.3) La presa in carico dei soggetti non autosufficienti e in fase terminale.....	41
b. 3.4) L'assistenza alle persone con disabilità	44
b. 3.5) Le Cure a Domicilio	47
b. 4) La Salute Mentale e le Dipendenze Patologiche	48
b. 5) L'assistenza Farmaceutica.....	51
Parte II	59
a) Le principali problematiche e gli obiettivi programmatici e i progetti.....	59
a. 1) Consolidamento degli strumenti del governo clinico e del governo economico per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria in termini di efficacia, sicurezza e appropriatezza, in un processo continuo di modernizzazione.....	59
a.1.1) Sviluppo della informatizzazione dei processi aziendali e avvio del processo di dematerializzazione, per migliorare la qualità delle cure, ridurre gli sprechi nell'uso delle risorse e condividere le informazioni tra professionisti.....	59
a.1.2) Produzione dei percorsi assistenziali aziendali affinché si realizzi la concreta integrazione tra ospedale e territorio per una globale presa in carico del paziente	60
a.1.3) Analisi e mappatura delle competenze quale strumento per valorizzare e migliorare la professionalità del personale.....	61
a.1.4) Partecipazione attiva del cittadino utente nel processo di cura	61
a.1.5) Fruibilità delle informazioni e sviluppo delle indagini conoscitive sul livello di gradimento del servizio offerto	63
a.1.6) Sviluppo degli altri strumenti del Governo Clinico e del Governo Economico	65
a.2) Approfondimento degli studi epidemiologici, dell'esame dei volumi di attività e della valutazione degli esiti clinici, rispetto a standard definiti, per l'individuazione di azioni mirate ad assicurare un adeguato livello di cure delle patologie prevalenti anche mediante la creazione del Centro Epidemiologico Aziendale e dei Registri di Patologia	65
a.3) Consolidamento delle attività della Rete Interistituzionale per la presa in carico della donna vittima di violenza e lo sviluppo del sistema anche attraverso la presentazione di un progetto finanziato dall'UE.....	66
a.4) Promozione della Salute e di sani Stili di Vita attraverso l'integrazione degli interventi di prevenzione tra servizi aziendali ed extra aziendali.....	68
a.5) Sviluppo degli interventi del Dipartimento di Prevenzione inerenti l'informazione, la formazione e la sensibilizzazione ai concetti di sicurezza e qualità a supporto e per la valorizzazione delle attività e delle produzioni locali.....	70

a.6) Arginare l'elevata incidenza delle patologie legate al disturbo mentale e alle dipendenze da sostanze e non sostanze d'abuso, con l'implementazione di azioni di prevenzione primaria, anche mediante la costruzione di reti interistituzionali	71
a.7) Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale finalizzata ad un'offerta appropriata delle prestazioni all'utente e un miglior governo dei servizi territoriali da parte dei Direttori di Distretto	72
a.8) Educazione all'autocura rivolta al malato e ai familiari care-giver per una migliore qualità della vita del paziente e una maggiore consapevolezza dei percorsi di cura.....	74
a.9) Definizione e attivazione della Rete delle Cure Palliative nella ASL di Oristano rivolta a particolari pazienti fragili e alle loro famiglie	74
a.10) Sviluppo delle azioni necessarie per migliorare la gestione delle liste d'attesa nell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, per garantire l'erogazione delle prestazioni in tempi adeguati alle necessità cliniche del paziente.....	75
a.11) Ampliamento e qualificazione dei servizi offerti in ambito ospedaliero, anche mediante l'accrescimento delle competenze professionali, volto al raggiungimento degli standard attesi	77
a.12) Istituzione della terapia semintensiva post operatoria per il monitoraggio e la stabilizzazione dei pazienti critici.....	80
a.13) Interventi per un'Assistenza Farmaceutica maggiormente appropriata anche a supporto della riduzione della spesa.....	81
a.14) Qualificazione e sviluppo delle attività di Sanità Penitenziaria assicurando la continuità dell'assistenza	83
b) I Programmi	84

Parte I

a) Il contesto di riferimento e l'analisi dei bisogni

Questa parte del Programma triennale contiene informazioni di carattere socio-demografico, economico e ambientale, relative al contesto di riferimento dell'azienda sanitaria, nonché l'analisi dei bisogni dei cittadini utenti.

Essa contiene altresì informazioni sull'incidenza di particolari fenomeni sociali, utili ai fini dell'analisi dei bisogni di assistenza legati a fattori sociali.

a.1) Il contesto aziendale

L'Azienda Sanitaria Locale di Oristano è stata costituita il 01/10/1995, ed ha la sua sede legale ad Oristano in Via Carducci n 35.

Svolge le funzioni assegnate di tutela e di promozione della salute degli individui e della collettività nel territorio della Provincia di Oristano.

La provincia di Oristano si estende su una superficie di 3.040 Km²
E' costituita da 88 comuni ed ha una popolazione residente, all'01/01/2013, di 163.079 abitanti con una densità abitativa di 53,64 ab./km².

Il territorio provinciale coincide con quello di competenza dell'ASL di Oristano.

L'ASL è divisa in tre distretti che fanno riferimento ad ambiti territoriali definiti:

- Distretto socio-sanitario Ghilarza - Bosa (comprendente 32 comuni);
- Distretto socio-sanitario Oristano (comprendente 24 comuni);
- Distretto socio-sanitario Ales - Terralba (comprendente 32 comuni).

I servizi sanitari e sociosanitari erogati dal soggetto pubblico, dai privati accreditati e dai soggetti convenzionati, presenti nei tre Distretti sono:

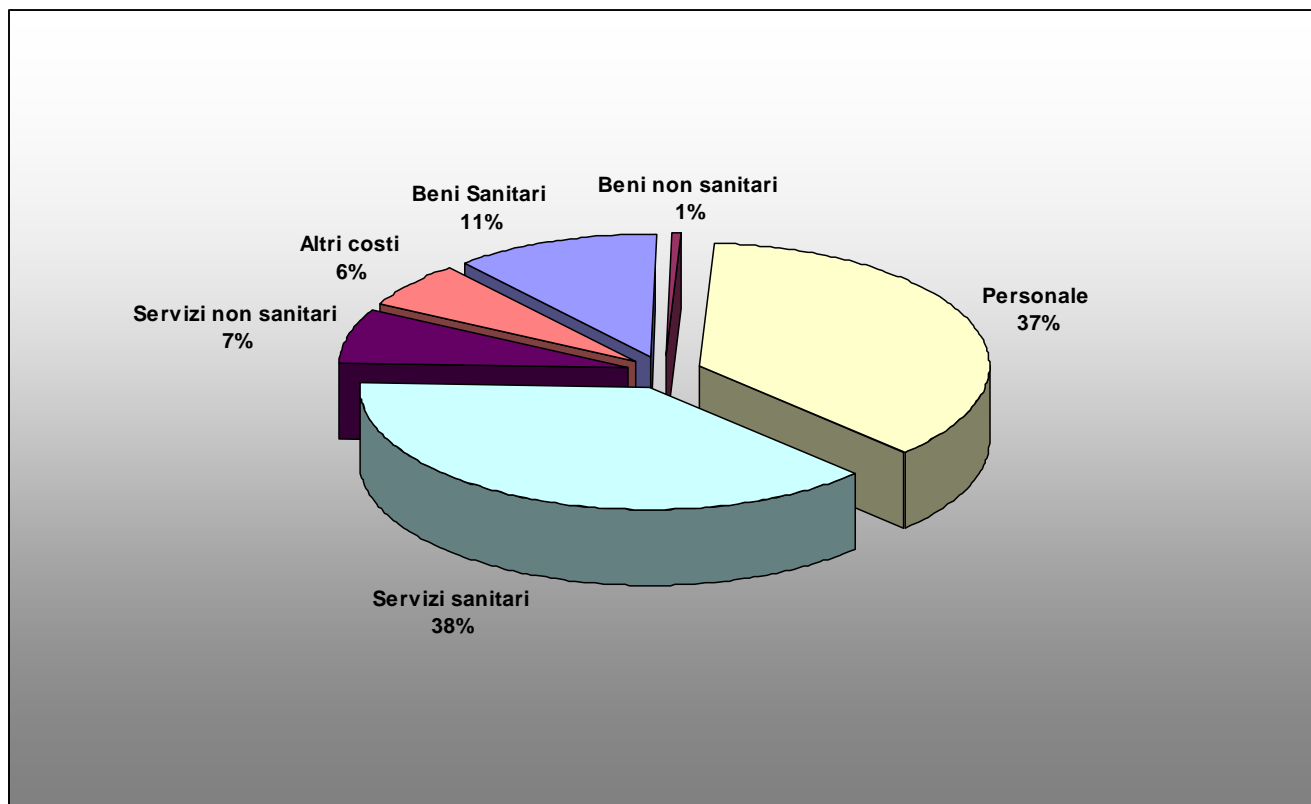
	ASL 5	Distretto Oristano	Distretto Ales-Terralba	Distretto Ghilarza-Bosa
Medici di Medicina Generale	124	60	31	33
Pediatri di Libera Scelta	18	7	5	6
Punti di Continuità Assistenziale	30	11	10	9
Poliambulatori	12	2	5	5
Presidi Ospedalieri	4	2	0	2
Strutture Residenziali e Semiresidenziali per anziani non autosufficienti	2	1	1	0
Strutture Riabilitative ex art. 26 (ambulatoriale e domiciliare)	12	4	5	3
Strutture Riabilitative ex art. 26 (residenziale e semiresidenziale)	1	1	0	0
Strutture residenziali Semiresidenziali riabilitative per la salute mentale	5	2	1	2
Strutture residenziali Semiresidenziali riabilitative per le tossicodipendenze	1	0	1	0

Il personale operante nell'azienda nel corso dell'anno 2013 è rappresentato da:

Tipo Contratto	Ruolo Sanitario	Ruolo Profess.le	Ruolo Tecnico	Ruolo Amministr.vo	Totale
Tempo indeterminato	1.256	3	277	171	1.707
<i>Dirigenza medica e veterinaria</i>	382				382
<i>Dirigenza sanitaria non medica</i>	34				34
<i>Dirigenti P/T/A</i>		3		11	14
<i>Comparto</i>	840		277	160	1.277
Tempo determinato	69	2		1	72
<i>Dirigenza medica e veterinaria</i>	26				26
<i>Dirigenza sanitaria non medica</i>	2				2
<i>Dirigenza professioni sanitarie</i>	1				1
<i>Dirigenti P/T/A</i>		2		1	3
<i>Comparto</i>	40				40
Totale	1.325	5	277	172	1.779

Indicatori	Valore
N. totale personale	1.780
N. totale personale dirigenza	463
N. totale personale comparto	1.317
N. totale personale dirigenza donne	227
N. totale personale dirigenza uomini	236
N. totale personale comparto donne	958
N. totale personale comparto uomini	359

Nell'anno 2013 il Bilancio aziendale, chiuso sostanzialmente in pareggio, ha movimentato circa 260 milioni di euro così suddivisi per grandi voci di costo:



L'84% del **Costo del Personale** è riferito al personale del ruolo sanitario.

Tra i **Beni Sanitari** i costi che incidono maggiormente sono riferiti a:

54% prodotti farmaceutici

33% Dispositivi medici

Tra i **Servizi Sanitari** la maggior incidenza è rappresentata da:

31% per l'assistenza farmaceutica

22% per la medicina di base

15% per l'assistenza specialistica da privato

9% per l'assistenza ospedaliera da privato

8% per l'assistenza integrativa e protesica

a.2) La composizione socio-demografica della popolazione

La popolazione dell'azienda sanitaria di Oristano, al primo gennaio 2013 è pari a 163.079 abitanti, distribuiti su 88 comuni.

	Valori[*]		
A) Informazioni demografiche e socio economiche			
1. Popolazione residente totale e per distretto, stratificata per sesso e classi di età[1] (Fonte ISTAT anno 2013)	M	F	TOT
Popolazione totale			
0-14	9.460	8.788	18.248
15-44	30.252	28.749	59.001
45-64	23.804	24.056	47.860
>64	16.564	21.406	37.970
totale	80.080	82.999	163.079
Distretto Oristano	M	F	TOT
0-14	4.432	4.159	8.591
15-44	14.095	13.585	27.680
45-64	11.135	11.753	22.888
>64	7.128	9.096	16.224
totale	36.790	38.593	75.383
Distretto Ales-Terralba	M	F	TOT
0-14	2.608	2.374	4.982
15-44	8.413	7.969	16.382
45-64	6.739	6.323	13.062
>64	4.820	5.966	10.786
totale	22.580	22.632	45.212
Distretto Ghilarza-Bosa	M	F	TOT
0-14	2.420	2.255	4.675
15-44	7.744	7.195	14.939
45-64	5.930	5.980	11.910
>64	4.616	6.344	10.960
totale	20.710	21.774	42.484
2. Densità di popolazione totale e per distretto (Fonte ISTAT anno 2013)			
Distretti	Pop	Km2	Densità
Oristano	75.383	889,61	84,74
Ales Terralba	45.212	892,71	50,65
Ghilarza Bosa	42.484	1.257,67	33,78
Totale	163.678	3.039,99	53,84
3. Indice di vecchiaia totale e per sesso[2] (Fonte ISTAT anno 2013)	M	F	TOT
	175	244	208
4. Indice di invecchiamento totale e per sesso[3] (Fonte ISTAT anno 2013)	M	F	TOT
	20,68	25,79	23,28

5. Tasso di natalità generale (Fonte ISTAT anno 2012)	6		
6. Tasso di mortalità generale (Fonte ISTAT anno 2012)	11,4		
7. Tasso di mortalità generale stratificato per sesso, non standardizzato per età (Fonte ISTAT anno 2011)	M	F	TOT
8. Popolazione straniera residente totale e per distretto stratificata per sesso e classi di età (Fonte ISTAT anno 2013)	M	F	TOT
0-14	180	147	327
15-44	431	779	1210
45-64	201	489	690
>64	44	49	93
totale	856	1.464	2.320
9. Tasso di disoccupazione (Fonte ISTAT anno 2013)	M	F	TOT
	16,6	19,9	17,9
10. Livelli di scolarità (Tasso di non conseguimento della scuola dell'obbligo (15-42 anni). Fonte ISTAT - Anno 2011)	M	F	TOT
	0,48%	0,67%	0,57%

[1] 0-14, 15-44, 45-64 e oltre 65.

[2] $\text{Popolazione } 65+ / (0-14) * 100$.

[3] $\text{Popolazione } 65+ / \text{pop totale} * 100$.

I dati sulla popolazione evidenziano una costante riduzione del numero degli abitanti nella provincia di Oristano che nell'anno 2010 si attestavano a 166.712, con una riduzione del 2% rispetto all'anno 2013.

E' confermata la tendenza all'invecchiamento della popolazione della Provincia di Oristano con un indice di vecchiaia, a livello complessivo pari a 208 rispetto al dato regionale di 169. Scomponendo il valore per aree territoriali, gli indici hanno valori più marcati nei distretti di Ales-Terralba e Ghilarza-Bosa.

La popolazione anziana ultrasessantatrenne è pari a 37.970 unità (23,3% del totale) di cui circa la metà sopra i 74 anni (11,6% del totale).

	Abitanti		Indice di Vecchiaia	
	2012	2013	2012	2013
Sardegna	1.637.846	1.640.379	165	169
ASL di Oristano	163.678	163.079	201	208

B) Informazioni sanitarie ed epidemiologiche			
1. Tasso di mortalità specifico per le principali cause di morte, totale e per sesso, (Fonte ISTAT anno 2009;)	M	F	TOT
Tasso di Mortalità	11,1	9,3	10,2
Tumore	4	2	3
cardiovascolare	3,9	3,7	3,8
respiratorio	0,6	0,5	0,6
digerente	0,5	0,4	0,4
traumatismi	0,5	0,4	0,5
2. Incidenza dei primi 30 DRG in consumo, totali e stratificati per regime di ricovero (Fonte: Banca Dati SDO regionale anno 2013)	Si rimanda all'allegato 1		
3. Rapporto MMG/1000 abitanti (Banca dati aziendale anno 2013)	0,76		
4. Rapporto PLS/1000 abitanti (Banca dati aziendale anno 2013)	0,1		
5. Consumo di farmaci (spesa netta farmaceutica convenzionata e in DPC anno 2013) pro capite	208		
6. Mortalità evitabile (Fonte ISTAT anno 2006; cause di morte DM 12/12/2001)	0,6		
7. Ricoveri per 1000 abitanti (Fonte: Banca Dati SDO regionale anno 2013; escluso DRG 391))	176,47		
8. Mobilità extra regionale per ricoveri ospedalieri (Fonte: Banca Dati SDO regionale anno 2013)	1.293		
9. Tassi di abortività *1000 abitanti (Fonte: Banca Dati SDO regionale anno 2013; DRG 381)	9,7		
C) Informazioni nell'area dell'assistenza collettiva, ambiente di vita e di lavoro			
1. Numero di imprese industriali, stratificate per settore produttivo e dimensione (piccola, media e grande) (Banca dati aziendale anno 2013) [4]	16		
2. Numero di cantieri edili in attività (Banca dati aziendale anno 2013)	1.130		
3. Numero di allevamenti bovini, suini e ovini e numerosità dei capi (Banca dati aziendale anno 2013)			
N. allevamenti	10.783		
N. capi	648.274		

4. Numero di strutture di trasformazione e/o distribuzione alimentare per settore di attività (Banca dati aziendali anno 2013) [5]	
Produttori primari	134
Produttori e confezionatori	316
Distribuzione	1.182
Trasporti	348
Ristorazione	1.381
Produttori e confezionatori che vendono prevalentemente al dettaglio	228
5. Infortuni sul lavoro, distinti per gravità (Banca dati aziendale anno 2013)	
Mortali	2
gravi	5
Medi	25
Lievi	78

Tabella 2. Informazioni sul contesto di riferimento

Si riportano i valori ultimi disponibili, indicando a fianco e tra parentesi l'anno e la fonte.

[4] Direttiva UE "Recommendation 2003/361/EC" e modifiche e/o integrazioni.

[5] Lattiero caseario, conserve alimentari, vitivinicolo . . .etc.

Le statistiche di mortalità, pur se in maniera indiretta, danno indicazioni sulle patologie più frequenti nella popolazione e permettono di focalizzare l'attenzione sull'offerta delle prestazioni. Nella provincia di Oristano i dati non si discostano in maniera sostanziale da quelli nazionali e regionali, con i due gruppi di patologie che maggiormente incidono nella salute delle persone, le malattie cardiovascolari ed i tumori che nell'anno 2009 rappresentano rispettivamente il 37% e il 29% circa di tutte le cause di morte. Tra le patologie vascolari, le vasculopatie cerebrali, di pertinenza neurologica, rappresentano ben il 29% circa di questo gruppo. L'ictus cerebrale rappresenta la causa più importante di disabilità cronica. Rispetto all'anno 2006 si evidenzia in provincia un aumento delle cause di morte legate al tumore.

European Short List - ICD10	Anno 2009	Oristano	Sardegna	Italia
A00-B99	Malattie infettive e parassitarie	0,6%	1,4%	1,5%
C00-D48	Tumore	29,3%	30,6%	29,7%
D50-D89	Mal. del sangue e degli organi ematop. ed alc. dist. imm.	0,9%	0,5%	0,5%
E00-E90	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	4,8%	4,4%	4,4%
F00-F99	Disturbi psichici e comportamentali	2,7%	2,9%	2,5%
G00-H95	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	3,9%	4,2%	3,8%
I00-I99	Malattie del sistema circolatorio	37,5%	33,8%	38,2%
J00-J99	Malattie del sistema respiratorio	5,5%	6,8%	6,8%
K00-K93	Malattie dell'apparato digerente	4,2%	4,9%	4,0%
L00-L99	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	0,1%	0,1%	0,1%
M00-M99	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	0,8%	0,7%	0,6%
N00-N99	Malattie del sistema genitourinario	2,6%	1,8%	1,7%
O00-O99	Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio			0,0%
P00-P96	Alcune condizioni che hanno origine nel periodo perinatale	0,2%	0,2%	0,2%
Q00-Q99	Malformazioni congenite e anomalie cromosomiche	0,2%	0,3%	0,2%
R00-R99	Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	2,3%	1,9%	1,6%
V01-Y89	Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	4,5%	5,4%	4,2%

Distribuzione percentuale delle cause di morte, anno 2009

Nell'allegato 1 sono riportati i primi 30 DRG più frequenti riferiti ai residenti della ASL di Oristano per l'anno 2013. Se tale dato lo si analizza poi per grandi gruppi di patologia (MDC) si nota come le patologie più frequenti nella nostra popolazione si riferiscano ai tumori e alle malattie cardiovascolari.

Distribuzione percentuale per MDC del consumo dei DRG da parte dei residenti ASL 5 (Fonte: Banca Dati SDO regionale anni 2013-2012) - Tabella 4

MDC	Descrizione	TOT Numero Anno 2013	TOT Numero Anno 2012	Distribuzione % anno 2013	Distribuzione % anno 2012
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	3.133	3.290	11%	11%
8	Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo	2.997	3.095	10%	10%
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e tumori poco differenziati	1.840	1.944	6%	6%
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	2.657	2.606	9%	9%
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	1.870	1.895	6%	6%
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	1.595	1.758	5%	6%
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	1.337	1.320	5%	4%
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	1.439	1.515	5%	5%
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.329	1.530	5%	5%
14	Gravidanza, parto e puerperio	1.646	1.692	6%	6%
16	Malattie e disturbi del periodo neonatale	946	1.029	3%	3%
9	Malattie e disturbi della pelle, del sottocutaneo e della mammella	1.127	1.250	4%	4%
Pre		65	76	0%	0%
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso e della gola	1.012	1.169	3%	4%
2	Malattie e disturbi dell'occhio	1.906	2.018	6%	7%
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	1.009	1.011	3%	3%
15	Malattie e disturbi del sangue e degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	1.034	975	4%	3%
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	530	589	2%	2%
18	Malattie infettive e parassitarie (sistematiche)	350	319	1%	1%
19	Malattie e disturbi mentali	516	481	2%	2%
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	713	584	2%	2%
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	190	201	1%	1%
NA		82	71	0%	0%
24	Traumi multipli significativi	38	28	0%	0%
25	Infezioni da HIV	107	114	0%	0%
22	Ustioni	15	18	0%	0%
20	Uso di alcool o farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcool o farmaci	37	48	0%	0%
TOTALE		29.520	30.626	100%	100%

a.3) Le risorse finanziarie disponibili e i vincoli di spesa imposti dalla normativa nazionale e regionale

Le Aziende sanitarie si trovano ad operare in un contesto caratterizzato sempre di più da vincoli di spesa e in presenza di un sempre crescente aumento dei costi quali per esempio l'aumento dell'IVA al 22%.

La normativa nazionale e regionale ha fissato una serie di vincoli di spesa ai quali la gestione aziendale deve attenersi date le risorse finanziarie a disposizione.

Questa Direzione sta monitorando con frequenza trimestrale le voci caratterizzanti i principali vincoli di spesa (quali quelli imposti dalla spending review, quelli sulla spesa sul personale sia dipendente che interinale, quelli per l'acquisto di prestazioni ospedaliere e territoriali dal privato accreditato) mettendo appunto a confronto l'entità della spesa rispetto al vincolo imposto.

Tra i vincoli di spesa imposti quello del personale ha condizionato l'azione della Direzione Generale, che ha dovuto mettere in atto azioni organizzative interne che garantissero il regolare funzionamento dell'attività pur in carenza di risorse umane. Altro vincolo importante sul fronte dell'offerta dei servizi ha riguardato la presenza di tetti di spesa entro i quali dover acquistare prestazioni dal privato accreditato.

Tipo costo	Fonte	Valore vincolo anno 2013	Spesa anno 2013	differenze
Vincolo: Spesa per il Personale				
Monte salari 2004 -1,4%	Art. 2, comma 71, della legge 191/2009	75.774.970	73.823.515	-1.951.455
Somministrazione di lavoro temporaneo	Art.5 L.R. 21/2012	1.844.267	1.901.768	57.501
Personale a tempo determinato	Art. 9, c. 28, del DL 78/2010 e DGR n. 7/11 del 5.02.2013	2.506.676	5.117.827	2.611.152
Vincolo: Acquisto di prestazioni sanitarie				
Prestazioni di ricovero	DGR 2/21 del 18/01/2012	7.201.888	7.452.844	250.956
Specialistica ambulatoriale	D.G.R. n. 51/19 28/12/2012	9.413.629	8.827.758	-585.871
Riabilitazione	d.G.R. 32/98 2013	3.088.254	3.300.000	211.746
RSA, centri diurni, Hospices	DGR 51/18 del 28/12/2012. Art. 13 LR 1/2011 (nota ARIS 18563 del 11/07/2013)	1.652.522	2.440.854	788.331
Residenziale per Dipendenze	d.G.R. 9/12 2013	507.896	365.447	-142.449
Vincolo: Acquisto di Beni e Spesa Farmaceutica				
Farmaceutica ospedaliera	Decreto-Legge 6 luglio 2012, n. 95, art 4	9.277.221	5.313.359	-3.963.862
Farmaceutica convenzionata	Decreto-Legge 6 luglio 2012, n. 95, art 4	33.340.014	30.699.657	-2.640.357
Dispositivi medici	Decreto-Legge 6 luglio 2012, n. 95, art 15, comma 13, lettera f)	13.915.832	14.363.246	447.414
Acquisto di beni e servizi (non sanitari)	Decreto-Legge 6 luglio 2012, n. 95, art 15, comma 13, lettera a)	18.722.985	19.560.141	837.156

b) L'offerta dei servizi

Questa sezione contiene informazioni sulla capacità di offrire prestazioni e servizi, sia da parte dell'azienda sanitaria, sia da parte degli altri operatori presenti nel territorio.

Le informazioni su questa sezione sono riassunte nello schema di cui all'Allegato 2.

b. 1) Le Attività di Prevenzione

Gli interventi di prevenzione che la ASL Oristano attua nei tre livelli: universale, nella popolazione a rischio e nelle complicanze e recidive di malattia, sono finalizzati a promuovere la salute del cittadino e mettono sempre la persona e quindi la comunità in cui vive, al centro del progetto di salute.

La ASL utilizza le sue risorse per intervenire e rafforzare i seguenti campi d'applicazione:

- la medicina predittiva, che si rivolge agli individui sani, ricercando la fragilità o il difetto che conferisce loro una certa predisposizione a sviluppare una malattia
- i programmi di prevenzione collettiva che mirano ad affrontare rischi diffusi nella popolazione generale, sia con l'introduzione di politiche favorevoli alla salute o interventi di tipo regolatorio, sia con programmi di promozione della salute o di sanità pubblica (riduzione del carico prevedibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili, prevenzione delle infezioni/malattie infettive prioritarie, sia con interventi rivolti agli ambienti di vita e di lavoro (prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, prevenzione degli incidenti stradali e domestici, prevenzione delle dipendenze da sostanze e comportamenti)
- i programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio e finalizzati a impedire l'insorgenza di malattie (programmi di vaccinazione in gruppi a rischio) o a diagnosticare precocemente altre malattie (gli screening oncologici e i disturbi neuro sensoriali), o ancora a introdurre nella pratica clinica la valutazione del rischio individuale e interventi successivi di counselling o di diagnosi precoce e trattamento clinico (prevenzione cardiovascolare)
- i programmi volti a prevenire complicanze e recidive di malattia e che promuovano il disegno e l'implementazione di percorsi che garantiscano la continuità della presa in carico, attraverso il miglioramento dell'integrazione all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali, di fasce di popolazione particolarmente fragili, come anziani, malati cronici, portatori di patologie, disabili.

b. 1.1) Sicurezza Alimentare

Un'importanza sempre maggiore ha assunto il connubio tra ambiente e catena alimentare, infatti anche nel nostro territorio la presenza di aree antropizzate con possibili risvolti sulla sicurezza della catena alimentare ha indotto a un costante monitoraggio della presenza di contaminanti che, a tutt'oggi, non ha riscontrato alcuna positività.

In special modo la ricerca dei residui negli alimenti ha raggiunto i livelli di controllo programmati con un riscontro negativo della loro presenza nelle carni, prodotti ittici, lattiero-caseari e vegetali.

Il controllo delle malattie infettive e parassitarie degli animali, con particolare attenzione alle malattie trasmissibili all'uomo (zoonosi) trasmesse con gli alimenti derivati dalle

produzioni animali, ha lo scopo di produrre derrate alimentari con minori rischi per i consumatori.

La tutela della salute degli animali si realizza anche attraverso il rispetto del benessere dei soggetti sia nell'allevamento, sia nelle pratiche inerenti il trasporto e la macellazione degli animali. Infatti esiste una diretta correlazione fra le caratteristiche quali-quantitativa dell'alimento ottenuto dagli animali e il loro stato di benessere.

Sono stati macellati e sottoposti a ispezione veterinaria n. 152.135 capi delle specie bovina, ovicaprina, suina e equina e n. 483.683 capi avicunicoli. La destinazione delle carni è stata totalmente al libero consumo se si eccettua un irrilevante quantitativo di visceri destinati alla distruzione.

Non sono state segnalate lesioni anatomo-patologiche riferibili a malattie infettive su animali avviati alla normale macellazione specificatamente nei confronti di tubercolosi bovina, cisticercosi bovina e suina, trichinellosi e di encefalopatie spongiformi trasmissibili dei ruminanti.

Servizi	Attività produttive	Numero
Igiene Alimenti di Origine Animale	Stabilimenti e attività commerciali	837
Igiene Alimenti e Nutrizione	Stabilimenti e attività commerciali	2.976
Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche	Allevamenti e Stabilimenti Lattiero-caseari e correlati	6443
Sanità Animale	Allevamenti	6243

I cibi che arrivano sulle nostre tavole sono controllati in modo puntuale e attento: durante l'anno 2013, nel comparto della sicurezza alimentare, i servizi dipartimentali hanno sottoposto a controllo n. 16.499 unità operative (impianti e attrezzature, strutture e allevamenti, mezzi di trasporto) effettuato complessivamente n. 658.898 ispezioni accertando n. 6 infrazioni di valenza amministrativa. Sono state inoltre riscontrate 274 non conformità con prescrizioni sugli operatori del settore alimentare e 752 non conformità negli allevamenti.

Servizi	Ispezioni Verifiche	n. interventi 2013
Igiene Alimenti di Origine Animale	Stabilimenti e attività commerciali	1.665
	Controllo carni macellate (capi diverse specie)	639.766
Igiene Alimenti e Nutrizione	Alimenti	1.132
	Acque destinate al consumo umano	45
	Prodotti fitosanitari	57
Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche	Latte	410
	Farmaci	232
	Alimentazione Animale	139
	Benessere animale	774
Sanità Animale	Piani risanamento Malattie Animali	16.428
	Controllo malattie infettive degli animali	1.250
	Urgenza ed emergenze	
	Totale	658.898

*programmazione regionale

I campioni di prodotti alimentari analizzati, sia di origine animale che vegetale, sono stati complessivamente n. 774 (programmazione regionale). Sono risultati non regolamentari, 1 illecito amministrativo su carne e 3 su altri prodotti alimentari.

I controlli effettuati sui campioni di acque distribuite nei Comuni della Provincia di Oristano non hanno rilevato casi di non conformità.

I controlli effettuati negli allevamenti ai fini dell'attuazione dei Piani di risanamento/eradicazione delle malattie infettive delle varie specie animali hanno rilevato 1.234 focolai di Blue Tongue, 1 di Scrapie, 7 di salmonellosi e 15 allevamenti bovine e 59 ovini sono risultati positivi alla Paratubercolosi e tutti sono stati sottoposti a controlli durante l'anno.

Nel 2013 la West Nile è stata caratterizzata da un andamento non rilevante come impatto sanitario in ambito veterinario: una sola positività in un fenicottero

L'attività di controllo ufficiale svolta dai servizi dipartimentali rileva il quotidiano impegno per la prevenzione da parte di tutti gli operatori sanitari che operano in maniera silente, lontano dai clamori pubblicitari ma che sono alla base dell'elevato grado di sicurezza alimentare che la ASL Oristano esprime nel suo territorio e che evidenzia un approccio organico efficiente ed efficace al problema.

b. 1.2) Inquinamento Ambientale e Inconvenienti Igienici

La zona costiera della ASL di Oristano, lunga 135 Km, è monitorata dal mese di Aprile a Settembre per la qualità delle acque di balneazione, in collaborazione con l'ARPAS della Regione Sardegna.

Nel corso del 2013 sono stati effettuati 510 campionamenti così suddivisi :

- Distretto di Oristano: 287 campionamenti nei dei Comuni di Arborea, Santa Giusta, Oristano, Cabras, San Vero Milis, Narbolia.
- Distretto Ghilarza-Bosa: 217 campionamenti nei punti prelievo dei comuni di Cuglieri, Tresnuraghes, Magomadas e Bosa con 5 ispezioni di non conformità.

Nel corso del 2013 sono stati effettuati 121 sopralluoghi; sono state rilasciate 96 certificazioni di antigiogenicità tra pubbliche i private e 25 certificazioni di abitabilità/agibilità.

Sopralluoghi effettuati dai Tecnici della Prevenzione anno 2013

Numero Inconvenienti Igienici	106
Certificazioni di antigiogenicità	136

b. 1.3) Epidemiologia, malattie Infettive e vaccinazioni

Nel corso del 2013 sono stati registrati 8 casi di TBC e 5 casi di legionellosi. Le altre malattie infettive dell'età evolutiva rientrano nell'andamento epidemico annuale.

Tabella riepilogativa delle denunce malattie infettive anno 2013

Malattie Infettive	N. denunce
TBC Polmonare	8
TBC Extrapolmonare	1
Scarlattina	3
Salmonellosi	5
Varicella	11
Legionellosi	5
Meningite batterica	2

Le vaccinazioni sono tra gli interventi preventivi più efficaci a disposizione della Sanità Pubblica e costituiscono uno strumento fondamentale delle attività di promozione della salute. Grazie alle vaccinazioni è infatti possibile prevenire in modo efficace e sicuro malattie gravi o che possono causare importanti complicanze, sequele invalidanti e morte. Inoltre con strategie appropriate possono consentire non solo il controllo delle malattie bersaglio, ma anche la loro eliminazione. Le vaccinazioni hanno come finalità la prevenzione delle malattie infettive, prevenibili con vaccino, per le quali sono già previsti obblighi o raccomandazioni per l'attuazione di misure di prevenzione vaccinale.

E' necessario garantire, in modo uniforme a tutta la popolazione, un uguale diritto all'accesso alla prevenzione vaccinale.

Nel 2013 è stata attuata la campagna di vaccinazione antinfluenzale rivolta agli ultrasessantacinquenni e alle categorie a rischio. In tale occasione è stata somministrata anche la vaccinazione anti-pneumococcica nei soggetti adulti a rischio.

Attualmente le vaccinazioni obbligatorie per tutti i nuovi nati sono quelle contro difterite, tetano, poliomielite, epatite virale, con un ottimo controllo delle malattie così prevenibili.

Nel campo delle vaccinazioni raccomandate sono stati realizzati progressi particolarmente evidenti contro la pertosse, morbillo-rosolia-parotite, contro le infezioni invasive da Hib e contro le infezioni da pneumococco e meningococco c.

Nel 2013 è entrata a regime la vaccinazione con il PCV13valente, vaccino contro il pneumococco, per tutti i nati, con copertura >95%.

Nel 2013 è stata attuata la campagna di vaccinazione antiHPV (antipapillomavirus) nei confronti delle bambine nate nel 2002 ed è stato offerto il vaccino Antirotavirus ai nuovi nati.

La ASL di Oristano segue il calendario nazionale delle vaccinazioni previsto nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014, dove sono indicate le vaccinazioni attualmente in vigore e i tempi di somministrazione, compresi vaccino antipneumococco13valente e il vaccino antimeningococco C. In questo Piano la Sardegna è inserita tra le Regioni "pilota" per la vaccinazione antivaricella.

Infine, anche per il 2013 sono state effettuate le vaccinazioni che sono rivolte a determinate categorie di lavoratori ed è stato fornito il supporto ai viaggiatori internazionali sia fornendo le informazioni sanitarie, comprese quelle relative alla profilassi antimalarica, sia offrendo le vaccinazioni richieste per il Paese di destinazione (vaccinazione antitetanica, antiepatite A, antitifica ecc.).

Tabella riepilogativa della attività vaccinale anno 2013.

Vaccino	Prima Somministrazione	Seconda Somministrazione
DTP –Hib-EpB- Polio Salk	2941	
DTP –Polio Salk	1110	
DTP	1124	
DT o Td	9	
Tetano	1301	
IPV-Salk	7	
Epatite B	412	
Epatite A	70	
Epatite A + Epatite B	29	
Meningite C	976	
Meningite A,C,W135,Y	34	
Pneumococco 13 valente	3801	
Pneumococco 23 valente	5	
Varicella	394	
HPV	1904	
Rotavirus	1246	

Tifo Orale	60	
Vaccino	Prima Somministrazione	Seconda Somministrazione
MPR	261	466
MPR	881	484

Coperture vaccinali

In Sardegna, da anni, non si registrano casi di poliomielite e di difterite. I casi di tetano sono segnalati solo nelle classi di età anziane e si rileva una costante diminuzione dell'epatite B. Negli ultimi anni la copertura per tutte le vaccinazioni dell'obbligo (contro polio, difterite, tetano, epatite B) ha raggiunto livelli soddisfacenti nei bambini di età inferiore ai 24 mesi (> 98%). Vengono ancora notificati alcuni casi di pertosse, nonostante i tassi relativi di copertura vaccinale registrino livelli pressoché analoghi a quelli per la difterite e il tetano. Anche la copertura contro le infezioni da *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) ha raggiunto il 98%. Le vaccinazioni contro morbillo, parotite e rosolia hanno raggiunto l'obiettivo del 95%.

Tabella riepilogativa delle coperture vaccinali. Anno 2013

Vaccino	% Copertura
Polio	> 98
Difterite	> 98
Tetano	> 98
Epatite B	> 98
Pertosse	> 98
Hib	> 98
Morbillo –Parotite - Rosolia	95

b. 1.4) Screening Oncologici

Gli screening oncologici sono interventi di sanità pubblica che consentono di individuare precocemente i tumori in assenza di sintomi (diagnosi precoce) offrendo grandi possibilità di cure precoci e guarigione definitiva. Lo screening è un percorso attuato in seno alla struttura pubblica ed al cui svolgimento partecipano diversi servizi sanitari coordinati tra di loro e con l'obiettivo comune della diagnosi precoce della malattia tumorale. Le attività di screening seguono i protocolli e le linee guida nazionali (Osservatorio Nazionale Screening).

A differenza delle altre attività sanitarie, dove in genere è l'utente che si rivolge alla struttura sanitaria per avere risposte ai propri problemi, nel caso dello screening il rapporto struttura sanitaria/utente è capovolto. È infatti l'Azienda Sanitaria che invita l'utente ad eseguire degli accertamenti sanitari garantendogli un percorso certo, definito e gratuito che lo segua fino alla terapia e follow up in caso di positività ai test diagnostici di primo livello. In quest'ottica il percorso screening deve essere ben coordinato tra tutti i servizi sanitari che vi partecipano, deve essere di qualità perché altrimenti non efficace, deve garantire in ogni momento una risposta all'utente ed una presa in carico da parte della struttura.

Attualmente gli screening che rispondono ai requisiti di efficacia dettati dalla evidence scientifica sono solo quelli del tumore della cervice uterina, del carcinoma della mammella e del carcinoma del colon-retto.

Principali indicatori screening. Anno 2013

Indicatori progetto	Cervice uterina	Mammella	Colon retto
Popolazione Target	45.513	22.162	44.044
Persone da invitare per anno	15.171	11.081	22.022
Persone invitate	12.542 (83%)	8.063 (73%)	5.988 (27%)
Obiettivo 2014	85%	80%	50%
Adesione	4.942 (39%)	3.400 (42%)	2.341 (39%)
Obiettivo 2014	60%	55%	50%
Inviare al 2° livello	131 (2,7%)	238 (7%)	104 (4,4%)

b. 1.5) Sicurezza nei Luoghi di Lavoro

Attività Sanitarie

Le attività sanitarie di visita medica finalizzate al rilascio delle certificazioni di idoneità specifica alla mansione sono effettuate dai medici dello SPRESAL e hanno compreso nel 2013:

Attività 2013	Numero
Visita astensione anticipata dal lavoro d. lgs 151/01	108
Minori non esposti a rischio specifico	3
Visita per ricorso avverso giudizio medico competente art. 41/81-08	3
Visita medica per idoneità caldaista e fochini	8
Visita ex esposti amianto	109
Controllo cartelle sanitarie e protocollo sanitario aziende, comprese aziende bonifica amianto	300

Attività di Vigilanza

Nel corso del 2013 sono state realizzate le attività ispettive e di vigilanza congiunta in collaborazione con altri enti di controllo quali INAIL, INPS, VVF, DTL, così come previsto dal programma del Comitato Regionale di Coordinamento e dalla pianificazione degli Organismi Provinciali. Gli interventi di prevenzione e vigilanza nelle aziende, sono finalizzate alla verifica della realizzazione e dell'efficacia delle misure di prevenzione (tecniche e gestionali) adottate dai datori di lavoro per la salute dei lavoratori. In caso di situazioni di rischio e di violazione

della normativa, sono stati adottati i provvedimenti di competenza con conseguente comunicazione di reato all'Autorità Giudiziaria.

