

**Programma  
Sanitario Triennale  
2013-2015**

## Sommario

Parte I.....	3
a) Il contesto di riferimento e l'analisi dei bisogni.....	3
a.1) La composizione socio-demografica della popolazione.....	3
b) L'offerta dei servizi.....	10
b. 1) Le Attività di Prevenzione.....	10
b. 1.1) Promozione della Salute.....	10
b. 1.2) Supporto e valorizzazione attività e produzioni locali.....	11
b. 1.3) Emergenze Sanitarie e Ambientali.....	11
b. 1.4) Prevenzione vaccinale e screening.....	12
b. 1.5) Sicurezza Alimentare.....	13
b. 1.6) Infortuni nei luoghi di lavoro.....	14
b. 1.7) Sanità Animale Randagismo e Igiene Urbana.....	14
b. 2) L'Assistenza Ospedaliera.....	16
b. 2.1) L'analisi della domanda.....	16
b. 2.2) L'analisi dell'offerta.....	24
b. 2.3) Le principali criticità.....	25
b. 3) L'Assistenza Distrettuale.....	26
b. 3.1) L'assistenza specialistica ambulatoriale.....	26
b. 3.2) Accoglienza e continuità assistenziale.....	34
b. 3.3) La presa in carico dei soggetti non autosufficienti e in fase terminale.....	34
b. 3.4) L'assistenza alle persone con disabilità.....	36
b. 3.5) Le cure a domicilio.....	38
b. 4) La Salute Mentale e le Dipendenze Patologiche.....	40
b. 5) L'assistenza Farmaceutica.....	42
Parte II.....	46
a) Le principali problematiche e gli obiettivi programmatici e i progetti.....	46
a. 1) Lo sviluppo dei sistemi di governo per il perseguimento del miglioramento della qualità dei servizi offerti e l'impiego più efficiente delle risorse (progetti 1, 2, 3, 4).....	46
a. 2) Il governo della mobilità sanitaria (progetto 5).....	48
a. 3) Lo sviluppo e il miglioramento qualitativo delle attività di Prevenzione (progetto 6).....	49
a. 4) La ricerca di una adeguata risposta assistenziale nell'ambito dell'Assistenza Ospedaliera (progetti 7 e 8).....	50
a. 5) Il potenziamento dell'Assistenza Territoriale quale presupposto per un'offerta appropriata di prestazioni (progetti 9,10, 11, 12, 13, 14, 15).....	53
a. 6) Interventi per un'Assistenza Farmaceutica maggiormente appropriata anche a supporto della riduzione della spesa (progetto 16).....	55
a. 7) Organizzazione del servizio di Sanità Penitenziaria a seguito del passaggio delle competenze dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale (progetto 17).....	58
b) I Programmi.....	60

## 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) La composizione socio-demografica della popolazione

La popolazione dell'azienda sanitaria di Oristano, al primo gennaio 2011 è pari a 166.244 abitanti, distribuiti su 88 comuni.

	Valori[*]		
<b>A) Informazioni demografiche e socio economiche</b>			
1. Popolazione residente totale e per distretto, stratificata per sesso e classi di età[1] (Fonte ISTAT anno 2011)	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>TOT</b>
Popolazione totale			
0-14	9.835	9.112	18.947
15-44	32.191	30.754	62.945
45-64	23.677	23.632	47.309
>64	16.063	20.980	37.043
totale	81.766	84.478	166.244
Distretto Oristano	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>TOT</b>
0-14	4.621	4.278	8.899
15-44	15.094	14.631	29.725
45-64	11.061	11.533	22.594
>64	6.799	8.791	15.590
totale	37.575	39.233	76.808
Distretto Ales-Terralba	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>TOT</b>
0-14	2.687	2.483	5.170
15-44	8.900	8.489	17.389
45-64	6.667	6.119	12.786
>64	4.698	5.842	10.540
totale	22.952	22.933	45.885
Distretto Ghilarza-Bosa	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>TOT</b>
0-14	2.527	2.351	4.878
15-44	8.197	7.634	15.831
45-64	5.949	5.980	11.929

>64	4.566	6.347	10.913
totale	21.239	22.312	43.551
2. Densità di popolazione totale e per distretto (Fonte ISTAT anno 2011)			
<b>Distretti</b>	<b>Pop</b>	<b>Km2</b>	<b>Densità</b>
Oristano	76.808	889,61	86,339
Ales Terralba	45.885	892,71	51,400
Ghilarza Bosa	43.551	1.257,67	34,628
Totale	166.244	3.039,99	54,69
3. Indice di vecchiaia totale e per sesso[2] (Fonte ISTAT anno 2011)	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>TOT</b>
	163	230	196
4. Indice di invecchiamento totale e per sesso[3] (Fonte ISTAT anno 2011)	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>TOT</b>
	19,6	24,8	22,3
5. Tasso di natalità generale (Fonte ISTAT anno 2011)	6,9		
6. Tasso di mortalità generale (Fonte ISTAT anno 2011)	10,4		
7. Tasso di mortalità generale stratificato per sesso, non standardizzato per età (Fonte ISTAT anno 2011)	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>TOT</b>
			10,4
8. Popolazione straniera residente totale e per distretto stratificata per sesso e classi di età (Fonte ISTAT anno 2011)	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>TOT</b>
0-14	174	164	338
15-44	425	840	1265
45-64	178	380	558
>64	44	39	83
totale	821	1.423	2.244
9. Tasso di disoccupazione (Fonte ISTAT anno 2011)	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>TOT</b>
	13,7	17,2	15,1
10. Livelli di scolarità (Indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo 15-52 anni. Fonte ISTAT - Censimento 2001)	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>TOT</b>
	13,81	11,32	12,58

Tabella 1. Informazioni sul contesto di riferimento

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

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

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

[3] Popolazione 65+/pop totale \* 100.

Dall'esame dei dati riportati nella tabella 1, relativamente alla composizione per età della popolazione residente e alla sua struttura, si evidenzia una tendenza generale all'invecchiamento e una bassa natalità.

La tendenza all'invecchiamento della popolazione dell'Azienda, è più marcato nei distretti di Ales-Terralba e di Ghilarza-Bosa, ove si registra anche una più bassa densità abitativa.

Il saldo naturale è negativo, come risulta dal confronto tra il tasso di natalità (6.9%), il più basso della regione, e quello di mortalità (10,4%).

B) Informazioni sanitarie ed epidemiologiche			
1. Tasso di mortalità specifico per le principali cause di morte, totale e per sesso, (Fonte ISTAT anno 2006;)	M	F	TOT
Tasso di Mortalità	11,1	9,3	10,2
Tumore	4,0	2,0	3,0
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 2011)	Si rimanda all'allegato 1		
3. Rapporto MMG/1000 abitanti (Banca dati aziendale anno 2011)	0,75		
4. Rapporto PLS/1000 abitanti (Banca dati aziendale anno 2011)	0,10		
5. Consumo di farmaci (spesa netta farmaceutica convenzionata anno 2011) pro capite	201		
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 2011; escluso DRG 391))	192.18		
8. Mobilità extra regionale per ricoveri ospedalieri (Fonte: Banca Dati SDO regionale anno 2011)	1448		
9. Tassi di abortività *1000 abitanti (Fonte: Banca Dati SDO regionale anno 2011; DRG 381)	10,5		
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 2010) [4]	10		

2. Numero di cantieri edili in attività (Banca dati aziendale anno 2010)	1.615
3. Numero di allevamenti bovini, suini e ovini e numerosità dei capi (Banca dati aziendale anno 2010)	
N. allevamenti	8.698
N. capi	639.577
4. Numero di strutture di trasformazione e/o distribuzione alimentare per settore di attività (Banca dati aziendali anno 2010) [5]	
Produttori primari	100
Produttori e confezionatori	313
Distribuzione	786
Trasporti	403
Ristorazione	1.344
Produttori e confezionatori che vendono prevalentemente al dettaglio	715
5. Infortuni sul lavoro, distinti per gravità (Banca dati aziendale anno 2010)	
Mortali	4
gravi	7
Medi	26
Lievi	110

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, rendono edotti delle 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.