Sono stati controllati n° 204 cantieri edili, di cui 80 cantieri di bonifica amianto, n° 114 aziende agricole e n° 139 interventi ispettivi in aziende di diversi comparti di attività.

Attività di controllo e vigilanza	Numero
vigilanza aziende edili	243
vigilanza aziende altri comparti produttivi	253
n° aziende con verifica periodica impianti e attrezzature	55
Pareri espressi su piani di lavoro	605
notifiche preliminari cantieri pervenute	1511

L' impegno nel campo della comunicazione, dell' assistenza e della promozione della salute, strategico per la riduzione degli infortuni, delle malattie professionali e per favorire la creazione e il mantenimento di sani ambienti e stili di vita e di lavoro, ha visto impegnati gli operatori del Servizio in attività di assistenza, informazione e formazione di lavoratori, datori di lavoro, ecc, in tema di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro. È stata garantita l'apertura dello sportello informativo "sicurezza in agricoltura", "sicurezza in edilizia", e "sportello amianto" operativi nelle tre sedi distrettuali del Servizio.

Il servizio ha realizzato degli eventi informativi-formativi per gli addetti del comparto edilizia, comparto macellazione, comparto legno, studenti scuola agraria.

b. 1.6) Attività Sanitaria negli Allevamenti

	Bovini	Ovini caprini	Suini	Equini
Numero Allevamenti	1.556	2.843	3.705	1.216
Consistenza Allevamenti	61.302	557.487	22.820	3.507

Il numero degli animali appartenenti alle specie di interesse zootecnico presenti nell'ambito territoriale della nostra Provincia è di grande rilevanza: il patrimonio ovi caprino che è di n. 557.487, quello bovino è pari a n. 61.302, gli equini (il valore è il numero complessivo degli animali con passaporto, gentilmente concesso dall' APA dal momento che la BDN non è più di competenza della ASL) sono n. 3.507, i suini n. 22.820 e gli avicunicoli n. 45000. Tutti gli allevamenti sono stati visitati almeno una volta l'anno.

Piani di Risanamento - Tubercolosi-Brucellosi-Leucosi

	Tubercolosi bovina	Brucellosi bovina	Leucosi bovina	Brucellosi ovi-caprina
Aziende interessate ai controlli	21	202	202	362
Aziende controllate	21	202	202	367
Capi controllati	2.158	9.550	9.550	21.807
Capi positivi	0	0	0	0

Nel 2013 è stato mantenuto lo stato sanitario dei nostri allevamenti per TBC, Leucosi e Brucellosi Bovina anche a costo di notevoli sacrifici alla luce della recrudescenza che la infezione tubercolare ha avuto nell'isola .

Per la Tuberculosis abbiamo controllato tutti i capi in entrata negli allevamenti provinciali. A fine anno abbiamo ottenuto il 3° livello di qualifica sanitaria che consentirà di diradare i controlli; si passerà dal controllo biennale a quello triennale e il controllo interesserà solo i capi al di sopra dei 24 mesi.

Nel settore ovicaprino sono state controllate 367 aziende, 21.807 animali, 29 aziende erano a capi zero; non è stato rilevato alcun focolaio.

Piano di monitoraggio - Peste Suina Classica, Africana e Malattia Vescicolare

Prelievi ematici e controlli di monitoraggio	Peste suina africana	Peste suina classica	Malattia vescicolare	Aujeszky	Trichinella
Aziende controllate	3.641	3.158	3.108	3.100	2
Capi in controllo	17.019	17.019	14.450	12.791	22.586
Aziende siero positive	0	1	1	88	0
Aziende positive	0	0	0	0	0
Capi controllato per uso famiglia	2.701	766	728	224	2.701
Capi controllati in compravendita	382	123	109	112	382

Peste Suina Africana	Aziende	Capi
Visite cliniche per schede anagrafiche	3.641	20.560

Fin dal mese di gennaio è stato attivato il piano di controllo per la peste; il piano ha imposto il controllo sierologico di tutti gli allevamenti suinicoli e la compilazione di una scheda anagrafica; nel corso dell'anno sono emerse un gran numero di aziende suinicole; la emersione è senz'altro un successo ma, ha contribuito, ad inficiare gli sforzi fatti per complete il programma alla scadenza.

Nel corso dell'anno non è stato riscontrato alcun focolaio di Peste Suina Africana. È stato invece rilevata una sieropositività alla Peste Suina Classica che ha portato ad abbattere 6 suini tutti negativi alla ricerca virale.

Nel controllo anagrafico sono state riscontrate non conformità in 745 allevamenti, 668 sono state le non conformità rilevate nella identificazione degli animali, 198 quelle riscontrate nella tenuta dei registri aziendali.

Blue Tongue

	Numero focolai	Capi Presenti in focolaio	Capi con Sintomi clinici	Capi Morti	Capi Abbattuti	Capi Distrutti
FOCOLAI OVINI	1.234	326.177	75.367	27.675	0	27.672
FOCOLAI CAPRINI	11	1.981	311	311	0	233
FOCOLAI BOVINI	1	18	5	1	0	1

	1^ VACCINAZIONE		VACCINAZIONE DI RICHIAMO	
	N° AZIENDE	N° CAPI	N° AZIENDE	N° CAPI
Vaccinazione sbtv 1 e 8 AZIENDE OVI-CAPRINE	401	29.555	188	11.602
Vaccinazione sbtv 1 e 8 AZIENDE BOVINE	15	231	12	129

Prelievi animali sentinella

Specie	Aziende	Capi prelevati nel totale
BOVINI	8	484
OVINI - CAPRINI	23	2.881
TOTALE	31	3.365

Nel corso del 2013 il territorio provinciale è stato interessato da una epidemia di blue tongue da sierotipo 1 che ha impegnato il Servizio, dal mese di luglio a fronteggiare una emergenza gravissima.

Sono stati registrati 1.234 focolai che hanno interessato 324.178 animali di specie ovina, 1 allevamento bovino con 18 capi, e 11 allevamenti caprini con 1.981 capi interessati. Sono morte a seguito della infezione 27.675 pecore, 1 bovino e 233 caprini.

Il servizio è stato comunque impegnato fino a luglio nel controllo delle trappole per i culicoidi e nel controllo degli animali sentinella. Sono state interessate al programma 31 aziende di ruminanti per sette mesi e sono stati prelevati, nel periodo, 3.365 animali sempre negativi fino all'avvento dei focolai.

Dal mese di luglio, quando ci è stato consegnato il vaccino, il Servizio è intervenuto con la profilassi vaccinale. Il numero dei capi vaccinati è stato pari a 41. 157 ovi-caprini e 360 bovini.

Encefalopatia Spongiforme Bovina

Per la Encefalopatia Spongiforme Bovina (B.S.E.) si è provveduto a dare attuazione a quanto previsto dal Decreto M.S. del 07/01/2000, e successive integrazioni. Tutte le 1.404 aziende dell'Asl con almeno un capo presente sono state visitate per evidenziare sintomi clinici di tipo nervoso compatibili con la BSE; tale attività è stata effettuata ogni qualvolta sia stata segnalata una qualsiasi sintomatologia nervosa e comunque almeno una volta l'anno in occasione degli ingressi per i piani di risanamento o per le movimentazioni.

Sono stati prelevati gli encefali di animali in allevamenti. Perdura la difficoltà di completare il programma negli allevamenti bradi; si dovrebbe ripensare concretamente alla identificazione delle zone marginali, previste nei regolamenti comunitari, al fine di consentire un risparmio nello smaltimento dei capi morti, e una maggiore efficienza del programma di controllo della BSE.

Scrapie Ovi-Caprina

Nel corso del 2013 è stato riscontrato un allevamento positivo. Il piano di selezione genetica inizia a dare risultati. Nell'allevamento positivo sono stati testati 229 capi oviscaprini. Nel corso dell'anno non è stato possibile completare gli abbattimenti perché si è rimasti in attesa della autorizzazione ministeriale a poter macellare i capi positivi.

E' stato attivato il programma di controllo degli arieti previsto nel piano di controllo genetico della scrapie. Nel complesso per le attività del piano sono state prelevati n° 1.776 arieti in n° 190 aziende.

Piano selezione genetica scrapie

	Aziende	Arieti genotipizzati	Femmine genotipizzati in focolaio
TOTALE	190	1.776	229

Piano selezione genetica scrapie controllo delle teste dei capi

	Aziende	Capi controllati
TOTALE	17	19

Paratubercolosi

Nel corso del 2013 sono stati controllati 1.475 capi bovini in 52 allevamenti e riscontrati 15 allevamenti positivi e 23 capi bovini, 172 capi caprini in 9 allevamenti non riscontrando alcuna positività, 7.363 ovini in 259 allevamenti e riscontrati 59 allevamenti positivi e 104 capi ovini

Prelievi paratubercolosi

	AZIENDE	ESAMI EFFETTUATI	ALLEVAMENTI POSITIVI	CAPI POSITIVI	PREVALENZA	% AZIENDE POSITIVE
CONTROLLI ALLEVAMENTI BOVINI	52	1475	15	23	1,56	28,85
CONTROLLI ALLEVAMENTI OVINI	259	7.364	59	104	1,41	22,78
CONTROLLI ALLEVAMENTI CAPRINI	9	172	0		0	

Anemia infettiva

L'Ordinanza Ministeriale Ministero della Salute dell'8 agosto 2010 denominata "Piano di sorveglianza nazionale per l'anemia infettiva degli equidi" (10A11122) (G.U. Serie Generale n. 219 del 18 settembre 2010) ha imposto il controllo sierologico degli equini prima della movimentazione per ragioni sportive o per qualsivoglia manifestazione equestre. Il tutto ha impegnato non poco i Veterinari stante il gran numero di manifestazioni equestri che si svolgono nell'Ambito provinciale per ragioni sportive e folkloristiche; inoltre il numero consistente di allevamenti equini presenti in provincia ha fatto sì che nell'arco dell'anno, ancorché stanziati, siano stati numerosi gli animali prelevati come previsto dall'ordinanza sopra richiamata.

Anemia Infettiva Equina

	Aziende interessate	Capi	Negativi
TOTALE	429	891	891

Nel programma di controllo della monta equina sono stati controllati ed autorizzate tutte le stazioni di monta verificando lo stato sanitario degli stalloni adibiti al salto.

Salmonellosi

Nell'arco del 2013 è stato attivato il piano di controllo delle salmonellosi negli allevamenti avicoli; sono state eseguite n° 10 diversi campionamenti in 1° gruppi di animali di un allevamento da ingrasso, e 13 campionamenti in 6 gruppi di animali di 3 allevamenti di galline ovaiole; non sono state riscontrate positività.

Nel corso dell'anno sono state riscontrati 6 focolai di salmonella abortus ovis e un focolaio di salmonella Tiphimurium in un allevamento di bovini da latte . Quest'ultimo ha determinato un notevole lavoro per il controllo sierologico e coprologico ripetuto più volte di tutti gli animali dell'azienda; la prontezza della diagnosi e la puntuale applicazione delle misure di profilassi attuate ha prontamente limitato l'infezione; siamo in attesa e revocare le misure restrittive.

Piano salmonellosi negli allevamenti avicoli da ingrasso

N° GRUPPI DI ANIMALI	N° GRUPPI INCLUSI NEL PROGRAMMA	N GRUPPI ANIMALI CONTROLLATI	TEST BATTERIOLOGICO	N° PROVE ESEGUITE
71	1	10	SOVRASCARPE	10

Piano salmonellosi negli allevamenti avicoli da uova

N° GRUPPI DI ANIMALI	N° GRUPPI INCLUSI NEL PROGRAMMA	N GRUPPI ANIMALI CONTROLLATI	TEST BATTERIOLOGICO	N° PROVE ESEGUITE
11	6	6	13	13

West Nile

Il territorio dell'azienda ASL è stato oggetto nel 2013 di un solo sospetto focolaio di West Nile trovato in un fenicottero nel mese di ottobre. Il tutto lascia ben sperare che il volatile possa essere un migratore di ritorno e che l'assenza di altri isolamenti nel 2013 possano far pensare che non ci sia stata l'endemizzazione del virus nel territorio provinciale. Nessuno dei cavalli sentinella che, se distribuiti strategicamente nel territorio ancora vergine da infezione, hanno positivizzato. Il cavallo sieropositivo della tabella infatti è risultato già positivo al primo screening il che lascia supporre che possa trattarsi di una infezione di anno precedente.

Nel corso dell'anno abbiamo attuato i programmi di monitoraggio nei volatili sinantropici e negli insetti ; non abbiamo riscontrato alcuna positività.

Piano di Sorveglianza

Attività	Numero Interventi	Capi prelevati o poll di insetti	Capi siero positivi
Allevamenti Avicoli	0	0	0
Allevamenti Equini	53	156	1
Uccelli sinantropici	33	36	1
Insetti	50	126	0
TOTALE	136	318	2

Malattie infettive

Nel corso dell'anno il servizio ha garantito il controllo di tutti i casi sospetti di malattia infettiva intervenendo nel controllo di tutte le sintomatologie cliniche e le morti sospette; nel corso dell'anno il servizio ha rilevato 2 focolai di leptosirosi ed uno di salmonellosi in altre specie; in particolare nella tabella è riassunto il procedere delle singole denunce di malattie infettive riscontrate nel 2013:

Malattia	N° focolai
Agalassia contagiosa degli ovini e dei caprini Conteggio	12
Febbre Catarrale degli ovini (Bluetongue) Conteggio	1.371
Leptosirosi animali Conteggio	2
Salmonellosi delle varie specie animali Conteggio	1
Salmonellosi ovina Conteggio	5
Schmallenberg Conteggio	1
Scrapie Conteggio	1
West Nile Fever Conteggio	1
	1.394

b. 2) L'Assistenza Ospedaliera

b. 2.1) L'analisi della domanda

Per una valutazione della domanda di prestazioni ospedaliere si è proceduto ad analizzare i relativi dati per gli anni 2012 e 2013, in riferimento al complesso delle prestazioni fruite dai nostri residenti in qualunque struttura del SSN o accreditata.

I dati a confronto sono rappresentati per singolo DRG (primi trenta più frequenti per numero), nelle due dimensioni di numeri di dimessi e di valori delle prestazioni (tabella 3) e secondo la rappresentazione per MDC (grandi gruppi di patologie) (tabella 4).

Rispetto al numero complessivo di dimissioni sui nostri residenti, i DRG più numerosi (a maggior domanda da parte dei nostri residenti) sono da riferirsi, oltre alla gravidanza, parto, puerperio (6%), alle seguenti malattie:

- sistema circolatorio (11%);
- sistema osteomuscolare e connettivo (10%);
- apparato digerente (9%);
- dell'occhio; (6%)
- del sistema nervoso (6%);
- mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate (6%);
- dell'apparato respiratorio (5%);
- disturbi epatobiliari e del pancreas (5%)
- rene e vie urinarie (5%);
- dell'apparato riproduttivo femminile (5%);

L'ordine della distribuzione percentuale dei grandi gruppi di patologie, come sopra rappresentato, non è sostanzialmente variato rispetto all'anno 2012 per cui si può ritenere che comunemente la domanda rimane nel tempo invariata rispetto a tali gruppi di patologie.

La tipologia della domanda da parte dei cittadini residenti nei comuni dell'Azienda, che si rivolgono fuori dai confini della provincia, analizzata per DRG, è rappresentata per l'anno 2013 nella tabella 5, ove figura la distribuzione tra una produzione assicurata con i presidi aziendali (pubblici e privati accreditati) e una produzione garantita con i presidi infra e extra regione (mobilità passiva).

Dalla stessa tabella 5, l'analisi dei dati di mobilità passiva sui singoli DRG ricompresi nei primi trenta per frequenza, evidenzia:

- la fuga di DRG oncologici dei residenti, in particolare sul DRG 410 - chemioterapia - e sul DRG 404 - linfoma e leucemia - è pari rispettivamente al 68% e al 51% sul totale della domanda complessiva 2013. La fuga per la seconda tipologia di tumori era pari al 73% nell'anno 2010;
- la mobilità passiva dei DRG riguardanti le malattie e i disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico (mdc 8), in particolare sui DRG 503 - interventi sul ginocchio - e 544 - sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori - si assestano su una percentuale pari rispettivamente al 80% e 60%. Nell'anno 2010 la fuga del DRG 503 era pari al 77% e la fuga del DRG 544 era pari al 68%;
- i ricoveri per malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile manifestano una mobilità passiva sul DRG 359 - interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc, - pari al 49% (42% nel 2012), una fuga sul DRG 381 - aborto con dilatazione e raschiamento - pari al 48% (52% nel 2010) e sul DRG 364 - dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne - pari al 44% (52% nel 2010);

- il DRG 42 riguardante l'apparato oculistico, che rappresenta l'ottavo DRG per frequenza (interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino), registra una fuga pari al 50% (40% nel 2010);
- il DRG 290 – interventi sulla tiroide – e il DRG 203 – neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas – registrano una fuga pari rispettivamente al 59 % (72% nel 2010) e al 54% (50% nel 2010).

Per quanto riguarda invece la domanda di ospedalità nel suo complesso, da parte dei nostri residenti, si osserva nel tempo una riduzione generale della domanda di ospedalizzazione, evidente soprattutto nell'anno 2009 rispetto all'anno precedente. Un grande contributo al verificarsi di tale fenomeno è da ricercarsi nella trasformazione di alcuni DRG (039; 006; 115) da ricoveri per acuti a prestazioni di tipo ambulatoriale (Day Service). Tuttavia il tasso di ospedalizzazione anche nell'anno 2013 si sta rivelando in forte riduzione così come richiesto a livello nazionale e regionale in riferimento agli obiettivi di appropriatezza.

Anno di riferimento	Tasso grezzo di ospedalizzazione
2008	206,58
2009	196,32
2010	194,48
2011	192,19
2012	182,85
2013	176,47

Tabella 3. Incidenza dei primi 30 DRG in consumo per i residenti ASL 5. (Fonte: Banca Dati SDO regionale anni 2013-2012)

drg	Descrizione	2013			2012		
		Ordine	N	VAL	N	VAL	Ordine
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1	1.032	3.504.865	1.009	3.479.912	2
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	2	911	389.595	1.015	329.382	1
391	Neonato normale	3	741	382.562	698	360.768	4
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	4	643	887.344	569	791.973	6
127	Insufficienza cardiaca e shock	5	600	1.649.386	598	1.625.364	5
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	6	584	1.260.695	737	1.572.599	3
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	7	540	1.421.238	561	1.458.230	7
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	8	481	666.769	465	647.221	9
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	9	472	867.090	468	864.513	8
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	10	380	298.942	381	342.887	10
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	11	370	620.837	330	557.379	14
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	12	342	364.104	368	392.779	11
430	Psicosi	13	321	837.254	285	720.859	20
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	14	318	267.305	306	303.274	17
371	Parto cesareo senza CC	15	312	738.741	317	762.352	15
089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	16	298	936.673	238	728.057	27
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	17	298	825.021	257	646.476	22
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	18	297	391.452	297	388.725	19
225	Interventi sul piede	19	291	527.705	251	460.558	25
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	20	286	800.947	254	719.229	23
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	21	276	945.462	299	1.002.448	18
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	22	273	2.418.490	330	2.964.468	13
316	Insufficienza renale	23	248	759.156	253	777.081	24
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	24	247	272.784	251	277.835	26
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	25	241	409.883	234	431.376	28
169	Interventi sulla bocca senza CC	26	238	460.166	365	705.308	12

524	Ischemia cerebrale transitoria	27	226	495.343	160	360.552	47
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	28	217	102.383	229	119.527	30
290	Interventi sulla tiroide	29	211	519.034	211	509.989	32
203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	30	209	564.263	200	547.918	35
Totale primi trenta DRG sui residenti ASL5			11.903	24.585.490	11.936	24.849.038	
Totale DRG sui residenti ASL 5			29.520	78.252.652	30.626	80.922.026	

**Tabella 4-Distribuzione percentuale per MDC del consumo dei DRG da parte dei residenti ASL 5
(Fonte: Banca Dati SDO regionale anni 2013-2012)**

MDC	Descrizione	TOT Numero Anno 2013	TOT Numero Anno 2012	Distribuzione % anno 2013	Distribuzione % anno 2012
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	3.133	3.290	11%	11%
8	Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo	2.997	3.095	10%	10%
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e tumori poco differenziati	1.840	1.944	6%	6%
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	2.657	2.606	9%	9%
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	1.870	1.895	6%	6%
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	1.595	1.758	5%	6%
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	1.337	1.320	5%	4%
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	1.439	1.515	5%	5%
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.329	1.530	5%	5%
14	Gravidanza, parto e puerperio	1.646	1.692	6%	6%
16	Malattie e disturbi del periodo neonatale	946	1.029	3%	3%
9	Malattie e disturbi della pelle, del sottocutaneo e della mammella	1.127	1.250	4%	4%
Pre		65	76	0%	0%
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso e della gola	1.012	1.169	3%	4%
2	Malattie e disturbi dell'occhio	1.906	2.018	6%	7%
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	1.009	1.011	3%	3%
15	Malattie e disturbi del sangue e degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	1.034	975	4%	3%
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	530	589	2%	2%
18	Malattie infettive e parassitarie (sistematiche)	350	319	1%	1%
19	Malattie e disturbi mentali	516	481	2%	2%
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	713	584	2%	2%
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	190	201	1%	1%
NA		82	71	0%	0%
24	Traumi multipli significativi	38	28	0%	0%
25	Infezioni da HIV	107	114	0%	0%
22	Ustioni	15	18	0%	0%
20	Uso di alcool o farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcool o farmaci	37	48	0%	0%
TOTALE		29.520	30.626	100%	100%

Tabella 5 - Incidenza dei primi 30 DRG in consumo per i residenti ASL 5 (Fonte: Banca Dati SDO regionale anno 2013).		Totale primi trenta		Prodotti dai Presidi ASL 5		Prodotti in mobilità passiva infra regione		Prodotti in mobilità passiva extra regione	
drg	Descrizione	Numero Casi	%	Numero Casi	%	Numero Casi	%	Numero Casi	%
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.032	100%	331	32%	663	64%	38	4%
047	Altre mal. dell'occhio, età > 17 anni s/CC	911	100%	874	96%	30	3%	7	1%
391	Neonato normale	741	100%	577	78%	156	21%	8	1%
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	643	100%	509	79%	126	20%	8	1%
127	Insufficienza cardiaca e shock	600	100%	503	84%	89	15%	8	1%
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	584	100%	300	51%	251	43%	33	6%
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	540	100%	383	71%	152	28%	5	1%
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	481	100%	413	86%	68	14%		0%
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	472	100%	237	50%	225	48%	10	2%
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	380	100%	181	48%	182	48%	17	4%
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	370	100%	77	21%	287	78%	6	2%
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	342	100%	179	52%	153	45%	10	3%
430	Psicosi	321	100%	277	86%	32	10%	12	4%
183	Esofagite, gastroenterite e misc. di malattie dell'app. digerente, età > 17 anni senza CC	318	100%	227	71%	76	24%	15	5%
371	Parto cesareo senza CC	312	100%	224	72%	83	27%	5	2%
089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	298	100%	245	82%	47	16%	6	2%
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	298	100%	205	69%	86	29%	7	2%
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	297	100%	256	86%	36	12%	5	2%
225	Interventi sul piede	291	100%	152	52%	123	42%	16	5%
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune s/CC	286	100%	240	84%	43	15%	3	1%
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	276	100%	210	76%	61	22%	5	2%
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	273	100%	110	40%	142	52%	21	8%
316	Insufficienza renale	248	100%	183	74%	62	25%	3	1%
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	247	100%	137	55%	107	43%	3	1%
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	241	100%	118	49%	117	49%	6	2%
169	Interventi sulla bocca senza CC	238	100%	16	7%	215	90%	7	3%
524	Ischemia cerebrale transitoria	226	100%	197	87%	28	12%	1	0%
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	217	100%	132	61%	83	38%	2	1%
290	Interventi sulla tiroide	211	100%	92	44%	110	52%	9	4%
203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	209	100%	95	45%	95	45%	19	9%
	Totale	11.903	100%	7.680	65%	3.928	33%	295	2%

Tabella 5 bis - Incidenza dei primi 30 DRG in valore per i residenti ASL 5 (Fonte: Banca Dati SDO regionale anno 2013).		Totale primi trenta		Prodotti dai Presidi ASL 5		Prodotti in mobilità passiva infra regione		Prodotti in mobilità passiva extra regione	
drg	Descrizione	Valore	%	Valore	%	Valore	%	Valore	%
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	3.504.865	100%	1.925.266	55%	1.505.081	43%	74.519	2%
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	389.595	100%	332.303	85%	44.851	12%	12.442	3%
391	Neonato normale	382.562	100%	297.992	78%	79.879	21%	4.691	1%
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	887.344	100%	704.001	79%	171.500	19%	11.843	1%
127	Insufficienza cardiaca e shock	1.649.386	100%	1.386.975	84%	239.479	15%	22.932	1%
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	1.260.695	100%	641.896	51%	542.140	43%	76.659	6%
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	1.421.238	100%	966.518	68%	449.588	32%	5.132	0%
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	666.769	100%	571.952	86%	94.816	14%		0%
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	867.090	100%	434.215	50%	412.877	48%	19.998	2%
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	298.942	100%	116.581	39%	174.358	58%	8.004	3%
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	620.837	100%	129.288	21%	482.696	78%	8.854	1%
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	364.104	100%	190.078	52%	162.550	45%	11.476	3%
430	Psicosi	837.254	100%	723.785	86%	67.594	8%	45.875	5%
183	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	267.305	100%	194.606	73%	64.183	24%	8.516	3%
371	Parto cesareo senza CC	738.741	100%	523.140	71%	202.969	27%	12.633	2%
089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	936.673	100%	761.747	81%	152.438	16%	22.488	2%
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	825.021	100%	555.202	67%	243.051	29%	26.768	3%
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	391.452	100%	336.959	86%	47.355	12%	7.138	2%
225	Interventi sul piede	527.705	100%	265.095	50%	230.963	44%	31.648	6%
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	800.947	100%	671.780	84%	120.093	15%	9.073	1%
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	945.462	100%	717.576	76%	209.584	22%	18.302	2%
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	2.418.490	100%	963.046	40%	1.248.530	52%	206.915	9%
316	Insufficienza renale	759.156	100%	563.298	74%	187.528	25%	8.331	1%
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	272.784	100%	151.039	55%	118.291	43%	3.454	1%
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	409.883	100%	203.121	50%	195.048	48%	11.715	3%
169	Interventi sulla bocca senza CC	460.166	100%	31.778	7%	413.118	90%	15.270	3%
524	Ischemia cerebrale transitoria	495.343	100%	433.998	88%	59.308	12%	2.036	0%
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	102.383	100%	56.849	56%	45.255	44%	279	0%
290	Interventi sulla tiroide	519.034	100%	221.641	43%	273.658	53%	23.735	5%
203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	564.263	100%	276.719	49%	245.734	44%	41.810	7%
Totale		24.585.490	100%	15.348.444	62%	8.484.513	35%	752.534	3%

In merito alla mobilità passiva i dati rappresentati nell'allegato 2.3 ci segnalano che le maggiori fughe si registrano nelle discipline a maggior diffusione quali chirurgia generale, ostetricia e ginecologia, medicina generale e ortopedia, ma anche nelle discipline non presenti nei nostri presidi pubblici, quali otorinolaringoiatria, neurologia, oculistica, ma gestite dal presidio privato accreditato che insiste nel capoluogo della provincia.

Dalla lettura della tabella che segue, si può affermare che il numero delle prestazioni acquisite extra-asl in valore assoluto sono progressivamente diminuite nel corso del tempo.

Anno di riferimento	Produzione dei PPOO ASL 5 sui residenti		Mobilità passiva		Totale Consumo dei Residenti
	Numero prestazioni	% sul Totale	Numero prestazioni	% sul Totale	Numero prestazioni
2007	21.524	60%	14.549	40%	36.073
2008	21.969	62%	13.589	38%	35.558
2009	20.775	62%	12.924	38%	33.699
2010	19.495	59%	13.705	41%	33.200
2011	19.425	59%	13.272	41%	32.697
2012	18.353	60%	12.273	40%	30.626
2013	17.772	60%	11.748	40%	29.520

Tabella 6. Ricoveri ospedalieri dei residenti nella asl 5 di Oristano. Compreso il DRG 391

b. 2.2) L'analisi dell'offerta

Nella successiva tabella viene riportata una sintesi di informazioni sulla ospedalizzazione riferita ai presidi ospedalieri della ASL di Oristano e alcuni indicatori, relativamente agli anni 2012-2013.

PRESIDIO	RO		DH		TOTALI	
	Numero	Valore	Numero	Valore	Numero	Valore
P.O. San Martino - Oristano	9.418	28.860.113	2.967	6.048.618	12.385	34.908.732
P.O. Mastino – Bosa	1.525	4.136.603	427	570.337	1.952	4.706.940
P.O. Delogu – Ghilarza	1.334	3.066.553	1.033	1.119.496	2.367	4.186.049
TOT	12.277	36.063.269	4.427	7.738.451	16.704	43.801.721
Casa di Cura Madonna del Rimedio	2.556	5.534.995	2.292	1.881.609	4.848	7.416.604
TOTALE	14.833	41.598.264	6.719	9.620.061	21.552	51.218.326

Tabella 7. Produzione DRG ASL 5 anno 2012

PRESIDIO	RO		DH		TOTALI	
	Numero	Valore	Numero	Valore	Numero	Valore
P.O. San Martino - Oristano	9.272	28.900.812	2.910	5.862.690	12.182	34.763.502
P.O. Mastino – Bosa	1.402	3.656.221	419	587.964	1.821	4.244.185
P.O. Delogu – Ghilarza	1.235	3.291.338	827	1.159.461	2.062	4.450.799
TOT	11.909	35.848.371	4.156	7.610.116	16.065	43.458.486
Casa di Cura Madonna del Rimedio	2.624	5.676.145	2.265	1.819.317	4.889	7.495.462
TOTALE	14.533	41.524.516	6.421	9.429.433	20.954	50.953.949

Tabella 7bis. Produzione DRG ASL 5 anno 2013

Per quanto riguarda la produzione nel suo complesso si registra nell'anno 2013 un decremento della produzione, con un pressoché costante valore della stessa rispetto all'anno 2012. La riduzione riguarda i ricoveri ordinari soprattutto nei presidi pubblici; la stessa riduzione ha riguardato anche i ricoveri diurni.

Nei tre presidi pubblici il peso medio dei DRG trattati in ricovero ordinario è cresciuto abbastanza rispetto all'anno 2012. In particolare nell'anno 2013 nel presidio San Martino il peso medio registrato è pari a 1,06 rispetto allo 0,98 del 2011 e 2012 e allo 0,85 del 2010; nel PO Delogu si registra un peso pari a 0,97 nel 2013 rispetto al dato di partenza pari a 0,72 del 2010; infine nel PO Mastino di Bosa da 0,74 nel 2010 si registra un peso medio nel 2013 pari a 0,98. L'attività di ricovero ordinario pare quindi essersi indirizzata verso casi più complessi, fenomeno verosimilmente dovuto alla collocazione di alcuni DRG a rischio di in appropriatezza verso regimi di ricovero più appropriati (day hospital/day surgery, day service, attività ambulatoriali).

L'indice di attrazione, in termini di mobilità attiva dei ricoveri ospedalieri, rimane pressoché costante nel periodo in esame.

Anno di riferimento	Produzione	Mobilità Attiva	Indice di Attrazione
2008	25.252	3.307	13,10%
2009	24.244	3.469	14,30%
2010	22.532	3.037	13,48%
2011	22.752	3.327	14,62%
2012	21.552	3.199	14,84%
2013	20.954	3.182	15,19%

Tabella 8. Indice di attrazione

b. 2.3) Le principali criticità

Tra le criticità più rilevanti emerse dall'analisi della domanda e dell'offerta di ricoveri si mette a fuoco l'esigenza di ridurre il ricorso, per i nostri residenti, al ricovero ospedaliero in aree diverse da quelle di residenza, soprattutto infra regione. La posizione geografica, e quindi la "prossimità" del presidio ospedaliero più comodo territorialmente, soprattutto per i residenti del Distretto di Ales Terralba, e l'assenza di alcune branche specialistiche nei presidi pubblici della provincia di Oristano (oculistica, otorinolaringoiatria, neurologia, malattie endocrine e diabetologia, pneumologia), sono tra le principali cause della mobilità passiva. Risulta pertanto indispensabile lavorare per conquistare la fiducia riposta dai nostri residenti sulle nostre strutture e sulla qualità percepita delle prestazioni che erogiamo.

Per quanto concerne i presidi pubblici si sta lavorando per modificare l'attività in termini di appropriatezza, sia prevedendo uno sviluppo maggiore dei ricoveri diurni, soprattutto di tipo chirurgico, che proponendo una conversione di un numero maggiore di ricoveri in DH verso forme ambulatoriali. Nonostante il buon risultato ottenuto negli anni 2012 e 2013, sarà difficile aumentare la deospedalizzazione in quanto la nostra provincia è povera di strutture residenziali territoriali. Per quanto riguarda i presidi periferici si provvederà a creare una forte integrazione tra attività ospedaliera e attività territoriale anche dislocando logisticamente tali attività nello stesso plesso in modo tale da garantire la collaborazione tra professionisti, finalizzata al miglioramento qualitativo del servizio, e ridurre al minimo il disagio per l'utente nel suo percorso di cura (Case della Salute). Altro intervento individuato riguarderà l'istituzione delle Cure Intermedie che offriranno risposte territoriali ai bisogni complessi, sociali e sanitari di continuità assistenziale principalmente dei soggetti anziani e/o fragili

b. 3) L'Assistenza Distrettuale

b. 3.1) L'assistenza specialistica ambulatoriale

Il fronte delle attività di specialistica ambulatoriale rappresenta la categoria di offerta di prestazioni sanitarie in parte esercitata presso gli ambulatori ospedalieri dal personale dipendente e in parte a livello distrettuale da specialisti in convenzione.

Le direttrici fondamentali che intersecano l'area della specialistica ambulatoriale si articolano in diversi livelli di intervento che sono sostanzialmente finalizzati a:

1. Sviluppare una adeguata e corretta valutazione del bisogno della popolazione al fine di organizzare il servizio più rispondente alla domanda di salute dei cittadini;
2. Razionalizzare/ottimizzare l'offerta delle prestazioni in considerazione sia delle necessità assistenziali del territorio che della necessità di perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza degli accessi alle attività sanitarie;
3. Garantire prioritariamente l'accesso alle prestazioni che rientrano in programmi di comprovata efficacia per il miglioramento della salute della popolazione, privilegiando la facilità e l'equità di accesso, in particolare per le fasce più deboli della popolazione;
4. Governare la domanda di prestazioni, in particolare garantendo un ricorso appropriato alle attività del SSN, anche attraverso l'utilizzo dei criteri di priorità;
5. Qualificare il sistema delle prenotazioni tramite il sistema CUP, per il quale prosegue l'azione di sostegno in funzione del miglioramento continuo della sua attività;
6. Utilizzare le opportunità di un'adeguata organizzazione della libera professione;

Ferma restando la consapevolezza che i tempi di attesa sono un problema generalizzato dei servizi sanitari avanzati e che nessuna strategia realistica si può porre l'obiettivo di azzerarli, per governare la domanda occorre essenzialmente lavorare per mantenere costante il livello di appropriatezza delle prestazioni, valutandone i livelli di partenza, adottando le azioni conseguenti e rivedendo ciò che è stato fatto in un'ottica di miglioramento continuo.

In particolare, nel periodo di interesse, è intendimento dell'Azienda proseguire nel lavoro di diffusione dell'utilizzo delle priorità cliniche per l'accesso alle prestazioni specialistiche. Il Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa ha individuato 4 classi di priorità: U Urgenti (da eseguire in un tempo massimo di 72 ore), B Brevi (da eseguire entro 10 gg.), D Differibili (da eseguire entro 30 gg per le visite e 60gg per le prestazioni strumentali) P Programmate. Il sistema di accesso basato sulle priorità cliniche prevede che i casi clinici che necessitano di una valutazione tempestiva (e che non richiedono una valutazione urgente in Pronto Soccorso) vanno eseguiti con determinate priorità e hanno la precedenza nei limiti del possibile. L'utilizzo delle priorità cliniche ha implicato un'importante lavoro sull'organizzazione dell'erogazione delle prestazioni che si palesa particolarmente critica soprattutto in relazione alla garanzia di erogazione delle prestazioni brevi e differibili. A tale proposito oltre ad aver lavorato in condividendo le linee di attività con i rappresentanti dei MMG e degli specialisti ambulatoriali, l'Azienda ha realizzato alcuni incontri con tutti i prescrittori al fine di informare e sensibilizzare sui temi dell'appropriatezza prescrittiva.

Per il controllo dell'offerta si stanno gradualmente realizzando diverse azioni. In coerenza con il percorso di sviluppo e miglioramento del CUP aziendale, è stato quasi del tutto completato il processo di informatizzazione delle agende di prenotazione. Sono avviate le attività di recall dei pazienti che viene eseguito ormai in maniera sistematica per le prestazioni più critiche quali ad es. risonanze. TAC, colonscopie e gastroscopie con un recupero del 30%, e in alcuni casi il 40%, del drop out. Con i finanziamenti specifici concessi per il governo delle liste d'attesa nell'anno 2011 è stato possibile garantire, fino a tutto il 2014, l'aumento di prestazioni tramite il ricorso alla libera professione.

L'esame della tabella 9 mostra il consumo di prestazioni di specialistica ambulatoriale dei nostri residenti nell'anno 2013. Il confronto tra la produzione garantita dalle nostre strutture e quelle erogate in mobilità passiva in termini di valore, mostra delle criticità su diversi fronti, soprattutto per le prestazioni di dermatologia e dermosifilopatia, diagnostica per immagini, neurologia, oncologia, ostetricia e ginecologia, gastroenterologia. La figura 1 mostra in termini di valore l'ammontare delle prestazioni erogate in mobilità passiva nel 2013 distinta per branca. La figura 2 invece mostra l'andamento, nel triennio 2010-2011-2013 (l'anno 2012 non è disponibile), in termini di valore, delle prestazioni erogate ai nostri residenti da altre Asl della Sardegna. Mentre l'andamento della mobilità passiva tende a rimanere costante nel tempo rispetto alla ASL di Cagliari e Sanluri e alla AO del Brotzu, cresce la mobilità passiva verso la ASL di Nuoro. Esaminando nel dettaglio la provenienza del paziente (distretto di appartenenza) rispetto alla ASL a cui si è rivolto per l'erogazione della prestazione (tabella 10) si può notare che in rapporto al totale della popolazione residente per distretto, il distretto di Ales Terralba usufruisce del maggiore numero di prestazione extra Asl. Come già detto per le prestazioni di ricovero, la posizione geografica, e quindi la vicinanza della struttura più comoda territorialmente, è da collocare tra le cause che hanno generato la mobilità passiva aziendale. Altro fenomeno rilevante che causa la mobilità passiva è da ricercare nelle liste d'attesa elevate per alcune specialità. Verosimilmente anche l'assenza di alcune branche specialistiche nei presidi ospedalieri pubblici è da considerare tra le cause che inducono parte della mobilità passiva. Ciò sia perché il paziente cerca una continuità nell'assistenza ospedaliera, per un eventuale successivo ricovero rispetto alle indicazioni che conseguono dalla prestazione specialistica, sia per motivi di natura psicologica legati alla ricerca costante da parte del paziente di un certo tipo di sicurezza, percepita come maggiore in una struttura ospedaliera rispetto ad altri servizi sanitari. Appare tuttavia indubbio che l'elemento da privilegiare è la conquista della fiducia riposta dai nostri residenti sulle nostre strutture.

Tabella 9. Specialistica ambulatoriale (Pubblico e Privato) anno 2013. Consumi dei residenti distinti tra nostra produzione e mobilità passiva intraregione.

Codice BRANCA	Descrizione BRANCA	Consumo residenti		Nostra Produzione per i residenti			Mobilità Passiva		
		QUANTITA'	VALORE	QUANTITA'	VALORE	% valore sui consumi	QUANTITA'	VALORE	% valore sui consumi
1	Anestesia	4.763	106.692	2.754	21.753	20%	2.009	84.939	80%
2	Cardiologia	60.568	1.384.253	50.574	1.098.039	79%	9.994	286.214	21%
3	Chirurgia generale	13.134	285.197	9.877	228.916	80%	3.257	56.282	20%
4	Chirurgia plastica	3.095	59.445	2.309	38.194	64%	786	21.251	36%
5	Chirurgia vascolare – Angiologia	3.271	85.767	2.624	69.881	81%	647	15.887	19%
6	Dermosifilopatia	13.649	247.237	7.505	137.202	55%	6.144	110.035	45%
7	Diagnostica per immagini. Medicina nucleare	4.025	511.984	24	676	0%	4.001	511.308	100%
8	Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica	98.412	5.306.697	68.655	3.155.538	59%	29.757	2.151.159	41%
9	Endocrinologia	31.478	406.834	28.759	350.011	86%	2.719	56.822	14%
10	Gastroenterologia - Chirurgia Endoscopica digestiva	9.478	492.515	5.489	300.698	61%	3.989	191.817	39%
11	Lab. Analisi chimico cliniche e microbiologiche - Microbiologia	1.186.029	6.247.646	1.002.503	4.719.528	76%	183.526	1.528.118	24%
12	Medicina fisica e riabilitazione - Recupero e riabilitazione funz.	69.409	719.508	60.213	624.489	87%	9.196	95.019	13%
13	Nefrologia	62.998	5.292.470	46.639	4.068.040	77%	16.359	1.224.430	23%
14	Neurochirurgia	795	21.105	285	6.635	31%	510	14.470	69%
15	Neurologia	15.619	271.660	9.157	163.911	60%	6.462	107.749	40%
16	Oculistica	37.217	2.708.176	32.191	2.265.825	84%	5.026	442.351	16%
17	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo facciale	16.414	329.820	14.076	281.177	85%	2.338	48.643	15%
18	Oncologia	18.721	249.486	10.710	128.733	52%	8.011	120.753	48%
19	Ortopedia e traumatologia	38.902	794.421	28.939	546.415	69%	9.963	248.006	31%
20	Ostetricia e ginecologia	14.437	328.005	8.460	180.835	55%	5.977	147.170	45%
21	Otorinolaringoiatria	19.290	307.781	15.696	244.066	79%	3.594	63.715	21%
22	Pneumologia	13.971	315.652	10.817	243.302	77%	3.154	72.350	23%
23	Psichiatria	13.378	192.796	12.645	182.142	94%	733	10.654	6%
24	Radioterapia	13.735	611.694	0	0	0%	13.735	611.694	100%
25	Urologia	12.143	527.552	10.680	451.044	85%	1.463	76.508	15%
26	Altro	125.101	2.605.876	105.504	2.197.122	84%	19.597	408.754	16%
Totale		1.834.215	25.283.943	1.547.085	21.704.171	86%	352.947	8.706.098	34%

Figura 1. Mobilità passiva specialistica ambulatoriale (Pubblico e Privato) anno 2013. Valore delle Prestazioni per branca.

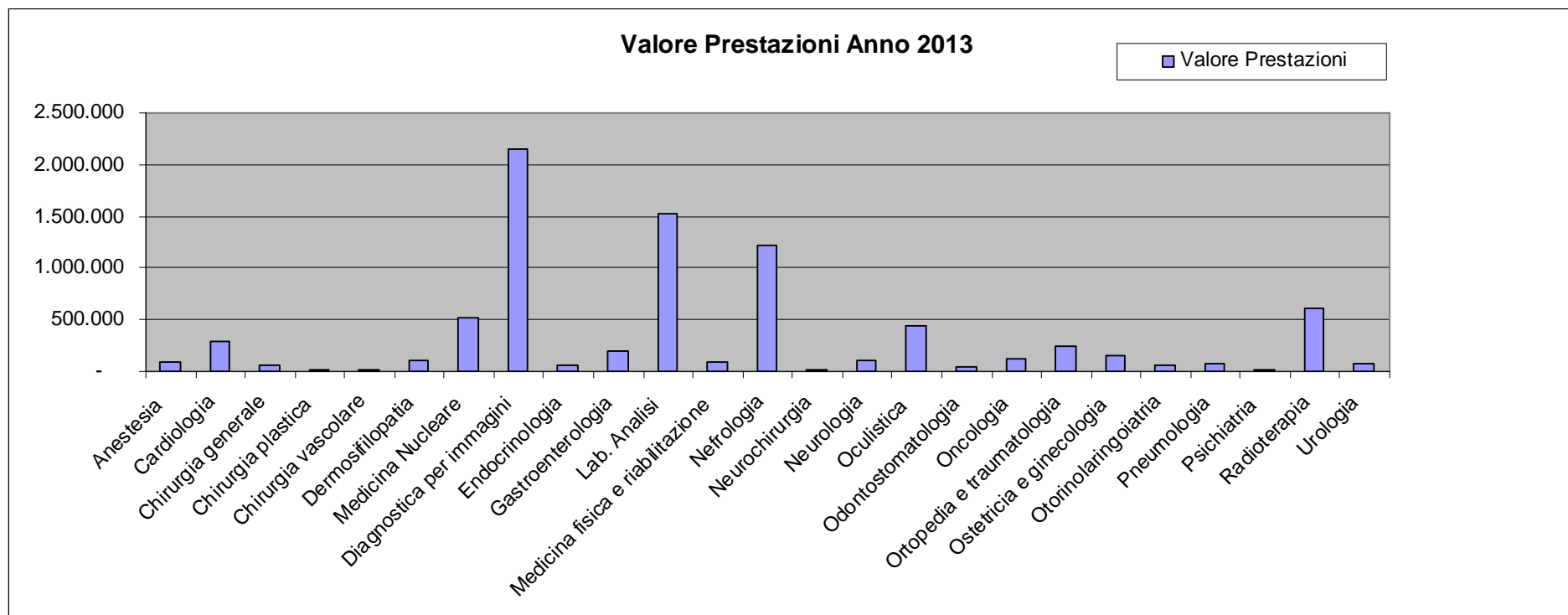
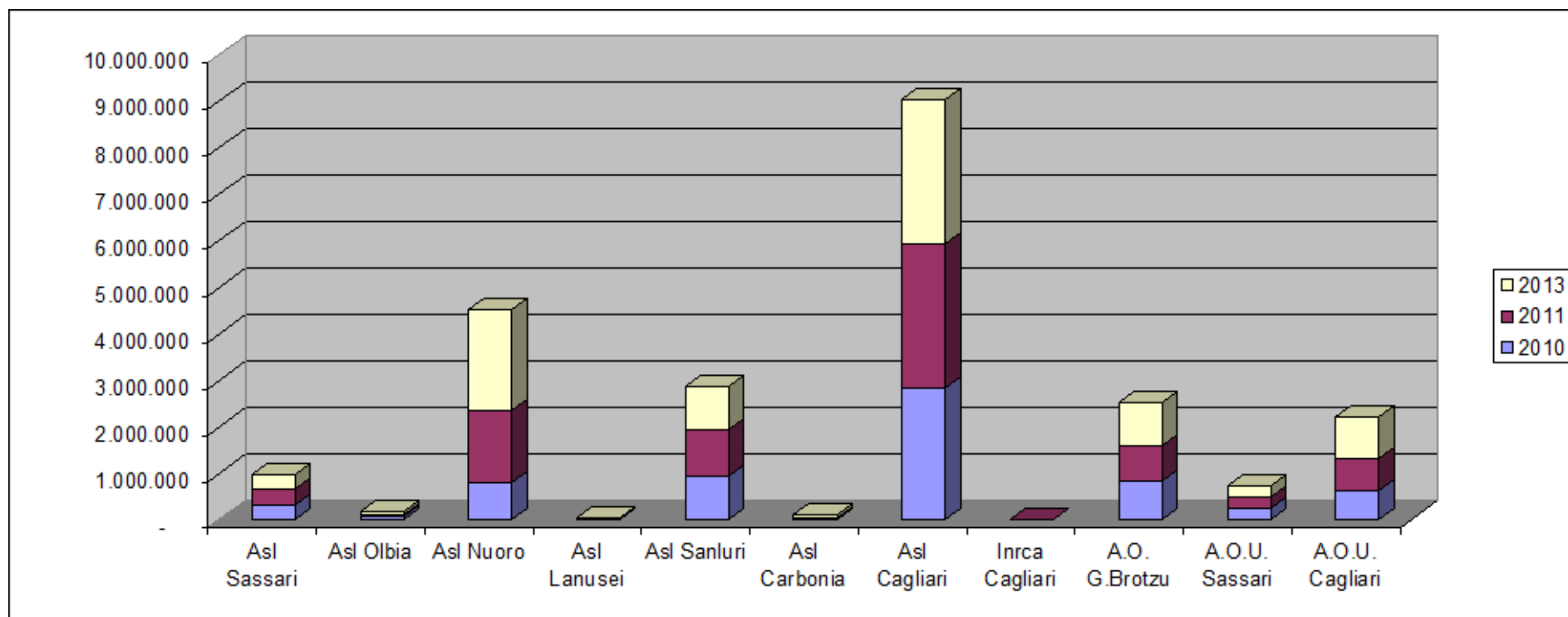


Figura 2. Mobilità passiva specialistica ambulatoriale intraregione (Pubblico e Privato). Valore delle prestazioni per ASL addebitante.



Tab. 10. Mobilità Passiva specialistica ambulatoriale intraregione ed extraregione (Pubblico e Privato) anno 2013.

			ANNO 2013	
DISTRETTO	Azienda	Descrizione Azienda	QUANTITA'	IMPORTO
DIST. ALES-TERRALBA	101	ASL SASSARI	425	4.386
DIST. ALES-TERRALBA	102	ASL OLBIA	907	10.156
DIST. ALES-TERRALBA	103	ASL NUORO	2.723	100.902
DIST. ALES-TERRALBA	104	ASL LANUSEI	499	4.638
DIST. ALES-TERRALBA	106	ASL SANLURI	34.062	863.383
DIST. ALES-TERRALBA	107	ASL CARBONIA	553	10.551
DIST. ALES-TERRALBA	108	ASL CAGLIARI	52.096	1.448.739
DIST. ALES-TERRALBA	904	A.O. G.BROTZU	10.232	327.686
DIST. ALES-TERRALBA	905	A.O.U. SASSARI	16	343
DIST. ALES-TERRALBA	906	A.O.U. CAGLIARI	19.917	366.594
DIST. ALES-TERRALBA	EXTRAREGIONE		10.200	237.121
TOT. DIST. ALES-TERRALBA			131.630	3.374.499
DIST.GHILARZA-BOSA	101	ASL SASSARI	2.674	38.521
DIST.GHILARZA-BOSA	102	ASL OLBIA	1.901	17.684
DIST.GHILARZA-BOSA	103	ASL NUORO	67.476	1.508.596
DIST.GHILARZA-BOSA	104	ASL LANUSEI	218	4.179
DIST.GHILARZA-BOSA	106	ASL SANLURI	594	21.779
DIST.GHILARZA-BOSA	107	ASL CARBONIA	415	8.739
DIST.GHILARZA-BOSA	108	ASL CAGLIARI	15.088	461.925
DIST.GHILARZA-BOSA	904	A.O. G.BROTZU	5.531	193.308
DIST.GHILARZA-BOSA	905	A.O.U. SASSARI	188	4.340
DIST.GHILARZA-BOSA	906	A.O.U. CAGLIARI	5.818	120.614
DIST.GHILARZA-BOSA	EXTRAREGIONE		13.644	348.789
TOT. DIST.GHILARZA-BOSA			113.547	2.728.472
DIST.ORISTANO	101	ASL SASSARI	19.239	275.458
DIST.ORISTANO	102	ASL OLBIA	1.472	14.292
DIST.ORISTANO	103	ASL NUORO	31.141	580.550
DIST.ORISTANO	104	ASL LANUSEI	333	3.736
DIST.ORISTANO	106	ASL SANLURI	3.064	72.796
DIST.ORISTANO	107	ASL CARBONIA	456	14.890
DIST.ORISTANO	108	ASL CAGLIARI	35.103	1.194.383
DIST.ORISTANO	904	A.O. G.BROTZU	13.998	412.273
DIST.ORISTANO	905	A.O.U. SASSARI	6.651	219.274
DIST.ORISTANO	906	A.O.U. CAGLIARI	20.157	401.384
DIST.ORISTANO	EXTRAREGIONE		19.399	418.237
TOT. DIST.ORISTANO			151.013	3.607.273
TOTALE			396.190	9.710.245

b. 3.2) Accoglienza e continuità assistenziale.

La presa in carico dell'anziano e/o del soggetto non autosufficiente avviene mediante l'operato delle unità di valutazione territoriali che provvedono all'inserimento del paziente a seguito di una giusta valutazione dei bisogni assistenziali del singolo caso. Le unità di valutazione territoriale (UVT), presenti in ogni distretto, sono rivolte alla valutazione dei casi riguardanti "l'età evolutiva", "l'assistenza riabilitativa", i casi a "valenza socio-sanitaria o prettamente sociale".

A livello organizzativo il Punto Unico di Accesso, e il suo strumento rappresentato dall'Unità di Valutazione Territoriale, prosegue il suo percorso di integrazione sociosanitaria.

Nell'anno 2013 ha preso avvio, ed è proseguito nel 2014, il progetto di interfacciamento con i diversi attori coinvolti nella presa in carico del soggetto fragile mediante l'acquisto, l'installazione e la formazione all'uso del software per la gestione dei servizi socio sanitari in maniera integrata (Comuni, Provincia, ASL, Ospedale, Medico di medicina generale). Il software è stato installato ed è stata fatta la formazione al suo uso presso tutte le postazioni del PUA e presso i Servizi Sociali della Provincia e degli 88 Comuni. Questo strumento, se utilizzato appieno da tutti i soggetti, permette di coinvolgere nel percorso di valutazione sia il personale comunale sia il personale sanitario integrando in un'unica cartella socio-sanitaria le attività sia sociali sia sanitarie che coinvolgono l'utente, avendo pertanto una visione completa del caso e un miglioramento continuo del servizio erogato, e assicurando una maggiore trasparenza e garantendo omogeneità nelle valutazioni per tutti i cittadini della provincia.

L'utilizzo di un unico sistema informativo integrato permette di raggiungere l'utente in maniera capillare e fornisce strumenti di governo e di supporto alla programmazione e consentendo lo scambio continuo di dati e di informazioni. Anche per l'anno 2015 la ASL si impegnerà nel sollecitare la collaborazione di tutti i soggetti coinvolti nel progetto.

Avvenuto il primo contatto con il paziente fragile sia attraverso gli sportelli comunali, sia attraverso i presidi ospedalieri nei casi urgenti, che direttamente dal PUA, la valutazione del bisogno avviene mediante i tre "punti unici di accesso" (PUA), uno in ogni distretto. Il percorso disegnato infatti prevede che siano i PUA a provvedere alla presa in carico globale dei bisogni della persona fragile nella rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, che identificato il bisogno dell'utente, indirizzerà il caso alla UVT di pertinenza la quale provvederà a decidere in merito all'inserimento del soggetto fragile nella struttura più appropriata che potrà essere una RSA, le Cure Domiciliari, un centro diurno, un centro riabilitativo ecc.

b. 3.3) La presa in carico dei soggetti non autosufficienti e in fase terminale

Nel territorio aziendale sono presenti due strutture private qualificate che permettono l'inserimento e l'accoglienza dei soggetti non autosufficienti per differenti livelli di intensità di cure necessarie: la Residenza Sanitaria Assistenziale "Fondazione Istituti Riuniti di Milis" e la Fondazione Randazzo di Ales di recente istituzione.

La spesa aziendale per l'inserimento di soggetti non autosufficienti nelle diverse strutture regionali evidenzia il maggior numero di inserimenti è dato dalla RSA di Milis e dalla RSA di Ales e solo in pochi casi ci si rivolge ad altre strutture regionali (nella maggior parte dei casi per avvicinare il paziente al domicilio dei parenti).

Dal confronto della spesa nel quadriennio 2009-2013 (figura 3), emerge il crescente bisogno di residenzialità sanitaria territoriale, legato anche all'aumentare della popolazione

anziana in questa provincia. La spesa per l'anno 2013 è ben oltre il tetto di spesa assegnato a questa Azienda dalla Regione Sardegna (€ 2.556.337).

Tale incremento di spesa trova giustificazione oltre che nel maggior carico di una popolazione più anziana, e quindi di un maggior numero di persone con patologie croniche, anche nella necessità di dimettere in tempi brevi da parte delle strutture ospedaliere verso strutture che garantiscano l'assistenza sanitaria e riabilitativa postacuzie, nonché nella necessità di garantire prestazioni Terapeutico Riabilitative ai pazienti non assistibili a domicilio in assenza della famiglia. A ciò si aggiunge la necessità di inserire pazienti Ventilati stabilizzati che non possono essere più assistiti in ospedale né in famiglia e la necessità di assicurare l'assistenza sanitaria ai pazienti terminali.

Il reale bisogno per l'assistenza in RSA ha richiesto un impegno di risorse economiche significativamente superiore a quello preventivato e poiché l'obiettivo è quello di evitare un prolungamento della degenza e/o ricoveri ripetuti o non appropriati difficilmente si potrà evitare un incremento della spesa rispetto al tetto di spesa regionale che dovrebbe pertanto essere rivisto alla luce dei reali bisogni assistenziali dimostrati nel tempo. Una soluzione a tale criticità è prospettata con la creazione dell'Hospice e delle Cure Intermedie che ricondurrebbe i ricoveri al più corretto setting assistenziale.

Anche i costi da sostenere per gli inserimenti in Casa protetta sono decisamente in crescita nel corso del 2013 rispetto all'anno 2012 e poiché trattasi di inserimenti che difficilmente trovano accoglienza in ambito familiare o in case alloggio, si presume che per l'anno 2015 non si possano avere riduzioni importanti nell'acquisto di tali prestazioni, nonostante lo sforzo di ricollocare nel corretto ambito assistenziale le persone inserite in tali strutture.

Assistenza Territoriale Residenziale	numero giornate anno 2012	numero giornate anno 2013
RSA (residenze sanitarie assistenziali)	21.310	23.689
Centri Diurni	2.256	3.119
Case Protette	40.715	49.775
TOTALE	64.281	76.583

ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE (RSA)	ANNO 2102		ANNO 2103	
	Giornate di assistenza	Valore	Giornate di assistenza	Valore
DISTRETTO DI ORISTANO	7.759	823.225	10.663	1.172.990
DISTRETTO DI GHILARZA-BOSA	4.865	405.921	5.248	499.732
DISTRETTO DI ALES-TERRALBA	8.686	903.919	7.778	883.615
TOTALE AZIENDALE	21.310	2.133.065	23.689	2.556.337

ASSISTENZA TERRITORIALE SEMIRESIDENZIALE (CENTRI DIURNI)	ANNO 2102		ANNO 2103	
	Giornate di assistenza	Valore	Giornate di assistenza	Valore
DISTRETTO DI ORISTANO	330	9.735	420	12.390
DISTRETTO DI GHILARZA-BOSA	1.490	45.756	2.425	75.783
DISTRETTO DI ALES-TERRALBA	436	16.440	274	11.102
TOTALE AZIENDALE	2.256	71.931	3.119	99.275

CASE PROTETTE	ANNO 2102		ANNO 2103	
	Giornate di assistenza	Valore	Giornate di assistenza	Valore
DISTRETTO DI ORISTANO	14.619	152.039	16.534	171.954
DISTRETTO DI GHILARZA-BOSA	15.066	156.767	19.760	205.431
DISTRETTO DI ALES-TERRALBA	11.030	114.712	13.481	154.346
TOTALE AZIENDALE	40.715	423.517	49.775	531.730

Elaborazioni del Controllo di Gestione su banca dati aziendale. Fonte: Distretti Socio Sanitari Aziendali.

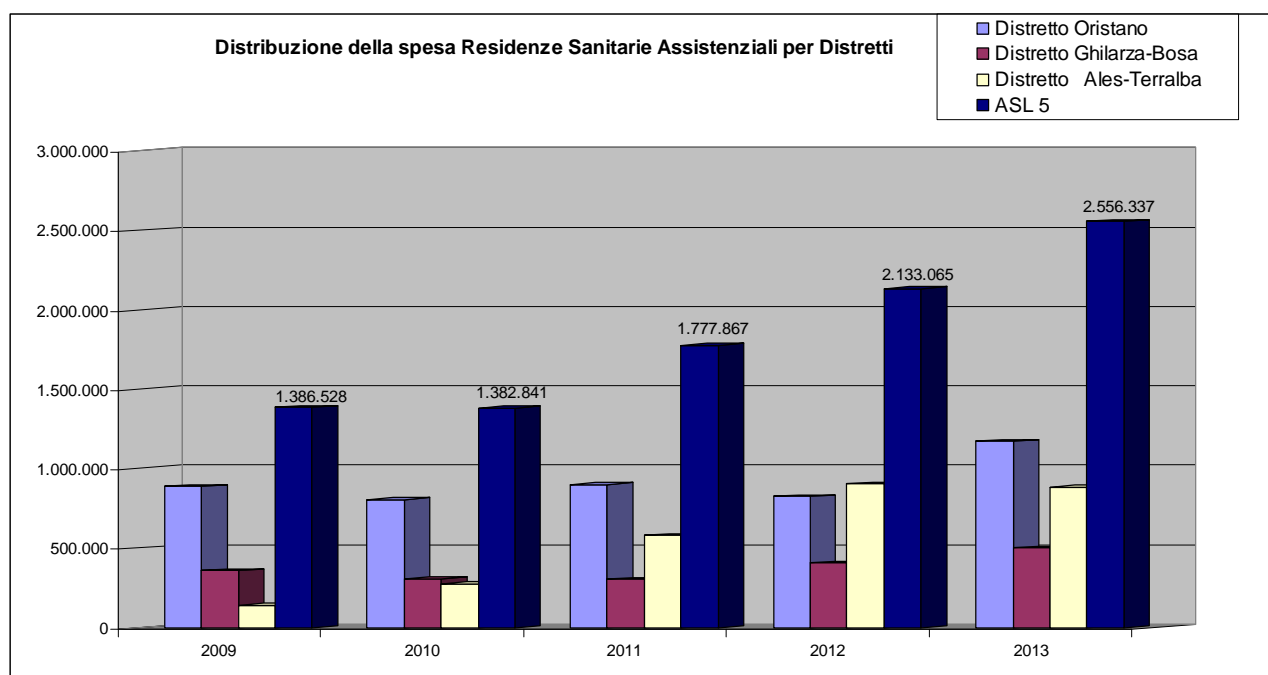


Figura 3. Totale della spesa distinta per Distretti anni 2009-2013

b. 3.4) L'assistenza alle persone con disabilità

L'attività di riabilitazione rivolta alle persone con disabilità si concretizza nell'offerta di prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78 e prestazioni specialistiche di riabilitazione DM 22.07.96.

L'insieme delle strutture pubbliche che rappresentano l'offerta a livello aziendale è la seguente:

Centri pubblici che erogano prestazioni di riabilitazione in regime ambulatoriale e domiciliare:

- Centro di riabilitazione globale di Oristano
- Presidio di recupero e riabilitazione funzionale di Samugheo
- Presidio di recupero e riabilitazione funzionale di Terralba
- Centro di riabilitazione globale di Ghilarza
- Presidio di recupero e riabilitazione funzionale di Ales
- Presidio di recupero e riabilitazione funzionale di Mogoro
- Centro di riabilitazione globale di Bosa

A supporto delle attività erogate dai centri pubblici l'Azienda ha sottoscritto dei contratti per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 con alcuni centri privati.

Risulta prevalente l'attività del privato, rispetto all'attività del pubblico, nell'erogazione di prestazioni domiciliari e ambulatoriali e totalmente a carico del privato le prestazioni residenziali e semiresidenziali (tabelle 12 e 13).

ASSISTENZA SOCIO SANITARIA ALLE PERSONE CON DISABILITA' EROGATE DAL PRIVATO ACCREDITATO - RIABILITAZIONE GLOBALE CONVENZIONATA

Giornate di Assistenza Residenziale e Semiresidenziale	ANNO 2102		ANNO 2103	
	Giornate di assistenza	Valore	Giornate di assistenza	Valore
DISTRETTO DI ORISTANO	1.639	365.826	1.468	388.500
DISTRETTO DI GHILARZA-BOSA	3.004	634.063	3.345	562.766
DISTRETTO DI ALES-TERRALBA	2.627	565.822	3.185	643.753
TOTALE AZIENDALE	7.270	1.565.711	7.998	1.595.018

Numero di Prestazioni di Assistenza Domiciliare e Ambulatoriale	ANNO 2102		ANNO 2103	
	Giornate di assistenza	Valore	Giornate di assistenza	Valore
DISTRETTO DI ORISTANO	11.740	523.657	11.573	520.068
DISTRETTO DI GHILARZA-BOSA	5.474	248.193	6.036	277.234
DISTRETTO DI ALES-TERRALBA	16.022	684.890	19.298	837.622
TOTALE AZIENDALE	33.236	1.456.740	36.907	1.634.924

TABELLA 12

**PRESTAZIONI EROGATE PRESSO I CENTRI AZIENDALI
ANNO 2013**

TRATTAMENTI AD ADULTI

	N. pazienti	N. prestazioni	valore
Assistenza Ambulatoriale	353	8.098	351.388
Ambulatoriale Estensiva	259	6.178	284.188,00
Ambulatoriale Mantenimento	94	1.920	67.200,00
Assistenza Domiciliare	166	2.956	126.734
Domiciliare Estensiva	127	2.058	92.610,00
Domiciliare Mantenimento	39	898	34.124,00
	519	11.054	478.122,00

TRATTAMENTI INFANZIA E ADOLESCENZA

	N. pazienti	N. prestazioni	valore
Assistenza Ambulatoriale Estensiva	84	3.365	154.790,00
Assistenza Domiciliare Estensiva	3	130	5.850,00
TOTALE	87	3495	160.640,00

TABELLA 13

Elaborazioni del Controllo di Gestione su banca dati aziendale. Fonte: Distretti Socio Sanitari Aziendali. UU.OO. Servizi di Assistenza Riabilitativa a Soggetti Disabili

Dall'esame della tabella 13 si può notare che l'acquisto di prestazioni dal privato accreditato nell'anno 2013 (€ 3.229.942) è superiore rispetto al tetto stabilito dalla Regione Sardegna per tale livello assistenziale (rideterminato con DGR 32/98 per il 2013 in € 3.088.254,32). Tuttavia il divario tra spesa e tetto non è alto e tale risultanza si configura anche quale esito di una maggiore accuratezza e attento monitoraggio, nel corso dell'anno, degli inserimenti dei pazienti e nella puntuale dimissione al termine dei singoli inserimenti.

La figura 4 mostra l'incremento della spesa per tale livello assistenziale, che anche in questo caso trova giustificazione oltre che nel maggior carico di una popolazione più anziana, e quindi di un maggior numero di persone con patologie croniche, nella necessità di dimettere in tempi brevi da parte delle strutture ospedaliere verso strutture che garantiscano l'assistenza sanitaria e riabilitativa nella fase delle postacuzie.

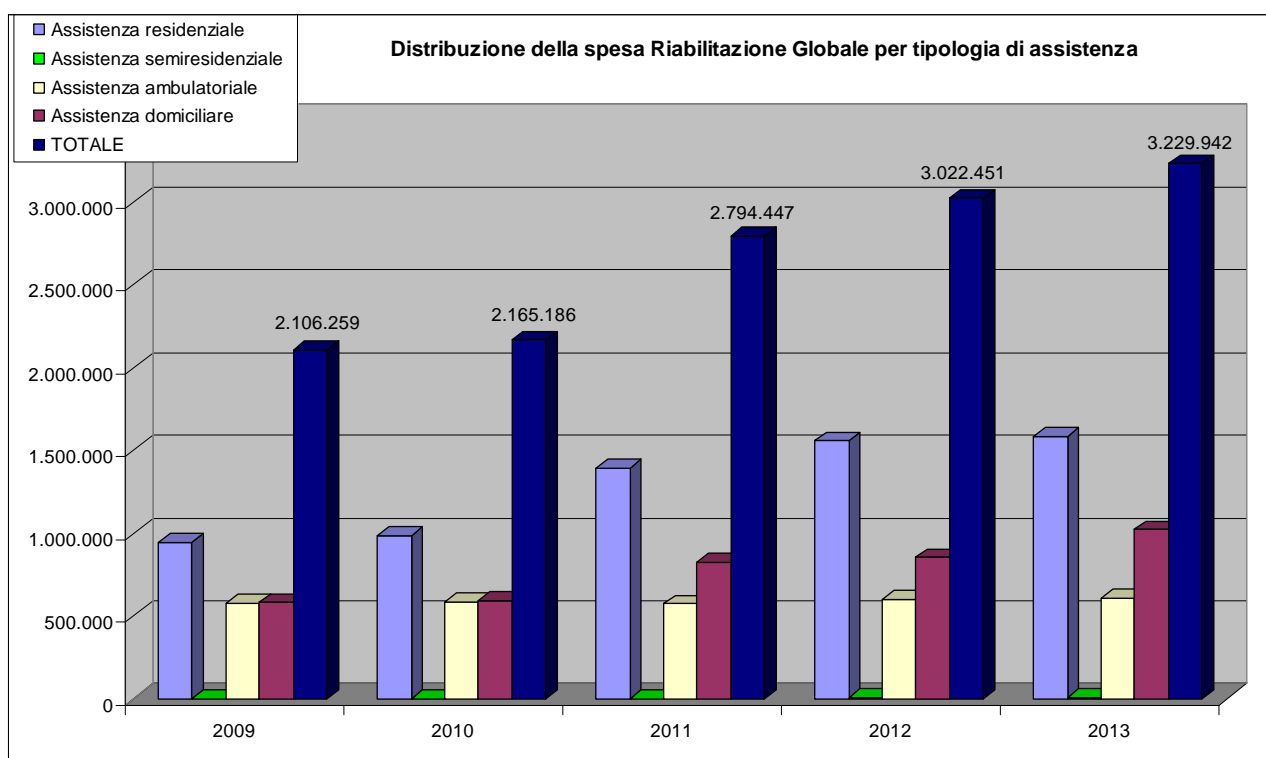


Figura 4

b. 3.5) Le Cure a Domicilio

Nei tre Distretti di Oristano, Ales-Terralba e Ghilarza-Bosa sono operative le attività di cura domiciliare integrata di secondo livello (ADI), rivolte a persone di ogni età non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità, tesa essenzialmente, attraverso trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità di vita quotidiana dei pazienti. Si sta provvedendo inoltre a potenziare le prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato. Si sta altresì provvedendo a potenziare le cure cure Palliative e le Cure Domiciliari Integrate di 3° livello.

Nell'anno 2013, nei tre Distretti dell'Azienda, sono stati seguiti 1.348 pazienti rispetto ai 1.241 riferiti all'anno 2012. Le patologie prevalenti che sono trattate sui singoli casi si riferiscono per lo più alle patologie neoplastiche, alle demenze di tipo Alzheimer e ad altre patologie croniche.

Numero Pazienti Assistiti	ANNO 2102	ANNO 2103
DISTRETTO DI ORISTANO	416	423
DISTRETTO DI GHILARZA-BOSA	346	382
DISTRETTO DI ALES-TERRALBA	479	543
TOTALE AZIENDALE	1.241	1.348

Patologie	N°Pazienti anno 2012	N°Pazienti anno 2013
Patologie neoplastiche	300	317
Demenza di tipo Alzheimer	126	152
Altre patologie	815	879
Totale Pazienti	1.241	1.348

Tipologia Assistenza	ANNO 2102	ANNO 2103
Numero di Accessi dei MMG/PLS	17.603	18.433
Numero di Accessi dei Medici Specialisti	737	1.002

Elaborazioni del Controllo di Gestione su banca dati aziendale. Fonte: Distretti Socio Sanitari Aziendali. UU.OO. Attività e Servizi di Assistenza e Cure Domiciliari

L'assistenza è garantita dal medico di medicina generale o pediatra di libera scelta e dal personale infermieristico che opera sia con infermieri dedicati che con infermieri in prestazioni aggiuntive. Sono inoltre assicurati gli accessi degli specialisti ambulatoriali delle diverse branche e le prestazioni dei terapisti della riabilitazione.

b. 4) La Salute Mentale e le Dipendenze Patologiche

Il Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche deve operare per soddisfare l'esercizio delle funzioni attribuite in materia di prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione e integrazione culturale, familiare, sociale e lavorativa dei pazienti con disagio mentale e affetti da dipendenze patologiche.

A tal fine nel Dipartimento è presente un complesso dei servizi e strutture costituito da équipes multidisciplinari formate da psichiatri, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri professionali e tutte quelle altre figure necessarie per affrontare la complessità dei problemi connessi alla malattia mentale e alle dipendenze patologiche.

E' inoltre presente un'integrazione con i servizi sociali comunali e dei rapporti di collaborazione con le associazioni dei familiari, le associazioni di volontariato, le forze culturali e sociali del territorio.

Al momento sono operativi i sotto elencati servizi:

Distretto di Oristano: Centro di Salute Mentale
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
SERD
n. 1 Gruppo Residenziale di Integrazione Sociale
(Samugheo)

Distretto di Ales-Terralba: Centro di Salute Mentale Ales
Centro Salute mentale Terralba
SERD

Distretto di Ghilarza-Bosa: n. 2 Centri di Salute Mentale
n. 1 Struttura Residenziale ad alta intensità terapeutica
(Busachi);

Le azioni del Dipartimento e i progetti terapeutici e riabilitativi messi in campo hanno avuto la finalità di promuovere l'autonomia e la guarigione delle persone, cercando di limitare al minimo il periodo di "dipendenza" dal servizio. A tal proposito sono stati attivati puntualmente i rapporti con il mondo del lavoro onde garantire ai pazienti un reinserimento nel mondo lavorativo, e nella società più in generale, nel più breve tempo possibile.

Prosegue inoltre l'importante progetto che favorire l'inclusione sociale delle persone affette da disturbo mentale, dimoranti nelle strutture residenziali, mediante l'istituzione dell'affido presso nuclei familiari arruolati dal Dipartimento.

Le tabelle 15, 16, 17 e 18 mostrano l'attività svolta dal Dipartimento a favore degli utenti affetti da disturbo mentale che degli utenti affetti da dipendenze patologiche, che sono seguiti dai centri aziendali e/o dalle strutture residenziali private accreditate.

PAZIENTI AFFETTI DA DIPENDENZE PATOLOGICHE INSERITI IN COMUNITA' TERAPEUTICHE				
	2012		2013	
	N° Pazienti	Valore	N° Pazienti	Totale
tossicodipendenze	25	327.309,09	21	120.886,50
fuori regione	12	145.368,15	9	133.638,40
infra regione	13	181.940,94	12	254.524,90
alcolisti	13	126.497,67	11	31.065,00
fuori regione	5	27.169,00	2	77.402,60
infra regione	8	99.328,67	9	108.467,60
TOTALE	38	453.806,76	32	362.992,50

Tabella 15

ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE - PERSONE CON DISTURBO MENTALE					
		2012		2013	
Struttura	Intensità riabilitativa	N° Utenti	Valore	N° Utenti	Valore
Comunità ad alta intensità terapeutica	Altissima				
	Alta	41	2.131.584,00	41	2.238.702,39
	Medio-alta				
Gruppi residenziali di integrazione sociale	Media			8	254.726,78
Gruppi di convivenza	Bassa				
Comunità' Terapeutiche		12	376.031,44	8	291.488,83
Casa Famiglia		1	5.047,98		
Comunità Protetta		3	98.614,34	2	85.030,00
Totale		57	2.611.277,76	59	2.869.948,00

Tabella 16

Numero di accessi al SERD per categoria

	2012	2013
alcolismo	1.488	1.681
tossicodipendenza	9.649	10.178
centro disagio giovanile	75	170
disturbi comportamento alimentare	18	25
gambling (gioco d'azzardo)	125	305
tabagismo	11	18
altro	210	41
TOTALE accessi	11.576	12.418

Tabella 17

Numero di Accessi ai Centri di Salute Mentale

2012	2013
5.095	5.670

Tabella 18

Elaborazioni del Controllo di Gestione su banca dati aziendale. Fonte: Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze

b. 5) L'assistenza Farmaceutica

Un esame d'insieme della spesa farmaceutica rappresentata nella sottostante tabella mostra una tendenza della spesa in diminuzione nel biennio 2012-2013 sia per l'intera Regione che per singola ASL, compresa quindi anche la ASL di Oristano.

Farmaceutica territoriale: variazione della spesa effettiva

Canali e ambiti	Valori rilevati		
	anno 2012	anno 2013	scostamento
Convenzionata (netto SSN)	320.932.424	295.777.588	-7,8%
Per conto (acquisto + oneri)	22.560.712	40.857.668	81,1%
Diretta classe A (50% del lordo)	-	Dati non disponibili	-
Insieme dei canali	343.493.136	336.635.256	-2,0%
1 Sassari	66.885.701	66.784.526	-0,2%
2 Olbia Tempio	28.078.396	27.231.105	-3,0%
3 Nuoro	31.587.133	31.523.034	-0,2%
4 Ogliastra	12.071.693	11.886.593	-1,5%
5 Oristano	34.804.927	34.264.865	-1,6%
6 Medio Campidano	21.690.942	21.358.515	-1,5%
7 Carbonia Iglesias	28.524.585	27.398.893	-3,9%
8 Cagliari	119.849.758	116.187.725	-3,1%
Regione Sardegna	343.493.136	336.635.256	-2,0%

In particolare, la variazione della spesa farmaceutica convenzionata della ASL di Oristano, tra gli anni 2012 e 2013, presenta una riduzione pari a:

Spesa netta 2013/2012 2.470.875 €
Spesa lorda 2013/2012 2.809.805 €

Andamento nell'anno e confronti con anno precedente

Mesi	Ricette	Pezzi	Lordo	Ticket	Sconto SSN	Altri sconti	Diritti urgenza	Netto SSN
gennaio	181.630	315.503	3.304.385,36	234.183,48	115.083,68	79.223,76	13,69	2.875.908,13
febbraio	155.224	268.708	2.751.102,55	198.705,36	92.327,19	65.565,27	22,47	2.394.527,20
marzo	166.592	289.571	2.911.475,84	214.597,53	96.088,72	69.489,75	16,52	2.531.316,36
aprile	162.032	281.914	2.797.743,57	211.519,45	92.684,73	66.786,55	29,17	2.426.802,01
maggio	176.382	307.381	3.028.550,51	229.782,01	97.540,96	71.775,73	43,61	2.629.495,42
giugno	154.846	270.109	2.656.650,12	200.744,63	85.115,78	62.866,50	24,77	2.307.947,98
luglio	170.014	297.365	2.930.082,96	220.297,38	95.103,23	69.564,60	39,74	2.545.157,49
agosto	157.987	276.491	2.687.840,47	205.875,37	85.908,73	63.363,70	77,69	2.332.770,36
settembre	160.340	279.591	2.741.395,88	208.849,29	88.554,61	65.102,66	19,62	2.378.908,94
ottobre	170.370	297.058	2.907.569,31	225.996,92	93.925,30	69.053,38	18,07	2.518.611,78
novembre	161.277	281.735	2.736.582,62	216.410,47	87.444,46	64.569,49	33,32	2.368.191,52
dicembre	163.618	285.705	2.782.362,32	222.401,34	89.710,26	65.890,50	20,39	2.404.380,61
anno corrente	1.980.312	3.451.131	34.235.741,51	2.589.363,23	1.119.487,65	813.231,89	359,06	29.714.017,80
anno precedente	1.955.130	3.402.781	37.045.546,59	2.659.148,46	1.345.613,08	856.296,03	403,23	32.184.892,25
scostamento %	1,29%	1,42%	-7,58%	-2,62%	-16,80%	-5,03%	-10,95%	-7,68%

Andamento della spesa farmaceutica convenzionata della ASL 5 -Gennaio-dicembre 2013/2012

Nel periodo gennaio dicembre 2013/2012, come rappresentato in tabella, si osserva una contrazione della spesa, un aumento del numero delle ricette e delle confezioni erogate:

	ASL 5	Sardegna
diminuzione della spesa netta	-7,68%	
diminuzione della spesa lorda	-7,58%	
aumento del numero delle ricette	+1,29%	
aumento del numero di confezioni erogate	+1,42%	+2,9%
differenza prezzo di riferimento	- 2,62%	

Nella tabella seguente sono quantificate, sempre nel periodo in esame, le variazioni percentuali di spesa dovute alla riduzione dei prezzi e alla variazione dei consumi e i relativi importi:

Variazione di spesa lorda per cause		
Cause	Importo	%
variazione dei prezzi	1.267.517	-3,42%
variazione dei consumi	1.587.227	-4,28
nuovi consumi	394.215	1,06%
consumi cessati	- 349.276	-0,94%
variazione totale spesa lorda	-2.809.805	-7,58%

In sintesi è verosimilmente dimostrabile che la contrazione della spesa è dovuta in primis alla riattivazione della DPC dopo espletamento delle gare regionali. Infatti la spesa per farmaci in DPC, erogati dalle farmacie convenzionate nel 2013, si contrae del 74,22% rispetto al 2012, come da sintesi sotto riportata:

Variazione spesa lorda per farmaci PHT Gen-Dic 2013/2012:

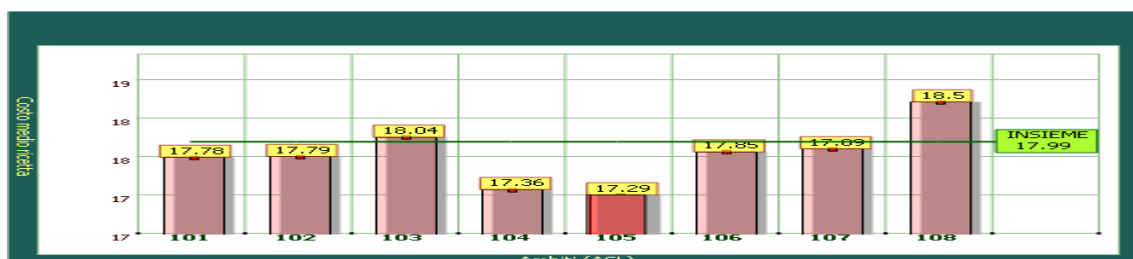
precedente erogata da farmacie	corrente erogata da farmacie	scostamento
3.078.515	793.703	-74,22%

ma i consumi continuano a salire (+ 1,42% delle confezioni dispensate).