	<b>Anno 2006</b>	<b>Oristano</b>	<b>Sardegna</b>	<b>Italia</b>
I	Malattie infettive	0.0	1.6	1.3
II	Tumori	27.8	30.9	30.2
III	Malattie del metabolismo	2.6	4.1	4.2
IV	Malattie del sangue	0.4	0.6	0.5
V	Disturbi psichici	1.4	1.4	1.6
VI	Malattie del sistema nervoso	2.7	3.7	3.5
VII	Malattie del sist. cardiocircolatorio	40.0	35.6	39.4
VIII	Malattie dell'apparato respiratorio	5.4	6.7	6.4
IX	Malattie dell'apparato digerente	5.6	4.7	4.1
X	Malattie del sistema genitourinario	3.2	1.6	1.6
XIII	Malattie del sistema osteomuscolare	0.2	0.7	0.6
XIV	Malformazioni	0.2	0.2	0.3
XVII	Traumatismi e avvelenamenti	4.1	5.8	4.3

Distribuzione percentuale delle cause di morte, anno 2006. Fonte ISTAT

European Short List - IC-D10	<b>Anno 2009</b>	<b>Oristano</b>	<b>Sardegna</b>	<b>Italia</b>
A00-B99	Malattie infettive e parassitarie	0,6%	1,4%	<b>1,5%</b>
C00-D48	Tumore	29,3%	30,6%	<b>29,7%</b>
D50-D89	Mal. del sangue e degli organi ematop. ed alc. dist. imm.	0,9%	0,5%	<b>0,5%</b>
E00-E90	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	4,8%	4,4%	<b>4,4%</b>
F00-F99	Disturbi psichici e comportamentali	2,7%	2,9%	<b>2,5%</b>
G00-H95	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	3,9%	4,2%	<b>3,8%</b>
I00-I99	Malattie del sistema circolatorio	37,5%	33,8%	<b>38,2%</b>
J00-J99	Malattie del sistema respiratorio	5,5%	6,8%	<b>6,8%</b>
K00-K93	Malattie dell'apparato digerente	4,2%	4,9%	<b>4,0%</b>
L00-L99	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	0,1%	0,1%	<b>0,1%</b>

M00-M99	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	0,8%	0,7%	<b>0,6%</b>
N00-N99	Malattie del sistema genitourinario	2,6%	1,8%	<b>1,7%</b>
O00-O99	Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio			<b>0,0%</b>
P00-P96	Alcune condizioni che hanno origine nel periodo perinatale	0,2%	0,2%	<b>0,2%</b>
Q00-Q99	Malformazioni congenite e anomalie cromosomiche	0,2%	0,3%	<b>0,2%</b>
R00-R99	Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	2,3%	1,9%	<b>1,6%</b>
V01-Y89	Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	4,5%	5,4%	<b>4,2%</b>

Distribuzione percentuale delle cause di morte, anno 2009

Il quadro epidemiologico presenta inoltre nella ASL 5 delle caratteristiche peculiari che sono comuni a quelle di tutta la regione Sardegna ed è caratterizzato dall'alta incidenza delle patologie autoimmuni, in modo particolare del diabete tipo 1, sclerosi multipla, artrite reumatoide ecc.

**Nell'allegato 1** sono riportati i primi 30 DRG più frequenti riferiti ai residenti della ASL di Oristano per l'anno 2011, distinti per regime di ricovero. Se tale dato lo si analizza poi per grandi gruppi di patologia (MDC) si nota come la patologia più frequente nella nostra popolazione si riferisca alle malattie cardiovascolari.

Distribuzione percentuale per MDC del consumo dei DRG da parte dei residenti ASL 5 (Fonte: Banca Dati SDO regionale anni 2010-2011)

MDC	Descrizione	Numero Casi Anno 2011	Numero Casi Anno 2010	Distribuzione % anno 2011	Distribuzione % anno 2010
5	Mal. e dist. del sistema circolatorio	3.401	3.507	10%	11%
6	Mal. e dist. dell'apparato digerente	3.148	3.500	10%	11%
8	Mal. e dist. del sistema osteomuscolare e connettivo	3.073	3.135	9%	9%
2	Mal. e dist. dell'occhio	2.398	2.444	7%	7%
14	Gravidanza, parto, puerperio	1.971	2.148	6%	6%
17	Mal. e dist. mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	1.961	1.754	6%	5%
1	Mal. e dist. del sistema nervoso	1.956	1.965	6%	6%
4	Mal. e dist. dell'apparato respiratorio	1.795	1.703	5%	5%
11	Mal. e dist. rene e vie urinarie	1.699	1.699	5%	5%
13	Mal. e dist. dell'apparato riproduttivo femminile	1.650	1.598	5%	5%



9	Mal. e dist. pelle, sottocutaneo, mammella	1.331	1.298	4%	4%
7	Mal. e dist. fegato, vie biliari e pancreas	1.310	1.465	4%	4%
3	Mal. e dist. orecchio, naso, gola	1.256	1.183	4%	4%
15	Neonati normali e neonati con disturbi perinatali	1.080	1.177	3%	4%
10	Mal. e dist. endocrini, della nutrizione e del metabolismo	1.058	1.115	3%	3%
16	Mal. e dist. sangue ed organi emopoietici	1.035	946	3%	3%
12	Mal. e dist. dell'apparato riproduttivo maschile	594	545	2%	2%
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	554	564	2%	2%
19	Disturbi psichici	486	496	1%	1%
18	Malattie infettive e parassitarie	401	346	1%	1%
21	Traumatismi e avvelenamenti	212	240	1%	1%
25	Infezioni da HIV	102	109	0%	0%
Pre		67	72	0%	0%
NA		52	85	0%	0%
20	Abuso di alcool e farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcool o farmaci	44	46	0%	0%
24	Traumatismi multipli	36	42	0%	0%
22	Ustioni	27	18	0%	0%
<b>Totale</b>		<b>32.697</b>	<b>33.200</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Anche il consumo dei farmaci ci porta a fare analoghe considerazioni in merito alle patologie più frequenti quali appunto quelle cardiovascolari, tumorali o della malattia diabetica con le sue complicanze. Si riporta di seguito l'analisi della spesa e il numero di pezzi per ATC (gruppo anatomico principale) riferita all'anno 2011.

ATC	Descrizione ATC	Pezzi	Spesa Lorda
C	Sistema Cardiovascolare	1.124.230	13.027.127
A	Apparato Gastrointestinale e Metabolismo	727.591	6.320.979
N	Sistema Nervoso	268.456	4.122.725
R	Sistema Respiratorio	149.085	3.882.666
M	Sistema Muscolo - Scheletrico	211.210	2.429.525
J	Antimicrobici Generali per Uso Sistemico	214.629	2.393.559
B	Sangue e organi Emopoietici	273.801	1.342.252
G	Sistema Genito Urinario ed ormoni sessuali	129.270	1.234.511
L	Farmaci antineoplastici ed	19.793	1.033.296

	immunomodulatori		
S	Organi di Senso	53.235	678.943
H	Preparatori Ormonali sistemici esc. Ormoni sess. e insuline	115.947	665.907
D	Dermatologici	15.906	238.596
V	Vari	1.123	42.409
P	Farmaci antiparassitari insetticidi e repellenti	4.771	28.868

Composizione spesa farmaceutica anno 2011

#### 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

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 ha assunto un nuovo approccio alla prevenzione mettendo la persona e la comunità, di cui è parte, al centro del progetto di salute ed identificando tre categorie di prevenzione:

- prevenzione come promozione della salute: interventi che potenziano i determinanti positivi e che controllano i determinanti negativi sia individuali che ambientali;
- prevenzione come individuazione del rischio: interventi di screening della popolazione e medicina predittiva;

- prevenzione come gestione della malattia e delle sue complicanze: adozione di protocolli diagnostico-terapeutico-riabilitativi fondati sull'evidenza di efficacia, con standard di qualità, con verifiche e monitoraggio.

In attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione, del Piano Sanitario della Regione Sardegna 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 Oristano è consapevole che rafforzando le azioni nel campo della prevenzione sia nel lungo periodo al fine di ridurre il peso delle malattie croniche-degenerative sulla società, sia nel breve-medio periodo al fine di mantenere distanti i cittadini dai principali fattori di rischio per la propria salute attraverso la loro consapevolezza della validità di tali azioni, raggiunge il duplice effetto benefico individuale e collettivo che si somma al valore aggiunto di un forte risparmio sui costi sociali della sanità pubblica.

Tali obiettivi saranno realizzati attraverso la creazione/il rafforzamento di una "Rete della Prevenzione" con il coinvolgimento di tutte le figure professionali e non, a partire dai Servizi del Dipartimento di Prevenzione, ai Medici di Medicina Generale, ai Servizi Sociosanitari, alle Associazioni dei cittadini, così come la Regione Sardegna ha indicato sia nel Piano Sanitario Regionale che nel Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012.

Di seguito sono trattati alcuni degli interventi ritenuti strategici nel triennio in esame:

#### b. 1.1) Promozione della Salute

L'evoluzione della società sia in termini di miglioramento delle condizioni abitative, dell'alimentazione e degli stili di vita, sia di crescita culturale e di recepimento di normative europee è stata accompagnata da eventi che hanno avuto un forte impatto sulla salute della popolazione tra le quali ad es. la presenza nell'ambiente di sostanze chimiche, allergizzanti se non addirittura tossiche, e, evento di per sé positivo, l'allungamento della vita.