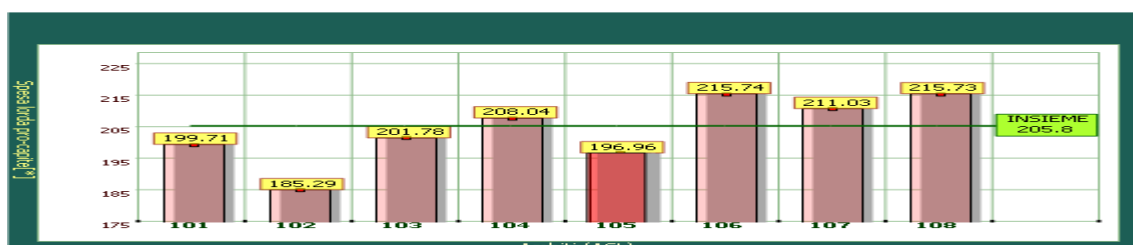
Gennaio Dicembre 2013

Costo Medio Ricetta	17,29
Costo Medio Pezzo	9,92
Incidenza dei Tickets	7.56 %
Incidenza Sconto SSN	3.27 %
Incidenza Altri Sconti	2.38 %
Incidenza farmaci PHT	2.14 %

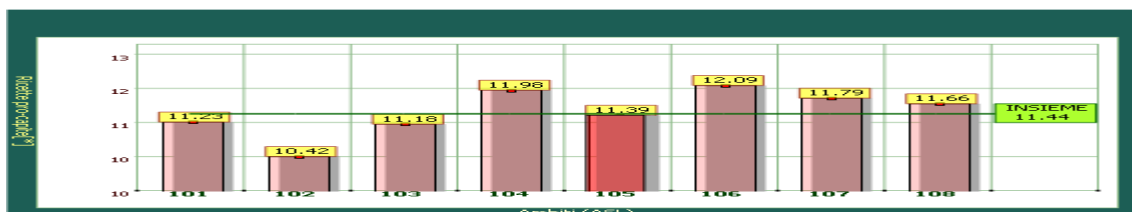
Dal confronto interaziendale, illustrato nei grafici sottostanti, si osserva che la ASL 5 ha il più basso costo medio ricetta, una spesa media lorda pro-capite più elevata rispetto alla virtuosa ASL 2 e si aggiudica un terzo posto per il numero di ricette pro-capite.



Costo medio ricetta Periodo in analisi: 12 mesi



Spesa media pro capite Periodo in analisi: 12 mesi



Ricette pro capite Periodo in analisi: 12 mesi

Per una lettura globale, si riportano di seguito anche i dati della spesa per farmaci del PHT erogati dalle farmacie convenzionate nel periodo gennaio-dicembre 2013 (costo DPC 4.550.847€)

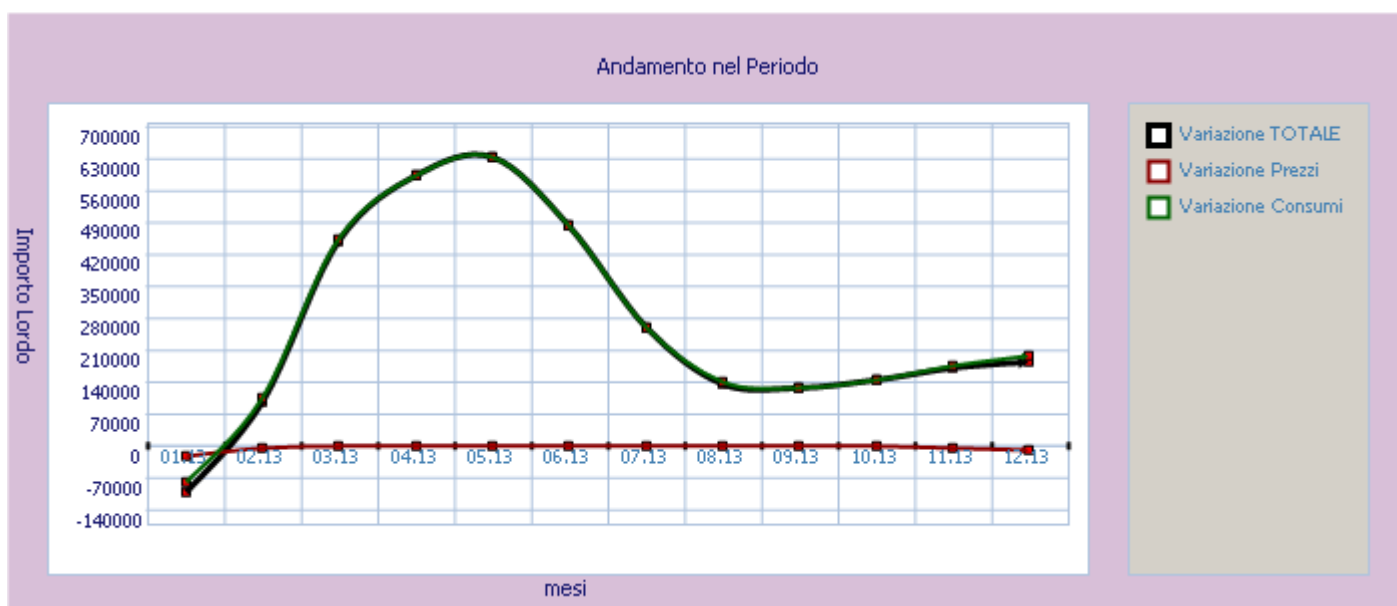
[DPC] - Quadro generale degli andamenti nell'anno della spesa farmaceutica DPC

200-105-01/2013/12/2013 | mod. QAGpc | 1/1

Mese	Ricette	Pezzi	Lordo	Sconto Totale	Ticket	Netto SSN	Acquisto	Oneri1	Oneri2	Costo DPC	Differenza
G	3.060	4.361	382.448,44	41.158,05	0,00	341.290,39	196.377,76	43.480,11	12,19	239.870,07	101.420,33
F	3.765	5.516	450.603,15	46.825,25	0,00	403.777,90	223.559,42	52.727,20	0,00	276.286,62	127.491,28
M	5.106	7.566	552.071,71	56.469,46	0,00	495.602,25	270.193,48	69.835,63	0,00	340.029,11	155.573,14
A	5.860	8.737	604.490,27	62.582,85	0,00	541.907,42	295.683,55	78.873,37	0,00	374.556,92	167.350,50
M	6.280	9.200	642.550,64	64.421,79	0,00	578.128,85	310.869,56	83.726,92	0,00	394.596,48	183.532,38
G	6.410	9.497	641.953,79	64.110,29	0,00	577.843,50	314.374,51	85.123,74	0,00	399.498,25	178.345,25
L	7.170	10.586	700.332,96	69.214,27	0,00	631.118,69	336.464,85	94.963,22	0,00	431.428,07	199.690,63
A	6.663	9.788	648.210,27	64.306,57	0,00	583.903,70	311.444,10	87.986,36	0,00	399.430,46	184.473,24
S	6.123	9.108	623.366,97	62.673,62	0,00	560.693,35	308.338,97	83.003,57	0,00	391.342,54	169.350,81
O	7.130	10.532	708.830,55	70.193,97	0,00	638.636,58	352.062,49	95.484,28	0,00	447.546,77	191.089,81
N	6.832	10.109	677.187,34	67.844,69	0,00	609.342,65	340.968,98	90.655,03	0,00	431.624,01	177.718,64
D	6.993	10.368	670.924,92	64.148,25	0,00	606.776,67	331.695,51	92.942,77	0,00	424.638,28	182.138,39
ANNO	71.392	105.368	7.302.971,01	733.949,06	0,00	6.569.021,95	3.592.033,17	958.802,20	12,19	4.550.847,56	2.018.174,39

per evidenziare la variazione totale pari a + 78,52%:

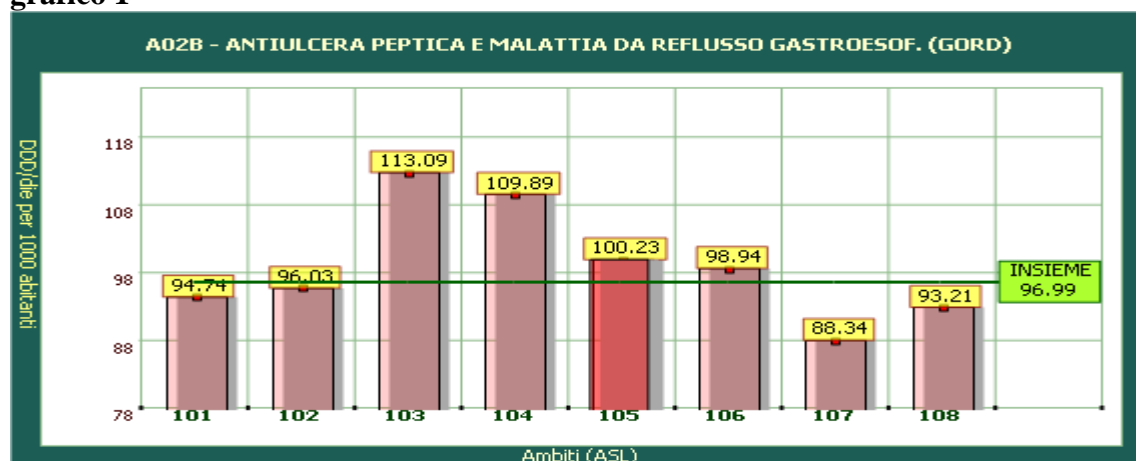
	Importo Lordo	incidenza %
variazione prezzi	-52.292,92	-1.27 %
variazione consumi	1.048.094,14	25.62 %
nuovi consumi	2.809.114,32	68.66 %
consumi cessati	-592.786,77	-14.49 %
variazione totale	3.212.128,77	78.52 %



Per focalizzare possibili manovre atte a razionalizzare le prescrizioni è stato fatto un raffronto delle DDD, (dose media di un farmaco assunta giornalmente da un paziente adulto, con riferimento all'indicazione terapeutica principale del farmaco stesso), per gruppi terapeutici. E' stato verificato che alcuni gruppi terapeutici sono stati prescritti in quantità superiore alla media regionale.

Di seguito si riportano i grafici che raffrontano le DDD per gruppo terapeutico, per le otto ASL regionali,. La linea verde indica la media regionale e la ASL 5 è rappresentata in rosso:

grafico 1

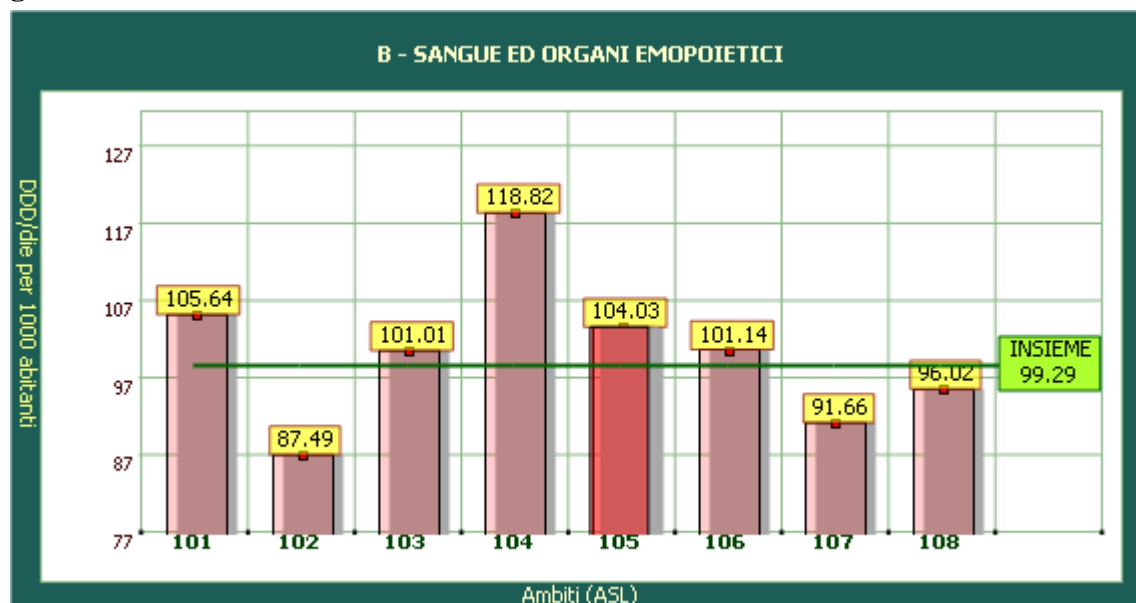


Gen-dic 2013 Periodo in analisi: 12 mesi

Dal grafico 1 si rileva un incremento di DDD per l'apparato gastrointestinale e metabolismo . La spesa lorda per inibitori di pompa acida (PPI) aumenta del 4,29%. Questo valore è in controtendenza con la riduzione della maggior parte delle altre categorie di farmaci. Il fenomeno è dovuto a un aumento prescrittivo delle confezioni di inibitori di pompa che è pari a +6,05% rispetto allo stesso periodo del 2012. Il solo esomeprazolo aumenta del 29,46% come numero di confezioni e del 27,95% come spesa lorda.

Il valore atteso dopo l'incontro con i medici per l'appropriatezza d'uso dei PPI del mese di giugno, era una riduzione della spesa e dei consumi. In realtà sono aumentati i due valori. Questo lascia presagire che siano implementabili incontri formativi, per gruppi ristretti di medici, il cui apprendimento venga valutato, sulla base del comportamento prescrittivo dei singoli medici, a sei mesi dall'evento formativo.

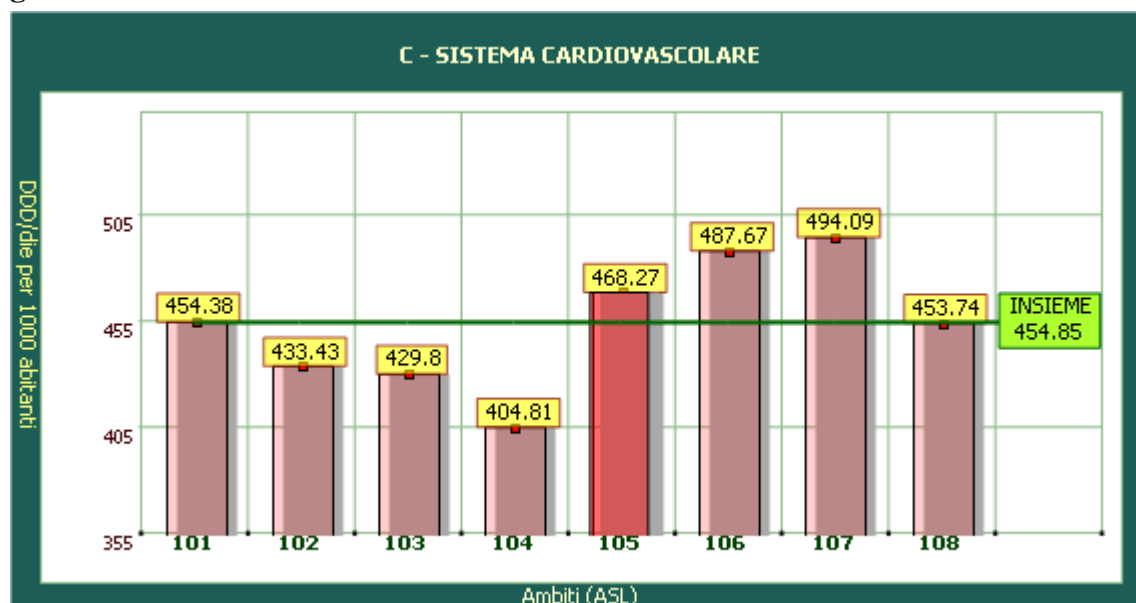
grafico 2



Periodo in analisi: 12 mesi

Dal grafico 2 si rileva uno scostamento di DDD dalla media regionale nonostante si osservi una diminuzione del 46,45% della spesa lorda. Sono soprattutto i farmaci antitrombotici, antiemorragici, antifibrinolitici e i preparati a base di ferro a determinare questo risultato. Resta il fatto che gli oneri derivanti dalla dispensazione diretta dei NOA (nuovi anticoagulanti orali) da luglio a dicembre non sono inclusi in questa spesa e pertanto andrebbero sommati. Il fenomeno è da tenere sotto osservazione.

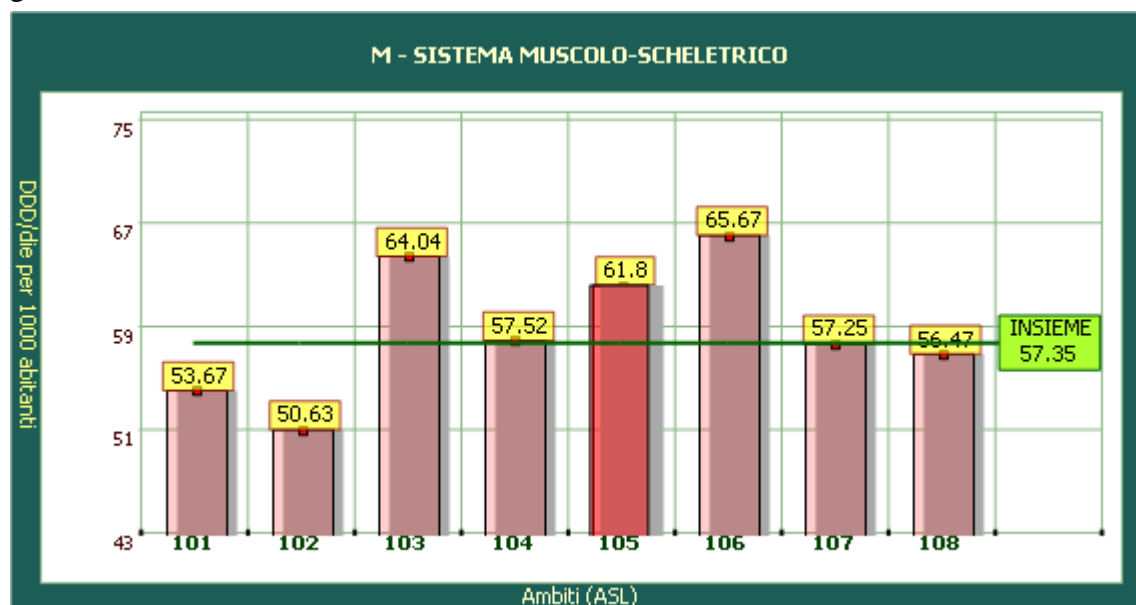
grafico 3



Gen-dic 2013 Periodo in analisi: 12 mesi

Il grafico 3 evidenzia uno scostamento delle DDD dalla media regionale da ricercarsi verosimilmente su un aumento della prescrizione delle statine in associazione, prive di generico, del 11,56% come numero di confezioni e dell'11,55% come spesa lorda. Questo incremento va sommato al maggior impiego di antipertensivi del gruppo C09A e C09B.

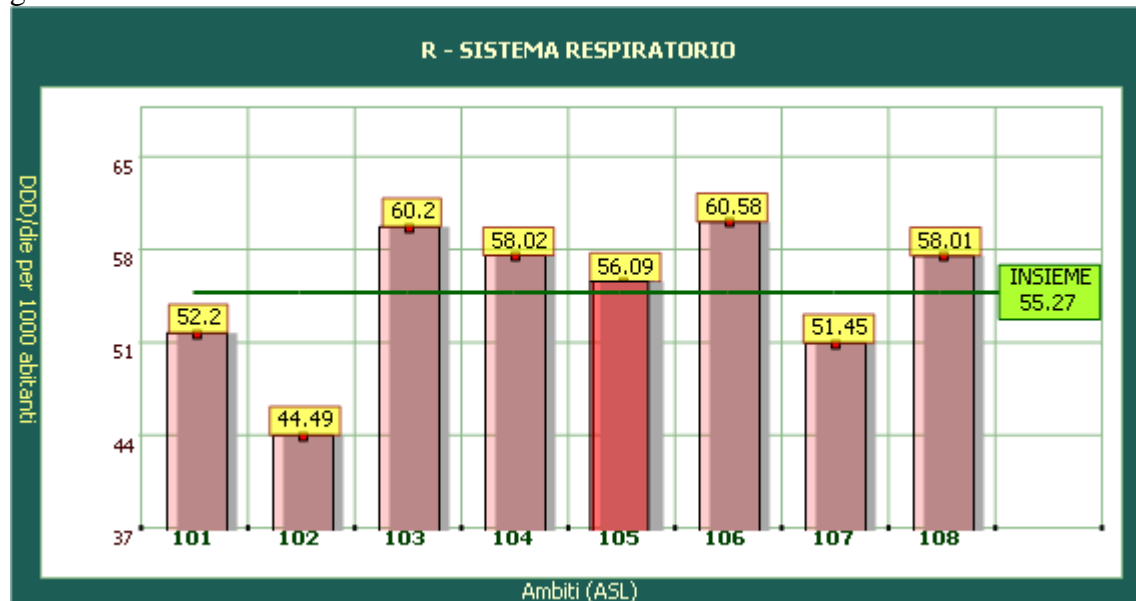
grafico 4



Gen-dic 2013 Periodo in analisi: 12 mesi

Nel grafico 4 si osserva uno scostamento delle DDD per i farmaci dell'apparato muscolo scheletrico fra i quali si annoverano i coxib che aumentano del 7,96% come spesa lorda. Vi è anche il febuxostat che aumenta del 53,21% come confezioni e del 53,38% come spesa, vi sono Forsteo e Prolia che andrebbero dispensati direttamente dalla Asl.

grafico 5



Gen-dic 2013 Periodo in analisi: 12 mesi

Nel grafico 5 vengono confrontate le DDD per i farmaci del sistema respiratorio e si osserva che la ASL 5, che in precedenza tendeva al primato per i consumi, ha recuperato qualche

postazione, in calo, avvicinandosi alla media regionale. Su questa categoria di farmaci il servizio farmaceutico è già intervenuto presso i medici prescrittori per l'uso incongruo dovuto principalmente al superamento delle quantità prescritte rispetto alle quantità autorizzate in scheda tecnica. Ultimamente si è provveduto anche a richiedere i piani terapeutici mancanti per farmaci costosi come il Roflumilast.

Rimane di rilevante importanza proseguire con un continuo confronto e dialogo con i medici prescrittori mediante l'organizzazione di momenti di studio e analisi in materia di farmaco economia e farmacovigilanza.

Parte II

a) Le principali problematiche e gli obiettivi programmatici e i progetti

Questa parte tratta le principali problematiche sanitarie e socio-sanitarie da affrontare nel triennio, in riferimento agli obiettivi aziendali. Si presentano gli sviluppi dei progetti già enunciati nei documenti di Programmazione 2013-2015 e si presentano altresì i progetti di nuova istituzione che si intende avviare a decorrere da questa annualità.

- a. 1) Consolidamento degli strumenti del governo clinico e del governo economico per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria in termini di efficacia, sicurezza e appropriatezza, in un processo continuo di modernizzazione

Nel triennio 2015-17 si intende proseguire il lavoro svolto, dal 2011 ad oggi, di impianto e sistematizzazione degli strumenti di "governo clinico" che in maniera sinergica sono necessari a supportare il progetto di miglioramento continuo della qualità dei servizi e di raggiungimento di elevati standard assistenziali. Sarà pertanto importante agire sul consolidamento e lo sviluppo degli strumenti già esistenti e la diffusione di una cultura improntata sull'efficacia, la sicurezza e l'appropriatezza. Le aree da sviluppare nel triennio riguarderanno i Sistemi Informatici e Informativi da innovare anche rispetto alle novità in materia di dematerializzazione dei processi di lavoro; l'analisi epidemiologica, dei volumi di attività e degli esiti di salute e il confronto con le evidenze scientifiche alla base dello studio dei fenomeni sanitari e delle scelte strategiche; il perfezionamento, la diffusione e la condivisione dei percorsi assistenziali prodotti in azienda e l'implementazione degli audit clinici quale evidenza della corretta applicazione dei percorsi; la mappatura delle competenze richieste ai professionisti; il consolidamento e lo sviluppo dei sistemi di comunicazione e di partecipazione attiva del cittadino ai processi di cura.

- a.1.1) Sviluppo della informatizzazione dei processi aziendali e avvio del processo di dematerializzazione, per migliorare la qualità delle cure, ridurre gli sprechi nell'uso delle risorse e condividere le informazioni tra professionisti

Il processo di dematerializzazione che ci si appresta ad affrontare abbraccia sia il mondo sanitario che amministrativo, fenomeno che è destinato a crescere nell'immediato futuro e per cui è indispensabile prepararsi sia dal punto di vista strutturale e organizzativo che formativo. Tema previsto dal Codice dell'Amministrazione Digitale -CAD (d.lgs. 82/2005), rappresenta una delle linee di azione per la riduzione della spesa pubblica. Attualmente nella nostra Azienda, sul fronte amministrativo, si emettono fatture attive in formato elettronico e dal 31 marzo 2015 dovremo essere pronti a ricevere, conservare ed archiviare anche le fatture passive. Ci si appresta inoltre a produrre e conservare i contratti in forma digitale. In ambito sanitario il processo di dematerializzazione sta riguardando la produzione di referti di laboratorio e la produzione di referti e immagini di radiologia.

La conservazione a norma dei documenti che nascono in forma digitale è pertanto un elemento fondamentale da curare, perché ad esso è legata la garanzia di autenticità, integrità, affidabilità, leggibilità e reperibilità dei documenti. Pertanto negli anni 2015 e seguenti ci si pone diversi obiettivi. Sarò oggetto di studio e realizzazione la creazione di un'infrastruttura che renda possibile un servizio di conservazione a norma dei documenti informatici, sanitari e amministrativi. Si dovranno affrontare i problemi legati alla gestione della sicurezza delle informazioni trattate con interventi in ambito tecnologico, in quanto il problema della sicurezza

delle informazioni digitali è, non solo un problema che va affrontato dal punto di vista organizzativo, ma anche da un punto di vista legale e tecnologico. Mediante l'adozione di specifici accorgimenti tecnici, dovranno essere assicurati idonei livelli di sicurezza atti a garantire la protezione dei dati registrati rispetto ai rischi di accesso abusivo, furto o smarrimento. Restano inoltre dovute le misure minime che ciascun titolare del trattamento deve comunque adottare ai sensi del Codice della Privacy.

Ci si auspica poi di proseguire con il progetto di dematerializzazione di ulteriori tipologie di documenti clinici, quali ad esempio la cartella clinica e la lettera di dimissione per cui attualmente si sta lavorando per la loro produzione anche in forma digitale mediante l'ausilio di appositi software. Per quanto riguarda il progetto di adozione della cartella integrata clinico – infermieristica, si è individuato il modello informatico più idoneo, e tutti i reparti sono dotati di rete wireless per l'uso della cartella al letto del paziente mediante palmari; ora si potrà proseguire con l'espletamento delle procedure di acquisizione e adozione della cartella.

La dematerializzazione ha una forte ricaduta in termini di vantaggi economici per la riduzione sia dei costi connessi ai materiali di consumo, quali carta, lastre fotografiche, ecc., sia dei costi per la conservazione fisica in spazi e luoghi idonei. Inoltre i vantaggi in termini di maggior fruibilità dell'informazione determina sicuramente un miglioramento delle prestazioni sanitarie che, previo consenso, potranno essere messe in condivisione con i medici di famiglia o altri medici di fiducia, anche al fine di evitare inutili duplicazioni in termini di prescrizioni di prestazioni già eseguite.

a.1.2) Produzione dei percorsi assistenziali aziendali affinché si realizzi la concreta integrazione tra ospedale e territorio per una globale presa in carico del paziente

Altro fronte su cui intervenire riguarda il perfezionamento dei percorsi assistenziali che negli anni i professionisti dell'azienda hanno prodotto, siano essi PDTA, Protocolli o Procedure. Con l'operazione di adattamento delle raccomandazioni cliniche presenti nelle linee guida al contesto locale, sia di natura strutturale che organizzativo o professionale, si è addivenuti alla implementazione di percorsi assistenziali che oggi hanno però necessità di una loro diffusione anche finalizzata ad una maggiore condivisione da parte dei professionisti coinvolti. Sarà pertanto oggetto della corrente programmazione l'adozione di strumenti di diffusione e condivisione di tali percorsi, anche al fine di provvedere ad un loro aggiornamento o completamento. Sempre a questo scopo si prevede di sviluppare la parte relativa alla valutazione dell'impatto del percorso assistenziale mediante gli strumenti dell'audit clinico e la costruzione di specifici indicatori utili alle operazioni di monitoraggio. Infatti partendo dalla corretta identificazione e definizione di standard assistenziali, che devono essere un chiaro obiettivo del percorso, si potrà costruire un sistema di indicatori utili a misurare i processi e gli esiti dell'assistenza garantita dal percorso stesso. Così, come detto, dal confronto della pratica rispetto agli standard definiti si potranno identificare le inapproprietezze e addivenire a soluzioni di cambiamento del percorso assistenziale.

I percorsi assistenziali si sono rivelati inoltre degli utili strumenti di integrazione tra ospedale e territorio per una presa in carico del paziente nell'intero percorso di cura, stimola il confronto tra professionisti e, in un'ottica multidisciplinare, permette di calare la linea guida alla realtà organizzativa e professionale in cui il percorso è adottato per renderlo più funzionale ed efficace. E' necessario pertanto riconoscere nel percorso assistenziale una opportunità da utilizzare nel processo di integrazione tra professionisti dell'Azienda. La cultura fino ad ora dominante infatti risulta essere individualistica e spesso ospedalocentrica con una organizzazione del lavoro costruita per fronteggiare l'emergenza nel proprio ambito lavorativo. E' necessario invece favorire il passaggio dall'erogazione di prestazioni parcellizzate alla realizzazione di percorsi condivisi tra gli operatori e riscoprire il lavoro di gruppo o in rete. La continuità assistenziale, intesa sia come continuità tra i diversi professionisti integrati in un quadro unitario (lavoro in team, elaborazione e implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi ecc.), sia come continuità tra i diversi livelli di assistenza soprattutto tra

ospedale e territorio è ormai un obiettivo imprescindibile soprattutto nella gestione della cronicità. Infatti, nella patologia cronica l'assistenza al paziente si esprime attraverso una successione di 'atti di cura' (visite, test, esami clinici, momenti di formazione, interventi sullo stile di vita) messi in atto da diverse persone (incluso il paziente). Questi atti di cura se coordinati tra loro, attraverso la creazione di percorsi assistenziali, offrono una migliore assistenza al paziente e razionalizzano il lavoro di tutte le persone coinvolte. Nella gestione integrata della cronicità il MMG è sicuramente il principale referente della presa in carico del percorso diagnostico-terapeutico più appropriato per il paziente.

a.1.3) Analisi e mappatura delle competenze quale strumento per valorizzare e migliorare la professionalità del personale

Altro importante ambito in cui si è operato, e per cui risulta necessario proseguire con azioni rivolte ad una evoluzione continua, è quello che attiene allo sviluppo del Ciclo di Gestione della Performance. Nel corso del 2015 si proseguirà nello specifico con l'analisi e la mappatura delle competenze intese come qualità di un individuo in termini di conoscenze, capacità, comportamenti, abilità, doti professionali e personali applicate al lavoro.

La costruzione del manuale delle competenze sarà un utile strumento per la redazione del Dossier Formativo, ove sarà raccolto il fabbisogno in termini di formazione utile a colmare il divario tra competenze attese e rilevate. Il Dossier rappresenterà così l'anello di congiunzione fra le strategie di sviluppo presenti nei documenti di programmazione aziendale e il modello di competenze richiesto per realizzarle. In questo modo sarà naturalmente possibile agganciare la formazione, come leva per lo sviluppo strategico, al ciclo della performance. Tale strumento sarà inoltre utile nel processo di valutazione delle competenze professionali nonché per il reclutamento, la mobilità o lo sviluppo di carriera delle risorse umane.

Il lavoro che si svolgerà in questo ambito presuppone l'individuazione delle competenze attese, corredandole delle necessarie definizioni e fornendo una serie di indicatori di osservazione (descrittori comportamentali) che partono da un livello critico per arrivare ad un livello eccellente a cui tendere. In prima battuta si procederà con l'individuazione delle competenze trasversali, (organizzative e relazionali), per poi passare alla definizione delle competenze tecnico professionali. Per competenze organizzative si intendono quelle conoscenze e capacità legate all'analisi dei processi organizzativi, alla gestione economica, alla programmazione, pianificazione a breve e lungo termine, al processo degli approvvigionamenti ecc., mentre nelle competenze relazionali si identificano quelle conoscenze e capacità legate all'ascolto, alla gestione dei gruppi di lavoro, comunicazione, motivazione, negoziazione, ecc. La definizione delle competenze professionali, completeranno il lavoro di costruzione della mappatura delle competenze, identificando le competenze di base che rappresentano quelle conoscenze e capacità minime richieste, in relazione al proprio profilo professionale, al codice deontologico, alla conoscenza delle norme generali (ad esempio l'infermiere) e le competenze specialistiche che caratterizzano in modo distintivo la piena copertura di un determinato ruolo in un determinato contesto organizzativo (ad esempio l'infermiere in geriatria).

a.1.4) Partecipazione attiva del cittadino utente nel processo di cura

Con il proposito di dare rilievo ai processi di comunicazione verso e con i cittadini, al fine di accrescere la condivisione dei valori etici e degli obiettivi aziendali, diffondere fra i propri utenti l'informazione e la consapevolezza in materia di salute al fine di favorire autonomia decisionale e scelte responsabili, nell'anno 2014 questa Azienda ha implementato un Progetto di Medicina Narrativa.

Ci sono studi ed esperienze, ormai ventennali in ambito internazionale e decennali in ambito nazionale, che testimoniano come la narrazione in sanità "costruisce significato" alle

esperienze di cura di tutti i protagonisti della relazione stessa (persone assistite, professionisti, contesto).

La Medicina Narrativa introduce un diverso punto di vista, quello antropologico ermeneutico (interpretazione-crescita) che integra e legittima quello empirico (burocratico) clinico (tecnologico), oggi certamente dominante. Integra, non sostituisce, perché permette di sviluppare una forte attenzione alla persona che presenta il problema di salute, permette di contestualizzare il problema salute legandolo alla vita della persona, ai suoi valori, alle sue attese, ai suoi vissuti e alle sue risorse, sollecita una comunicazione significativa tra i vari protagonisti della relazione di cura, riduce le asimmetrie informative e quindi, potenzialmente, la conflittualità. L'obiettivo finale del progetto è quello di sviluppare consapevolezza critica nelle persone, ha come fine il miglioramento della qualità delle cure, l'appropriatezza dei percorsi di assistenza, attraverso l'aderenza terapeutica alle storie di ognuno, non ultima, la qualità di vita dei malati, in particolare nell'area della cronicità e dei professionisti coinvolti nella relazione di cura.

La Medicina Narrativa contribuisce a ridisegnare, nella "relazione di cura", il benessere individuale di ciascuno, di chi è curato, ma anche e di chi cura con la consapevolezza che questo benessere/salute non è espropriabile né affidato ad alcun elemento tecnologico esterno.

"La narrazione in Sanità può essere utilizzata come strumento di gestione, attraverso la misurazione degli esiti di salute, di qualità percepita, di minore fuga di pazienti, di adesione alla terapia, di ridotta medicina difensiva" (Il sole 24 ore 18/06/2012).

Nell'anno 2014 sono state svolte le seguenti azioni.

- è stato costituito un gruppo guida e di sostegno al progetto;
- sono stati realizzati dei seminari dove la comunità professionale della ASL di Oristano si è confrontata;
- sono stati formati gli operatori coinvolti nel progetto, e sono state avviate sperimentazioni pratiche in unità operative sensibili, (la cui utenza è costituita prevalentemente da pazienti con patologia di tipo cronico-degenerativo) e più precisamente nelle sotto elencate Unità Operative, per un totale di 85 partecipanti:
 - Servizio di Diabetologia
 - Servizio di Riabilitazione Oristano Ghilarza-Bosa
 - U.O. Nefrologia – Dialisi - U.O. di Oncologia - U.O. di Ematologia
 - Centro di Salute Mentale Oristano, Ghilarza-Bosa Ales-Terralba
 - Gruppo Misto composto da medici di Pediatria, Pronto Soccorso, Medicina, Anestesia e Rianimazione;
- si sono verificati i risultati mediante una valutazione finale, ai fini dell'adozione a regime di percorsi di lavoro coerenti nei vari ambiti organizzativi, i cui esiti sono in corso di elaborazione.

Attualmente è partito un interessante progetto di formazione di "Alfabetizzazione in lingua sarda", con lo scopo di fornire alle professionalità mediche maggiori strumenti di relazione con i pazienti e la consapevolezza dell'importanza che l'uso e la conoscenza della lingua sarda può offrire in termini di rapporto e confronto con il paziente stesso. A tal fine, il corso di alfabetizzazione si pone l'obiettivo di favorire l'interazione e l'intercomprensione tra pazienti sardofoni e operatori sanitari. La norma stessa, (dal 1999, con la legge 482, la Repubblica italiana si è dotata di una norma in materia di tutela delle minoranze linguistiche storiche), prevede l'uso delle lingue ammesse a tutela, tra cui il sardo, nell'ambito della pubblica amministrazione. Dopo alcune esperienze presso le ASL di Nuoro e Lanuesi, è cresciuta la richiesta di un maggiore coinvolgimento della sanità sarda nel percorso di recupero, sia a livello scientifico sia a livello relazionale, della lingua di minoranza; è nata pertanto la collaborazione tra la Provincia di Oristano e la ASL di Oristano.

Nell'anno 2015 verrà presentato il lavoro svolto con un confronto anche in ambito nazionale e si proseguirà con l'attività di formazione che coinvolgerà i diversi gruppi fino ad oggi consolidati, i quali si scambieranno i metodi di rilevazione delle

storie, e li utilizzeranno per l'analisi, la raccolta e l'utilizzo dei dati delle storie ancora da verificare. Le diverse Unità Operative coinvolte nel progetto continueranno a raccogliere storie di cura e saranno supportate dai docenti che hanno seguito l'intero percorso nell'anno 2014.

a.1.5) Fruibilità delle informazioni e sviluppo delle indagini conoscitive sul livello di gradimento del servizio offerto

Negli ultimi anni questa Azienda ha creduto di dover investire sull'informazione e sulla comunicazione con il cittadino, puntando in particolare sulle potenzialità offerte dai nuovi media (internet, social network, applicazioni per smartphone). La comunicazione risulta infatti un nodo strategico per incidere sulla qualità dei servizi offerti anche in termini di feedback ricevuti dagli utenti.

Sul fronte dei social network ha attivato di recente un profilo Facebook, un profilo Twitter ed un canale Youtube, presidiati dall'Ufficio stampa aziendale, attraverso i quali veicola contenuti multimediali (testi, foto, video) sui temi della salute e della prevenzione. Tale scelta, che non sostituisce, ma affianca la comunicazione istituzionale classica (comunicati stampa, conferenze stampa, sito istituzionale), presenta i seguenti vantaggi: tempestività e immediatezza dell'informazione, capillarità nella diffusione, gratuità nell'accesso, bidirezionalità della comunicazione (URP on line). Nel prossimo triennio si intende proseguire e potenziare tale attività con l'implementazione dei contenuti veicolati attraverso i social media. In particolare, è stata sperimentata su Facebook la campagna di promozione dello screening della cervice uterina, che ha permesso di raggiungere il target di donne che rientrano nella fascia d'età e nell'area geografica di riferimento. Visti i positivi risultati ottenuti in termini di maggiore adesione agli screening, si intende prossimamente procedere con la promozione degli altri due screening proposti dalla Asl 5 (seno e colon retto). Sempre via Facebook si intende inoltre proseguire con le video-interviste ai nostri specialisti sui social media, che danno modo ai medici di illustrare le caratteristiche dei servizi e delle attività parlando a tu per tu, anche se in modo virtuale, con gli utenti.

E' poi allo studio la creazione di una applicazione per smartphone che renda fruibili attraverso un semplice cellulare i principali servizi aziendali. La app dovrà contenere informazioni su strutture, modalità di prenotazione visite ed esami, punti d'accesso per le urgenze (guardie mediche, pronto soccorso, 118), elenchi medici e pediatri, referti on line, farmacie di turno, news aziendali, mappa dei servizi, motore di ricerca. Ciò permetterà al cittadino di avere "a portata di mano" tutte le principali informazioni sull'organizzazione della sanità nel territorio.

Ad ottobre 2014 è stata avviata la collaborazione con il sito d'informazione locale e regionale "Linkoristano", che registra 26.000 visitatori al giorno, raggiungendo quindi un bacino d'utenza significativo per la provincia di Oristano. Rilevato che la rete internet rappresenta una fonte d'informazione sempre più autorevole ed, in alcuni casi, esclusiva per i cittadini e che presidiarla, anche attraverso un portale indipendente ed accreditato, quale "Linkoristano", può contribuire a colmare le lacune informative che ancora esistono in tema di comunicazione sanitaria, si è optato per avviare sullo stesso sito uno spazio virtuale esclusivamente dedicato ai temi della salute. Ulteriore vantaggio di tale sistema è che il portale è pienamente integrato con Facebook, ovvero le notizie del sito vengono rilanciate, spesso più volte al giorno, sul social network, e ciò permette di avere un riscontro immediato sulle attività e le iniziative promosse dalla ASL di Oristano.

Sempre nel mese di ottobre 2014 è stata avviata la collaborazione con l'emittente radiofonica regionale Radiocuore, che settimanalmente (il giovedì) dedica uno spazio in ciascuna delle dodici edizioni del giornale radio alla rubrica "Informasalute": si tratta di interviste agli specialisti della Asl di Oristano sui temi della salute e della prevenzione che permette di creare un filo diretto con i cittadini, utenti dei servizi socio-sanitari, per informarli

sulle strutture e sulle prestazioni offerte, sulle iniziative e sulle campagne di prevenzione primaria e secondaria promosse dalla stessa e sui corretti stili di vita da adottare per favorire il proprio benessere e tutelare la propria salute.

Nel Sito Istituzionale, oltre al routinario aggiornamento dei contenuti, si intende attivare nel prossimo futuro un banner, ovvero una finestra linkabile, sul progetto regionale "Monitor Pronto Soccorso": il cittadino avrà così modo, collegandosi da un personal computer o da uno smartphone, di verificare in tempo reale i tempi d'attesa dei Pronto soccorso aziendali e di orientarsi su luoghi e modalità d'accesso. Si intende inoltre attivare, sempre nella home page del sito istituzionale, il banner "Ritiro dei referti on line" con link al Portale dei referti, dove gli utenti possono effettuare on line il ritiro dei referti di laboratorio. Si sta inoltre procedendo, grazie alla collaborazione con S'Ufitziu de sa limba sarda della Provincia di Oristano alla pubblicazione bilingue (italiano-sardo) delle principali notizie pubblicate sul sito.

Si procederà con l'aggiornamento e la revisione, anche grafica, della Carta dei Servizi aziendale, una dettagliata ed approfondita mappa aziendale sui servizi offerti dalla ASL 5 di Oristano, elaborata ex novo nel 2013 e pubblicata sul sito istituzionale. La scelta di pubblicare esclusivamente on line la Carta dei Servizi è dettata dal fatto che la enorme mole di informazioni in essa contenuta (indirizzi, numeri di telefono e quant'altro) è aggiornabile in tempo reale e fruibile da tutti i cittadini senza alcun costo né per gli utenti né per l'Azienda.

Oltre allo sviluppo del versante della comunicazione è stato sviluppato in azienda anche un processo strutturato di rilevazione del gradimento del servizio offerto da parte degli utenti.

La realizzazione di iniziative di customer satisfaction rientra tra le misure previste dalla normativa vigente in materia di "riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'art. 11 della L. 15 marzo 1997 n. 59". In particolare l'art. 11, comma 1, d.lgs. 30 luglio 1999, n. 286, prevede la partecipazione dei cittadini alle procedure di valutazione e definizione degli standard qualitativi. I sistemi di rilevazione della qualità, assumono particolare rilievo alla luce delle recenti disposizioni di legge (d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150) che impongono alle Pubbliche Amministrazioni di adottare metodi e strumenti idonei a misurare e valutare la performance e per assicurare elevati standard qualitativi ed economici dei servizi pubblici.

Esistono numerose metodologie e tra queste le rilevazioni sistematiche di customer satisfaction consentono di raccogliere informazioni sia sulle aspettative degli utenti rispetto ai servizi, sia sulla percezione della qualità delle prestazioni ricevute.

Nel quadro delle iniziative di miglioramento dei servizi e delle performance, l'Azienda intende verificare la qualità delle prestazioni percepite dagli utenti, al fine di riorganizzare i servizi e renderli maggiormente corrispondenti alle giuste aspettative dei cittadini. Per questo, la rilevazione della customer satisfaction dovrà diventare uno strumento quotidiano per monitorare la qualità dei servizi e le aspettative dei cittadini.

Con delibera del Direttore Generale 242 del 27 marzo 2014 è stato approvato il progetto per la rilevazione della "customer satisfaction" dei pazienti in dimissione nei tre presidi ospedalieri che è stato avviato nel mese di maggio 2014. Nell'anno 2015 si prevede l'estensione della rilevazione a tutte le strutture specialistiche ospedaliere in regime di day hospital e a quelle territoriali, in parte già avviata.

La rilevazione è effettuata tramite questionario, composto da un insieme di domande che mirano a raccogliere le informazioni oggetto di indagine: prenotazione, ricovero, condizioni generali di degenza, servizi e prestazioni sanitarie, relazioni e attenzioni alla persona. In nessun caso ha come oggetto di indagine gli aspetti clinici correlati alle cure mediche. La partecipazione del cittadino alla rilevazione è su base anonima e volontaria. I questionari sono elaborati a cura del Servizio di Psicologia che, a cadenza semestrale, provvede alla "restituzione dei dati" alle singole unità operative e alla pubblicazione sul sito aziendale. I dati sono, altresì, oggetto di valutazione e analisi, da parte delle singole strutture e della direzione dei presidi ospedalieri nonché della direzione aziendale.

a.1.6) Sviluppo degli altri strumenti del Governo Clinico e del Governo Economico

Oltre ai citati interventi, si proseguirà con le attività già implementate nei diversi ambiti del governo clinico e del governo economico.

Saranno riproposti incontri formativi in materia di Benessere Organizzativo, per la costruzione di ambienti e relazioni di lavoro che contribuiscano al miglioramento della qualità della vita dei lavoratori e delle prestazioni. Si proseguirà altresì nell'attività di informazione e formazione di tutti i dipendenti in materia di Sicurezza e Salute dei Lavoratori.

Sarà oggetto di sviluppo l'area della Gestione del Rischio Clinico e la costruzione di un sistema aziendale per la segnalazione degli eventi avversi e l'implementazione del SEA (Significant Event Audit) come strumento di formazione per analizzare l'errore e verificare le necessità formative e le carenze organizzative.

Proseguiranno le iniziative che l'azienda intende mettere in campo per prevenire la corruzione e l'illegalità individuate nel Piano Triennale Aziendale, per cui il percorso formativo e informativo rivolto agli operatori aziendali sulle norme e sulla loro attuazione rappresenta l'azione più importante.

Si consolideranno le attività dei sistemi amministrativi per il governo e il controllo della spesa rivolte all'eliminazione di consumi eccessivi o inappropriati nei vari ambiti (ricoveri, abuso nell'utilizzo della diagnostica, consumo dei farmaci, ecc) per poi investire i risparmi conseguenti nel miglioramento delle prestazioni erogate e nell'innovazione. Proseguirà il Percorso Attuativo della Certificabilità del Bilancio (PAC) che ha l'obiettivo di definire gli standard organizzativi, procedurali e contabili necessari a garantire la qualità delle procedure amministrativo-contabili, dei dati e dei bilanci delle aziende sanitarie e pervenire, a conclusione del percorso, alla loro certificabilità. Il prossimo 2015 vedrà coinvolta la ASL di Oristano, così come le altre ASL della Sardegna, alla implementazione del nuovo Piano dei Conti con implicazioni su tutti i segmenti di produzione aziendale. Per quanto riguarda i beni patrimoniali, dopo aver provveduto all'aggiornamento dell'inventario aziendale per i beni immobili, l'anno 2015 sarà rivolto alla ricognizione fisica del patrimonio mobiliare e riconciliazione fisico-contabile, nonché alla dotazione di un sistema informativo di rilevazione e gestione tecnica del patrimonio mobiliare finalizzata alla revisione e ai successivi aggiornamenti della consistenza dell'inventario.

Per l'anno 2015 è prevista inoltre la riorganizzazione delle attività inerenti la manutenzione, riparazione, sanificazione, stoccaggio e gestione del magazzino degli ausili protesici per disabili ricondizionati, sia per quelli già in possesso dell'Azienda che quelli di nuova acquisizione. Oltre a migliorare il servizio per l'utente nella consegna e restituzione degli ausili, con sicurezza e tempestività di risposta, e a razionalizzare il servizio con la presenza di un magazzino unico aziendale, si verificheranno dei risparmi nella spesa delle nuove acquisizioni e la riduzione della spesa manutentiva dei beni già patrimonio dell'Azienda.

Altro fronte su cui si sta lavorando, e che dovrà essere completato, è quello dell'ottenimento dell'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture pubbliche che erogano servizi sanitari e socio sanitari. Tale processo lungo e complesso è indispensabile affinché le strutture operanti nella ASL di Oristano possiedano tutta una serie di requisiti considerati indispensabili per esercitare l'attività sanitaria.

a.2) Approfondimento degli studi epidemiologici, dell'esame dei volumi di attività e della valutazione degli esiti clinici, rispetto a standard definiti, per l'individuazione di azioni mirate ad assicurare un adeguato livello di cure delle patologie prevalenti anche mediante la creazione del Centro Epidemiologico Aziendale e dei Registri di Patologia

Una piena comprensione dei fenomeni epidemiologici è alla base di un efficace processo decisionale in quanto strumento per una percezione corretta delle necessità assistenziali. Altrettanto importante risulta essere la capacità di raccogliere, correlare ed elaborare le informazioni in nostro possesso per conoscere e comprendere i fenomeni sanitari. Altro

indispensabile strumento, finalizzato ad acquisire la conoscenza dei rischi per la salute, è rappresentato dai Registri di Patologia che questa azienda intende implementare. Dovrà quindi essere attivato il CEA (Centro Epidemiologico Aziendale) che lavorerà mediante il coinvolgimento dei Direttori dei Distretti, titolari delle funzioni di governo dei bisogni di salute a livello locale, con il supporto del sistema informativo aziendale. Tali elementi di conoscenza sono utili a orientare le scelte di governo per la definizione delle strategie e degli obiettivi aziendali, per la pianificazione delle risorse e delle attività, per il controllo e il monitoraggio. Sarà utile pertanto dare risalto a specifiche analisi epidemiologiche, condotte anche tramite l'integrazione dei diversi flussi informativi, studiare i diversi indicatori socioeconomici in quanto anch'essi determinanti della salute, prendere in esame la domanda sanitaria espressa dai cittadini mediante la ricognizione delle prestazioni erogate ai residenti ovunque esse siano avvenute.

Tra gli elementi confondenti nella conduzione dell'analisi si deve tener conto che nella domanda, oggi estremamente medicalizzata, esistono anche fenomeni di induzione influenzati sia da un'offerta non qualificata, e in alcuni casi opportunistica, sia dalla errata percezione del paziente delle proprie necessità; senza dimenticare poi l'ulteriore elemento distorsivo della medicina difensiva.

La relazione tra bisogni di salute che emerge dalle indagini sopra descritte e il volume delle prestazioni erogate nonché della consapevolezza dei migliori esiti delle cure, così come rilevato dalle evidenze scientifiche, ci dovrà guidare nella scelta delle prestazioni da erogare o implementare o ancora, per cui prevedere percorsi di miglioramento in termini di appropriatezza, qualità e sicurezza. Fatto ciò dovrà essere attivato un sistema di valutazione dell'efficacia delle prestazioni e degli interventi erogati a tutti i livelli (assistenza collettiva, territoriale e ospedaliera) anche al fine di rimodulare le azioni e i comportamenti nel perseguimento degli obiettivi di salute secondo lo standard atteso.

Le attività di formazione continua, i training e lo sviluppo professionale saranno poi utili strumenti per migliorare la qualità dell'assistenza in termini di processi e esiti assistenziali, in quegli ambiti in cui risultano esserci delle carenze da colmare rispetto alle prestazioni che l'Azienda ha deciso di garantire ai suoi residenti. L'obiettivo del triennio sarà quindi quello di proseguire nel processo di aderenza dei requisiti professionali e strutturali posseduti dalla Asl di Oristano, rispetto agli standard assistenziali e alle evidenze scientifiche e alle norme sull'accreditamento.

- a.3) Consolidamento delle attività della Rete Interistituzionale per la presa in carico della donna vittima di violenza e lo sviluppo del sistema anche attraverso la presentazione di un progetto finanziato dall'UE

L'ONU nella dichiarazione per l'eliminazione della violenza sulle donne emanata nel 1993 dà la seguente definizione di Violenza: "Qualunque atto di violenza sessista che produca o possa produrre danni o sofferenze fisiche, sessuali o psicologiche, compresa la minaccia di tali atti, la coercizione o privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che nella vita privata".

Si comprende meglio l'entità e la gravità del fenomeno dai numeri che vedono in Europa la violenza quale prima causa di morte delle donne tra i 16 e i 50 anni; in Italia ogni 3 morti violenti una riguarda donne uccise dal compagno.

E' un fenomeno trasversale, che coinvolge donne di ogni estrazione socio-culturale e provoca danni fisici e gravi conseguenze alla salute fisica e mentale della donna anche con ripercussioni sulla funzione genitoriale: una madre che subisce violenza può essere a sua volta violenta con i propri figli.

E' per questo che anche le Asl, soggetti deputati alla prevenzione e alla cura della salute delle donne, hanno un ruolo importante nel sostegno alle vittime di violenza che spesso

approdano nelle sale d'attesa dei Pronto Soccorso o nei Consultori familiari per chiedere aiuto, ma senza la volontà esplicita di denunciare i loro carnefici: creare dei percorsi dedicati di assistenza non solo sanitaria, ma anche psichica, giuridica, logistica è ciò che l'Azienda Sanitaria oristanese ha realizzato lavorando in rete con altri soggetti mediante una filiera che prende in carico la donna globalmente, dal momento in cui si reca nella struttura sanitaria fino al momento del processo contro il suo aguzzino.

Così la Asl di Oristano il 25.11.2011 ha firmato il Protocollo Interistituzionale " Per la costituzione di una rete regionale contro la violenza sulle donne ed i loro figli minori" nel quale gli Enti della Sardegna si impegnano a mettere in rete i propri servizi per accogliere, ascoltare e prendere in carico la donna ed i figli minori.

In aderenza al Protocollo la Asl di Oristano ha attivato i suoi percorsi dedicati alle vittime di violenza: nel Pronto Soccorso è stato assegnato un codice giallo per la donna o il minore che hanno subito violenza, e sono attivi dei percorsi specifici; nei Consultori Familiari è garantita un'assistenza psichica specifica per le vittime.

E' stata poi istituita la rete interistituzionale a livello provinciale che include: Provincia, Comune, Prefettura, Questura, Carabinieri, Procura, Tribunale, Consulta Giovanile, Ufficio Scolastico Territoriale, Centro Antiviolenza, Ordine degli Avvocati. Il Protocollo Provinciale della Rete Interistituzionale è stato siglato in data 25 Novembre 2013.

Le Azioni che la Rete ha intrapreso in questi anni sono state indirizzate a:

- Individuare le Procedure (parlare un linguaggio comune) che gli operatori della rete devono seguire per accogliere le vittime della violenza;
- Individuare le Attività di Prevenzione per arginare il fenomeno della violenza sulle donne e sui minori;
- Individuare le Attività Formative per gli operatori per l'ascolto e l'accoglienza delle vittime;
- Rompere il silenzio della violenza: delle vittime, dei carnefici, dei testimoni, della Società che non ne parla abbastanza;
- Favorire l'emersione del sommerso della violenza;
- Garantire alle donne e ai minori che accedono alle strutture della rete un percorso di accoglienza protetta.

Sul fronte della prevenzione si è collaborato con le scuole che detengono un ruolo importante di diffusione di una cultura non violenta sui giovani le quali lavorano per:

- far capire l'importanza del rispetto reciproco
- portare gli alunni alla percezione della parità tra i sessi
- saper testimoniare il proprio impegno alla non violenza
- far conoscere gli strumenti necessari per uscire dal silenzio della violenza

Sul fronte della Formazione si sono svolti dei corsi di I livello con la finalità di formare gli operatori ad accogliere le vittime di violenza i cui destinatari sono stati Operatori ASL, Assistenti Sociali Comunali, Forze dell'Ordine e che ha coinvolto 280 partecipanti.

I progetti futuri riguarderanno sicuramente le azioni di consolidamento del modello istituito con l'auspicio che possa essere adottato anche in altre realtà regionali o nazionali. Si proseguirà sul fronte della formazione per indirizzarla verso lo sviluppo di precise competenze che si sono rivelate indispensabili per un'azione efficace dei soggetti operanti nella Rete. Le azioni di prevenzione vedranno coinvolte ancora le scuole con eventi indirizzati anche ai bambini delle scuole primarie. Si intende inoltre supportare la risposta della Rete sul fronte del sostegno, individuando i Centri Intermedi dove le donne e i loro figli possano trovare accoglienza ed essere accompagnate nel percorso di recupero ed inserimento nella Società. Sarà utile inoltre procedere, unitamente ai servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze e i Servizi Consultoriali, nell'individuazione di forme di presa in carico di coloro che procurano violenza. Infine il software di integrazione dei servizi sociosanitari, attualmente in uso presso Enti Locali e Asl, potrà essere un valido aiuto per la trasmissione e condivisione delle informazioni utili alla presa in carico della vittima, in qualunque punto essa sia stata

accolta e aiutata e consentirà di creare il presupposto per l'implementazione di un osservatorio provinciale.

Tali obiettivi costituiranno la base per la redazione di un progetto che il partenariato intende proporre per la partecipazione ad appositi bandi europei.

a.4) Promozione della Salute e di sani Stili di Vita attraverso l'integrazione degli interventi di prevenzione tra servizi aziendali ed extra aziendali

In attuazione al Piano Nazionale della Prevenzione, al Piano Sanitario della Regione Sardegna, al Piano strategico Aziendale e al fine di rispettare le indicazioni contenute nel documento di razionalizzazione della spesa, la ASL di Oristano intende promuovere la salute dei suoi cittadini attuando i tre livelli di prevenzione: universale, nella popolazione a rischio e nelle complicanze e recidive di malattia.

La ASL di Oristano è consapevole che rafforzando le azioni nel campo della prevenzione sia nel lungo periodo, al fine di ridurre il peso delle malattie cronico-degenerative, sia nel breve-medio periodo, al fine di contrastare i principali fattori di rischio, ricava benefici importanti accreditati dalla consapevolezza della validità di tali azioni: il tutto viene supportato da risultati positivi riscontrati nel tempo, sia in termini di beneficio collettivo sia di un forte risparmio sui costi sociali della sanità pubblica.

Il concetto di salute, negli anni, ha subito una profonda evoluzione passando dal significato di semplice "assenza di malattia" a quello di "uno stato di completo ed equilibrato benessere fisico, mentale e sociale" (OMS, 1948).

La salute è una risorsa per la vita quotidiana, non l'obiettivo del vivere. La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche. La salute si raggiunge allorché gli individui sviluppano e mobilitano al meglio le proprie risorse, in modo da soddisfare prerogative sia personali (fisiche e mentali), sia esterne (sociali e materiali). Salute e malattia non sono pertanto condizioni che si escludono a vicenda bensì punti terminali di una comune continuità. Per arrivare ad uno stato di completo benessere una persona, un gruppo, una comunità, deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni e modificare positivamente l'ambiente circostante attraverso l'acquisizione delle capacità di controllare quei fattori che determinano la loro salute (Empowerment to health). La promozione della salute è pertanto il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla, quindi non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario ma va al di là degli stili di vita e punta al benessere. (Carta di Ottawa, 1986)

Lo strumento che l'Azienda intende utilizzare per definire gli obiettivi e stabilire i risultati da raggiungere in termini di salute della popolazione è quello della pianificazione della promozione della salute attraverso appunto un piano triennale coerente con la pianificazione strategica aziendale e la pianificazione regionale.

Il Piano Integrato per la Promozione alla Salute della ASL di Oristano mette la Persona al centro del progetto di Salute all'interno di un contesto ambientale che influenza l'individuo nel favorire e/o mantenere le scelte di salute adottate. Il Piano trae origine dall'analisi di contesto con l'evidenza dei problemi di salute proprio del territorio della provincia di Oristano e si sviluppa secondo criteri di appropriatezza basandosi quindi principalmente su criteri di efficacia, efficienza, multidisciplinarietà, intersettorialità e sostenibilità in una logica di continuità con quanto delineato nel Piano Strategico Aziendale.

La crescita delle patologie cronico degenerative e l'allungamento della vita danno luogo a bisogni assistenziali per i quali il territorio (medici di medicina generale, assistenza domiciliare, integrazione sociosanitaria) è la sede nella quale più efficacemente vengono soddisfatti i bisogni di salute. Occorre pertanto rendere il territorio in grado di svolgere il proprio ruolo, operando opportune modifiche organizzative e culturali e prevedendo la

creazione di percorsi di prevenzione nella comunità. Pertanto, nel continuare a perseguire questo obiettivo l'azienda intende sperimentare un modello di integrazione degli interventi nelle diverse tematiche, convogliando gli sforzi per la costituzione di una rete che travalichi i limiti del sistema sanitario aziendale e operi in un contesto intersettoriale, in modo da offrire al cittadino una azione completa rivolta al miglioramento del suo stile di vita.

La strategia più efficace per attuare politiche di salute, di sicurezza è investire nell'area della prevenzione attraverso la combinazione di azioni volte ad ottenere il consenso sociale per un programma di salute, attraverso le azioni di partnership con singoli individui o enti/associazioni che consentano di promuovere e tutelare la propria salute e attraverso il processo di mediazione al fine di conciliare i diversi interessi degli individui e della comunità nei diversi settori pubblico e privato.

Investire nell'area della prevenzione significa fare le opportune scelte che, sulla base dell'analisi di contesto della realtà oristanese, porti il massimo beneficio alla comunità. Investire nella prevenzione e nel controllo delle malattie, soprattutto di quelle croniche, diventa pertanto quanto mai indispensabile anche al fine di migliorare la qualità della vita e il benessere sia a livello individuale che sociale. La prevenzione è efficace quanto più è duratura, quanto più si riesce a coinvolgere il singolo nel promuovere la propria salute e ad interagire con i servizi sanitari, essendo parte attiva della gestione delle malattie, e quanto più tale obiettivo è perseguito in collaborazione con i diversi settori istituzionali e del tessuto sociale ed economico (enti, associazioni, imprese, unità locali ecc.).

Una riorganizzazione degli interventi rispetto al quadro epidemiologico richiede che gli stessi siano programmati in modo appropriato, sostenibile, misurabile attraverso indicatori e che abbiano l'obiettivo di renderlo sistematico; necessita anche di un diverso approccio culturale nell'erogazione dei servizi per il quale è necessario investire nella ricerca, nello sviluppo dei sistemi di comunicazione e nella formazione rivolta agli operatori.

I progetti di Promozione alla Salute e le azioni con le quali si intende realizzarli sono orientati a incidere sui determinanti di salute in modo integrato in una logica di visione complessiva e di continuità fra Ospedale e Territorio. Ciò nella convinzione che le caratteristiche individuali, i determinanti sociali e quelli ambientali quali ad esempio il reddito e il livello di istruzione, possono influenzare i comportamenti salutari e lo stile di vita, ma anche le opportunità di salute.

La scelta di una metodologia basata sulla progettazione partecipata ha l'obiettivo di valorizzare appieno le competenze e le risorse interdisciplinari esistenti in azienda e ha come conseguenza la condivisione dell'analisi dei bisogni e dell'identificazione delle azioni da intraprendere. Un esempio in tal senso è il progetto "Giocando e Mangiando miglioriamo gli stili di vita" che è stato avviato nel 2013 e che prevede il coinvolgimento, oltre agli operatori ASL di varie professionalità sia territoriali che ospedaliere, del personale scolastico ma anche della famiglia di cui fanno parte i bambini destinatari dell'azione del progetto.

Questa Azienda intende quindi dare rilievo ai processi di comunicazione verso e con i cittadini al fine di accrescere la condivisione dei valori etici e degli obiettivi aziendali, diffondere fra i propri utenti l'informazione e la consapevolezza in materia di salute al fine di favorire autonomia decisionale e scelte responsabili.

Tra gli obiettivi di questa Asl, che si avvierà mediante la formazione dei professionisti, vi è l'attivazione di un progetto di umanizzazione e qualificazione degli atti di cura che pone al centro la persona e non solo la patologia, e individua gli aspetti migliorabili nei diversi tipi di approccio relazionale di tutti gli operatori di questa Azienda.

Le aree intervento del Piano Integrato per la Promozione alla Salute della ASL di Oristano hanno per oggetto:

- Riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili
- Prevenire la conseguenze dei disturbi neurosensoriali
- Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti
- Prevenire gli incidenti stradali
- Prevenire gli incidenti domestici

- Prevenire gli infortuni e le malattie professionali
- Prevenire le infezioni/malattie infettive prioritarie
- Sistemi di rilevamento stato di salute
- Promuovere l'informazione nella comunità

a.5) Sviluppo degli interventi del Dipartimento di Prevenzione inerenti l'informazione, la formazione e la sensibilizzazione ai concetti di sicurezza e qualità a supporto e per la valorizzazione delle attività e delle produzioni locali

Il Dipartimento di Prevenzione della ASL Oristano in accordo con gli obiettivi nazionali e regionali descritti nei rispettivi Piani Sanitari persegue una politica di coordinamento tra i diversi Servizi e altre istituzioni nell'ambito del miglioramento e potenziamento della Sicurezza Alimentare.

La riduzione dei rischi per il consumatore e il miglioramento delle produzioni zootecniche e degli alimenti si attuano attraverso l'attività di controllo dei Servizi Dipartimentali ai sensi del Reg. CE 882/2004 prevedendo la categorizzazione del rischio connesso alle diverse filiere produttive al fine di garantire l'efficacia, l'appropriatezza, la qualità e la coerenza dei controlli ufficiali.

L'ottenimento di un prodotto alimentare sicuro è determinato dal corretto svolgersi dell'intero processo produttivo senza trascurare l'attenzione alla qualità dell'acqua, come ingrediente primario e sostanziale delle preparazioni alimentari.

I Regolamenti CE 852, 853, 854 e 882/2004 hanno portato ad un radicale cambiamento nell'impostazione dei controlli ufficiali nel settore produttivo alimentare e hanno pienamente responsabilizzato l'operatore economico. Pertanto le verifiche attuate dai Servizi Dipartimentali per accertare l'implementazione della normativa comunitaria in materia di igiene degli alimenti sono, come previste nel Piano nazionale Integrato dei Controlli per la Prevenzione in Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria, effettuate attraverso specifici strumenti quali corretta valutazione del rischio e sistema di Auditing, il cui svolgimento è realizzato seguendo le indicazioni regionali e le procedure elaborate dai Servizi.

I Servizi afferenti al Dipartimento attuano il Piano Annuale dei Controlli individuando azioni e modalità operative al fine di assicurare un elevato livello di salute pubblica. I piani prevedono verifiche sui criteri di sicurezza e del processo produttivo degli alimenti, controllo dei residui dannosi per garanzia della salute dei consumatori. L'attività di controllo dei SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione), SIAOA (Servizio Igiene degli Alimenti di Origine Animale), SIAPZ (Servizio Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche) e SSA (Servizio Sanità Animale) vengono attuate in maniera integrata al fine di perseguire l'obiettivo di trasparenza e lealtà commerciali.

Per fronteggiare situazioni di emergenza è operativa l'Unità di Crisi per la Gestione delle Emergenze in materia di Sicurezza Alimentare.

La salute, l'ambiente e lo sviluppo sociale ed economico della società sono elementi fortemente correlati ed inscindibili. Da queste considerazioni, nasce l'intento della ASL di Oristano di voler perseguire un'azione di promozione della salute attraverso la promozione delle produzioni locali che passa attraverso la valorizzazione, la verifica della qualità dei prodotti che significa sicurezza ed un'economia più forte nel proprio territorio.

Infatti l'espandersi delle attività produttive di qualità e la valorizzazione delle tipicità del territorio costituiscono ricchezza ed opportunità per sviluppare l'economia delle imprese (agricole, alimentari, di servizi) oltre a salvaguardare l'ambiente e la salute del cittadino. La Qualità non può prescindere dai fondamentali livelli di garanzie di sicurezza del prodotto, del processo di lavorazione e dei luoghi di lavoro: in tal senso la professionalità degli operatori

della nostra azienda può favorire e supportare questo miglioramento attraverso azioni specifiche.

Pertanto la ASL di Oristano attraverso l'azione del Dipartimento di Prevenzione, vuole promuovere e supportare un percorso caratterizzato da un approccio interistituzionale ed intersettoriale attraverso la realizzazione di una RETE, nella quale i protagonisti, corresponsabili della salute (istituzioni, associazione di categoria, ...) attivino un percorso di informazione, formazione, sensibilizzazione ai concetti di sicurezza e qualità, con particolare riferimento alla tipicità locale, nei confronti dei produttori e dei consumatori e preveda anche il coinvolgimento delle giovani generazioni.

a.6) Arginare l'elevata incidenza delle patologie legate al disturbo mentale e alle dipendenze da sostanze e non sostanze d'abuso, con l'implementazione di azioni di prevenzione primaria, anche mediante la costruzione di reti interistituzionali

Il Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche opera per soddisfare l'esercizio delle funzioni attribuite in materia di prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione e integrazione culturale, familiare, sociale e lavorativa dei pazienti con disagio mentale e affetti da dipendenze patologiche.

A tal fine nel Dipartimento è presente un complesso di servizi e strutture costituito da équipes multidisciplinari formate da psichiatri, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri professionali e tutte quelle altre figure necessarie per affrontare la complessità dei problemi connessi alla malattia mentale e alle dipendenze patologiche.

E' inoltre presente un'integrazione con i servizi sociali comunali e dei rapporti di collaborazione con le associazioni dei familiari, le associazioni di volontariato, le forze culturali e sociali del territorio.

Le azioni del Dipartimento e i progetti terapeutici e riabilitativi messi in campo in questi anni hanno avuto la finalità di promuovere l'autonomia e la guarigione delle persone, cercando di limitare al minimo il periodo di "dipendenza" dal servizio. E' stato fondamentale a questo riguardo l'incremento dei rapporti con il mondo del lavoro onde garantire ai pazienti un reinserimento nel mondo lavorativo, e nella società più in generale, nel più breve tempo possibile.

Prosegue inoltre l'importante progetto per favorire l'inclusione sociale delle persone affette da disturbo mentale, dimoranti nelle strutture residenziali, mediante l'istituzione dell'affido presso nuclei familiari arruolati dal Dipartimento.

Recentemente, l'OMS ha effettuato uno studio per valutare la diffusione delle malattie nel mondo ed i relativi costi socio-economici. Lo studio ha evidenziato che i disturbi relativi alle malattie mentali rivestono un'importanza crescente in tutti i Paesi industrializzati sia per il numero dei soggetti colpiti, sia per l'elevato carico di disabilità e di costi economici e sociali che comportano per le persone colpite e per i loro familiari. In Europa i problemi di salute mentale rappresentano quasi il 20% del totale delle malattie e colpiscono addirittura una persona su quattro nell'arco della propria vita. I dati riguardanti i tassi di prevalenza riscontrati in un campione studiato in Italia confermano che i disturbi mentali sono frequenti anche in Italia, al pari di quanto le ricerche internazionali condotte in questi anni hanno messo in luce: circa una persona su cinque ha soddisfatto i criteri diagnostici per almeno un disturbo mentale nel corso della vita

L'urgenza di mettere in atto strategie per la promozione della salute mentale nei giovani è stata più volte sottolineata in diversi consessi europei e mondiali. Già nel 2008 la Commissione europea aveva indicato l'educazione e la promozione della salute mentale nei giovani come la prima delle 5 aree prioritarie di intervento dell'European Pact for Mental

Health and Well-being. Ogni Paese dovrebbe avere una politica di promozione della salute mentale dei giovani. La scuola in particolare gioca un ruolo fondamentale nel sostenere attività di promozione della salute mentale nei suoi programmi, attività dedicate al miglioramento della salute positiva, delle abilità sociali e di soluzione di problemi.

I servizi operanti nel Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze hanno quindi deciso di indirizzare maggiormente i loro sforzi anche nella direzione della prevenzione primaria; è stata ampia l'esperienza del Servizio per le Dipendenze che ha realizzato negli anni diverse campagne di prevenzione con i medici di medicina generale, le famiglie, le scuole e altre istituzioni. Sicuramente le attività di prevenzione che verranno messe in atto nel prossimo triennio saranno integrate con quelle attivate da altri servizi aziendali, creando una rete (aziendale e interistituzionale) che agisca in maniera integrata e coordinata per coinvolgere e informare i ragazzi, sin dall'infanzia (scuola elementare), e la famiglia fin dal momento del concepimento, momento sicuramente fortemente motivante.

a.7) Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale finalizzata ad un'offerta appropriata delle prestazioni all'utente e un miglior governo dei servizi territoriali da parte dei Direttori di Distretto

La crescita delle patologie cronico degenerative e l'allungamento della vita danno luogo a bisogni assistenziali per i quali il territorio (medici di medicina generale, assistenza domiciliare, integrazione sociosanitaria) è la sede nella quale più efficacemente vengono soddisfatti i bisogni di salute. Occorre pertanto rendere il territorio in grado di svolgere il proprio ruolo, operando opportune modifiche organizzative e culturali e prevedendo la creazione di percorsi assistenziali di continuità. Pertanto nel continuare a perseguire l'obiettivo di modernizzazione delle attività ospedaliere, a vantaggio di una sempre più adeguata presa in carico delle acuzie, questa ASL intende sperimentare nuovi modelli organizzativi per dare risposte ai bisogni complessi, sociali e sanitari di continuità assistenziale principalmente dei soggetti anziani e/o fragili.

Una corretta presa in carico del paziente, soprattutto "fragile", deve seguire anche logiche di integrazione sociosanitarie e spesso di supporto alla famiglia. Questo nuovo modo di intendere l'assistenza necessita sicuramente di sforzi e cambiamenti culturali e organizzativi da costruire nel tempo. L'obiettivo aziendale di riorganizzazione delle attività territoriali e di miglioramento dell'efficacia dei servizi risulta pertanto indispensabile.

Per perseguire tale obiettivo, a livello organizzativo si prevede lo sviluppo delle funzioni proprie dei Distretti Socio Sanitari riferibili all'individuazione e al governo della domanda della comunità locale e di presa in carico del paziente, garantendo una risposta nel livello più appropriato. Sarà quindi perseguito un sistema di produzione di prestazioni e servizi mediante la concentrazione in unità interdistrettuali di funzioni precedentemente frammentate per ogni distretto, a garanzia di uno sviluppo equilibrato delle attività. Il ruolo che il **Direttore del Distretto** assumerà, nel governo della domanda e della risposta più appropriata nell'erogazione dei servizi a livello locale, è strategico e contribuirà nel progetto di individuazione e implementazione di forme organizzative più funzionali ai bisogni di cura della comunità.

Nella gestione integrata della cronicità il medico di medicina generale è sicuramente il principale referente della presa in carico e dell'attivazione del percorso diagnostico-terapeutico più appropriato per il paziente stesso. E' per tale motivo che la ASL di Oristano intende favorire la continuità assistenziale anche tramite la realizzazione di una rete dei servizi di cure primarie, creando le condizioni affinché si istituiscano delle interrelazioni gestionali e relazionali tra professionisti che lavorano congiuntamente. Ciò consentirà la condivisione di dati e conoscenze per fornire una risposta di rete ai bisogni dei cittadini, soprattutto in un'ottica di **continuità**

assistenziale h 24 e di sicurezza del paziente. Si prevede la realizzazione di tale modello a titolo sperimentale nei tre Distretti e precisamente nei Comuni di Bosa, Terralba e Cabras.

Si proseguirà nel progetto di costituzione delle **Case della Salute** a Terralba e a Bosa, ambito nel quale il paziente sarà accolto e orientato nel giusto percorso assistenziale. Tale modello organizzativo permetterà di perseguire il coordinamento e l'integrazione delle attività sanitarie e sociali, permetterà inoltre la creazione di un percorso di cura meno complesso per il paziente rispetto al passato, per via della presenza in loco di più specialisti (MMG/PLS, medici di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali di varie branche, servizi di diagnostica, in alcuni casi medici ospedalieri, infermieri, terapisti della riabilitazione ecc.). Questo ambito infatti potrà essere sfruttato per perseguire al meglio lo sviluppo dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, quantomeno per le patologie croniche e quelle più frequenti quali quelle cardiovascolari, endocrinologiche, oncologiche e pneumologiche. All'interno del progetto per la realizzazione della Casa della Salute di Bosa, si intendono creare ulteriori posti letto per l'attività dialitica, che si aggiungerebbero a quelli già realizzati e disponibili presso il Presidio San Martino e i CAL di Terralba e Ghilarza.

A ciò si unirà il progetto di realizzazione dei primi reparti per le **Cure Intermedie** che riguarderà principalmente i presidi ospedalieri di Bosa e Ghilarza, pur nella consapevolezza che uno sviluppo futuro di tale servizio anche nel Distretto di Oristano si rivelerebbe altrettanto importante. Si tratta di strutture residenziali extraospedaliere ad elevata valenza sanitaria per ricoveri temporanei che offriranno risposte tempestive, efficaci ed integrate, di fronte a bisogni complessi, sociali e sanitari di continuità assistenziale, principalmente dei soggetti anziani fragili. Ciò permetterà di rispondere all'esigenza di evitare una prolungata durata della degenza di molti ricoveri ospedalieri, che hanno terminato la fase acuta e la fase di riabilitazione intensiva, ma che necessitano ancora di un supporto sanitario ed assistenziale in struttura. Hanno quindi il compito di facilitare la transizione dei pazienti dall'ospedale al domicilio, che attualmente è reso difficile dall'insufficienza delle strutture territoriali di tipo residenziale, che possano dare una risposta tempestiva e permetterà altresì di ridurre il numero di richieste di nuovi ricoveri dopo il rientro a casa. Si tratta quindi, nel contempo, di un progetto di attivazione di un nuovo servizio più rispondente ai bisogni del paziente e che mira a migliorare l'efficienza del sistema attraverso una più corretta gestione delle risorse.

I reparti di Cure Intermedie sono rivolti e prenderanno in carico diverse tipologie di pazienti quali:

- i dimessi da reparti per acuti i quali, pur non richiedendo un intervento di riabilitazione intensiva, non possono essere dimessi al proprio domicilio;
- i dimessi dalla Emergenza/Pronto soccorso, per i quali il ricovero in reparto per acuti potrebbe essere inappropriato in quanto rispondente a bisogni sostanzialmente di urgenza sociale e non clinica (come ad es. per anziani soli o con scarsa tenuta della rete familiare);
- dimessi da reparti per post-acuzie che hanno terminato il ciclo di riabilitazione intensiva che non possono ancora essere dimessi al proprio domicilio;
- una quota di pazienti dal proprio domicilio che richiedono un'assistenza temporanea maggiore di quanto possa essere garantito dalle varie forme di Cure Domiciliari.

- a.8) Educazione all'autocura rivolta al malato e ai familiari care-giver per una migliore qualità della vita del paziente e una maggiore consapevolezza dei percorsi di cura

Nei pazienti con malattie croniche, rare o con percorsi assistenziali complessi (le malattie invalidanti neuromotorie, metaboliche, neoplastiche e post-traumatiche), sono richiesti interventi sanitari costanti eseguiti dal personale medico ed infermieristico, sia in regime di ricovero che sul territorio. Chi sta loro intorno, parenti e conoscenti, sono raramente preparati a vivere con un malato, e il malato stesso spesso non è consapevole di come cambierà la qualità della sua vita dopo il manifestarsi dell'evento acuto. Quando il paziente viene dimesso dall'ospedale verso ambienti non protetti, come quello domiciliare, dove quotidianamente il paziente riceve assistenza ed è sottoposto a pratiche di riabilitazione, che vanno ripetute più volte durante la giornata, nasce l'esigenza di imparare a farcela con la maggiore autonomia possibile, indipendentemente dalla presenza costante di figure sanitarie.

In questi casi può essere necessario e doveroso progettare in Azienda sistemi di educazione all'autocura prevedendo una educazione e formazione del malato e della sua rete familiare, su conoscenze ed abilità specifiche proprie dell'ambito sanitario. Infatti alcune pratiche possono essere eseguite correttamente ed efficacemente dal paziente stesso o da chi gli è vicino se specificatamente formato e seguito nel tempo.