Questo stato ha portato ad un incremento delle malattie croniche-degenerative determinate da numerosi fattori fra i quali un ruolo determinante è assunto dagli stili di vita che i singoli cittadini adottano. Pertanto è necessario focalizzare l'attenzione sullo sviluppo della promozione della salute, e, ricordando la definizione di salute data dall'OMS nel 1948 come quello "...stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto in un'assenza di malattia o di infermità", attribuire alle azioni di prevenzione una valenza di insieme della società che, pur coinvolgendo a livello personale i singoli cittadini, assume una motivazione ed una prospettiva d'insieme.

La ASL di Oristano, ponendo grande attenzione alla attivazione di strategie di promozione della salute che prendono origine dai determinanti della salute modificabili, vuole rafforzare l'impegno nei confronti di quelli relativi agli stili di vita promuovendo un'azione di rete di prevenzione su tematiche quali l'alimentazione e l'attività motoria a partire dall'età dell'infanzia.

Fra le strategie aziendali permane quella 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.

Le azioni programmate che la ASL promuove attraverso il Dipartimento di Prevenzione con l'ausilio dell'Ufficio Promozione della Salute, si integrano nei programmi nazionali e regionali in modo che la rete delle iniziative concordi e diffuse possano nel tempo consentire la misurazione degli effetti.

#### b. 1.2) Supporto e valorizzazione attività e produzioni locali

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.

#### b. 1.3) Emergenze Sanitarie e Ambientali

Al Dipartimento di Prevenzione sono attribuite le funzioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana ed animale, mediante iniziative coordinate con i Servizi ad esso afferenti, con gli altri Dipartimenti e le Aree funzionali – organizzative Dipartimentali.

Ad esso sono assegnate, in forza di attribuzioni di legge, i compiti di prevenzione collettiva e sanità pubblica anche a supporto dell'Autorità Sanitaria locale, allo scopo di tutelare le collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali. In particolare il DPCM 29/11/01 sui livelli essenziali di assistenza (LEA) attribuisce alla ASL il compito di tutelare la collettività ed i singoli dai rischi connessi agli ambienti di vita anche in riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali.

La ASL, a seguito di specifiche indicazioni regionali, è individuata come l'Ente competente per la valutazione del rischio sanitario per i fattori ambientali di rischio e nello specifico di:

- radioprotezione da Radiazioni Ionizzanti (R.I.) e Non Ionizzanti (N.I.R.): atti autorizzativi, pareri e vigilanza;
- siti contaminati: analisi di rischio;
- fattori ambientali di rischio (inquinamento atmosferico, rumore, Campi Elettromagnetici. (C.E.M.), ecc.: informazioni tossicologiche e valutazione dei rischi sanitari;
- pareri edilizi ed urbanistici: valutazione degli aspetti sanitari in riferimento al contesto di inserimento di progetti e strumenti urbanistici;
- Valutazione di Impatto Ambientale (V.I.A.) e Valutazione Ambientale Strategica (V.A.S.): valutazione degli aspetti sanitari in riferimento al contesto di inserimento di progetti e strumenti urbanistici;
- richieste di intervento per inquinamento atmosferico, idrico e da rifiuti prodotti da insediamenti produttivi e da attività di servizio.

L'attività di vigilanza nelle materie specifiche di cui sopra sono di competenza talvolta del Comune, talvolta della Provincia, oppure dell'ARPAS.

Solo in caso di superamento dei limiti stabiliti dalla normativa a tutela della salute pubblica, sulla base delle rilevazioni strumentali di ARPAS, la ASL propone l'adozione di provvedimenti agli Enti competenti, se non già adottati dagli Enti stessi.

La contaminazione ambientale, sia essa accidentale che intenzionale, da sostanze quali nitrati, micotossine, residui di prodotti fitosanitari, metalli pesanti, diossine, contaminazioni microbiologiche, antibiotici aumenta il rischio di contaminazioni o di residui negli alimenti.

L'Azienda pertanto, attraverso gli interventi del Dipartimento di Prevenzione, ritiene che sia importante migliorare le tecniche produttive ed implementare i controlli in modo da mettere al riparo il consumatore dall'assunzione di quantità dannose di tali sostanze, così come previsto dai piani nazionali, regionali e dai regolamenti comunitari.

#### b. 1.4) Prevenzione vaccinale e screening

Il Dipartimento di Prevenzione, in linea con le norme Nazionali, Regionali, Aziendali, attraverso l'attività del Servizio Igiene Pubblica, garantisce, in modo uniforme sul territorio provinciale, a tutta la popolazione sia essa in età pediatrica o adulta, un eguale diritto all'accesso alla prevenzione vaccinale. A tutti i nuovi nati, vengono praticate le vaccinazioni obbligatorie contro: Difterite, Tetano, Poliomelite, Epatite virale B, con un ottimo controllo delle malattie prevenibili. Per le vaccinazioni raccomandate vengono proposti i vaccini contro la Pertosse, Morbillo, Rosolia, Parotite, Varicella, contro le infezioni invasive da Hib e da meningococco di gruppo C A Y W.

Importante la vaccinazione anti-HPV (anti papilloma virus) offerta gratuitamente alle adolescenti nel corso del 12° anno di età.

Nella stagione invernale continua ad attuarsi la campagna di vaccinazione antinfluenzale rivolta agli ultra sessantacinquenni e alle categorie a rischio contemporaneamente alla vaccinazione anti pneumococcica nei soggetti adulti a rischio. Si eseguono inoltre le vaccinazioni antitetanica, antiepatite A, antiepatite B e antitifica, a determinate categorie di lavoratori e ai viaggiatori internazionali.

Particolare riguardo merita attualmente la vaccinazione antipneumococco 13valente di nuova introduzione con sostituzione del vaccino 7valente in uso fino al 2010.

Le azioni future vanno verso la direzione di aumentare le coperture vaccinali del vaccino coniugato 13valente, a proteggere dalle malattie invasive correlate al pneumococco sia i bambini fino ai 5 anni di vita che, per un fenomeno di protezione di massa (herd immunity), i soggetti a rischio per patologia o nell'età fragile (anziani) e la popolazione giovane o adulta.

E' attiva l'anagrafe vaccinale informatizzata, sia a livello regionale che aziendale. Questo strumento rappresenta un valido mezzo per la valutazione e il monitoraggio delle coperture vaccinali. L'informatizzazione consente la messa in atto della chiamata attiva della popolazione eleggibile con la riorganizzazione e la razionalizzazione della rete vaccinale.

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 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. E' 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 evidenza scientifica sono solo quelli del tumore della cervice uterina, del carcinoma della mammella e del carcinoma del colon-retto.

Nel campo degli Screening si prevede di continuare l'attività di prevenzione secondaria nei confronti dei tumori della cervice uterina dove è già iniziato il secondo round per le donne invitate tre anni fa (periodicità dello screening: 3 anni).

A tutt'oggi l'invito alla partecipazione dello screening della cervice uterina ha interessato il 96% circa della popolazione target con un tasso di adesione pari a circa il 50% (43.1512 inviti con

21.439 adesioni). Obiettivo di questo screening per i prossimi anni è quello di aumentare il tasso di adesione (obiettivo: 60%) cercando di sensibilizzare maggiormente i MMG che facciano opera di persuasione nei confronti delle loro assistite.

E' attivo lo screening mammografico, con le radiologie di Oristano di Ghilarza e di Bosa. Le radiologie periferiche (Ghilarza, Bosa, Ales) risentano del fatto di avere mammografi analogici, in un anno di attività sono state invitate ad eseguire la mammografia 6.252 donne a cui hanno aderito 2.728 donne. Sono state inviate al chirurgo per l'asportazione del tumore 32 donne. Obiettivo dei prossimi anni è quello di aumentare la copertura della popolazione target (ad oggi pari solo al 57%) e di aumentare l'adesione delle donne con campagne di sensibilizzazione.

#### b. 1.5) Sicurezza Alimentare

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 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.

In coerenza con gli obiettivi della strategia regionale e aziendale di Sicurezza Alimentare 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 del SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione), SIAOA (Servizio Igiene Alimenti di Origine Animale), SIAPZ (Servizio Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche), e SSA (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.

#### b. 1.6) Infortuni nei luoghi di lavoro

L'impegno a garantire la sicurezza e preservare la salute del cittadino sul luogo di lavoro, in un periodo storico di importanti cambiamenti sociali e produttivi è certamente un fattore altamente qualificante per una società moderna ed evoluta.