Occorre pertanto individuare il modello da implementare a livello aziendale prevedendo che, a vari livelli, si possa procedere con programmi di educazione e formazione. Per esempio in Ospedale può essere rivolto ai pazienti che presentano esiti peggiori di ictus cerebrali, malattie neurodegenerative, ferite a lenta guarigione, ulcere da piede diabetico, stomie, alimentazione o evacuazione, incontinenza urinaria che richieda cateterismo intermittente. A livello territoriale può essere prevista negli ambulatori specialistici e infermieristici una attività educativa finalizzata all'autocura e all'autogestione di specifiche patologie quali il diabete, lo scompenso cardiaco cronico, l'insufficienza respiratoria cronica, per cui il malato e i loro familiari ricevono informazioni sull'adozione di comportamenti che possono ridurre o prevenire i fattori di rischio legati a quella specifica patologia. Naturalmente nelle Cure a Domicilio, più che mai i professionisti sanitari coinvolti nella cura del paziente trasferiranno conoscenze e abilità su procedure trasferibili al malato e ai care-giver.

- a.9) Definizione e attivazione della Rete delle Cure Palliative nella ASL di Oristano rivolta a particolari pazienti fragili e alle loro famiglie

Le cure palliative sono l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici. La particolare fragilità dei pazienti e delle loro famiglie nelle varie fasi di tali malattie, richiede un approccio multidimensionale dell'assistenza che riguarda lo stato funzionale, psichico, sociale e in particolare la percezione del proprio stato di salute. Pertanto sono coinvolti in equipe diversi servizi: distrettuali (Assistenza MMG e PLS compresa la Continuità Assistenziale, Assistenza specialistica, Assistenza infermieristica, Assistenza protesica, Assistenza sociale, Assistenza spirituale, Volontariato); ospedalieri (ricoveri ordinari e DH) e residenziali (posti letto di Hospice, RSA).

Nel rispetto delle linee guida nazionali e regionali (LR 33/32 del 2013 e 5/31 del 2014), è stato definito in Azienda un modello di Rete delle Cure Palliative ove per rete aziendale si intende l'insieme delle prestazioni che garantiscono l'accoglienza, la valutazione del bisogno e l'avvio e realizzazione di un percorso di cure palliative. La formazione degli operatori della rete sarà un elemento importante da implementare così come lo saranno i sistemi di monitoraggio qualitativo e quantitativo delle prestazioni erogate, verificandone gli esiti.

Premesso che il domicilio del paziente rappresenta la sede d'intervento privilegiata, e quindi le cure domiciliari risultano la modalità di assistenza più accessibile e gradita ai malati nell'offerta palliativa, la Rete è composta da differenti modalità assistenziali che, oltre appunto alle Cure Domiciliari, prevede anche la presenza di Ambulatori delle cure palliative, il ricovero in Hospice o in RSA (con posti letto accreditati per pazienti terminali) e il ricovero ospedaliero in regime ordinario o diurno.

Nell'erogazione delle Cure Palliative domiciliari l'equipe che presta la sua opera è composta da: medico di medicina generale dell'assistito, medico dell'assistenza distrettuale, medico con competenze specifiche in cure palliative (anestesista, oncologo, pediatra, palliativista), infermiere, psicologo, assistente sociale. A tale nucleo base possono essere aggiunte, per particolari esigenze del malato, altre figure professionali (es. medico specialista, terapeuta della riabilitazione, operatore sociosanitari).

L'erogazione delle Cure Palliative attraverso gli ambulatori è già attiva nei presidi ospedalieri di Oristano, Bosa e Ghilarza e si prevederà per il 2015 l'attivazione anche nel Distretto di Ales Terralba. E' gestito dall'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione e si rapporta con il Medico di Medicina Generale, i Pediatri e il Servizio delle Cure Domiciliari.

Il coordinatore della Rete è stato individuato nel Direttore dell'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione.

Sempre nell'anno 2015 e seguenti saranno organizzati dall'Azienda dei corsi di formazione, per il personale coinvolto nella Rete

Nel triennio inoltre si cercherà di portare a compimento il progetto di acquisizione di un **Hospice** che sarà realizzato nel Comune di Oristano, e per la cui costruzione è ora impegnato il Comune stesso. L'Hospice è un luogo d'accoglienza e ricovero temporaneo, nel quale il paziente viene accompagnato nelle ultime fasi della sua vita con un appropriato sostegno medico, psicologico e spirituale affinché le viva con dignità nel modo meno traumatico e doloroso possibile.

E' inteso come una sorta di prolungamento e integrazione della propria dimora e include anche il sostegno psicologico e sociale delle persone che sono legate al paziente. Si può parlare dell'hospice come di un approccio sanitario che va oltre all'aspetto puramente medico della cura, intesa non tanto come finalizzata alla guarigione fisica ma letteralmente al "prendersi cura" della persona nel suo insieme.

a.10) Sviluppo delle azioni necessarie per migliorare la gestione delle liste d'attesa nell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, per garantire l'erogazione delle prestazioni in tempi adeguati alle necessità cliniche del paziente

A decorrere dall'anno 2011 la Asl di Oristano sta sistematicamente ponendo in essere, in coerenza con le linee di indirizzo fornite dal Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa, le azioni e le attività per assicurare direttamente e indirettamente il controllo dell'offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Il Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa, da cui discende il PAA, ha dato indirizzi in merito alla necessità di assicurare appropriatezza alla domanda di prestazioni e, contemporaneamente, di correlare gli accessi a criteri di priorità in relazione ai bisogni clinico assistenziali degli utenti. Ciò al fine di intercettare il reale bisogno di salute e rendere compatibile la domanda con la garanzia di poter assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza.

La Asl di Oristano ha deciso perciò di coinvolgere tutti i professionisti prescrittori per definire delle Linee Guida che promuovano l'uso graduale delle classi di priorità, sia nella fase della prescrizione sia nella fase della prenotazione, al fine di assicurare il rispetto dei tempi di attesa coerentemente con i bisogni di salute.

I Direttori del Distretto, nel corso dell'anno 2013 e 2014, hanno pianificato e realizzato alcuni incontri con i Medici di Medicina Generale e i Rappresentanti di Branca della Specialistica Ambulatoriale per razionalizzare le liste d'attesa attraverso l'attivazione di un sistema di

accesso basato sulle priorità cliniche e non sull'ordine di presentazione al CUP. Sono state stabilite quindi le linee guida necessarie all'applicazione delle classi di priorità (Urgente, Breve, Differibile, Programmata) per sette branche (endocrinologia, neurologia, oculistica, cardiologia, ginecologia, ortopedia e otorinolaringoiatria) e successivamente, a titolo sperimentale, attivate a CUP in maniera graduale.

Sarà quindi avviato nell'anno 2015 un sistema di monitoraggio secondo metodiche, sempre condivise tra i professionisti prescrittori, che valutano l'appropriatezza nell'uso dei criteri definiti nelle linee guida. Tale modello di valutazione circa l'appropriatezza d'uso dei codici di priorità, si basa sul metodo della concordanza tra specialisti che erogano la prestazione e prescrittori, mediante l'istituzione di gruppi di lavoro dedicati (confronto tra pari). I dati di concordanza saranno discussi tra operatori (audit) affinché siano avviate forme correttive di eventuali inapproprietezze. Il gruppo di lavoro inoltre si esprimerà in merito alla segnalazione e alle raccomandazioni da inviare ai prescrittori.

Così come indicato anche nel Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA), a regime i codici di priorità dovranno essere indicati per tutte le prestazioni LEA. Tuttavia per ora si è scelto di avviare un uso graduale delle classi di priorità per alcune delle prestazioni critiche, atteso che comunque l'attivazione del sistema esige un impegno organizzativo enorme per poter garantire la risposta assistenziale nei tempi stabiliti da ciascuna priorità. L'applicazione delle classi di priorità dà anche la possibilità di veicolare la prestazione al setting assistenziale più appropriato per esempio quando, in caso di urgenza ci rivolgiamo adeguatamente al setting ambulatoriale piuttosto che al Pronto Soccorso Ospedaliero.

Lo strumento essenziale per garantire un efficace governo delle liste d'attesa è il sistema di prenotazione informatizzato. Nell'anno 2014 si è realizzato il passaggio del CUP aziendale dalla piattaforma SGP alla piattaforma WEB. Il nuovo sistema CUP-WEB presenta delle funzionalità che garantiranno un miglioramento significativo del servizio di prenotazione, permettendone la diffusione agli specialisti ambulatoriali, ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, alle Farmacie, sino a raggiungere i cittadini attraverso i nuovi servizi on-line, tra cui la diffusione del servizio di pagamento del ticket sanitario anche al di fuori degli sportelli delle strutture eroganti.

In coerenza con il percorso di sviluppo e miglioramento del CUP aziendale, si osserva che allo stato attuale è stato quasi del tutto completato il processo di informatizzazione delle agende di prenotazione. Ben oltre il 95% delle agende è informatizzato e viene gestito tramite il sistema SISAR, permangono pochissime agende cartacee gestite in alcune Unità Operative per specifici e particolari bisogni. E' stato altresì completato il processo di riconfigurazione delle agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale al fine di creare agende separate tra primo accesso e accessi successivi, tipologia, struttura di erogazione.

Sempre sul fronte dell'informatizzazione, nell'anno 2015 si consoliderà l'utilizzo della Cartella clinica ambulatoriale (CCA) che permette la strutturazione e l'accesso al Piano di Lavoro completo con l'elenco di tutti i pazienti che dovranno fruire della prestazione, siano essi prenotati tramite CUP (pazienti esterni) o registrati con richieste di consulenza interna (pazienti interni).

Altro fondamentale supporto alla valutazione della qualità dei dati in funzione del governo delle liste d'attesa è rappresentato dall'integrazione tra il sistema CUP e le procedure di Radiologia che permette di ridurre sensibilmente il carico di lavoro del back office grazie ad un processo di accettazione/registrazione unica. Negli ultimi mesi del 2014 si è dato corso all'avvio del RIS PACS. Nel 2015 si lavorerà per consolidare l'utilizzo del sistema e completare a pieno l'integrazione con il sistema SISAR.

Altra importante attività che deve essere posta in essere per il governo delle liste d'attesa è il recall dei pazienti che viene eseguito ormai in maniera sistematica per le prestazioni più critiche quali ad es. risonanze. TAC, colonscopie e gastroscopie. Si è potuto osservare che con tale tipo di attività si riesce a recuperare il 30%, e in alcuni casi il 40%, del drop out.

Con i finanziamenti specifici concessi per il governo delle liste d'attesa nell'anno 2011 è stato possibile garantire, fino a tutto il 2014, l'aumento di prestazioni tramite il ricorso alla

libera professione erogata dai propri professionisti ai sensi dell'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza del 8 giugno 2005. A decorrere dal 2015, stante l'esaurimento dei suddetti finanziamenti, l'aumento di prestazioni potrà essere garantito riorganizzando l'attività ambulatoriale sia degli specialisti interni che di quelli esterni. Si punterà, pertanto, sull'ottimizzazione dell'organizzazione dei turni del personale dedicato e dell'utilizzo delle apparecchiature tecnologiche garantendo il massimo della produttività soprattutto delle grandi tecnologie (TAC, RM).

a.11) Ampliamento e qualificazione dei servizi offerti in ambito ospedaliero, anche mediante l'accrescimento delle competenze professionali, volto al raggiungimento degli standard attesi

Tra le criticità che caratterizzano l'assistenza ospedaliera, non solo in ambito aziendale ma regionale e nazionale, si riscontra il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione spesso dovuto ad una scarsa rete assistenziale territoriale povera di strutture o ad una inadeguata presenza di posti letto per la gestione delle post acuzie. Ne consegue che spesso l'attività relativa alla gestione delle acuzie sia inappropriata o inefficiente.

Risulta perciò necessario ridisegnare il modello organizzativo per la gestione delle funzioni di assistenza più in generale e per quella ospedaliera nello specifico.

Anche in funzione del nuovo ruolo che potrà assumere il Presidio Ospedaliero di Oristano nella nuova rete di Emergenza (DEA di I livello), sarà necessario attivare nuove specialità di branca medica e chirurgica quali quelle di oculistica, otorinolaringoiatria, neurologia, malattie endocrine e diabetologia, pneumologia.

Alcuni servizi e reparti ospedalieri, così come quelli territoriali, che non svolgevano la loro attività il sabato, si appresteranno entro il 2015 a garantire la presenza in servizio di minimo sei giorni su sette, e in diversi casi la pronta reperibilità H24. Ciò è già avvenuto nel presidio ospedaliero San Martino per il servizio di endoscopia e per il servizio di emodinamica (H24) e nel territorio per i servizi di farmacia territoriale.

La specializzazione dei presidi periferici su attività a minore complessità (medio-bassa intensità di cura e le attività programmate di day hospital, day surgery, day service, week hospital), ma di più ampia utilità per la popolazione locale in termini di risposta ai bisogni assistenziali del territorio, mira alla conduzione di un governo dell'offerta più efficiente ma anche più efficace in termini di qualità delle prestazioni erogate. La logica che guida attualmente l'erogazione delle prestazioni e l'organizzazione delle attività è una logica di ospedale di rete ove tutti gli ospedali aziendali si trasformano in strutture flessibili che garantiscono prestazioni sia con l'utilizzo di risorse dedicate stabilmente sia con risorse disponibili nella rete aziendale. Infatti è garantita la presenza del personale medico del PO San Martino per prestazioni da erogare nei Presidi di Ghilarza e Bosa e viceversa. Ciò soprattutto per le attività di area chirurgica, che sono organizzate secondo il vero modello dipartimentale, in alternativa al vecchio modello divisionale. La riorganizzazione delle risorse umane a livello aziendale garantisce la presenza di un team professionale capace di presidiare tutte le discipline chirurgiche nei tre presidi ospedalieri, operando per linee di attività chirurgica specialistica e per entità e complessità della casistica trattata. In questa logica si intende proseguire nel progetto di sviluppo dell'offerta di prestazioni per le branche specialistiche quali urologia, ortopedia, oculistica e ginecologia anche presso i presidi di Bosa e di Ghilarza.

Con l'attivazione di moduli per ricoveri secondo il modello delle Cure Intermedie si potrà infine, rispondere più puntualmente ai bisogni di assistenza delle popolazioni. Queste soluzioni sono coerenti con la necessità di offrire maggiori garanzie in termini di appropriatezza e di continuità delle cure e risolverebbero anche problemi di natura sociale che può capitare risultino legati al ricovero. Tali strutture infatti sono orientate al recupero dell'autonomia per il rientro al domicilio dei pazienti, che possono essere dimessi dall'Ospedale ma che non

sarebbero adeguatamente assistiti al domicilio per la complessità del quadro clinico e per mancanza di supporto familiare.

Oltre al perseguimento dell'appropriatezza organizzativa, intesa come la capacità di scegliere il livello assistenziale più idoneo alla erogazione delle cure, questa Azienda prosegue nella sua attività sul fronte del miglioramento della qualità dell'assistenza e dell'ampliamento dei servizi offerti.

Il trasferimento delle attività al nuovo corpo DEA, avviato nel mese di ottobre 2013, ha permesso un ammodernamento dei **servizi di diagnostica per immagini** potendo contare su nuovi macchinari di ultima generazione con una tecnologia di acquisizione digitale diretta.

Si stanno concludendo le attività di parametrizzazione degli applicativi in uso in Azienda affinché tutto il flusso dei dati sia digitalizzato: ciò consentirà di refertare, trasmettere e archiviare elettronicamente tutti gli esami radiologici effettuati sui pazienti, eliminando definitivamente le pellicole radiografiche. Il nuovo sistema, avviato di recente nei presidi ospedalieri, nel 2015 metterà in comunicazione anche la radiologia del Poliambulatorio di Ales, consentendo a tutti i reparti di accedere facilmente alle informazioni radiologiche dei pazienti, ed agli stessi utenti di ritirare i propri esami su un semplice CD facilmente consultabile dal proprio medico di base.

Altro importante traguardo che potrà essere portato avanti con una attività di formazione sul campo e che si intende portare a termine nel corso del 2015, riguarda l'esecuzione di procedure di radiologia interventistica oncologica ed extra-vascolare, anche grazie alla presenza di nuovi macchinari ad essi dedicati.

Altro obiettivo avviato nel 2014 e che troverà applicazione nell'anno 2015 con un'attività di tutoraggio, riguarda l'offerta di un nuovo importante servizio quale quello della Risonanza Magnetica Cardiaca o Cardio RM (RMC), reso possibile grazie ad un piccolo intervento di adeguamento del software della nuova tecnologia già presente nel nuovo corpo DEA. E' un sofisticato esame di diagnostica strumentale, attualmente presente in Sardegna solo presso l'AO Brotzu di Cagliari che, utilizzando la tecnologia RM, permette di studiare in modo approfondito tutte le strutture cardiache. Può essere prescritta per valutare malformazioni e tumori cardiaci, per lo studio di alcune forme di aritmie e di diverse cardiomiopatie primitive e secondarie, per la valutazione della fibrosi cardiaca dopo un infarto del miocardio, delle malattie del pericardio, per lo studio dell'apparato valvolare cardiaco, dell'aorta e dei vasi polmonari. In generale, nell'ambito della prevenzione, la RMC ha un ruolo centrale per l'elevato potere di riconoscere segni precoci di aterosclerosi, così come i segnali di instabilità della placca aterosclerotica. La RMC impiega campi magnetici ed impulsi di radiofrequenza che si sono dimostrati innocui per i tessuti biologici. Essa esplora le strutture cardiache con una risoluzione di dettagli anatomica "fotografica" superiore a qualunque metodica tradizionale (TAC, ECO). Per la sua corretta esecuzione e interpretazione è necessario un team di specialisti composto da tecnico radiologo, medico radiologo e cardiologo, tutti con competenze specifiche. A questo riguardo è previsto un intenso programma pluriennale di formazione del personale citato anche con attività di tutoraggio in Azienda per la parte di avvio dell'attività.

Sempre nel nuovo corpo DEA per i servizi operanti nel dipartimento di Cure Chirurgiche è stato possibile usufruire di un blocco operatorio all'avanguardia con cinque nuove sale operatorie e la recovery room o sala pre-post operatoria, uno spazio attrezzato per l'ingresso in sala operatoria e la ripresa delle funzioni vitali, dopo l'intervento. Le sale dispongono di un sistema di distribuzione di aria sterile, che elimina la possibilità di contaminazioni da parte di agenti patogeni, consentendo di assicurare livelli ottimali di sterilità, una condizione che si traduce in una maggiore sicurezza per il paziente. Le cinque nuove sale operatorie si affiancano alle quattro già presenti nel corpo principale del San Martino e a quella di imminente realizzazione nel reparto di Ostetricia e Ginecologia, per gestire l'emergenza ostetrica.

Oltre a tale opportunità il dipartimento di **Cure Chirurgiche** sta perseguendo un obiettivo di ampliamento della sua gamma di prestazioni, oltre che di miglioramento della qualità delle prestazioni offerte investendo nella formazione mirata allo sviluppo professionale.

Si è partiti con l'avvio della chirurgia senologica con dei buoni risultati già dall'anno 2013, di supporto e di completamento al percorso diagnostico terapeutico del tumore della mammella che prende avvio con le attività di screening ormai a regime in azienda e che ha sviluppato nel 2014 l'utilizzo della nuova metodica di "lipofilling" per la ricostruzione della mammella a seguito di interventi demolitivi o dopo radioterapia. E' operante il PDTA del carcinoma del colon retto anch'esso supportato dalla correlata attività di screening. Si è svolta e sta proseguendo una importante attività di formazione sul campo, mediante l'affiancamento di professionisti esperti con la possibilità di applicare quanto appreso direttamente nell'esercizio professionale e nel contesto organizzativo; a tal proposito si è provveduto a sottoscrivere una convenzione con l'Università di Sassari per l'affiancamento nella esecuzioni di prestazioni interventistiche di chirurgia generale. Non sono mancate anche occasioni di rapportarsi all'esterno della propria organizzazione per migliorare le competenze e la qualità dell'assistenza, così come nel caso del Servizio di Urologia che ha perfezionato l'approccio diagnostico e terapeutico mininvasivo alle patologie urologiche, alla laparoscopia dei tumori renali e ad altre tecniche chirurgiche mininvasive, mediante formazione teorico pratica di un medico presso il Presidio Ospedaliero di Lunenburg (Germania).

Sono inoltre attive collaborazioni con l'Università di Galveston nel Texas, ove strutture di alta specializzazione sono in grado di fornire un ausilio alle nostre strutture per lo sviluppo di maggiori competenze per l'erogazione di prestazioni di maggiore complessità.

Recentemente la ASL di Oristano ha aderito ad un programma di finanziamento comunitario (Horizon 2020. "Personalizzare la salute e la cura") per lo sviluppo del progetto "Terapie e strumenti avanzati nell'ambito dell'autotrapianto delle isole pancreatiche", in collaborazione con diversi partner, nazionali e internazionali, per la ricerca e l'applicazione delle tecniche del trapianto delle isole pancreatiche, a beneficio dell'insulino indipendenza a lungo termine in pazienti affetti da diabete.

Per quanto riguarda le prestazioni offerte dalla Ginecologia e Ostetricia per il 2015 si prevede di estendere l'offerta in ambito uroginecologico per la cura delle disfunzioni pelviche femminili che includono i disturbi urinari (dall'incontinenza nelle sue varie forme, alla vescica iperattiva ed alle difficoltà minzionali), il prolasso genitale ed il dolore pelvico. Altro importante obiettivo che la Ginecologia e Ostetricia si pone per l'anno 2015 è l'attivazione di un servizio di Diagnosi Prenatale che garantisce l'insieme delle indagini strumentali e di laboratorio destinate ad identificare patologie che interessano il feto su base genetica, infettiva, iatrogena o ambientale.

Le attività erogate dal Dipartimento di Cure Chirurgiche non possono prescindere dalla creazione di reti di relazioni con i medici del territorio con i quali si porteranno avanti progetti di collaborazione e informazione sulle principali patologie e attività di pertinenza chirurgica.

Il Dipartimento di **Cure Mediche** dell'ASL di Oristano ha iniziato nel 2014 il suo progetto di modifica del modello organizzativo fino ad ora adottato, volto ad offrire una risposta di miglioramento dell'assistenza in rapporto al cambiamento delle patologie prevalenti.

La riprogettazione del modello organizzativo Dipartimentale ha avuto quale obiettivo l'articolazione di una collaborazione fra le Strutture che lo costituiscono, per superare la rigidità della divisione per discipline e fornire una assistenza multidisciplinare e multiprofessionale.

Si è partiti con l'attivazione di posti letto funzionali, all'interno del reparto di Medicina, di branca nefrologica e diabetologica e si proseguirà nel 2015 con l'attivazione di posti letto funzionali di oncologia, oncoematologia, pneumologia. E' regolamentata la partecipazione al percorso terapeutico dei diversi specialisti afferenti al Dipartimento che intervengono nei casi di Assistenza Congiunta, ove vi è la compresenza di intensità assistenziale meno impegnativa rispetto a quella richiesta dalla patologia principale. E' pertanto ben individuato il sistema di identificazione delle responsabilità e dei compiti all'interno del procedimento clinico negli ambiti di assistenza congiunta del paziente ricoverato, con la chiara identificazione della disciplina responsabile, dal momento dell'accesso del paziente alla condizione di degenza e sino alla dimissione.

Oltre a tale progetto di continuità assistenziale all'interno del Dipartimento si proseguirà con il più ampio progetto di continuità assistenziale interdipartimentale in un'ottica di collaborazione continua con tutti gli altri Dipartimenti Aziendali e con i Distretti.

Continuerà l'attività di promozione e tutela della salute mediante la prosecuzione e lo sviluppo di progetti di prevenzione e promozione della salute.

Nel rapporto tra ospedale e territorio, il bisogno assistenziale dovrà ricevere risposte coordinate nella fase ospedaliera tra le specifiche competenze e professionalità e dovrà trovare garanzia di continuità assistenziale attraverso il collegamento con l'assistenza Sanitaria e Socio-sanitaria territoriale del Distretto di residenza del cittadino. Pertanto, partendo dalle esperienze di collaborazione già presenti in azienda, quali il protocollo per la dimissione protetta dei pazienti sia verso strutture residenziali o al domicilio per il tramite del Punto Unico di Accesso dei tre Distretti, si procederà nel loro sviluppo e nell'individuazione dei punti critici che necessitano di revisione e adattamento. Si creeranno inoltre altri percorsi in collaborazione con il territorio, in un'ottica di integrazione e di totale presa in carico del paziente, quale per esempio la definizione del percorso del paziente nefrologico unitamente ai medici del territorio, e principalmente dei Medici di Medicina Generale, anche mettendo in rete le attività svolte dalla Casa di Cura privata convenzionata di Oristano per l'omogeneizzazione del percorso assistenziale e delle terapie.

Al fine di ottimizzare il percorso diagnostico terapeutico delle patologie cerebrovascolari si vuole sottolineare la necessità e l'importanza della realizzazione del nuovo servizio di Stroke Unit (SU) che questa azienda intende attivare presso il Presidio San Martino di Oristano. La SU è un'area assistenziale dedicata alle malattie cerebrovascolari acute dove ricoverare i malati con ictus, onde poterli sottoporre tempestivamente ad un protocollo diagnostico completo e alla terapia più adeguata al tipo di ictus. I malati vengono sottoposti ad un monitoraggio dei parametri vitali ed iniziano il più precocemente possibile un programma di riabilitazione personalizzato alle necessità individuali. Il programma diagnostico-terapeutico-riabilitativo deve essere svolto da un'équipe multiprofessionale composto da neurologi, cardiologi, infermieri, fisioterapisti e terapisti della riabilitazione specializzati nella cura dell'ictus. Sarà dunque necessario costituire una rete tra le varie unità operative per garantire un intervento rapido e definire accessi preferenziali soprattutto ai servizi di diagnostica. Utile pertanto a tale scopo sarà definire i protocolli, congiuntamente alle unità operative ospedaliere coinvolte (pronto soccorso, medicina interna, cardiologia con il servizio di emodinamica, oramai attivo h 24 e 7 giorni su 7, neuroriabilitazione, servizi della diagnostica), e ai servizi territoriali che garantiranno la continuità delle terapie riabilitative intraprese nel presidio ospedaliero. A questo proposito si rimarca la necessità di attivare i posti letto di neuroriabilitazione quale condizione indispensabile per assicurare l'avvio di una pronta attività di riabilitazione. Il progetto Riabilitativo Ospedaliero, che si propone di partire nell'anno 2015, prevede l'istituzione di 14 posti letto di Codice 75 di neuroriabilitazione. In collaborazione con il privato accreditato si costituirebbe quindi la rete delle post-acuzie e delle attività territoriali ad essa correlate. Anche sul versante della lungodegenza (cod 60) e del recupero e riabilitazione funzionale (cod 56) ci si auspica di poter dotare i presidi pubblici di un congruo numero di posti letto, per assicurare una adeguata assistenza al paziente nel suo percorso di cura e per garantire dei giusti livelli di appropriatezza nella gestione della acuzie.

Altro importante versante qualificante per l'azienda e che ha necessità di essere sviluppato, è quello dell'adozione di un sistema di sorveglianza per monitorare il tasso delle infezioni nosocomiali rivolto alla **prevenzione e riduzione delle infezioni ospedaliere**, per migliorare la qualità e la sicurezza nell'assistenza. Tale sistema decollerà ed entrerà a regime nell'anno 2015.

a.12) Istituzione della terapia semintensiva post operatoria per il monitoraggio e la stabilizzazione dei pazienti critici

E' intenzione di questa ASL dotare il Dipartimento di Cure Chirurgiche di un servizio di Terapia Semintensiva destinando alcuni posti letto ad ospitare quei pazienti che, nel post operatorio, necessitano di un attento e continuo monitoraggio fino alla stabilizzazione clinica. La Terapia Sub Intensiva post operatoria infatti, accoglie pazienti che hanno bisogno di osservazione e monitoraggio fisiologico e/o invasivo di tipo intensivo postoperatorio a causa

della complessità dell'intervento chirurgico o di precedenti gravi patologie. I pazienti vengono sottoposti ad assistenza medica e infermieristica e i loro parametri vitali costantemente monitorati.

L'esigenza di tale istituzione nasce dalla necessità di colmare il divario tra l'assistenza fornita in un Reparto di Terapia Intensiva e quella garantita in un normale Reparto di Cure Chirurgiche. L'assistenza che garantisce la Terapia Semintensiva infatti riguarda cure di livello adeguato per pazienti le cui criticità non permettono una gestione ordinaria, ma che al tempo stesso hanno esigenze minori rispetto a quelle di pazienti in terapia intensiva. La classificazione tra livelli di cura non rappresenta uno schema rigido, ma la distinzione dei pazienti deve avvenire in base alle loro esigenze con un'adeguata distribuzione delle cure, di modo che possa esistere una corrispondenza diretta tra gravità della patologia e assistenza. Può quindi accadere che il paziente dalla terapia intensiva venga trasferito alla terapia semi intensiva (liberando posti letto occupati inappropriatamente) e viceversa per un peggioramento del quadro clinico. Tra i vantaggi della terapia semi-intensiva vi è la possibilità di riconoscere e trattare precocemente le alterazioni patologiche, favorendo una diminuzione della morbidità e della mortalità in questi pazienti critici.

Nell'anno 2015 si potrà avviare tale attività e predisporre i protocolli utili per il suo sviluppo, che permettano di discriminare tra la necessità di ammettere o meno i pazienti alla terapia semintensiva.

a.13) Interventi per un'Assistenza Farmaceutica maggiormente appropriata anche a supporto della riduzione della spesa

Atteso che l'obiettivo di riduzione della spesa farmaceutica è un obiettivo nazionale e regionale imprescindibile, l'Azienda deve proseguire con le azioni intraprese negli anni precedenti per tendere a tale obiettivo:

- ✓ implementazione della distribuzione diretta e per conto dei farmaci e della erogazione diretta del primo ciclo di terapia.
- ✓ incremento la distribuzione dei farmaci equivalenti.
- ✓ informazione medica sull'appropriatezza prescrittiva, anche attraverso linee guida, e sulla normativa in materia di impiego dei farmaci ai medici prescrittori.
- ✓ sorveglianza sui presidi sanitari e dietetici dispensati dalle farmacie convenzionate.
- ✓ invio della reportistica di prescrizione a tutti i medici.
- ✓ continuo confronto e dialogo mediante l'organizzazione di momenti di studio e analisi in materia di farmaco economia e farmacovigilanza con i medici prescrittori.
- ✓ sviluppo e perfezionamento dei magazzini di reparto e di servizio e attuazione del progetto di realizzazione del magazzino unico aziendale.

Da un punto di vista organizzativo sono state intraprese due importanti azioni quali quella della realizzazione dei magazzini di reparto e quella della implementazione del magazzino unico farmaceutico.

Il progetto per la realizzazione dei magazzini farmaceutici di reparto e di servizio, avviata nel 2012 sia nei reparti ospedalieri che nei poliambulatori e nei servizi territoriali più in generale, ad oggi risulta ormai a regime: ciò rende più efficiente il controllo sull'uso dei farmaci. Su questo fronte continueranno le operazioni di monitoraggio e di perfezionamento delle attività anche attraverso la creazione di procedure operative aziendali per la definizione di ruoli, compiti e responsabilità.

Il progetto di realizzazione del magazzino unico, sia ospedaliero che territoriale, riguarderà non solo la collocazione fisica di farmaci e dispositivi medici ma la ben più strategica gestione delle attività inerenti la programmazione, l'ordine e la distribuzione. Nell'anno 2014 si è proceduto ad accorpate il magazzino dei presidi San Martino e Delogu con l'attivazione di un servizio di trasporto dei farmaci dal magazzino centrale a quello periferico. Si è inoltre trasferito il magazzino territoriale del distretto di Oristano presso i locali della farmacia ospedaliera del San Martino unificando gli stessi. La prossima attività riguarderà l'unificazione dei magazzini territoriali periferici di Ales, Bosa e Ghilarza. E' stato infatti necessario procrastinare l'avvio di tali attività per la necessità di individuare e adeguare gli spazi che ospiteranno il magazzino unico, data l'ingente quantità di farmaci e dispositivi medici che dovrà contenere.

Da punto di vista del controllo della spesa, è importante proseguire con un continuo confronto e dialogo con i medici prescrittori mediante l'organizzazione di momenti di studio e analisi in materia di farmaco economia e farmacovigilanza. Prosegue l'attività di informazione sui consumi, con l'invio di appositi report periodici, sia ai prescrittori che operano nei reparti che ai medici convenzionati (MMG, PLS e Specialisti convenzionati che operano nei poliambulatori). Inoltre è a regime da qualche anno anche l'invio dei report contenenti informazioni circa i dimessi dai reparti di degenza transitati in farmacia per l'erogazione della terapia start, con il relativo valore dei farmaci erogati. Sempre nell'ottica di una maggiore sensibilizzazione dei medici all'appropriatezza prescrittiva, la farmacia territoriale ha predisposto il Prontuario Terapeutico per i pazienti assistiti a domicilio, per un uso appropriato dei farmaci e dei dispositivi medici con particolare riguardo alle medicazioni avanzate. Sempre su questo fronte, si è avviato un progetto di consegna dei farmaci e dispositivi ai pazienti in ADI presso il loro domicilio, mediante un servizio apposito di trasporto; agli infermieri sarà affidata la gestione dei farmaci che si trovano presso il domicilio dei pazienti. Ciò oltre ad agevolare le famiglie permetterà un miglior governo della spesa farmaceutica in tale ambito. Tale progetto, studiato e avviato in fase sperimentale, sarà portato a compimento nell'anno 2015.

Tra gli obiettivi di tipo professionale si prevede l'avvio della preparazione dei farmaci galenici e la preparazione centralizzata degli antiblastici.

Si avvierà nel 2015 presso la farmacia ospedaliera, la preparazione dei farmaci galenici, sia ad uso ospedaliero che territoriale; essi si riferiscono a quei medicinali fabbricati dal farmacista su misura per il paziente, e che si reputano indispensabile in alcune precise circostanze, ovvero:

in caso di dosaggi non presenti in commercio in medicinali industriali

in caso di necessità di associare più principi attivi

in caso di medicinali non registrati in Italia

per medicinali orfani in malattie rare

nel caso di principi attivi particolarmente instabili.

In vista di una prossima attivazione di un day hospital oncologico anche presso il reparto di Medicina del PO di Bosa, per la somministrazione dei farmaci chemioterapici e per il follow-up dei pazienti, si prevede di centralizzare presso la farmacia ospedaliera del presidio San Martino la preparazione e la distribuzione dei farmaci antiblastici. Ciò consentirà di istituire una specifica équipe, ai cui componenti affidare l'intero ciclo lavorativo: preparazione, trasporto, somministrazione, smaltimento, eliminazione degli escreti contaminati, manutenzione degli impianti e garantire così un adeguato sistema di protezione per i soggetti che impiegano professionalmente chemioterapici antiblastici in ambiente sanitario.

a.14) Qualificazione e sviluppo delle attività di Sanità Penitenziaria assicurando la continuità dell'assistenza

Nel progetto di riordino della medicina penitenziaria a livello locale, la ASL di Oristano si è presa carico dell'attività sanitaria della Casa Circondariale di Massama, a seguito del trasferimento dei detenuti dalla Casa Circondariale di Oristano avvenuta in data 17 ottobre del 2012. Negli ultimi mesi dell'anno 2012 si è cominciato ad attuare quanto previsto nelle Linee guida regionali in materia di Assistenza Penitenziaria. Si è provveduto nel corso dell'anno 2012 e 2013 a dotare il nuovo Presidio di arredi, attrezzature e apparecchiature biomedicali. Dal primo novembre 2013 sono stati dati gli incarichi annuali per i Medici della Medicina dei Servizi per assicurare l'assistenza primaria e si è provveduto ad assicurare l'assistenza infermieristica mettendo a disposizione un congruo numero di infermieri dedicati. L'assistenza primaria è stata garantita nell'anno 2014 nell'arco delle 24 ore (Punto di Primo intervento H 24 all'interno del Presidio); sarà ora obiettivo per l'anno 2015 garantire nell'arco delle 24 ore anche l'assistenza infermieristica. Le prestazioni specialistiche sono state garantite facendo ricorso ancora all'esterno. Ad oggi sono garantite all'interno della Casa Circondariale solo le prestazioni di infettivologia e di radiologia, perlopiù ecografie. Per le altre branche specialistiche si prevede di attivarle a richiesta con la collaborazione del personale ospedaliero, in un'ottica di continuità ospedale-territorio e di creare invece in loco un ambulatorio di oculistica e otorinolaringoiatria. Ancora carente, e quindi da potenziare, sarebbe inoltre l'area della salute mentale e l'area psicologica.

b) I Programmi

Le aree tematiche nelle quali si sviluppa la presente programmazione triennale sono le seguenti:

1. Consolidamento degli strumenti del governo clinico e del governo economico per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria in termini di efficacia, sicurezza e appropriatezza, in un processo continuo di modernizzazione

1.1 Sviluppo della informatizzazione dei processi aziendali e avvio del processo di dematerializzazione, per migliorare la qualità delle cure, ridurre gli sprechi nell'uso delle risorse e condividere le informazioni tra professionisti;

1.2 Produzione dei percorsi assistenziali aziendali affinché si realizzi la concreta integrazione tra ospedale e territorio per una globale presa in carico del paziente;

1.3 Analisi e mappatura delle competenze quale strumento per valorizzare e migliorare la professionalità del personale;

1.4 Partecipazione attiva del cittadino utente nel processo di cura,

1.5 Fruibilità delle informazioni e sviluppo delle indagini conoscitive sul livello di gradimento del servizio offerto;

1.6 Sviluppo degli altri strumenti del Governo Clinico e del Governo Economico

2. Approfondimento degli studi epidemiologici, dell'esame dei volumi di attività e della valutazione degli esiti clinici, rispetto a standard definiti, per l'individuazione di azioni mirate ad assicurare un adeguato livello di cure delle patologie prevalenti anche mediante la creazione del Centro Epidemiologico Aziendale e la tenuta dei Registri di Patologia

3. Consolidamento delle attività della Rete Interistituzionale per la presa in carico della donna vittima di violenza e lo sviluppo del sistema anche attraverso la presentazione di un progetto finanziato dall'UE

4. Promozione della Salute e di sani Stili di Vita attraverso l'integrazione degli interventi di prevenzione tra servizi aziendali ed extra aziendali

5. Sviluppo degli interventi del Dipartimento di Prevenzione inerenti l'informazione, la formazione e la sensibilizzazione ai concetti di sicurezza e qualità a supporto e per la valorizzazione delle attività e delle produzioni locali

6. Arginare l'elevata incidenza delle patologie legate al disturbo mentale e alle dipendenze da sostanze e non sostanze d'abuso, con l'implementazione di azioni di prevenzione primaria, anche mediante la costruzione di reti interistituzionali

7. Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale finalizzata ad un'offerta appropriata delle prestazioni all'utente e un miglior governo dei servizi territoriali da parte dei Direttori di Distretto

8. Educazione all'autocura rivolta al malato e ai familiari care-giver per una migliore qualità della vita del paziente e una maggiore consapevolezza dei percorsi di cura

9. Definizione e attivazione della Rete delle Cure Palliative nella ASL di Oristano rivolta a particolari pazienti fragili e alle loro famiglie

10. Sviluppo delle azioni necessarie per migliorare la gestione delle liste d'attesa nell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, per garantire l'erogazione delle prestazioni in tempi adeguati alle necessità cliniche del paziente
11. Ampliamento e qualificazione dei servizi offerti in ambito ospedaliero, anche mediante l'accrescimento delle competenze professionali, volto al raggiungimento degli standard attesi
12. Istituzione della terapia semintensiva post operatoria per il monitoraggio e la stabilizzazione dei pazienti critici
13. Interventi per un'Assistenza Farmaceutica maggiormente appropriata anche a supporto della riduzione della spesa
14. Qualificazione e sviluppo delle attività di Sanità Penitenziaria assicurando la continuità dell'assistenza

Per la trattazione della presente parte si rimanda agli Allegati 4 e 5.