L'Accordo tra Stato e Regioni contenuto nel "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro" sottoscritto il 1 Agosto 2007 e accolto nel D.P.C.M. del 17-12-2007, promuove la realizzazione di appropriate ed efficaci azioni di prevenzione. Il Patto prevede il reale coinvolgimento di tutti gli attori del sistema e la diffusione di adeguate e fruibili

informazioni per migliorare la conoscenza e per indirizzare le scelte operative; lo stesso raccomanda inoltre di implementare le attività di assistenza, di promozione della salute e di rafforzare il ruolo del servizio pubblico quale riferimento del "sistema sicurezza".

Il legislatore ha tradotto questa nuova tendenza in atti normativi molto concreti, ai quali devono seguire un adeguato impegno ed un'attenta programmazione delle attività per conseguire tutta la concretezza di cui necessitano. In particolare è opportuno ricordare l'approvazione del DLgs 81 del 9 aprile 2008 (Testo Unico), che ha recepito e riorganizzato gran parte della produzione normativa precedentemente in vigore, introducendo importanti novità che coinvolgono direttamente sia il mondo del lavoro, imprenditoriale e sindacale, sia il sistema pubblico.

Le strategie adottate nel corso degli anni sono rappresentate sia da attività che discendono da ciò che la normativa nazionale, regionale e le direttive aziendali prevedono, sia dalle esigenze e bisogni del territorio. Lo stesso Testo Unico conferma la competenza generale attribuita alle ASL e in particolare al Servizio Pre.S.A.L. in materia di vigilanza e controllo sull'applicazione della legislazione sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro allo scopo di rafforzare il ruolo del servizio pubblico nel sistema sicurezza.

Le attività di controllo, informazione e formazione che, proseguiranno anche nel triennio in esame, si prefiggono di favorire le conoscenze e le competenze degli attori coinvolti in particolar modo quelli dei cantieri edili e delle attività agricole che rappresentano rispettivamente il 10 e il 64,14% del totale delle attività produttive della provincia. Oltre all'attenzione alla prevenzione degli infortuni sul lavoro si continuerà l'azione sul miglioramento del benessere dei lavoratori nei luoghi di lavoro al fine del controllo delle patologie derivanti dall'attività lavorativa.

L'azienda sanitaria offre la sorveglianza sanitaria ai lavoratori ex esposti all'amianto con supporto sanitario, psico-sociale e consulenza medico legale secondo procedure aziendali e regionali.

#### b. 1.7) Sanità Animale Randagismo e Igiene Urbana

Nell'ambito della programmazione nazionale e regionale, relativamente alla tutela della salute collettiva, perseguendo strategie di promozione della salute, prevenzione delle malattie e miglioramento della qualità della vita, nel campo della Sanità Animale il Dipartimento di Prevenzione si occupa del controllo delle malattie infettive e parassitarie degli animali con particolare attenzione alle malattie trasmissibili all'uomo (zoonosi) allo scopo di tutelare le produzioni e garantire i consumatori.

In particolare la sanità pubblica animale si occupa di :

- polizia veterinaria e zoonosi
- identificazione ed anagrafe degli animali e degli allevamenti
- controllo dello stato sanitario di tutti gli allevamenti
- controllo ed eradicazione delle malattie infettive degli animali, secondo la pianificazione nazionale e regionale.

La tutela della salute degli animali che producono alimenti viene indirizzata sul principale obiettivo di produrre derrate alimentari con minori rischi per i consumatori e minore impatto sull'ambiente.

I controlli sono indirizzati alla sorveglianza su malattie zoonosiche , quali la tubercolosi, la brucellosi, le malattie neurologiche trasmissibili, le salmonellosi, trasmesse con gli alimenti derivati dalle produzioni animali e su tutte le patologie che riguardano sia gli animali che la salute ed il benessere dei soggetti allevati. Le attività di intervento veterinario consentono nel lungo periodo di:

- implementare l'osservatorio epidemiologico delle malattie, con stima degli indicatori di incidenza e prevalenza;
- aggiornare dinamicamente e continuamente le banche dati di identificazione, registrazione e movimentazione degli animali;

- dare esecuzione ai piani di risanamento sulle principali patologie previste dalle norme nazionali e regionali
- dare esecuzione ai piani di valutazione delle buone pratiche aziendali in allevamento;
- disporre di sistemi rapidi di tracciabilità degli animali e delle carni, dall'allevamento al consumatore finale.

Il benessere animale, riferito agli animali di interesse zootecnico, è stato oggetto di ripetuti interventi del legislatore sia sull'allevamento, sia per le pratiche inerenti il trasporto e la macellazione degli animali.

Tali direttive, mirano ad introdurre misure minime di protezione degli animali a garanzia di livelli accettabili di benessere nelle diverse fasi dei cicli zootecnici. Al di là dell'aspetto puramente etico, esiste una diretta correlazione fra la produzione quali-quantitativa ottenuta dagli animali da allevamento e il loro stato di benessere generale psicofisico. L'utilizzo di strutture e tecniche di allevamento idonee ad evitare condizioni di stress e l'adozione di azioni sanitarie preventive, piuttosto che il ricorso all'uso massiccio di farmaci, risulta spesso la via più semplice per proteggere gli animali, ottenere produzioni di qualità e tutelare le produzioni zootecniche.

Il piano di sviluppo rurale 2000/2006, esteso anche al programma 2007-2013,

"Miglioramento del benessere animale" prevede incentivi agli allevatori del settore ovi-caprino che si impegnano ad adottare una serie di misure finalizzate al controllo delle mastiti con la corretta gestione della mungitura e conseguentemente della produzione qualitativa del latte.

Le misure minime di protezione degli animali, a garanzia di livelli accettabili di benessere, sono estese anche alle specie allevate ai fini sportivi ed agli animali d'affezione al fine di evitare maltrattamenti e abbandono degli animali da compagnia. Fatte salve le specifiche attività in materia di randagismo, continueranno le azioni previste da "Il Piano di lotta al Randagismo e controllo delle nascite degli animali d'affezione" di piccola taglia, che vedrà impegnati i tre Servizi Veterinari del Dipartimento di Prevenzione. Si proseguirà inoltre le attività di monitoraggio e prevenzione per contrastare la diffusione della "WND" (West Nile Disease) nel nostro territorio.

## 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 2010 e 2011, 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 (10%);
- apparato digerente (10%);
- sistema osteomuscolare e connettivo (9%);
- dell'occhio; (7%)
- del sistema nervoso (6%);
- mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate (6%);
- dell'apparato respiratorio (5%);
- rene e vie urinarie (5%);
- dell'apparato riproduttivo femminile (5%);
- pelle, sottocutaneo e mammella; fegato, vie biliari e pancreas; orecchio, naso, gola (tutte e tre al 4%).

L'ordine della distribuzione percentuale dei grandi gruppi di patologie, come sopra rappresentato, non è sostanzialmente variato nell'anno 2010 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 2011 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 73% e al 52% sul totale della domanda complessiva 2011. 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 88% e 74%. 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 46% (48% nel 2010), una fuga sul DRG 381 - aborto con dilatazione e raschiamento - pari al 49% (52% nel 2010) e sul DRG 364 - dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne - pari al 62 (52% nel 2010)%;
- il DRG 42 riguardante l'apparato oculistico, che rappresenta il nono DRG per frequenza (interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino), registra una fuga pari al 40% che rimane pressoché costante rispetto all'anno 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)

Anno di riferimento	Tasso grezzo di ospedalizzazione
2008	206,58
2009	196,32
2010	194,48
2011	192,19

**Tabella 3. Incidenza dei primi 30 DRG in consumo per i residenti ASL 5. (Fonte: Banca Dati SDO regionale anni 2011-2010)**

drg	Descrizione	Ordine	2011		2010		Ordine
			N	VAL	N	VAL	
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	1	1.125	351.876	969	318.205	1
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	2	1.019	3.437.999	912	2.790.654	2
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	3	761	1.649.797	629	1.370.207	8
391	Neonato normale	4	747	386.190	764	394.336	3
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	5	694	997.801	732	1.076.411	5
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	6	582	421.386	755	474.010	4
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	7	568	1.435.470	546	1.407.857	9
127	Insufficienza cardiaca e shock	8	561	1.518.398	630	1.717.407	7
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	9	508	934.365	665	1.226.171	6
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	10	471	653.466	428	593.064	10
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	11	392	431.584	395	438.728	12
169	Interventi sulla bocca senza CC	12	390	755.697	279	552.033	24
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	13	357	605.505	410	693.095	11
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	14	352	197.402	364	210.021	15
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	15	351	342.787	343	293.980	17
371	Parto cesareo senza CC	16	344	825.836	373	903.819	13
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	17	340	450.161	281	370.942	23
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	18	330	1.114.240	307	1.027.044	19
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	19	317	345.219	361	445.758	16
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	20	308	259.440	337	271.347	18
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	21	302	2.713.056	285	2.496.179	22
316	Insufficienza renale	22	301	881.624	366	972.942	14
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	23	280	519.791	259	423.902	27

089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	24	270	824.693	235	711.557	29
430	Psicosi	25	261	699.146	268	663.970	26
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	26	239	416.746	216	408.204	33
138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	27	232	522.777	193	432.220	43
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	28	227	653.380	242	686.616	28
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	29	224	251.853	297	337.970	20
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	30	219	490.557	232	528.925	31
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC		13.072	25.088.243	13.073	24.237.574	
	<b>Totale primi trenta DRG sui residenti ASL5</b>		32.697	81.789.921	33.200	80.561.048	
	<b>Totale DRG sui residenti ASL 5</b>		1.125	351.876	969	318.205	

Distribuzione percentuale per MDC del consumo dei DRG da parte dei residenti ASL 5 (Fonte: Banca Dati SDO regionale anni 2011-2010)

<b>MDC</b>	<b>Descrizione</b>	<b>TOT Numero Anno 2011</b>	<b>TOT Valore Anno 2011</b>	<b>Distribuzione % anno 2011</b>	<b>Distribuzione % anno 2010</b>
5	Mal. e dist. del sistema circolatorio	3.401	3.507	10%	11%
6	Mal. e dist. dell'apparato digerente	3.148	3.500	10%	11%
8	Mal. e dist. del sistema osteomuscolare e connettivo	3.073	3.135	9%	9%
2	Mal. e dist. dell'occhio	2.398	2.444	7%	7%
14	Gravidanza, parto, puerperio	1.971	2.148	6%	6%
17	Mal. e dist. mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	1.961	1.754	6%	5%
1	Mal. e dist. del sistema nervoso	1.956	1.965	6%	6%
4	Mal. e dist. dell'apparato respiratorio	1.795	1.703	5%	5%
11	Mal. e dist. rene e vie urinarie	1.699	1.699	5%	5%
13	Mal. e dist. dell'apparato riproduttivo femminile	1.650	1.598	5%	5%
9	Mal. e dist. pelle, sottocutaneo, mammella	1.331	1.298	4%	4%
7	Mal. e dist. fegato, vie biliari e pancreas	1.310	1.465	4%	4%
3	Mal. e dist. orecchio, naso, gola	1.256	1.183	4%	4%
15	Neonati normali e neonati con disturbi perinatali	1.080	1.177	3%	4%
10	Mal. e dist. endocrini, della nutrizione e del metabolismo	1.058	1.115	3%	3%
16	Mal. e dist. sangue ed organi emopoietici	1.035	946	3%	3%
12	Mal. e dist. dell'apparato riproduttivo maschile	594	545	2%	2%
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	554	564	2%	2%
19	Disturbi psichici	486	496	1%	1%
18	Malattie infettive e parassitarie	401	346	1%	1%
21	Traumatismi e avvelenamenti	212	240	1%	1%
25	Infezioni da HIV	102	109	0%	0%
Pre		67	72	0%	0%
NA		52	85	0%	0%
20	Abuso di alcool e farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcool o farmaci	44	46	0%	0%
24	Traumatismi multipli	36	42	0%	0%
	<b>TOTALE</b>	<b>32.697</b>	<b>33.200</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabella 4

Incidenza dei primi 30 DRG in consumo per i residenti ASL 5 (Fonte: Banca Dati SDO regionale anno 2011).

Tabella 5

drg	Descrizione	Totale primi trenta		Prodotti dai Presidi ASL 5		Prodotti in mobilità passiva infra regione		Prodotti in mobilità passiva extra regione	
		Numero Casi	%	Numero Casi	%	Numero Casi	%	Numero Casi	%
410	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	1 .125	100%	1.076	96%	45	4%	4	0%
544	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1 .019	100%	280	27%	689	68%	50	5%
359	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	761	100%	412	54%	293	39%	56	7%
127	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	747	100%	529	71%	201	27%	17	2%
395	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	694	100%	523	75%	161	23%	10	1%
014	Insufficienza cardiaca e shock	582	100%	484	83%	79	14%	19	3%
498	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	568	100%	403	71%	139	24%	26	5%
373	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	561	100%	467	83%	82	15%	12	2%
042	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	508	100%	308	61%	192	38%	8	2%
557	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	471	100%	390	83%	69	15%	12	3%
552	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	392	100%	197	50%	182	46%	13	3%
316	Parto cesareo senza CC	390	100%	20	5%	366	94%	4	1%
371	Insufficienza renale	357	100%	43	12%	302	85%	12	3%
089	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	352	100%	258	73%	90	26%	4	1%
169	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	351	100%	127	36%	196	56%	28	8%
541	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	344	100%	233	68%	101	29%	10	3%
210	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	340	100%	291	86%	46	14%	3	1%
542	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	330	100%	234	71%	88	27%	8	2%
555	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	317	100%	220	69%	87	27%	10	3%
430	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	308	100%	246	80%	56	18%	6	2%

569	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	302	100%	79	26%	200	66%	23	8%
104	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	301	100%	208	69%	85	28%	8	3%
162	Interventi sulla bocca senza CC	280	100%	133	48%	141	50%	6	2%
494	Minaccia di aborto	270	100%	214	79%	52	19%	4	1%
481	Psicosi	261	100%	223	85%	27	10%	11	4%
203	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	239	100%	221	92%	15	6%	3	1%
503	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	232	100%	205	88%	25	11%	2	1%
082	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	227	100%	181	80%	42	19%	4	2%
087	Malattia polmonare cronica ostruttiva	224	100%	86	38%	134	60%	4	2%
479	Cirrosi e epatite alcolica	219	100%	165	75%	49	22%	5	2%
	<b>Totale</b>	<b>13.072</b>	<b>100%</b>	<b>8.456</b>	<b>65%</b>	<b>4.234</b>	<b>32%</b>	<b>382</b>	<b>3%</b>

Primi 30 DRG ordinati per riferiti ai residenti ASL 5 (Fonte: Banca Dati SDO regionale anno 2011)

		Totale primi trenta		Prodotti dai Presidi ASL 5		Prodotti in mobilità passiva infra regione		Prodotti in mobilità passiva extra regione	
<b>drg</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Valore</b>	<b>%</b>	<b>Valore</b>	<b>%</b>	<b>Valore</b>	<b>%</b>	<b>Valore</b>	<b>%</b>
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	3.437.999	100%	1.750.448	51%	1.551.791	45%	135.760	4%
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	2.713.056	100%	716.247	26%	1.769.992	65%	226.817	8%
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	1.649.797	100%	871.728	53%	646.996	39%	131.073	8%
127	Insufficienza cardiaca e shock	1.518.398	100%	1.266.826	83%	211.798	14%	39.774	3%
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	1.435.470	100%	937.036	65%	489.189	34%	9.246	1%
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	1.114.240	100%	784.214	70%	298.183	27%	31.843	3%
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	1.106.896	100%	20.311	2%	932.272	84%	154.313	14%
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	997.801	100%	733.523	74%	249.770	25%	14.508	1%
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	934.365	100%	564.296	60%	351.769	38%	18.300	2%

557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	889.067	100%	785.223	88%	93.055	10%	10.789	1%
552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	887.545	100%	784.412	88%	73.836	8%	29.297	3%
316	Insufficienza renale	881.624	100%	593.763	67%	265.457	30%	22.404	3%
371	Parto cesareo senza CC	825.836	100%	552.349	67%	245.128	30%	28.360	3%
089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	824.693	100%	653.865	79%	157.368	19%	13.460	2%
169	Interventi sulla bocca senza CC	755.697	100%	40.502	5%	705.976	93%	9.219	1%
541	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	748.747	100%		0%	636.602	85%	112.145	15%
210	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	736.262	100%	606.568	82%	98.567	13%	31.127	4%
542	Tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	728.316	100%	149.614	21%	539.829	74%	38.873	5%
555	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	705.824	100%	503.124	71%	192.975	27%	9.725	1%
430	Psicosi	699.146	100%	591.712	85%	67.076	10%	40.358	6%
569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	660.021	100%	384.654	58%	218.332	33%	57.035	9%
104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	659.259	100%		0%	585.445	89%	73.814	11%
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	653.466	100%	540.023	83%	95.788	15%	17.655	3%
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	653.380	100%	514.409	79%	130.287	20%	8.685	1%
481	Trapianto di midollo osseo	631.755	100%		0%	408.874	65%	222.881	35%
203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	607.114	100%	316.753	52%	264.024	43%	26.337	4%
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	605.505	100%	72.094	12%	513.713	85%	19.698	3%
082	Neoplasie dell'apparato respiratorio	595.205	100%	342.510	58%	236.770	40%	15.924	3%
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	594.411	100%	286.363	48%	261.834	44%	46.214	8%
479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	587.706	100%	492.013	84%	74.872	13%	20.822	4%
		<b>29.838.602</b>	<b>100%</b>	<b>15.854.581</b>	<b>53%</b>	<b>12.367.568</b>	<b>41%</b>	<b>1.616.453</b>	<b>5%</b>

Tabella 5 bis

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

Dalla lettura della tabella che segue, si può affermare che il dato della mobilità passiva sta progressivamente diminuendo nel corso del tempo in riferimento al valore assoluto del numero di prestazioni acquisite extra-asl, (si registra un decremento rispetto all'anno 2007 pari all'8,8%).