Incidenza dei primi 30 DRG in consumo (Fonte: Banca Dati SDO regionale 2013)

Allegato 1

drg	Descrizione	2013		
		Ordine	NUMERO	VALORE
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1	1.032	3.504.865
47	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	2	911	389.595
391	Neonato normale	3	741	382.562
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	4	643	887.344
127	Insufficienza cardiaca e shock	5	600	1.649.386
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	6	584	1.260.695
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	7	540	1.421.238
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	8	481	666.769
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	9	472	867.090
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	10	380	298.942
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	11	370	620.837
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	12	342	364.104
430	Psicosi	13	321	837.254
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	14	318	267.305
371	Parto cesareo senza CC	15	312	738.741
89	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	16	298	936.673
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	17	298	825.021
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	18	297	391.452
225	Interventi sul piede	19	291	527.705
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	20	286	800.947
14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	21	276	945.462
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	22	273	2.418.490
316	Insufficienza renale	23	248	759.156
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	24	247	272.784
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	25	241	409.883
169	Interventi sulla bocca senza CC	26	238	460.166
524	Ischemia cerebrale transitoria	27	226	495.343
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	28	217	102.383
290	Interventi sulla tiroide	29	211	519.034

203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	30	209	564.263
	Totale primi trenta DRG sui residenti ASL5		11.903	24.585.490
	Totale DRG sui residenti ASL 5		29.520	78.252.652

ALLEGATO 2.1 - Prestazioni ospedaliere per residenti

Anno 2013, database SDO regionale

Numero prestazioni erogate in regime di ricovero da proprie strutture (pubbliche o private accreditate) a favore di propri residenti, stratificando per disciplina alla dimissione e regime (DO/Diurno)

Disciplina dimissione	Ord	DH	TOTALE
Cardiologia	925	189	1.114
Chirurgia Generale	1.916	988	2.904
Medicina Generale	4.637	1.093	5.730
Nefrologia	-	38	38
Neurologia	177	33	210
Oculistica	261	1.186	1.447
Ortopedia	672	443	1.115
Ostetricia e Ginecologia	1.298	590	1.888
Otorinolaringoiatria	214	51	265
Pediatria	375	385	760
Microcitemia	-	78	78
Nido	612	-	612
Psichiatria	293	9	302
Urologia	623	219	842
Terapia Intensiva	76	4	80
Unità Coronarica	129	-	129
Astanteria	19	-	19
Recupero e riabilitazione funzionale	19	-	
Lungodegenti	31	-	
Neonatologia	188	-	188
Neuro-Riabilitazione	1	-	1
TOTALE	12.466	5.306	17.772

ALLEGATO 2.2 - Mobilità attiva ospedaliera

Anno 2013, database SDO regionale

Numero di prestazioni erogate in regime di ricovero da proprie strutture per non residenti, stratificate per disciplina e regime di ricovero

Disciplina dimissione	Ord	DH	TOTALE
Cardiologia	156	25	181
Chirurgia Generale	385	416	801
Medicina Generale	645	87	732
Nefrologia	-	2	2
Neurologia	13	-	13
Oculistica	146	306	452
Ortopedia	85	61	146
Ostetricia e Ginecologia	214	105	319
Otorinolaringoiatria	62	8	70
Pediatria	39	36	75
Microcitemia	-	7	7
Nido	80	-	80
Psichiatria	53	2	55
Urologia	85	60	145
Terapia Intensiva	8	-	8
Unità Coronarica	27	-	27
Astanteria	4	-	4
Recupero e riabilitazione funzionale	2	-	2
Lungodegenti	-	-	-
Neonatologia	28	-	28
Neuro-Riabilitazione	35	-	35
TOTALE	2.067	1.115	3.182

ALLEGATO 2.3 - Mobilità passiva ospedaliera infraregionale

Mobilità passiva interregionale, anno 2013, database SDO regionale

Numero di prestazioni erogate in regime di ricovero da strutture non aziendali a favore di propri residenti, stratificate per disciplina e regime di ricovero

Disciplina dimissione	Ord	DH	TOTALE
Allergologia	16	64	80
Angiologia	-	-	-
Cardiochirurgia	89	-	89
Cardiologia	136	35	171
Chirurgia generale	1.005	308	1.313
Chirurgia maxillo-facciale	74	210	284
Chirurgia pediatrica	59	39	98
Chirurgia plastica	18	13	31
Chirurgia toracica	21	1	22
Chirurgia vascolare	92	9	101
Ematologia	79	219	298
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	12	20	32
Geriatria	69	-	69
Malattie infettive e tropicali	30	55	85
Medicina generale	889	240	1.129
Unità spinale	12	-	12
Nefrologia	210	26	236
Neurochirurgia	-	-	-
Nido	180	-	180
Neurologia	236	156	392
Neurospichiatria infantile	25	67	92
Oculistica	118	284	402
Odontoiatria e stomatologia	-	23	23
Ortopedia e traumatologia	686	488	1.174
Ostetricia e ginecologia	594	445	1.039
Otorinolaringoiatria	326	51	377
Pediatria	148	264	412
Psichiatria	16	-	16
Urologia	221	187	408
Grandi ustioni	6	-	6
Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	53	17	70
Terapia intensiva	98	24	122
Unità coronarica	89	13	102
Dermatologia	86	37	123
Farmacologia clinica	-	5	5
Recupero e riabilitazione funzionale	114	4	118
Gastroenterologia	127	21	148
Lungodegenti	20	-	20
Medicina nucleare	60	-	60
Neonatologia	33	-	33
Oncologia	317	337	654
Oncoematologia pediatrica	27	36	63
Pneumologia	139	45	184

Radioterapia	41	-	41
Reumatologia	67	20	87
Terapia intensiva neonatale	35	-	35
Neuro-riabilitazione	3	15	18
Day surgery	-	1	1
TOTALE	6.676	3.779	10.455

ALLEGATO 2.4 - Mobilità passiva ospedaliera extraregionale

Mobilità passiva extraregionale, anno 2013, database SDO regionale

Numero di prestazioni erogate in regime di ricovero da strutture non aziendali a favore di propri residenti, stratificate per disciplina e regime di ricovero

Disciplina dimissione	Ord	DH	TOTALE
Allergologia	-	2	2
Day hospital	-	18	18
Cardiochirurgia Pediatrica	7	-	7
Cardiochirurgia	13	-	13
Cardiologia	50	7	57
Chirurgia generale	140	23	163
Chirurgia maxillo-facciale	4	2	6
Chirurgia pediatrica	10	-	10
Chirurgia plastica	17	2	19
Chirurgia toracica	15	-	15
Chirurgia vascolare	12	3	15
Ematologia	11	9	20
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	4	11	15
Geriatria	6	1	7
Malattie infettive e tropicali	9	1	10
Medicina generale	75	4	79
Unità spinale	3	-	3
Nefrologia	40	1	41
Nido	8	-	8
Neurologia	32	8	40
Neurospichiatria infantile	5	7	12
Oculistica	21	14	35
Odontoiatria e stomatologia	1	5	6
Ortopedia e traumatologia	120	23	143
Ostetricia e ginecologia	89	16	105
Otorinolaringoiatria	42	15	57
Pediatria	14	14	28
Psichiatria	14	1	15
Urologia	29	7	36
Grandi ustioni	1	-	1
Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	3	3	6
Terapia intensiva	2	1	3

Unità coronarica	-	-	-
Astanteria	5	-	5
Dermatologia	16	3	19
Recupero e riabilitazione funzionale	63	11	74
Fisiopatologia della riproduzione umana	-	-	-
Gastroenterologia	14	10	24
Lungodegenti	7	-	7
Medicina nucleare	4	-	4
Neonatologia	3	4	7
Oncologia	32	20	52
Oncoematologia pediatrica	4	9	13
Oncoematologia	-	-	-
Pensionanti	2	-	2
Pneumologia	13	1	14
Radiologia	1	1	2
Radioterapia	-	-	-
Reumatologia	5	-	5
Terapia intensiva neonatale	1	-	1
Radioterapia Oncologica	-	-	-
Neuro-riabilitazione	6	4	10
Neurochirurgia Pediatrica	9	4	13
Nefrologia pediatrica	1	-	1
Urologia Pediatrica	9	-	9
Day surgery	-	36	36
TOTALE	992	301	1.293

ALLEGATO 2.5 - Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per residenti

Anno 2013, database regionale

Numero di prestazioni erogate da proprie strutture (pubbliche o private) a favore di propri residenti

BRANCA	QUANTITA'	IMPORTO
Anestesia	2.754	21.752,75
Cardiologia	50.574	1.098.039,16
Chirurgia generale	9.877	228.915,90
Chirurgia plastica	2.309	38.193,59
Chirurgia vascolare – Angiologia	2.624	69.880,59
Dermosifilopatia	7.505	137.202,27
Diagnostica per immagini. Medicina nucleare	24	676,14
Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica	68.655	3.155.538,19
Endocrinologia	28.759	350.011,11
Gastroenterologia - Chirurgia Endoscopica digestiva	5.489	300.697,53
Lab. Analisi chimico cliniche e microbiologiche - Microbiologia -	1.002.503	4.719.528,03
Medicina fisica e riabilitazione - Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	60.213	624.489,01
Nefrologia	46.639	4.068.040,02
Neurochirurgia	285	6.634,83
Neurologia	9.157	163.910,90
Oculistica	32.191	2.265.825,05
Odontostomatologia - Chirurgia maxillo facciale	14.076	281.177,35
Oncologia	10.710	128.732,87
Ortopedia e traumatologia	28.939	546.415,00
Ostetricia e ginecologia	8.460	180.834,77
Otorinolaringoiatria	15.696	244.065,90
Pneumologia	10.817	243.301,85
Psichiatria	12.645	182.142,45
Urologia	10.680	451.044,11
Altro	105.504	2.197.122,07
	1.547.085	21.704.171,44

ALLEGATO 2.6 - Mobilità attiva Specialistica Ambulatoriale

Anno 2013, database regionale

Numero di prestazioni erogate da proprie strutture (pubbliche o private) a favore di non residenti

BRANCA	QUANTITA'	IMPORTO
Anestesia	217	1.757,60
Cardiologia	3.463	77.196,47
Chirurgia generale	1.114	21.330,41
Chirurgia plastica	125	2.934,86
Chirurgia vascolare – Angiologia	226	5.043,08
Dermosifilopatia	775	14.274,94
Diagnostica per immagini. Medicina nucleare	4.858	285.713,65
Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica		
Endocrinologia	1.342	22.912,61
Gastroenterologia - Chirurgia Endoscopica digestiva	641	36.766,19
Lab. Analisi chimico cliniche e microbiologiche - Microbiologia -	53.394	260.044,24
Medicina fisica e riabilitazione - Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	8.214	56.235,26
Nefrologia	804	86.675,05
Neurochirurgia	61	1.988,20
Neurologia	435	7.906,28
Oculistica	2.478	804.447,23
Odontostomatologia - Chirurgia maxillo facciale	773	16.392,36
Oncologia	83	1.063,87
Ortopedia e traumatologia	1.796	53.776,41
Ostetricia e ginecologia	686	14.288,23
Otorinolaringoiatria	1.194	18.837,40
Pneumologia	296	6.735,03
Psichiatria	534	8.578,80
Urologia	808	56.916,99
Altro	5.814	143.086,28
	90.131	2.004.901,44

ALLEGATO 2.7 - Mobilità passiva Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale

Anno 2013, database regionale

Numero di prestazioni erogate da strutture non aziendali a favore di propri residenti

BRANCA	QUANTITA'	IMPORTO
Anestesia	2.009	84.938,97
Cardiologia	9.994	286.213,71
Chirurgia generale	3.257	56.281,50
Chirurgia plastica	786	21.251,47
Chirurgia vascolare - Angiologia	647	15.886,62
Dermosifilopatia	6.144	110.035,11
Diagnostica per immagini. Medicina nucleare	4.001	511.307,74
Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica	29.757	2.151.159,17
Endocrinologia	2.719	56.822,42
Gastroenterologia - Chirurgia Endoscopica digestiva	3.989	191.817,33
Lab. Analisi chimico cliniche e microbiologiche - Microbiologia -	183.526	1.528.118,21
Medicina fisica e riabilitazione - Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	9.196	95.018,97
Nefrologia	16.359	1.224.430,16
Neurochirurgia	510	14.469,85
Neurologia	6.462	107.748,89
Oculistica	5.026	442.351,36
Odontostomatologia - Chirurgia maxillo facciale	2.338	48.642,94
Oncologia	8.011	120.752,93
Ortopedia e traumatologia	9.963	248.005,75
Ostetricia e ginecologia	5.977	147.169,92
Otorinolaringoiatria	3.594	63.714,91
Pneumologia	3.154	72.349,89
Psichiatria	733	10.653,82
Radioterapia	13.735	611.693,95
Urologia	1.463	76.508,37
Altro	19.597	408.753,86
	352.947	8.706.097,82

Allegato 3: Programma sanitario triennale - Gli obiettivi programmatici e i progetti

Valori obiettivo, conseguiti e attesi per gli indicatori

Indicatori	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
	<i>valore rilevato</i>	<i>valore rilevato</i>	<i>valore rilevato*</i>	<i>valore obiettivo</i>	<i>valore obiettivo</i>	<i>valore obiettivo</i>
Tasso grezzo di Ospedalizzazione[1] (Fonte: data base SDO regionale e aziendale)	182,85	176,47	nd	170	165	160
Ospedalizzazione prevenibile[2] (Fonte: data base SDO regionale)						
Diabete	138,7	173,54	nd	156	156	156
asma	20,8	10,424	nd	36	36	36
Degenza media[3] (Fonte: data base aziendale su ricoveri in strutture aziendali e convenzionate, non standardizzata per case mix)	6,41	6,28	nd	5,4	5,4	5,4
N° medio di accessi in DH[4] (Fonte: data base aziendale su ricoveri in strutture aziendali e convenzionate)	2,15	2,77	nd	2,5	2,5	2,5
Tasso di occupazione dei posti letto[5] (Fonte: data base aziendale su ricoveri in strutture aziendali e convenzionate)						
R.O.	50%	53%	nd	85%	85%	85%
D.H/D.S.	93%	92%	nd	100%	100%	100%
Peso medio DRG (con esclusione codice 391)[6] (Fonte: data base aziendale su ricoveri in strutture aziendali e convenzionate)						
R.O.	0,98	1	nd	1,1	1,2	1,3
D.H/D.S.	0,77	0,75	nd	0,77	0,78	0,78
Percentuale di ricorso al cesareo[7] (Fonte: data base aziendale su ricoveri in strutture aziendali e convenzionate)	36%	33%	nd	26	26	26
Percentuale di popolazione vaccinata[8] (copertura vaccinale obbligatoria, 3 ^a dose) (Fonte: data base aziendale)	98	98	nd	>=95	>=95	>=95
Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina (Fonte: data base aziendale)	100	100	100	100	100	100
Percentuale di zoonosi[9] (Fonte: data base aziendale)	0	0	0	0	0	0

Percentuale di anziani[10] trattati in ADI	2,60%	3,16%	nd	4,00%	4,00%	4,00%
Percentuale di anziani10 in RSA e Centri diurni	0,64%	0,92%	nd	2,50%	2,50%	2,50%
Numero utenti presi in carico dai DSM per 100.000 abitanti	3.286	3.477	nd	3.500	3.500	3.500
Numero utenti presi in carico dai SERD per 100.000 abitanti	422	524	nd	530	530	530

* dati non disponibili

[1] Totale, acuti e post acuzie con esclusione del DRG 391 "NEONATO SANO".

[2] Tasso di ricovero standardizzato per età e genere (metodo diretto, popolazione di riferimento Istat Italia Censimento) per 100.000 abitanti, stratificando con diagnosi principale di diabete (250.xx) e asma (493.xx).

[3] Ricoveri ordinari discipline per acuti (riferimento distribuzione DRG nazionale).

[4] Ricoveri diurni discipline per acuti.

[5] Stratificato per regime di ricovero.

[6] Stratificato per regime di ricovero.

[7] Numero di parti cesarei/totale parti*100.

[8] In via obbligatoria.

[9] Numero di casi di zoonosi/popolazione residente*100.

[10] Over 65.

Allegato 4: Programma sanitario triennale

Gli obiettivi programmatici e i progetti

Gli obiettivi programmatici e i progetti

N. progetto	Descrizione del progetto	Relazione con il PSR e altri atti e documenti di programmazione	Descrizione obiettivi programmatici		
			Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
1	Consolidamento degli strumenti del governo clinico e del governo economico per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria in termini di efficacia, sicurezza e appropriatezza, in un processo continuo di modernizzazione	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008;	Sviluppo della informatizzazione dei processi aziendali e avvio del processo di dematerializzazione dei documenti; diffusione, e aggiornamento dei percorsi assistenziali aziendali; analisi e mappatura delle competenze dei professionisti; partecipazione attiva del cittadino/utente nel processo di cura, fruibilità delle informazioni e sviluppo delle indagini conoscitive sul livello di gradimento del servizio offerto	Sviluppo della informatizzazione dei processi aziendali e avvio del processo di dematerializzazione dei documenti; analisi e mappatura delle competenze dei professionisti;	Accreditamento strutture pubbliche
2	Approfondimento degli studi epidemiologici, dell'esame dei volumi di attività e della valutazione degli esiti clinici, rispetto a standard definiti, per l'individuazione di azioni mirate ad assicurare un adeguato livello di cure delle patologie prevalenti anche mediante la creazione del Centro Epidemiologico Aziendale e dei Registri di Patologia	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008	Attivazione del CEA (Centro Epidemiologico Aziendale); implementazione Registri di Patologia; attivazione di un sistema di valutazione dell'efficacia delle prestazioni e degli interventi; attività di formazione continua, di training e di sviluppo professionale in generale	Applicazione del sistema di valutazione dell'efficacia delle prestazioni e degli interventi; attività di formazione continua, di training e di sviluppo professionale in generale	Applicazione di un sistema di valutazione dell'efficacia delle prestazioni e degli interventi; attività di formazione continua, di training e di sviluppo professionale in generale

3	Lo sviluppo e il miglioramento qualitativo delle attività di Prevenzione e della Promozione degli Stili di Vita e della Salute	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2005; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008; DGR 31/19 del 14.05.2013	Adozione delle azioni contenute nel Piano Aziendale di Promozione della Salute; Percorso per la predisposizione atti verso la definizione degli standard ed accreditamento dei servizi per la sicurezza alimentare e dei centri vaccinali		
4	Promozione della Salute e di sani Stili di Vita attraverso l'integrazione degli interventi di prevenzione tra servizi aziendali ed extra aziendali	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008; DGR 31/19 del 14.05.2013	formazione degli operatori nell'approccio relazionale con il paziente; istituzione di forme di comunicazione e informazione integrate e multidisciplinari; attuazione delle azioni contenute nel Piano di Promozione della Salute; attivazione di un sistema di misurazione dell'efficacia degli interventi		
5	Sviluppo degli interventi del Dipartimento di Prevenzione inerenti l'informazione, la formazione e la sensibilizzazione ai concetti di sicurezza e qualità a supporto e per la valorizzazione delle attività e delle produzioni locali	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008	formazione degli operatori; istituzione di forme di comunicazione e informazione integrate e multidisciplinari. Attuazione dei controlli in maniera integrata al fine di perseguire l'obiettivo di trasparenza e lealtà commerciali		
6	Arginare l'elevata incidenza delle patologie legate al disturbo mentale e alle dipendenze da sostanze e non sostanze d'abuso , con l'implementazione di azioni di prevenzione primaria, anche mediante la costruzione di reti interistituzionali	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008	individuazione di strategie di intervento di prevenzione primaria interdipartimentale e interaziendale; individuazione di strategie di intervento di prevenzione primaria mediante il coinvolgimento delle istituzioni locali; attivazione delle strategie e implementazione delle azioni individuate e concordate	attivazione delle strategie e implementazione delle azioni individuate e concordate	attivazione delle strategie e implementazione delle azioni individuate e concordate

7	Riorganizzazione dell' Assistenza Territoriale finalizzata ad un'offerta appropriata delle prestazioni all'utente e un miglior governo dei servizi territoriali da parte dei Direttori di Distretto	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008	realizzazione del modello di continuità assistenziale delle cure primarie h 24, nei Comuni di Bosa, Terralba e Cabras Attivazione posti letto post acuzie; attivazione del modello delle cure intermedie a Bosa e a Ghilarza	costituzione delle Case della Salute a Terralba e a Bosa	
8	Educazione all'autocura rivolta al malato e ai familiari care-giver per una migliore qualità della vita del paziente e una maggiore consapevolezza dei percorsi di cura	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008	studio e formazione degli operatori aziendali del modello dell'autocura; individuazione e progettazione del modello di autocura a livello aziendale mediante un approccio multidisciplinare; applicazione del modello in diversi ambiti in forma sperimentale	misurazione dell'efficacia del modello mediante il sistema dell'audit e diffusione del modello in azienda	
9	Definizione e attivazione della Rete delle Cure Palliative nella ASL di Oristano rivolta a particolari pazienti fragili e alle loro famiglie	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008;	formazione degli operatori della rete; attivazione ambulatorio delle cure palliative nel distretto di Ales – Terralba; creazione di un sistema di monitoraggio qualitativo e quantitativo delle prestazioni erogate, con verifica degli esiti	realizzazione dell'hospice	
10	Sviluppo delle azioni necessarie per migliorare la gestione delle liste d'attesa nell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali , per garantire l'erogazione delle prestazioni in tempi adeguati alle necessità cliniche del paziente	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008;	monitoraggio della corretta applicazione delle classi di priorità definite nelle linee guida aziendali; consolidamento della cartella clinica ambulatoriale informatizzata; utilizzo a regime del sistema del RIS PACS e completamento dell'integrazione con il sistema SISAR; utilizzo del recall dei pazienti eseguito in maniera sistematica		

11	Ampliamento e qualificazione dei servizi offerti in ambito ospedaliero , anche mediante l'accrescimento delle competenze professionali, volto al raggiungimento degli standard attesi	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008	Ampliamento orario di offerta dei servizi. Completamento digitalizzazione immagini radiologiche. Attivazione dei servizi di: radiologia interventistica, cardio RM, prestazioni uro ginecologiche, diagnosi prenatale. Formazione e training in ambito chirurgico. Attivazione progetti di collaborazione e percorsi con il territorio. Attivazione posti letto funzionali di oncologia, ematologia, pneumologia. Attivazione posti letto neuro riabilitazione. Avvio sistema di sorveglianza per monitorare il tasso delle infezioni nosocomiali	Formazione e training in ambito chirurgico. Attivazione progetti di collaborazione e percorsi con il territorio. Avvio Stroke Unit	
12	Istituzione della terapia semintensiva post operatoria per il monitoraggio e la stabilizzazione dei pazienti critici	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008	Prosecuzione nel potenziamento della dotazione organica per la gestione delle Cure Domiciliari. Implementazione Cure Palliative		
13	Interventi per un'Assistenza Farmaceutica maggiormente appropriata anche a supporto della riduzione della spesa	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008	invio della reportistica di prescrizione a tutti i medici; organizzazione incontri in materia di farmaco economia e farmacovigilanza; realizzazione del magazzino unico aziendale; definizione e avvio progetto di consegna dei farmaci e dispositivi ai pazienti in ADI presso il loro domicilio; preparazione dei farmaci galenici; centralizzazione presso la farmacia ospedaliera del presidio San Martino della preparazione e distribuzione dei farmaci antiblastici	invio della reportistica di prescrizione a tutti i medici; organizzazione incontri in materia di farmaco economia e farmacovigilanza;	invio della reportistica di prescrizione a tutti i medici; organizzazione incontri in materia di farmaco economia e farmacovigilanza;
14	Qualificazione e sviluppo delle attività di Sanità Penitenziaria assicurando la continuità dell'assistenza	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008	garantire nell'arco delle 24 ore l'assistenza infermieristica; attivazione ambulatori di oculistica e otorinolaringoiatria; ampliamento dell'erogazione in loco di altre prestazioni specialistiche; ampliamento prestazioni di salute mentale e psicologiche	ampliamento dell'erogazione in loco di altre prestazioni specialistiche	

Allegato 5: Programma sanitario triennale - Gli obiettivi programmatici e i progetti

All. 5/1 - Informazioni analitiche sui progetti e sugli obiettivi programmatici

N. progetto	Descrizione del progetto	Relazione con il PSR e altri atti e documenti di programmazione	Descrizione obiettivi programmatici		
			2015	2016	2017
1	Consolidamento degli strumenti del governo clinico e del governo economico per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria in termini di efficacia, sicurezza e appropriatezza, in un processo continuo di modernizzazione	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008;	Sviluppo della informatizzazione dei processi aziendali e avvio del processo di dematerializzazione dei documenti; diffusione, e aggiornamento dei percorsi assistenziali aziendali; analisi e mappatura delle competenze dei professionisti; partecipazione attiva del cittadino/utente nel processo di cura, fruibilità delle informazioni e sviluppo delle indagini conoscitive sul livello di gradimento del servizio offerto	Sviluppo della informatizzazione e dei processi aziendali e avvio del processo di dematerializzazione dei documenti; analisi e mappatura delle competenze dei professionisti;	Accreditamento strutture pubbliche

Problematica che la linea di azione intende affrontare	<p>Nel triennio 2015-17 si intende proseguire il lavoro svolto, dal 2011 ad oggi, di impianto e sistematizzazione degli strumenti di "governo clinico" che in maniera sinergica sono necessari a supportare il progetto di miglioramento continuo della qualità dei servizi e di raggiungimento di elevati standard assistenziali. Sarà pertanto importante agire sul consolidamento e lo sviluppo degli strumenti già esistenti e la diffusione di una cultura improntata sull'efficacia, la sicurezza e l'appropriatezza. Le aree da sviluppare nel triennio riguarderanno i Sistemi Informatici e Informativi da innovare anche rispetto alle novità in materia di dematerializzazione dei processi di lavoro; l'analisi epidemiologica, dei volumi di attività e degli esiti di salute e il confronto con le evidenze scientifiche alla base dello studio dei fenomeni sanitari e delle scelte strategiche; il perfezionamento, la diffusione e la condivisione dei percorsi assistenziali prodotti in azienda e l'implementazione degli audit clinici quale evidenza della corretta applicazione dei percorsi; la mappatura delle competenze richieste ai professionisti; il consolidamento e lo sviluppo dei sistemi di comunicazione e di partecipazione attiva del cittadino ai processi di cura</p>
Strategia dell'azione proposta	
Descrizione degli effetti dell'azione proposta	
Rischi, ostacoli e vincoli relativi alle variabili critiche	

Tempi previsti per l'implementazione dell'azione												
(articolazione dell'azione in fasi)	Trimestri nel triennio											
	1/15	2/15	3/15	4/15	1/16	2/16	3/16	4/16	1/17	2/17	3/17	4/17
<i>formazione sugli adempimenti inerenti il Codice dell'Amministrazione Digitale - CAD (d.lgs. 82/2005) e i processi di dematerializzazione</i>	x											
<i>creazione di un'infrastruttura per la conservazione a norma dei documenti informatici, sanitari e amministrativi e adozione di specifiche tecniche per la sicurezza e la protezione dei dati registrati</i>	x											
<i>dematerializzazione di alcuni documenti clinici e amministrativi</i>	x				x							
<i>costruzione di specifici indicatori utili alle operazioni di monitoraggio dell'impatto del percorso assistenziale e verifica mediante gli strumenti dell'audit clinico</i>		x										
<i>diffusione dei percorsi assistenziali aziendali e eventuale aggiornamento o completamento per una maggiore condivisione da parte dei professionisti coinvolti</i>		x										
<i>identificazione e definizione delle competenze trasversali e professionali attese e necessarie per realizzare la mission e le strategie aziendali</i>		x										
<i>rilevazione dei fabbisogni in termini di competenze mediante analisi del livello atteso rispetto a quello rilevato in azienda</i>			x				x					
<i>prosecuzione dell'attività di formazione "Medicina Narrativa"</i>	x											
<i>prosecuzione esperienza tecniche di "medicina narrativa" presso le Unità Operative</i>	x											
<i>creazione di una "App" contenente tutte le informazioni utili ai cittadini in materia di salute e sui servizi aziendali</i>	x											
<i>aggiornamento sito internet istituzionale con nuovi servizi e integrazione delle informazioni offerte mediante i social network</i>	x											
<i>rilevazione della "customer satisfaction" in ambito ospedaliero e territoriale</i>			x									
<i>ricognizione fisica del patrimonio mobiliare aziendali e implementazione di un sistema informatizzato di ricognizione e gestione dello stesso</i>		x										

<i>riorganizzazione delle attività inerenti la manutenzione, riparazione, sanificazione, stoccaggio e gestione del magazzino degli ausili protesici per disabili</i>		x										
<i>attività per l'accreditamento strutture pubbliche</i>	x				x				x			

Effetti economici previsti con l'attuazione del progetto			
	2015	2016	2017
A) Valore della produzione			
B) Costi della produzione			
Differenza tra valore e costi di produzione (A-B)			

Qualora il progetto comporti la programmazione di investimenti, disinvestimenti e finanziamenti, si indichino in sintesi i valori previsti.

	2015	2016	2017
Nuovi investimenti			
Disinvestimenti			
Finanziamenti			

All. 5/2 - Informazioni analitiche sui progetti e sugli obiettivi programmatici

N. progetto	Descrizione del progetto	Relazione con il PSR e altri atti e documenti di programmazione	Descrizione obiettivi programmatici		
			2015	2016	2017
2	Approfondimento degli studi epidemiologici, dell'esame dei volumi di attività e della valutazione degli esiti clinici, rispetto a standard definiti, per l'individuazione di azioni mirate ad assicurare un adeguato livello di cure delle patologie prevalenti anche mediante la creazione del Centro Epidemiologico Aziendale e dei Registri di Patologia	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008	Attivazione del CEA (Centro Epidemiologico Aziendale); implementazione Registri di Patologia; attivazione di un sistema di valutazione dell'efficacia delle prestazioni e degli interventi; attività di formazione continua, di training e di sviluppo professionale in generale	Applicazione del sistema di valutazione dell'efficacia delle prestazioni e degli interventi; attività di formazione continua, di training e di sviluppo professionale in generale	Applicazione di un sistema di valutazione dell'efficacia delle prestazioni e degli interventi; attività di formazione continua, di training e di sviluppo professionale in generale

Problematica che la linea di azione intende affrontare	<p>Una piena comprensione dei fenomeni epidemiologici è alla base di un efficace processo decisionale in quanto strumento per una percezione corretta delle necessità assistenziali. Altrettanto importante risulta essere la capacità di raccogliere, correlare ed elaborare le informazioni in nostro possesso per conoscere e comprendere i fenomeni sanitari. Altro indispensabile strumento, finalizzato ad acquisire la conoscenza dei rischi per la salute, è rappresentato dai Registri di Patologia che questa azienda intende implementare. Dovrà quindi essere attivato il CEA (Centro Epidemiologico Aziendale) che lavorerà mediante il coinvolgimento dei Direttori dei Distretti, titolari delle funzioni di governo dei bisogni di salute a livello locale, con il supporto del sistema informativo aziendale. Tali elementi di conoscenza sono utili a orientare le scelte di governo per la definizione delle strategie e degli obiettivi aziendali, per la pianificazione delle risorse e delle attività, per il controllo e il monitoraggio. Sarà utile pertanto dare risalto a specifiche analisi epidemiologiche, condotte anche tramite l'integrazione dei diversi flussi informativi, studiare i diversi indicatori socioeconomici in quanto anch'essi determinanti della salute, prendere in esame la domanda sanitaria espressa dai cittadini mediante la ricognizione delle prestazioni erogate ai residenti ovunque esse siano avvenute. La relazione tra bisogni di salute che emerge dalle indagini sopra descritte e il volume delle prestazioni erogate nonché della consapevolezza dei migliori esiti delle cure, così come rilevato dalle evidenze scientifiche, ci dovrà guidare nella scelta delle prestazioni da erogare o implementare o ancora, per cui prevedere percorsi di miglioramento in termini di appropriatezza, qualità e sicurezza.</p>
Strategia dell'azione proposta	
Descrizione degli effetti dell'azione proposta	
Rischi, ostacoli e vincoli relativi alle variabili critiche	

Tempi previsti per l'implementazione dell'azione												
(articolazione dell'azione in fasi)	Trimestri nel triennio											
	1/15	2/15	3/15	4/15	1/16	2/16	3/16	4/16	1/17	2/17	3/17	4/17
<i>attivazione del CEA (Centro Epidemiologico Aziendale)</i>	x											
<i>implementazione dei Registri di Patologia</i>	x											
<i>attivazione di un sistema di valutazione dell'efficacia delle prestazioni e degli interventi erogati a tutti i livelli (assistenza collettiva, territoriale e ospedaliera)</i>		x										
<i>attività di formazione continua, di training e di sviluppo professionale in generale, quali utili strumenti per migliorare la qualità dell'assistenza in termini di processi e esiti assistenziali</i>	x				x				x			

Effetti economici previsti con l'attuazione del progetto			
	2015	2016	2017
A) Valore della produzione			
B) Costi della produzione			
Differenza tra valore e costi di produzione (A-B)			

Qualora il progetto comporti la programmazione di investimenti, disinvestimenti e finanziamenti, si indichino in sintesi i valori previsti.

	2015	2016	2017
Nuovi investimenti			
Disinvestimenti			
Finanziamenti			

All. 5/3 - Informazioni analitiche sui progetti e sugli obiettivi programmatici

N. progetto	Descrizione del progetto	Relazione con il PSR e altri atti e documenti di programmazione	Descrizione obiettivi programmatici		
			2015	2016	2017
3	Consolidamento delle attività della Rete Interistituzionale per la presa in carico della donna vittima di violenza e lo sviluppo del sistema anche attraverso la presentazione di un progetto finanziato dall'UE	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008	Adozione delle azioni contenute nel Piano Aziendale di Promozione della Salute; Percorso per la predisposizione atti verso la definizione degli standard ed accreditamento dei servizi per la sicurezza alimentare e dei centri vaccinali		

Problematica che la linea di azione intende affrontare	Le Asl, soggetti deputati alla prevenzione e alla cura della salute delle donne, hanno un ruolo importante nel sostegno alle vittime di violenza che spesso approdano nelle sale d'attesa dei Pronto Soccorso o nei Consultori familiari per chiedere aiuto, ma senza la volontà esplicita di denunciare i loro carnefici: creare dei percorsi dedicati di assistenza non solo sanitaria, ma anche psichica, giuridica, logistica è ciò che l'Azienda Sanitaria oristanese ha realizzato lavorando in rete con altri soggetti mediante una filiera che prende in carico la donna globalmente, dal momento in cui si reca nella struttura sanitaria fino al momento del processo contro il suo aguzzino. Così la Asl di Oristano nel novembre del 2011 ha firmato un Protocollo Interistituzionale "Per la costituzione di una rete regionale contro la violenza sulle donne ed i loro figli minori" nel quale gli Enti della Sardegna si impegnano a mettere in rete i propri servizi per accogliere, ascoltare e prendere in carico la donna ed i figli minori. E' stata poi istituita la rete interistituzionale a livello provinciale che include: Provincia, Comune, Prefettura, Questura, Carabinieri, Procura, Tribunale, Consulta Giovanile, Ufficio Scolastico Territoriale, Centro Antiviolenza, Ordine degli Avvocati. Il Protocollo Provinciale della Rete Interistituzionale è stato siglato in data 25 Novembre 2013.
Strategia dell'azione proposta	
Descrizione degli effetti dell'azione proposta	
Rischi, ostacoli e vincoli relativi alle variabili critiche	

Tempi previsti per l'implementazione dell'azione												
(articolazione dell'azione in fasi)	Trimestri nel triennio											
	1/15	2/15	3/15	4/15	1/16	2/16	3/16	4/16	1/17	2/17	3/17	4/17
<i>prosecuzione della formazione degli operatori della rete</i>		x										
<i>prosecuzione azioni di prevenzione con informazione nelle scuole</i>		x										
<i>individuazione di centri intermedi di accoglienza delle donne e dei minori vittime di violenza</i>			x									
<i>individuazione di forme di presa in carico di coloro che procurano violenza</i>	x											

<i>implementazione di un sistema di raccolta dei dati e di un osservatorio provinciale</i>		x										
<i>partecipazione a bandi di finanziamento europei</i>	x											

Effetti economici previsti con l'attuazione del progetto			
	2015	2016	2017
A) Valore della produzione			
B) Costi della produzione			
Differenza tra valore e costi di produzione (A-B)			

Qualora il progetto comporti la programmazione di investimenti, disinvestimenti e finanziamenti, si indichino in sintesi i valori previsti.

	2015	2016	2017
Nuovi investimenti			
Disinvestimenti			
Finanziamenti			

All. 5/4 - Informazioni analitiche sui progetti e sugli obiettivi programmatici

N. progetto	Descrizione del progetto	Relazione con il PSR e altri atti e documenti di programmazione	Descrizione obiettivi programmatici		
			2015	2016	2017
4	Promozione della Salute e di sani Stili di Vita attraverso l'integrazione degli interventi di prevenzione tra servizi aziendali ed extra aziendali	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008; DGR 31/19 del 14.05.2013	formazione degli operatori nell'approccio relazionale con il paziente; istituzione di forme di comunicazione e informazione integrate e multidisciplinari; attuazione delle azioni contenute nel Piano di Promozione della Salute; attivazione di un sistema di misurazione dell'efficacia degli interventi		

Problematica che la linea di azione intende affrontare	<p>Lo strumento che l'Azienda intende utilizzare per definire gli obiettivi e stabilire i risultati da raggiungere in termini di salute della popolazione è quello della pianificazione della promozione della salute attraverso appunto un piano triennale coerente con la pianificazione strategica aziendale e la pianificazione regionale.</p> <p>Il Piano Integrato per la Promozione alla Salute della ASL di Oristano mette la Persona al centro del progetto di Salute all'interno di un contesto ambientale che influenza l'individuo nel favorire e/o mantenere le scelte di salute adottate. Il Piano trae origine dall'analisi di contesto con l'evidenza dei problemi di salute proprio del territorio della provincia di Oristano e si sviluppa secondo criteri di appropriatezza basandosi quindi principalmente su criteri di efficacia, efficienza, multidisciplinarietà, intersettorialità e sostenibilità in una logica di continuità con quanto delineato nel Piano Strategico Aziendale. I progetti di Promozione alla Salute e le azioni con le quali si intende realizzarli sono orientati a incidere sui determinanti di salute in modo integrato in una logica di visione complessiva e di continuità fra Ospedale e Territorio. Ciò nella convinzione che le caratteristiche individuali, i determinanti sociali e quelli ambientali quali ad esempio il reddito e il livello di istruzione, possono influenzare i comportamenti salutari e lo stile di vita, ma anche le opportunità di salute.</p> <p>La scelta di una metodologia basata sulla progettazione partecipata ha l'obiettivo di valorizzare appieno le competenze e le risorse interdisciplinari esistenti in azienda e ha come conseguenza la condivisione dell'analisi dei bisogni e dell'identificazione delle azioni da intraprendere.</p>
Strategia dell'azione proposta	
Descrizione degli effetti dell'azione proposta	
Rischi, ostacoli e vincoli relativi alle variabili critiche	

Tempi previsti per l'implementazione dell'azione												
(articolazione dell'azione in fasi)	Trimestri nel triennio											
	1/15	2/15	3/15	4/15	1/16	2/16	3/16	4/16	1/17	2/17	3/17	4/17
<i>formazione degli operatori nell'approccio relazionale con l'utente</i>		x										
<i>istituzione di forme di comunicazione e informazione integrate e multidisciplinari</i>		x										
<i>attuazione delle azioni contenute nel Piano di Promozione della Salute</i>		x										
<i>attivazione di un sistema di misurazione dell'efficacia degli interventi</i>				x								

Effetti economici previsti con l'attuazione del progetto			
	2015	2016	2017
A) Valore della produzione			
B) Costi della produzione			
Differenza tra valore e costi di produzione (A-B)			

Qualora il progetto comporti la programmazione di investimenti, disinvestimenti e finanziamenti, si indichino in sintesi i valori previsti.

	2015	2016	2017
Nuovi investimenti			
Disinvestimenti			
Finanziamenti			

All. 5/5 - Informazioni analitiche sui progetti e sugli obiettivi programmatici

N. progetto	Descrizione del progetto	Relazione con il PSR e altri atti e documenti di programmazione	Descrizione obiettivi programmatici		
			2015	2016	2017
5	Sviluppo degli interventi del Dipartimento di Prevenzione inerenti l'informazione, la formazione e la sensibilizzazione ai concetti di sicurezza e qualità a supporto e per la valorizzazione delle attività e delle produzioni locali	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008	formazione degli operatori; istituzione di forme di comunicazione e informazione integrate e multidisciplinari. Attuazione dei controlli in maniera integrata al fine di perseguire l'obiettivo di trasparenza e lealtà commerciali		

Problematica che la linea di azione intende affrontare	<p>La salute, l'ambiente e lo sviluppo sociale ed economico della società sono elementi fortemente correlati ed inscindibili. Da queste considerazioni, nasce l'intento della ASL di Oristano di voler perseguire un'azione di promozione della salute attraverso la promozione delle produzioni locali che passa attraverso la valorizzazione, la verifica della qualità dei prodotti che significa sicurezza ed un'economia più forte nel proprio territorio.</p> <p>Infatti l'espandersi delle attività produttive di qualità e la valorizzazione delle tipicità del territorio costituiscono ricchezza ed opportunità per sviluppare l'economia delle imprese (agricole, alimentari, di servizi) oltre a salvaguardare l'ambiente e la salute del cittadino. La Qualità non può prescindere dai fondamentali livelli di garanzie di sicurezza del prodotto, del processo di lavorazione e dei luoghi di lavoro: in tal senso la professionalità degli operatori della nostra azienda può favorire e supportare questo miglioramento attraverso azioni specifiche.</p> <p>Pertanto la ASL di Oristano attraverso l'azione del Dipartimento di Prevenzione, vuole promuovere e supportare un percorso caratterizzato da un approccio interistituzionale ed intersettoriale attraverso la realizzazione di una RETE, nella quale i protagonisti, corresponsabili della salute (istituzioni, associazione di categoria, ...) attivino un percorso di informazione, formazione, sensibilizzazione ai concetti di sicurezza e qualità, con particolare riferimento alla tipicità locale, nei confronti dei produttori e dei consumatori e preveda anche il coinvolgimento delle giovani generazioni.</p>
Strategia dell'azione proposta	
Descrizione degli effetti dell'azione proposta	
Rischi, ostacoli e vincoli relativi alle variabili critiche	

Tempi previsti per l'implementazione dell'azione												
(articolazione dell'azione in fasi)	Trimestri nel triennio											
	1/15	2/15	3/15	4/15	1/16	2/16	3/16	4/16	1/17	2/17	3/17	4/17
<i>formazione degli operatori</i>		x										
<i>istituzione di forme di comunicazione e informazione integrate e multidisciplinari</i>		x										
<i>attuazione dei controlli in maniera integrata al fine di perseguire l'obiettivo di trasparenza e lealtà commerciali</i>	x											

Effetti economici previsti con l'attuazione del progetto			
	2015	2016	2017
A) Valore della produzione			
B) Costi della produzione			
Differenza tra valore e costi di produzione (A-B)			

Qualora il progetto comporti la programmazione di investimenti, disinvestimenti e finanziamenti, si indichino in sintesi i valori previsti.