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%	<b>36.073</b>
2008	21.969	62%	13.589	38%	<b>35.558</b>
2009	20.775	62%	12.924	38%	<b>33.699</b>
2010	19.495	59%	13.705	41%	<b>33.200</b>
2011	19.425	59%	13.272	41%	<b>32.697</b>

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 2010-2011.

anno 2010	RO		DH		Totali	
	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
San Martino	9.747	27.236.204	2.465	4.419.159	12.212	31.655.363
Delogu	1.661	3.721.803	726	854.683	2.387	4.576.486
Mastino	2.060	4.501.574	267	300.269	2.327	4.801.843
<b>Tot PPOO pubblici</b>	<b>13.468</b>	<b>35.459.581</b>	<b>3.458</b>	<b>5.574.112</b>	<b>16.926</b>	<b>41.033.692</b>
Casa di Cura MdR	2.290	4.759.901	3.316	2.841.367	5.606	7.601.268
<b>Totale ASL 5</b>	<b>15.758</b>	<b>40.219.481</b>	<b>6.774</b>	<b>8.415.479</b>	<b>22.532</b>	<b>48.634.960</b>

Tabella 5PO. Produzione DRG ASL 5 anno 2010

anno 2011	RO		DH		Totali	
	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
San Martino	9.683	28.102.992	2.796	5.619.893	12.479	33.722.885
Delogu	1.700	3.959.460	890	938.379	2.590	4.897.839
Mastino	1.678	4.274.643	193	246.313	1.871	4.520.956
<b>Tot PPOO pubblici</b>	<b>13.061</b>	<b>36.337.095</b>	<b>3.879</b>	<b>6.804.585</b>	<b>16.940</b>	<b>43.141.680</b>
Casa di Cura MdR	2.636	5.766.326	3.176	2.494.525	5.812	8.260.850
<b>Totale ASL 5</b>	<b>15.697</b>	<b>42.103.421</b>	<b>7.055</b>	<b>9.299.110</b>	<b>22.752</b>	<b>51.402.531</b>



Tabella 7. Produzione DRG ASL 5 anno 2011

Per quanto riguarda la produzione nel suo complesso si registra nell'anno 2011 un aumento, rispetto all'anno 2010, dell'1%% sul numero dei ricoveri e di circa il 6% sul loro valore. Tale aumento nel valore è da imputarsi a pressoché tutti i presidi (pubblici e privato). Anche nel presidio Mastino di Bosa, dove si registra una riduzione del numero delle prestazioni rispetto all'anno 2010 pari a circa il 20%, si nota che la riduzione del valore è pari a solo il 6%, facendo desumere un aumento nella produzione di prestazioni più complesse o quantomeno collocate nel più appropriato regime di ricovero.

Nei tre presidi pubblici il peso medio dei DRG trattati in ricovero ordinario è cresciuto abbastanza rispetto all'anno 2010. In particolare nel presidio San Martino si registra un peso medio pari a 0,98 rispetto allo 0,85 presente nel 2010; nel PO Delogu si registra un aumento di 0,13 punti rispetto al dato di partenza pari a 0,72 del 2010; infine nel PO Mastino di Bosa si è verificato l'incremento maggiore: da 0,74 nel 2010 a 0,97 nel 2011. 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).

La distribuzione del totale dei ricoveri rispetto al regime fa intravedere una tendenza in aumento del regime diurno rispetto a quello ordinario, nei presidi pubblici da imputare soprattutto al presidio Delogu di Ghilarza. La Casa di Cura Madonna del Rimedio invece ha invertito la tendenza rispetto all'anno 2010 con una crescita dei ricoveri ordinari rispetto ai diurni.

L'indice di attrazione, in termini di mobilità attiva dei ricoveri ospedalieri, rimane pressoché costante nel quadriennio 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%

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), hanno contribuito a mantenere alto il livello 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.

Il dato relativo ai tassi di occupazione rivelano inoltre un'altra criticità importante e cioè la necessità di rivedere la dotazione di posti letto nei diversi regimi di ricovero e tra posti letto per acuti e per post acuti, sia nei presidi pubblici che nel presidio privato. Il basso tasso di occupazione dei ricoveri ordinari della Casa di Cura Madonna del Rimedio dimostra ancora una volta che la dotazione dei posti letto così come identificata non risulta essere adeguata. Nell'anno 2011 la Casa di Cura ha ottenuto da parte dell'Assessorato Regionale alla Sanità l'autorizzazione ad esercitare l'attività di ricovero per post acuti e più precisamente per lungodegenza (9 posti letto) e riabilitazione intensiva (6 posti letto). Ciò dovrebbe consentire di riportare l'attività verso livelli più appropriati.

Come per la Casa di Cura anche per quanto concerne i presidi pubblici risulta indispensabile 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. Sarà quindi di aiuto la presenza dei posti letto di riabilitazione intensiva, di lungodegenza e di neuro riabilitazione per riportare maggiore appropriatezza dei casi trattati nell'attività per acuzie, mentre più difficile sarà il compito di 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).

#### 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;

In tale contesto l'ASL di Oristano si è dotata di un Piano Attuativo Aziendale (PAA) per il Governo delle Liste d'Attesa, approvato con atto deliberativo n. 843 del 20.12.2011 e soggetto ad aggiornamenti annuali, il quale prevede una serie di azioni che verranno gradualmente poste in essere per il controllo della domanda e per il governo dell'offerta di prestazioni.

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. Si tratta di un processo lento e graduale che non può dare risultati immediati sulla diminuzione dei tempi di attesa perché è sostanzialmente un processo di profondo cambiamento culturale che deve essere realizzato con il contributo di tutti gli attori del sistema: pazienti, medici prescrittori, strutture erogatrici, apparati amministrativi delle Aziende e sistemi di prenotazione CUP. Per le

ragioni su esposte è altrettanto importante intervenire con azioni diverse e parallele che devono essere costantemente poste in essere e implementate di anno in anno.

In particolare, nel periodo di interesse, è intendimento dell'Azienda lavorare sulla diffusione dell'utilizzo delle priorità cliniche. Il PNGLA 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. La data in cui effettuare la visita o la prestazione diagnostica è assegnata secondo le condizioni cliniche del paziente e non secondo l'ordine di presentazione al CUP. In tal modo chi ha effettiva necessità non deve aspettare un tempo eccessivamente lungo risultante dal semplice ordine cronologico di prenotazione. L'utilizzo delle priorità cliniche presuppone 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. I risultati potranno essere tangibili solo nel momento in cui le classi di priorità potranno essere utilizzate in maniera sistematica e capillare. Proseguirà, inoltre, la già avviata attività di studio e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi e proseguiranno anche i momenti di confronto con i soggetti coinvolti (medicina primaria e specialisti ospedalieri e ambulatoriali e direzioni di distretto).

Per il controllo dell'offerta nel PAA sono previste una serie di azioni che si riepilogano sinteticamente:

- 1) sostegno e potenziamento del CUP Aziendale che attualmente accentra la quasi totalità delle richieste di accesso all'assistenza sanitaria ambulatoriale e le traduce in prenotazione fornendo nel contempo agli utenti le informazioni necessarie per un accesso conforme alle esigenze diagnostico-terapeutiche. Il presidio costante del sistema di prenotazione è garantito dalla Segreteria Aziendale CUP che ha anche il compito di interfacciarsi con la Segreteria Regionale per tutte le problematiche di interesse sovra-ziendale.
- 2) completamento dell'informatizzazione degli ambulatori. E' necessario che in tutti gli ambulatori in cui si erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale venga garantita la dotazione di un PC che consenta l'immediata registrazione delle prestazioni sul sistema SGP riducendo al minimo l'attività di back office. In tal modo, oltre a ridurre il margine di errore e rispettare i tempi relativi all'assolvimento del debito informativo sia nei confronti della Regione (File C) che nei confronti del Ministero (STS 21), si ottengono informazioni in tempo reale sulle prestazioni eseguite che possono essere utilizzate per gestire al meglio le agende di prenotazione.
- 3) prosecuzione dell'attività 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, classi di priorità, tipologia, struttura di erogazione.
- 4) gestione delle disdette attraverso la sensibilizzazione dell'utenza, l'attivazione di un sistema di messaggistica che ricorda all'utente giorno e ora dell'appuntamento e l'implementazione di un sistema di recall.
- 5) Aumento dell'offerta di prestazioni che sarà garantito ricorrendo a seconda dei casi:
  - 5.1) alla libera professione erogata dai propri professionisti ai sensi dell'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza del 8 giugno 2000;
  - 5.2) all'aumento di ore di specialistica ambulatoriale
  - 5.3) all'assunzione di specifiche figure professionali mediche
  - 5.4) eventuale acquisto di prestazioni dalle strutture private accreditate.

L'esame della tabella 9 mostra il consumo di prestazioni di specialistica ambulatoriale dei nostri residenti nell'anno 2011: 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 angiologia, diagnostica per immagini, neurologia, oncologia, ostetricia e ginecologia, gastroenterologia e ortopedia e traumatologia.

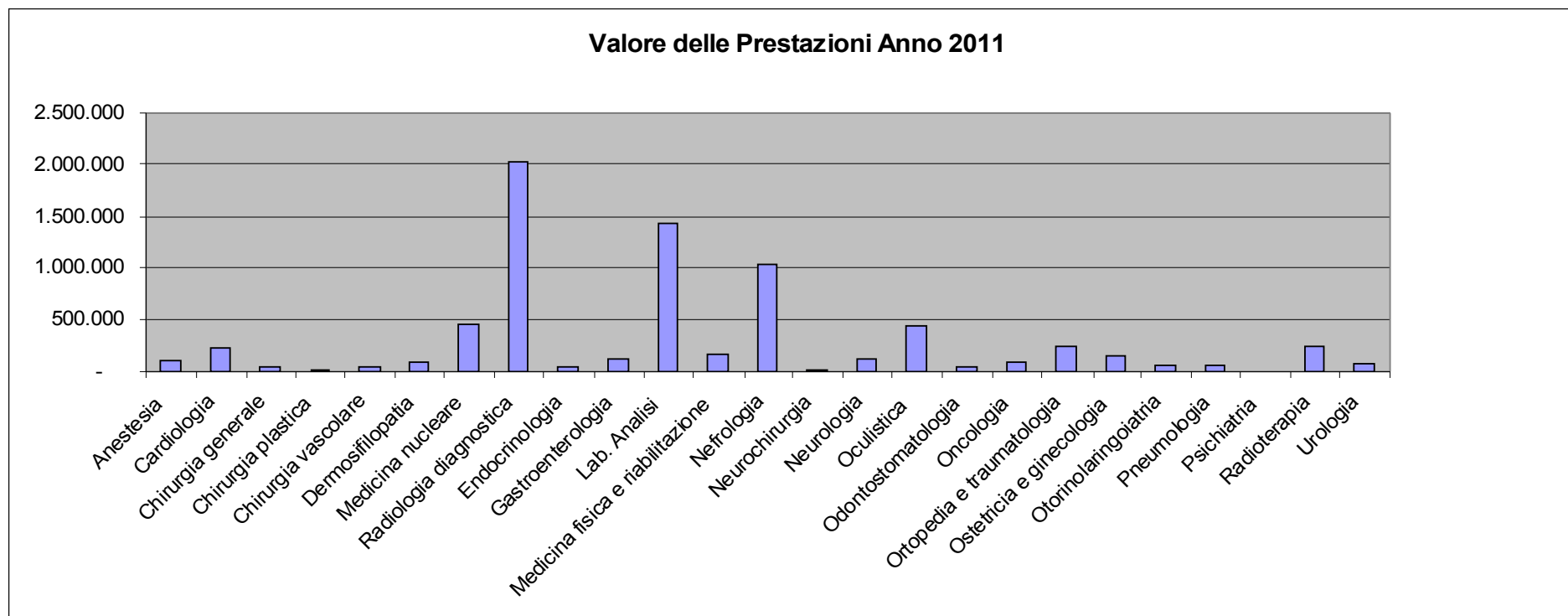
La figura 1 mostra in termini di valore l'ammontare delle prestazioni erogate in mobilità passiva nel 2011 distinta per branca. La figura 2 invece mostra l'andamento, nel triennio 2009-2011, in termini di valore, delle prestazioni erogate ai nostri residenti da altre Asl della Sardegna. Esaminando nel 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 2011. Consumi dei residenti distinti tra nostra produzione e mobilità passiva.

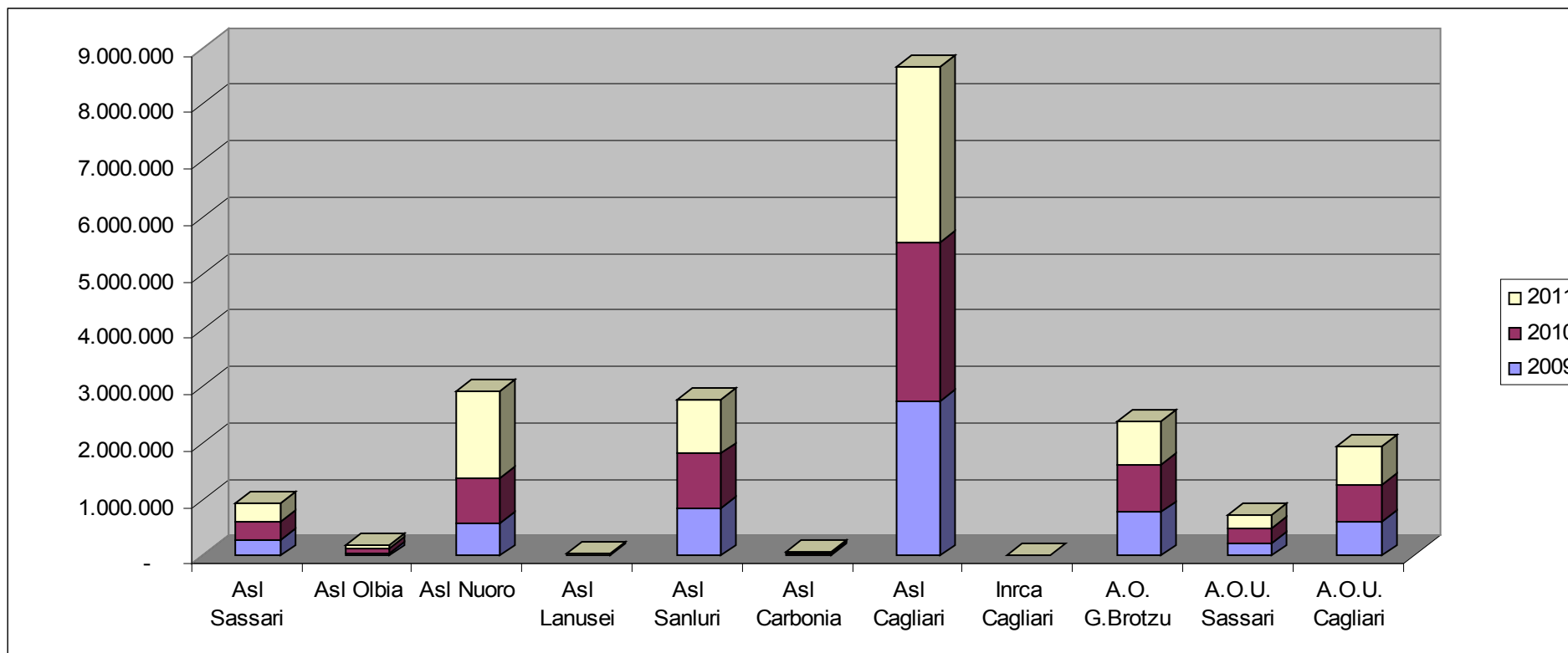
Codice BRANCA	Descrizione BRANCA	Consumo dei residenti		Nostra Produzione per i residenti			Mobilità Passiva		
		QUANTITA'	VALORE	QUANTITA'	VALORE	% valore sul tot consumi	QUANTITA'	VALORE	% valore sul tot consumi
01	Anestesia	5.561	122.140	3.503	15.844	13%	2.226	107.466,03	88%
02	Cardiologia	54.136	1.212.497	49.637	1.072.558	88%	8.267	222.597,51	18%
03	Chirurgia generale	10.810	245.765	9.388	235.429	96%	2.950	48.797,62	20%
04	Chirurgia plastica	1.543	38.074	1121	25.021	66%	546	15.505,47	41%
05	Chirurgia vascolare – Angiologia	3.908	113.881	2.445	64.220	56%	1.658	52.774,16	46%
06	Dermosifilopatia	12.888	236.234	8.741	164.728	70%	4.900	85.755,63	36%
07	Diagnostica per immagini. Medicina nucleare	3.895	456.356	29	653,12	0%	3.866	455.702,45	100%
08	Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica	87.622	4.325.631	64.086	2.608.493	60%	30.065	2.032.169,64	47%
09	Endocrinologia	26.645	333.665	24.998	304.280	91%	2.427	42.790,06	13%
10	Gastroenterologia - Chirurgia Endoscopica digestiva	6.724	343.573	4.593	257.981	75%	2.866	128.581,30	37%
11	Lab. Analisi chimico cliniche e microbiologiche - Microbiologia -	991.698	5.157.104	863.581	3.975.242	77%	182.272	1.428.809,44	28%
12	Medicina fisica e riabilitazione - Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	289.567	1.826.737	278.658	1.732.563	95%	20.774	160.357,65	9%
13	Nefrologia	57.767	4.337.927	45.728	3.374.807	78%	12.691	1.031.129,20	24%
14	Neurochirurgia	605	12.825	190	3.840	30%	441	9.521,54	74%
15	Neurologia	16.263	272.923	7.759	157.647	58%	8.823	121.868,87	45%
16	Oculistica	27.290	1.905.555	24.117	2.061.791	108%	4.710	441.184,20	23%
17	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo facciale	14.175	275.753	12.940	248.772	90%	1.944	40.870,86	15%
18	Oncologia	8.010	124.103	1.883	31.903	26%	6.158	92.793,88	75%
19	Ortopedia e traumatologia	29.097	678.619	22.751	480.885	71%	8.219	248.788,58	37%
20	Ostetricia e ginecologia	14.240	319.365	8.328	183.082	57%	6.827	157.105,41	49%
21	Otorinolaringoiatria	17.239	278.593	14.542	231.817	83%	3.626	61.736,16	22%
22	Pneumologia	11.879	268.274	9.233	208.512	78%	2.910	65.757,62	25%
23	Psichiatria	6.436	91.569	6.289	89.210	97%	464	7.131,23	8%