	2015	2016	2017
Nuovi investimenti			
Disinvestimenti			
Finanziamenti			

All. 5/6 - Informazioni analitiche sui progetti e sugli obiettivi programmatici

N. progetto	Descrizione del progetto	Relazione con il PSR e altri atti e documenti di programmazione	Descrizione obiettivi programmatici		
			2015	2016	2017
6	Arginare l'elevata incidenza delle patologie legate al disturbo mentale e alle dipendenze da sostanze e non sostanze d'abuso , con l'implementazione di azioni di prevenzione primaria, anche mediante la costruzione di reti interistituzionali	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008	individuazione di strategie di intervento di prevenzione primaria interdipartimentale e interaziendale; individuazione di strategie di intervento di prevenzione primaria mediante il coinvolgimento delle istituzioni locali; attivazione delle strategie e implementazione delle azioni individuate e concordate	attivazione delle strategie e implementazione delle azioni individuate e concordate	attivazione delle strategie e implementazione delle azioni individuate e concordate

Problematica che la linea di azione intende affrontare	L'urgenza di mettere in atto strategie per la promozione della salute mentale nei giovani è stata più volte sottolineata in diversi consessi europei e mondiali. Già nel 2008 la Commissione europea aveva indicato l'educazione e la promozione della salute mentale nei giovani come la prima delle 5 aree prioritarie di intervento dell'European Pact for Mental Health and Well-being. Ogni Paese dovrebbe avere una politica di promozione della salute mentale dei giovani. La scuola in particolare gioca un ruolo fondamentale nel sostenere attività di promozione della salute mentale nei suoi programmi, attività dedicate al miglioramento della salute positiva, delle abilità sociali e di soluzione di problemi. I servizi operanti nel Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze hanno quindi deciso di indirizzare maggiormente i loro sforzi anche nella direzione della prevenzione primaria.
Strategia dell'azione proposta	
Descrizione degli effetti dell'azione proposta	
Rischi, ostacoli e vincoli relativi alle variabili critiche	

Tempi previsti per l'implementazione dell'azione												
(articolazione dell'azione in fasi)	Trimestri nel triennio											
	1/15	2/15	3/15	4/15	1/16	2/16	3/16	4/16	1/17	2/17	3/17	4/17
<i>individuazione di strategie di intervento di prevenzione primaria interdipartimentale e interaziendale</i>	x											
<i>individuazione di strategie di intervento di prevenzione primaria mediante il coinvolgimento delle istituzioni locali</i>	x											
<i>attivazione delle strategie e implementazione delle azioni individuate e concordate</i>		x			x				x			

Effetti economici previsti con l'attuazione del progetto			
	2015	2016	2017
A) Valore della produzione			

B) Costi della produzione			
Differenza tra valore e costi di produzione (A-B)			

Qualora il progetto comporti la programmazione di investimenti, disinvestimenti e finanziamenti, si indichino in sintesi i valori previsti.

	2015	2016	2017
Nuovi investimenti			
Disinvestimenti			
Finanziamenti			

All. 5/7 - Informazioni analitiche sui progetti e sugli obiettivi programmatici

N. progetto	Descrizione del progetto	Relazione con il PSR e altri atti e documenti di programmazione	Descrizione obiettivi programmatici		
			2015	2016	2017
7	Riorganizzazione dell' Assistenza Territoriale finalizzata ad un'offerta appropriata delle prestazioni all'utente e un miglior governo dei servizi territoriali da parte dei Direttori di Distretto	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008	realizzazione del modello di continuità assistenziale delle cure primarie h 24, nei Comuni di Bosa, Terralba e Cabras Attivazione posti letto post acuzie; attivazione del modello delle cure intermedie a Bosa e a Ghilarza	costituzione delle Case della Salute a Terralba e a Bosa	

Problematica che la linea di azione intende affrontare	Il ruolo che il Direttore del Distretto assumerà, nel governo della domanda e della risposta più appropriata nell'erogazione dei servizi a livello locale, è strategico e contribuirà nel progetto di individuazione e implementazione di forme organizzative più funzionali ai bisogni di cura della comunità. Una corretta presa in carico del paziente, soprattutto "fragile", deve seguire anche logiche di integrazione sociosanitarie e spesso di supporto alla famiglia. Questo nuovo modo di intendere l'assistenza necessita sicuramente di sforzi e cambiamenti culturali e organizzativi da costruire nel tempo. Pertanto questa ASL intende sperimentare nuovi modelli organizzativi per dare risposte ai bisogni complessi, sociali e sanitari di continuità assistenziale principalmente dei soggetti anziani e/o fragili, quali la continuità assistenziale delle cure primarie h 24, l'attivazione delle Case della Salute, l'attivazione delle cure intermedie.
Strategia dell'azione proposta	
Descrizione degli effetti dell'azione proposta	
Rischi, ostacoli e vincoli relativi alle variabili critiche	

Tempi previsti per l'implementazione dell'azione												
(articolazione dell'azione in fasi)	Trimestri nel triennio											
	1/15	2/15	3/15	4/15	1/16	2/16	3/16	4/16	1/17	2/17	3/17	4/17
<i>realizzazione del modello di continuità assistenziale delle cure primarie h 24, nei Comuni di Bosa, Terralba e Cabras</i>	x											
<i>costituzione delle Case della Salute a Terralba e a Bosa</i>					x							
<i>attivazione del modello delle cure intermedie a Bosa e a Ghilarza</i>				x								

Effetti economici previsti con l'attuazione del progetto			
	2015	2016	2017
A) Valore della produzione			
B) Costi della produzione			
Differenza tra valore e costi di produzione (A-B)			

Qualora il progetto comporti la programmazione di investimenti, disinvestimenti e finanziamenti, si indichino in sintesi i valori previsti.

	2015	2016	2017
Nuovi investimenti			
Disinvestimenti			
Finanziamenti			

5/8 - Informazioni analitiche sui progetti e sugli obiettivi programmatici

N. progetto	Descrizione del progetto	Relazione con il PSR e altri atti e documenti di programmazione	Descrizione obiettivi programmatici		
			2015	2016	2017
8	Educazione all'autocura rivolta al malato e ai familiari care-giver per una migliore qualità della vita del paziente e una maggiore consapevolezza dei percorsi di cura	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008	studio e formazione degli operatori aziendali del modello dell'autocura; individuazione e progettazione del modello di autocura a livello aziendale mediante un approccio multidisciplinare; applicazione del modello in diversi ambiti in forma sperimentale	misurazione dell'efficacia del modello mediante il sistema dell'audit e diffusione del modello in azienda	

Problematica che la linea di azione intende affrontare	<p>Nei pazienti con malattie croniche, rare o con percorsi assistenziali complessi (le malattie invalidanti neuromotorie, metaboliche, neoplastiche e post-traumatiche), sono richiesti interventi sanitari costanti eseguiti dal personale medico ed infermieristico, sia in regime di ricovero che sul territorio. Chi sta loro intorno, parenti e conoscenti, sono raramente preparati a vivere con un malato, e il malato stesso spesso non è consapevole di come cambierà la qualità della sua vita dopo il manifestarsi dell'evento acuto. Quando il paziente viene dimesso dall'ospedale verso ambienti non protetti, come quello domiciliare, dove quotidianamente il paziente riceve assistenza ed è sottoposto a pratiche di riabilitazione, che vanno ripetute più volte durante la giornata, nasce l'esigenza di imparare a farcela con la maggiore autonomia possibile, indipendentemente dalla presenza costante di figure sanitarie.</p> <p>In questi casi è necessario e doveroso progettare in Azienda sistemi di educazione all'autocura prevedendo una educazione e formazione del malato e della sua rete familiare, su conoscenze ed abilità specifiche proprie dell'ambito sanitario. Infatti alcune pratiche possono essere eseguite correttamente ed efficacemente dal paziente stesso o da chi gli è vicino se specificatamente formato e seguito nel tempo. Ciò potrà avvenire sia in ambito ospedaliero, specialistico, infermieristico che domiciliare.</p>
Strategia dell'azione proposta	
Descrizione degli effetti dell'azione proposta	
Rischi, ostacoli e vincoli relativi alle variabili critiche	

Tempi previsti per l'implementazione dell'azione												
(articolazione dell'azione in fasi)	Trimestri nel triennio											
	1/15	2/15	3/15	4/15	1/16	2/16	3/16	4/16	1/17	2/17	3/17	4/17
<i>studio e formazione degli operatori aziendali del modello dell'autocura</i>		x										
<i>individuazione e progettazione del modello di autocura a livello aziendale mediante un approccio multidisciplinare</i>		x										
<i>applicazione del modello in diversi ambiti in forma sperimentale</i>			x									

<i>misurazione dell'efficacia del modello mediante il sistema dell'audit e diffusione del modello in azienda</i>								x				
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Effetti economici previsti con l'attuazione del progetto			
	2015	2016	2017
A) Valore della produzione			
B) Costi della produzione			
Differenza tra valore e costi di produzione (A-B)			

Qualora il progetto comporti la programmazione di investimenti, disinvestimenti e finanziamenti, si indichino in sintesi i valori previsti.

	2015	2016	2017
Nuovi investimenti			
Disinvestimenti			
Finanziamenti			

All. 5/9 - Informazioni analitiche sui progetti e sugli obiettivi programmatici

N. progetto	Descrizione del progetto	Relazione con il PSR e altri atti e documenti di programmazione	Descrizione obiettivi programmatici		
			2015	2016	2017
9	Definizione e attivazione della Rete delle Cure Palliative nella ASL di Oristano rivolta a particolari pazienti fragili e alle loro famiglie	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008;	formazione degli operatori della rete; attivazione ambulatorio delle cure palliative nel distretto di Ales – Terralba; creazione di un sistema di monitoraggio qualitativo e quantitativo delle prestazioni erogate, con verifica degli esiti	realizzazione dell'hospice	

Problematica che la linea di azione intende affrontare	<p>Le cure palliative sono l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici. La particolare fragilità dei pazienti e delle loro famiglie nelle varie fasi di tali malattie, richiede un approccio multidimensionale dell'assistenza che riguarda lo stato funzionale, psichico, sociale e in particolare la percezione del proprio stato di salute. Pertanto sono coinvolti in equipe diversi servizi: distrettuali (Assistenza MMG e PLS compresa la Continuità Assistenziale, Assistenza specialistica, Assistenza infermieristica, Assistenza protesica, Assistenza sociale, Assistenza spirituale, Volontariato); ospedalieri (ricoveri ordinari e DH) e residenziali (posti letto di Hospice, RSA).</p> <p>Nel rispetto delle linee guida nazionali e regionali (LR 33/32 del 2013 e 5/31 del 2014), è stato definito in Azienda un modello di Rete delle Cure Palliative, ove per rete aziendale si intende l'insieme delle prestazioni che garantiscono l'accoglienza, la valutazione del bisogno e l'avvio e realizzazione di un percorso di cure palliative.</p> <p>Premesso che il domicilio del paziente rappresenta la sede d'intervento privilegiata, e quindi le cure domiciliari risultano la modalità di assistenza più accessibile e gradita ai malati nell'offerta palliativa, la Rete è composta da differenti modalità assistenziali che, oltre appunto alle Cure Domiciliari, prevede anche la presenza di Ambulatori delle cure palliative (attualmente presenti nei presidi ospedalieri di Oristano, Bosa e Ghilarza e per cui si prevede l'attivazione nel distretto di Ales Terralba), il ricovero in Hospice (di prossima istituzione a Oristano) o in RSA (con posti letto accreditati per pazienti terminali) e il ricovero ospedaliero in regime ordinario o diurno.</p>
Strategia dell'azione proposta	
Descrizione degli effetti dell'azione proposta	
Rischi, ostacoli e vincoli relativi alle variabili critiche	

Tempi previsti per l'implementazione dell'azione												
(articolazione dell'azione in fasi)	Trimestri nel triennio											
	1/15	2/15	3/15	4/15	1/16	2/16	3/16	4/16	1/17	2/17	3/17	4/17
<i>formazione degli operatori della rete</i>	x											
<i>attivazione ambulatorio delle cure palliative nel distretto di Ales - Terralba</i>		x										
<i>creazione di un sistema di monitoraggio qualitativo e quantitativo delle prestazioni erogate, con verifica degli esiti</i>		x										
<i>realizzazione dell'hospice</i>					x							

Effetti economici previsti con l'attuazione del progetto			
	2015	2016	2017
A) Valore della produzione			
B) Costi della produzione			
Differenza tra valore e costi di produzione (A-B)			

Qualora il progetto comporti la programmazione di investimenti, disinvestimenti e finanziamenti, si indichino in sintesi i valori previsti.

	2015	2016	2017
Nuovi investimenti			
Disinvestimenti			
Finanziamenti			

All. 5/10 - Informazioni analitiche sui progetti e sugli obiettivi programmatici

N. progetto	Descrizione del progetto	Relazione con il PSR e altri atti e documenti di programmazione	Descrizione obiettivi programmatici		
			2015	2016	2017
10	Sviluppo delle azioni necessarie per migliorare la gestione delle liste d'attesa nell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali , per garantire l'erogazione delle prestazioni in tempi adeguati alle necessità cliniche del paziente	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008;	monitoraggio della corretta applicazione delle classi di priorità definite nelle linee guida aziendali; consolidamento della cartella clinica ambulatoriale informatizzata; utilizzo a regime del sistema del RIS PACS e completamento dell'integrazione con il sistema SISAR; utilizzo del recall dei pazienti eseguito in maniera sistematica		

Problematica che la linea di azione intende affrontare	<p>Il Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa, da cui discende il PAA, ha dato indirizzi in merito alla necessità di assicurare appropriatezza alla domanda di prestazioni e, contemporaneamente, di correlare gli accessi a criteri di priorità in relazione ai bisogni clinico assistenziali degli utenti. Ciò al fine di intercettare il reale bisogno di salute e rendere compatibile la domanda con la garanzia di poter assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza. La Asl di Oristano ha deciso perciò di coinvolgere tutti i professionisti prescrittori per definire delle Linee Guida che promuovano l'uso graduale delle classi di priorità, sia nella fase della prescrizione sia nella fase della prenotazione, al fine di assicurare il rispetto dei tempi di attesa coerentemente con i bisogni di salute. Nell'anno 2014 si è poi realizzato il passaggio del CUP aziendale dalla piattaforma SGP alla piattaforma WEB. Il nuovo sistema CUP-WEB presenta delle funzionalità che garantiranno un miglioramento significativo del servizio di prenotazione, permettendone la diffusione agli specialisti ambulatoriali, ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, alle Farmacie, sino a raggiungere i cittadini attraverso i nuovi servizi on-line, tra cui la diffusione del servizio di pagamento del ticket sanitario anche al di fuori degli sportelli delle strutture eroganti. Negli ultimi mesi del 2014 si è dato corso all'avvio del RIS PACS per cui si lavorerà per consolidare l'utilizzo del sistema e completare a pieno l'integrazione con il sistema SISAR. Altra importante attività che deve essere posta in essere per il governo delle liste d'attesa è il recall dei pazienti che viene eseguito ormai in maniera sistematica per le prestazioni più critiche quali ad es. risonanze. TAC, colonscopie e gastroscopie. Si è potuto osservare che con tale tipo di attività si riesce a recuperare il 30%, e in alcuni casi il 40%, del drop out.</p>
Strategia dell'azione proposta	
Descrizione degli effetti dell'azione proposta	
Rischi, ostacoli e vincoli relativi alle variabili critiche	

Tempi previsti per l'implementazione dell'azione												
(articolazione dell'azione in fasi)	Trimestri nel triennio											
	1/15	2/15	3/15	4/15	1/16	2/16	3/16	4/16	1/17	2/17	3/17	4/17
<i>monitoraggio della corretta applicazione delle classi di priorità definite nelle linee guida aziendali</i>			x									
<i>consolidamento della cartella clinica ambulatoriale informatizzata avviata nel quarto trimestre 2014 in via sperimentale</i>	x											
<i>utilizzo a regime del sistema del RIS PACS e completamento dell'integrazione con il sistema SISAR</i>	x											
<i>utilizzo del recall dei pazienti eseguito in maniera sistematica</i>		x										

Effetti economici previsti con l'attuazione del progetto			
	2015	2016	2017
A) Valore della produzione			
B) Costi della produzione			
Differenza tra valore e costi di produzione (A-B)			

Qualora il progetto comporti la programmazione di investimenti, disinvestimenti e finanziamenti, si indichino in sintesi i valori previsti.

	2015	2016	2017
Nuovi investimenti			
Disinvestimenti			
Finanziamenti			

All. 5/11 - Informazioni analitiche sui progetti e sugli obiettivi programmatici

N. progetto	Descrizione del progetto	Relazione con il PSR e altri atti e documenti di programmazione	Descrizione obiettivi programmatici		
			2015	2016	2017
11	Ampliamento e qualificazione dei servizi offerti in ambito ospedaliero , anche mediante l'accrescimento delle competenze professionali, volto al raggiungimento degli standard attesi	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008	Ampliamento orario di offerta dei servizi. Completamento digitalizzazione immagini radiologiche. Attivazione dei servizi di: radiologia interventistica, cardio RM, prestazioni uro ginecologiche, diagnosi prenatale. Formazione e training in ambito chirurgico. Attivazione progetti di collaborazione e percorsi con il territorio. Attivazione posti letto funzionali di oncologia, ematologia, pneumologia. Attivazione posti letto neuro riabilitazione. Avvio sistema di sorveglianza per monitorare il tasso delle infezioni nosocomiali	Formazione e training in ambito chirurgico. Attivazione progetti di collaborazione e percorsi con il territorio. Avvio Stroke Unit	

Problematica che la linea di azione intende affrontare	<p>Oltre al perseguimento dell'appropriatezza organizzativa, intesa come la capacità di scegliere il livello assistenziale più idoneo alla erogazione delle cure (specializzazione dei presidi di Bosa e Ghilarza su attività a medio-bassa intensità di cura e attività programmate di day hospital, day surgery, day service, week hospital, nonché cure intermedie), questa Azienda prosegue nella sua attività sul fronte del miglioramento della qualità dell'assistenza e dell'ampliamento dei servizi offerti. Si proseguiranno le attività rivolte all'ammodernamento dei servizi di diagnostica per immagini potendo contare su nuovi macchinari di ultima generazione con una tecnologia di acquisizione digitale diretta, proponendo i servizi di radiologia interventistica oncologica ed extra-vascolare, Risonanza Magnetica Cardiaca o Cardio RM (RMC) oggi presente in Sardegna solo nella AO Brotzu. Nell'ambito delle cure chirurgiche si prosegue l'attività di sviluppo professionale, mediante formazione sul campo, con il coinvolgimento di diverse discipline. Si prosegue l'obiettivo di sviluppo di nuove attività offerte, che nel prossimo triennio riguarderanno l'offerta in ambito uroginecologico per la cura delle disfunzioni pelviche femminili, l'attivazione di un servizio di diagnosi Prenatale e più in generale lo sviluppo di progetti di collaborazione con i medici del territorio. Inoltre, recentemente,</p>
Strategia dell'azione proposta	

Descrizione degli effetti dell'azione proposta	la ASL di Oristano ha aderito ad un programma di finanziamento comunitario (Horizon 2020. "Personalizzare la salute e la cura") per lo sviluppo del progetto "Terapie e strumenti avanzati nell'ambito dell'autotrapianto delle isole pancreatiche", in collaborazione con diversi partner, nazionali e internazionali, per la ricerca e l'applicazione delle tecniche del trapianto delle isole pancreatiche, a beneficio dell'insulino indipendenza a lungo termine in pazienti affetti da diabete. Per quanto riguarda le cure mediche si proseguirà con l'attivazione di posti letto funzionali, all'interno del reparto di Medicina, di oncologia, pneumologia e ematologia. Continuerà l'attività di promozione e tutela della salute mediante la prosecuzione e lo sviluppo di progetti di prevenzione e promozione della salute, sia intra che interdipartimentali. Si creeranno inoltre altri percorsi in collaborazione con il territorio, in un'ottica di integrazione e di totale presa in carico del paziente, quale per esempio la definizione del percorso del paziente nefrologico e nel contempo si procederà nello sviluppo e nell'individuazione dei punti critici che necessitano di revisione e adattamento, per quei percorsi già attivi. Al fine di ottimizzare il percorso diagnostico terapeutico delle patologie cerebrovascolari si vuole sottolineare la necessità e l'importanza della realizzazione del nuovo servizio di Stroke Unit (SU) che questa azienda intende attivare presso il Presidio San Martino di Oristano. A questo proposito sarà necessario altresì attivare i posti letto di neuroriabilitazione quale condizione indispensabile per assicurare l'avvio di una pronta attività di riabilitazione. Altro importante versante qualificante per l'azienda e che ha necessità di essere sviluppato, è quello dell'adozione di un sistema di sorveglianza per monitorare il tasso delle infezioni nosocomiali rivolto alla prevenzione e riduzione delle infezioni ospedaliere, per migliorare la qualità e la sicurezza nell'assistenza. Tale sistema decollerà ed entrerà a regime nell'anno 2015.
Rischi, ostacoli e vincoli relativi alle variabili critiche	

Tempi previsti per l'implementazione dell'azione												
(articolazione dell'azione in fasi)	Trimestri nel triennio											
	1/15	2/15	3/15	4/15	1/16	2/16	3/16	4/16	1/17	2/17	3/17	4/17
<i>estensione dell'orario di offerta di alcuni servizi ospedalieri</i>		x										
<i>completamento della digitalizzazione dei dati del servizio di diagnostica per immagini</i>	x											
<i>attivazione del servizio di radiologia interventistica oncologica ed extra-vascolare</i>		x										
<i>offerta del servizio di Risonanza Magnetica Cardiaca o Cardio RM (RMC)</i>			x									
<i>prosecuzione di attività di formazione sul campo e tutoraggio delle attività chirurgiche</i>	x				x							

<i>offerta in ambito uroginecologico per la cura delle disfunzioni pelviche femminili</i>		x										
<i>avvio di un servizio di Diagnosi Prenatale</i>			x									
<i>sviluppo di attività di collaborazione e informazione ai medici del territorio sulle principali patologie e attività di pertinenza chirurgica</i>		x			x							
<i>attivazione di posti letto funzionali di oncologia, oncoematologia, pneumologia all'interno del reparto di medicina</i>												
<i>attivazione del percorso del paziente nefrologico unitamente ai medici del territorio</i>		x										
<i>creazione di nuovi percorsi di presa in carico del paziente in collaborazione tra dipartimento di cure mediche e il territorio e individuazione dei punti critici e revisione nei percorsi già esistenti</i>		x			x							
<i>attivazione posti letto di neuroriabilitazione</i>				x								
<i>realizzazione del nuovo servizio di Stroke Unit</i>					x							
<i>adozione di un sistema di sorveglianza per monitorare il tasso delle infezioni nosocomiali rivolto alla prevenzione e riduzione delle infezioni ospedaliere</i>		x										

Effetti economici previsti con l'attuazione del progetto			
	2015	2016	2017
A) Valore della produzione			
B) Costi della produzione			
Differenza tra valore e costi di produzione (A-B)			

Qualora il progetto comporti la programmazione di investimenti, disinvestimenti e finanziamenti, si indichino in sintesi i valori previsti.

	2015	2016	2017
Nuovi investimenti			
Disinvestimenti			
Finanziamenti			

All. 5/12 - Informazioni analitiche sui progetti e sugli obiettivi programmatici

N. progetto	Descrizione del progetto	Relazione con il PSR e altri atti e documenti di programmazione	Descrizione obiettivi programmatici		
			2015	2016	2017
12	Istituzione della terapia semintensiva post operatoria per il monitoraggio e la stabilizzazione dei pazienti critici	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008	Prosecuzione nel potenziamento della dotazione organica per la gestione delle Cure Domiciliari. Implementazione Cure Palliative		

Problematica che la linea di azione intende affrontare	<p>E' intenzione di questa ASL dotare il Dipartimento di Cure Chirurgiche di un servizio di Terapia Semintensiva destinando alcuni posti letto ad ospitare quei pazienti che, nel post operatorio, necessitano di un attento e continuo monitoraggio fino alla stabilizzazione clinica. La Terapia Sub Intensiva post operatoria infatti, accoglie pazienti che hanno bisogno di osservazione e monitoraggio fisiologico e/o invasivo di tipo intensivo postoperatorio a causa della complessità dell'intervento chirurgico o di precedenti gravi patologie. I pazienti vengono sottoposti ad assistenza medica e infermieristica e i loro parametri vitali costantemente monitorati. L'esigenza di tale istituzione nasce dalla necessità di colmare il divario tra l'assistenza fornita in un Reparto di Terapia Intensiva e quella garantita in un normale Reparto di Cure Chirurgiche. L'assistenza che garantisce la Terapia Semintensiva infatti riguarda cure di livello adeguato per pazienti le cui criticità non permettono una gestione ordinaria, ma che al tempo stesso hanno esigenze minori rispetto a quelle di pazienti in terapia intensiva. Tra i vantaggi della terapia semi-intensiva vi è la possibilità di riconoscere e trattare precocemente le alterazioni patologiche, favorendo una diminuzione della morbidità e della mortalità in questi pazienti critici.</p>
Strategia dell'azione proposta	
Descrizione degli effetti dell'azione proposta	
Rischi, ostacoli e vincoli relativi alle variabili critiche	

Tempi previsti per l'implementazione dell'azione												
(articolazione dell'azione in fasi)	Trimestri nel triennio											
	1/15	2/15	3/15	4/15	1/16	2/16	3/16	4/16	1/17	2/17	3/17	4/17
<i>predisposizione procedure e protocolli utili all'attivazione del servizio</i>		x										
<i>avvio servizio terapia semintensiva</i>		x										

Effetti economici previsti con l'attuazione del progetto			
	2015	2016	2017
A) Valore della produzione			
B) Costi della produzione			
Differenza tra valore e costi di produzione (A-B)			

Qualora il progetto comporti la programmazione di investimenti, disinvestimenti e finanziamenti, si indichino in sintesi i valori previsti.

	2015	2016	2017
Nuovi investimenti			
Disinvestimenti			
Finanziamenti			

All. 5/13 - Informazioni analitiche sui progetti e sugli obiettivi programmatici

N. progetto	Descrizione del progetto	Relazione con il PSR e altri atti e documenti di programmazione	Descrizione obiettivi programmatici		
			2015	2016	2017
13	Interventi per un'Assistenza Farmaceutica maggiormente appropriata anche a supporto della riduzione della spesa	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008	invio della reportistica di prescrizione a tutti i medici; organizzazione incontri in materia di farmaco economia e farmacovigilanza; realizzazione del magazzino unico aziendale; definizione e avvio progetto di consegna dei farmaci e dispositivi ai pazienti in ADI presso il loro domicilio; preparazione dei farmaci galenici; centralizzazione presso la farmacia ospedaliera del presidio San Martino della preparazione e distribuzione dei farmaci antitumorali	invio della reportistica di prescrizione a tutti i medici; organizzazione incontri in materia di farmaco economia e farmacovigilanza;	invio della reportistica di prescrizione a tutti i medici; organizzazione incontri in materia di farmaco economia e farmacovigilanza;

Problematica che la linea di azione intende affrontare	L'obiettivo di riduzione della spesa farmaceutica è un obiettivo nazionale e regionale ormai imprescindibile, risulterà però difficile portare tale spesa al 13% rispetto al budget aziendale. Tuttavia gli sforzi dell'Azienda devono andare verso questa direzione con azioni indirizzate su diversi fronti. Si intende pertanto proseguire con il coinvolgimento dei medici prescrittori mediante l'organizzazione di giornate di studio e confronto sui temi della correttezza prescrittiva e sul monitoraggio della spesa di farmaci, dietetici e presidi, anche alla luce di quanto emerge dalla reportistica sulle prescrizioni che il servizio farmaceutico inoltra a tutti i prescrittori. Si provvederà inoltre ad implementare sempre più la distribuzione diretta e del primo ciclo di terapia. Infine di grande aiuto al governo della spesa sarà il funzionamento ormai a regime degli armadietti in tutti i reparti e servizi territoriali nonché la realizzazione del magazzino farmaceutico unico aziendale. Sempre nell'ottica di una maggiore sensibilizzazione dei medici all'appropriatezza prescrittiva, la farmacia territoriale ha predisposto il Prontuario Terapeutico per i pazienti assistiti a domicilio, per un uso appropriato dei farmaci e dei dispositivi medici con particolare riguardo alle medicazioni avanzate. Sempre su questo fronte, si è avviato un progetto di consegna dei farmaci e dispositivi ai pazienti in ADI presso il loro domicilio, mediante un servizio apposito di trasporto; agli infermieri sarà affidata la gestione dei farmaci che si trovano presso il domicilio dei pazienti. Ciò oltre ad agevolare le famiglie permetterà un miglior governo della spesa farmaceutica in tale ambito. Tale progetto, studiato e avviato in fase sperimentale, sarà portato a compimento nell'anno 2015. Tra gli obiettivi di tipo professionale si prevede l'avvio della preparazione dei farmaci galenici e la preparazione centralizzata degli antitumorali.
Strategia dell'azione proposta	
Descrizione degli effetti dell'azione proposta	
Rischi, ostacoli e vincoli relativi alle variabili critiche	

Tempi previsti per l'implementazione dell'azione												
(articolazione dell'azione in fasi)	Trimestri nel triennio											
	1/15	2/15	3/15	4/15	1/16	2/16	3/16	4/16	1/17	2/17	3/17	4/17
<i>invio della reportistica di prescrizione a tutti i medici</i>	x				x				x			
<i>organizzazione incontri in materia di farmaco economia e farmacovigilanza</i>			x				x				x	
<i>realizzazione del magazzino unico aziendale</i>			x									
<i>definizione e avvio progetto di consegna dei farmaci e dispositivi ai pazienti in ADI presso il loro domicilio</i>		x										
<i>preparazione dei farmaci galenici</i>		x										
<i>centralizzazione presso la farmacia ospedaliera del presidio San Martino della preparazione e distribuzione dei farmaci antiblastici</i>			x									

Effetti economici previsti con l'attuazione del progetto			
	2015	2016	2017
A) Valore della produzione			
B) Costi della produzione			
Differenza tra valore e costi di produzione (A-B)			

Qualora il progetto comporti la programmazione di investimenti, disinvestimenti e finanziamenti, si indichino in sintesi i valori previsti.

	2015	2016	2017
Nuovi investimenti			
Disinvestimenti			
Finanziamenti			

All. 5/14 - Informazioni analitiche sui progetti e sugli obiettivi programmatici

N. progetto	Descrizione del progetto	Relazione con il PSR e altri atti e documenti di programmazione	Descrizione obiettivi programmatici		
			2015	2016	2017
14	Qualificazione e sviluppo delle attività di Sanità Penitenziaria assicurando la continuità dell'assistenza	Dlgs 502/92; DPCM 29 novembre 2001; Intesa Stato-Regioni 2014; Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008	garantire nell'arco delle 24 ore l'assistenza infermieristica; attivazione ambulatori di oculistica e otorinolaringoiatria; ampliamento dell'erogazione in loco di altre prestazioni specialistiche; ampliamento prestazioni di salute mentale e psicologiche	ampliamento dell'erogazione e in loco di altre prestazioni specialistiche	

Problematica che la linea di azione intende affrontare	<p>Nel progetto di riordino della medicina penitenziaria a livello locale, la ASL di Oristano si è presa carico dell'attività sanitaria della Casa Circondariale di Massama, a seguito del trasferimento dei detenuti dalla Casa Circondariale di Oristano avvenuta nell'ottobre del 2012. Negli ultimi mesi dell'anno 2012 si è cominciato ad attuare quanto previsto nelle Linee guida regionali in materia di Assistenza Penitenziaria. Si è provveduto nel corso degli anni 2012 e 2013 a dotare il nuovo Presidio di arredi, attrezzature e apparecchiature biomedicali. Dal primo novembre 2013 sono stati dati gli incarichi annuali per i Medici della Medicina dei Servizi per assicurare l'assistenza primaria e si è provveduto ad assicurare l'assistenza infermieristica mettendo a disposizione un congruo numero di infermieri dedicati. L'assistenza primaria è stata garantita nell'anno 2014 nell'arco delle 24 ore (Punto di Primo intervento H 24 all'interno del Presidio); sarà ora obiettivo per l'anno 2015 garantire nell'arco delle 24 ore anche l'assistenza infermieristica. Le prestazioni specialistiche sono state garantite facendo ricorso ancora all'esterno. Ad oggi sono assicurate all'interno della Casa Circondariale solo le prestazioni di infettivologia e di radiologia, perlopiù ecografie. Per le altre branche specialistiche si prevede di attivarle a richiesta, con la collaborazione del personale ospedaliero, in un'ottica di continuità ospedale-territorio e di creare invece in loco un ambulatorio di oculistica e otorinolaringoiatria. Ancora carente, e quindi da potenziare, sarebbe inoltre l'area della salute mentale e l'area psicologica.</p>
Strategia dell'azione proposta	
Descrizione degli effetti dell'azione proposta	
Rischi, ostacoli e vincoli relativi alle variabili critiche	

Tempi previsti per l'implementazione dell'azione												
(articolazione dell'azione in fasi)	Trimestri nel triennio											
	1/15	2/15	3/15	4/15	1/16	2/16	3/16	4/16	1/17	2/17	3/17	4/17
<i>garantire nell'arco delle 24 ore l'assistenza infermieristica</i>			x									
<i>attivazione ambulatori di oculistica e otorinolaringoiatria</i>			x									
<i>ampliamento dell'erogazione in loco di altre prestazioni specialistiche</i>		x			x							

<i>ampliamento prestazioni di salute mentale e psicologiche</i>		x										
---	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Effetti economici previsti con l'attuazione del progetto			
	2015	2016	2017
A) Valore della produzione			
B) Costi della produzione			
Differenza tra valore e costi di produzione (A-B)			

Qualora il progetto comporti la programmazione di investimenti, disinvestimenti e finanziamenti, si indichino in sintesi i valori previsti.

	2015	2016	2017
Nuovi investimenti			
Disinvestimenti			
Finanziamenti			

Allegato 6: Programma sanitario triennale - La programmazione economica, finanziaria e patrimoniale

Risultati economici e patrimoniali conseguiti nei tre anni precedenti

Risultati economici conseguiti			
	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
Valore della produzione	245.420	268.375	265.821
Costi della produzione	250.473	251.409	260.489
Differenza	- 5.052	16.966	5.332
Proventi ed oneri finanziari	- 483	- 611	- 458
Rettifiche di valore di attività finanziarie			
Proventi ed oneri straordinari	- 1.547	- 2.080	- 2.598
Risultato prima delle imposte	- 7.082	14.275	2.276
Imposte sul reddito dell'esercizio	7.179	6.968	2.269
Utile (perdita) dell'esercizio	- 14.261	7.307	7

Risultati patrimoniali conseguiti			
	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
Attivo			
Immobilizzazioni	84.910	83.845	82.818
Rimanenze	2.211	5.237	5.655
Crediti	64.291	62.480	38.295
Attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni			
Disponibilità liquide	16.976	28.454	53.531
Ratei e risconti attivi	67	24	51
Totale Attivo	168.455	180.040	180.350
Passivo			
Patrimonio netto	33.437	48.792	48.998
Fondi per rischi ed oneri	22.465	21.054	24.119
Trattamento di fine rapporto	2.843	2.976	2.973
Debiti	78.277	67.137	66.951
Ratei e risconti passivi	31.432	40.081	37.309
Totale Passivo e Patrimonio Netto	168.455	180.040	180.350

Allegato 7: Programma sanitario triennale - La programmazione economica, finanziaria e patrimoniale

Risultati economici, patrimoniali e finanziari previsti per il triennio

Risultati economici previsti			
	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Valore della produzione	261.911	262.712	262.862
Costi della produzione	264.249	265.170	265.664
Differenza	- 2.338	- 2.458	- 2.802
Proventi ed oneri finanziari	- 458	- 467	- 477
Rettifiche di valore di attività finanziarie			
Proventi ed oneri straordinari			
Risultato prima delle imposte	- 2.796	- 2.925	- 3.278
Imposte sul reddito dell'esercizio	2.269	2.269	2.269
Utile (perdita) dell'esercizio	- 5.065	- 5.194	- 5.547

Risultati patrimoniali previsti			
	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Attivo			
Immobilizzazioni	82.818	83.951	84.860
Rimanenze	5.655	5.547	5.387
Crediti	38.295	38.295	38.295
Attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni			
Disponibilità liquide	33.469	32.979	30.275
Ratei e risconti attivi	51	51	51
Totale Attivo	160.288	160.823	158.869
Passivo			
Patrimonio netto	39.780	35.886	30.501
Fondi per rischi ed oneri	22.400	23.072	23.764
Trattamento di fine rapporto	2.980	2.980	2.980
Debiti	63.835	63.235	62.372
Ratei e risconti passivi	31.293	35.649	39.251
Totale Passivo	160.288	160.823	158.869

Risultati finanziari previsti			
	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017

Operazioni della gestione reddituale			
Utile (Perdita) dell'esercizio	- 5.065	- 5.194	- 5.547
Variazioni non monetarie attive	- 1.211	- 856	- 882
Variazioni non monetarie passive	5.065	5.194	5.547
Flusso di cassa della gestione reddituale (A)	- 1.211	- 856	- 882
Attività di investimento			
Incrementi delle immobilizzazioni		276	28
Decrementi delle immobilizzazioni	- 1.935		
Altre attività di investimento	- 531	- 598	- 2.864
Totale (B)	- 2.466	- 322	- 2.836
Attività di finanziamento			
Incrementi dei debiti di finanziamento			
Decrementi dei debiti di finanziamento	- 3.116	- 600	- 864
Altre attività di finanziamento (compresi contributi RAS a ripiano perdite)	1.861	1.134	- 1.090
Totale (C)	- 1.255	534	- 1.954
Totale fonti (A+C)	- 2.466	- 322	- 2.836
Totale impieghi (B)	- 2.466	- 322	- 2.836
Disponibilità liquide iniziali	53.531	33.469	32.979
Flusso di cassa	- 20.062	- 490	- 2.704
Disponibilità liquide finali	33.469	32.979	30.275

Allegato 8: Programma sanitario triennale - La programmazione economica, finanziaria e patrimoniale

Indici di bilancio

Indici di bilancio – valori conseguiti			
	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
ROI	-0,030	0,094	0,030
ROE	-14%	8%	0%
Indice di liquidità	1,04	1,35	1,37

Indici di bilancio – valori previsti			
	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
ROI	0,015	0,015	0,018

ROE	-5%	-5%	-6%
Indice di liquidità	1,12	1,13	1,10

Allegato 9: Programma sanitario triennale - La programmazione economica, finanziaria e patrimoniale

Informazioni analitiche

Informazioni analitiche – valori conseguiti			
	2011	2012	2013
1. Consulenze tecniche	160	242	137
2. Consulenze amministrative, gestionali e coordinamento progetti			
3. Consulenze sanitarie da privati	1.737	1.707	1.473
4. Consulenze sanitarie da altre aziende e da enti pubblici diversi			
5. Acquisti di servizi non sanitari	19.211	18.949	15.917
6. Costi per spesa farmaceutica convenzionata	33.425	32.575	30.700
7. Costi per spesa farmaceutica per la distribuzione diretta	6.074	7.139	7.206
8. Costi per spesa farmaceutica in DPC	3.107	1.681	3.822
9. Costi per il personale del ruolo sanitario	74.059	74.916	80.407
10. Costi per il personale del ruolo professionale	299	303	386
11. Costi per il personale del ruolo tecnico	7.854	7.792	8.359
12. Costi per il personale del ruolo amministrativo	6.885	6.809	6.538

Informazioni analitiche – valori previsti			
	2015	2016	2017
1. Consulenze tecniche	125	125	125
2. Consulenze amministrative, gestionali e coordinamento progetti			
3. Consulenze sanitarie da privati	929	929	929
4. Consulenze sanitarie da altre aziende e da enti pubblici diversi			
5. Acquisti di servizi non sanitari	19.877	20.136	20.398
6. Costi per spesa farmaceutica convenzionata	29.000	29.000	29.000
7. Costi per spesa farmaceutica per la distribuzione diretta	8.422	8.507	8.592
8. Costi per spesa farmaceutica in DPC	4.100	4.141	4.182
9. Costi per il personale del ruolo sanitario	83.227	83.227	83.227
10. Costi per il personale del ruolo professionale	385	385	385
11. Costi per il personale del ruolo tecnico	8.865	8.865	8.865
12. Costi per il personale del ruolo amministrativo	6.528	6.528	6.528