24	Radioterapia	5.490	236.382			<b>0%</b>	5.490	236.381,57	<b>100%</b>
25	Urologia	6.907	267.533	5.869	215.503	<b>81%</b>	1.605	81.968,99	<b>31%</b>
26	Altro	123.820	1.802.865	109.188	1.593.825	<b>88%</b>	24.227	371.608,08	<b>21%</b>
	<b>Totale</b>	<b>1.834.215</b>	<b>25.283.943</b>	<b>1.579.597</b>	<b>19.338.604</b>	<b>76%</b>	<b>350.952</b>	<b>7.749.153</b>	<b>31%</b>

**Figura 1. Mobilità passiva specialistica ambulatoriale (Pubblico e Privato) anno 2011. Valore delle Prestazioni per branca.**



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





Tab. 10. Mobilità Passiva specialistica ambulatoriale (Pubblico e Privato).

			ANNO 2011	
DISTRETTO	Azienda	Descrizione Azienda	QUANTITA'	VALORE
DIST. ALES-TERRALBA	101	ASL SASSARI	407	6.631,46
DIST. ALES-TERRALBA	102	ASL OLBIA	1.273	16.681,45
DIST. ALES-TERRALBA	103	ASL NUORO	1.624	33.730,69
DIST. ALES-TERRALBA	104	ASL LANUSEI	386	5.521,40
DIST. ALES-TERRALBA	106	ASL SANLURI	39.578	875.096,08
DIST. ALES-TERRALBA	107	ASL CARBONIA	402	15.676,11
DIST. ALES-TERRALBA	108	ASL CAGLIARI	58.854	1.619.575,66
DIST. ALES-TERRALBA	903	INRCA CAGLIARI	165	3.371,47
DIST. ALES-TERRALBA	904	A.O. G.BROTZU	13.035	281.651,16
DIST. ALES-TERRALBA	905	A.O.U. SASSARI	32	474,27
DIST. ALES-TERRALBA	906	A.O.U. CAGLIARI	18.113	280.065,71
<b>TOT. DIST. ALES-TERRALBA</b>			<b>133.869</b>	<b>3.138.475,46</b>
DIST.GHILARZA-BOSA	101	ASL SASSARI	3.793	62.177,16
DIST.GHILARZA-BOSA	102	ASL OLBIA	1.683	18.934,92
DIST.GHILARZA-BOSA	103	ASL NUORO	57.557	1.219.354,91
DIST.GHILARZA-BOSA	104	ASL LANUSEI	312	5.817,99
DIST.GHILARZA-BOSA	106	ASL SANLURI	548	11.233,79
DIST.GHILARZA-BOSA	107	ASL CARBONIA	343	5.520,87
DIST.GHILARZA-BOSA	108	ASL CAGLIARI	14.594	423.905,15
DIST.GHILARZA-BOSA	903	INRCA CAGLIARI	47	718,48
DIST.GHILARZA-BOSA	904	A.O. G.BROTZU	4.804	115.491,47
DIST.GHILARZA-BOSA	905	A.O.U. SASSARI	397	8.264,30
DIST.GHILARZA-BOSA	906	A.O.U. CAGLIARI	5.160	87.654,05
<b>TOT. DIST.GHILARZA-BOSA</b>			<b>89.238</b>	<b>1.959.073,09</b>
DIST.ORISTANO	101	ASL SASSARI	20.151	266.440,70
DIST.ORISTANO	102	ASL OLBIA	2.075	24.783,21
DIST.ORISTANO	103	ASL NUORO	25.353	293.553,14
DIST.ORISTANO	104	ASL LANUSEI	248	7.678,68
DIST.ORISTANO	106	ASL SANLURI	3.509	85.623,63
DIST.ORISTANO	107	ASL CARBONIA	642	14.547,37
DIST.ORISTANO	108	ASL CAGLIARI	34.127	1.062.560,61
DIST.ORISTANO	903	INRCA CAGLIARI	79	1.596,95
DIST.ORISTANO	904	A.O. G.BROTZU	15.024	365.338,11
DIST.ORISTANO	905	A.O.U. SASSARI	8.119	235.066,58
DIST.ORISTANO	906	A.O.U. CAGLIARI	18.697	302.731,51
<b>TOT. DIST.ORISTANO</b>			<b>128.024</b>	<b>2.659.920,49</b>
<b>TOTALE</b>			<b>351.131</b>	<b>7.757.469,04</b>

### b. 3.2) Accoglienza e continuità assistenziale.

La presa in carico dell'anziano e/o del soggetto non autosufficiente, nei percorsi di rete dei servizi socio-sanitari territoriali sono orientati verso un approccio multidisciplinare e nell'ottica del "rientro a domicilio", anche quando il percorso assistenziale ha previsto e realizzato un transitorio passaggio in assistenza residenziale. Ciò 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 tre unità di valutazione territoriale (UVT), una per 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 ha subito una profonda riorganizzazione sviluppando reali modalità di integrazione sociosanitaria con l'inserimento all'interno della struttura di Assistenti sociali assunte dal PLUS che operano nei diversi sub ambiti distrettuali facilitando la presa in carico degli utenti. Sono stati realizzati inoltre degli eventi formativi specifici volti a facilitare l'integrazione sociosanitaria e tesi a sviluppare competenze sulla presa in carico dei bisogni del paziente fragile ( Integrazione sociosanitaria PUA/PLUS e ICF ).

L'attivazione del "punto unico di accesso" (PUA) in ogni distretto ha permesso alle famiglie o ai presidi ospedalieri di trovare un unico interlocutore per dare informazioni e indirizzare in merito ai bisogni assistenziali del singolo caso. 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. Pertanto i presidi ospedalieri, nei casi urgenti, o il territorio (famiglia, MMG, assistente sociale dei comuni) in tutti gli altri casi, si rivolgono al PUA il quale, identificato il bisogno dell'utente, indirizzerà all'assistente sociale o all'infermiere, se il caso ha prevalentemente natura sanitaria o sociale. L'assistente sociale o l'infermiere indirizzerà quindi il caso alla UVT di pertinenza che 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.

L'acquisizione di sistemi informativi condivisi a livello dei vari attori del Piano Unitario dei servizi alla persona dovrebbero facilitare i percorsi e la presa in carico degli utenti.

### 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.

Nella tabella 11 è rappresentata la spesa aziendale per l'inserimento di soggetti non autosufficienti nelle diverse strutture regionali. Si può ben notare che il maggior contributo per gli inserimenti è dato dalla RSA di Milis 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 tra la spesa che si è verificata nell'anno 2010 (1.497.000 circa) e la spesa per l'anno 2011 (tabella 11), emerge il crescente bisogno di residenzialità sanitaria territoriale, legato anche all'aumentare della popolazione anziana in questa provincia. La spesa per l'anno 2011 è ben oltre il tetto di spesa assegnato a questa Azienda dalla Regione Sardegna (€ 1.161.031).

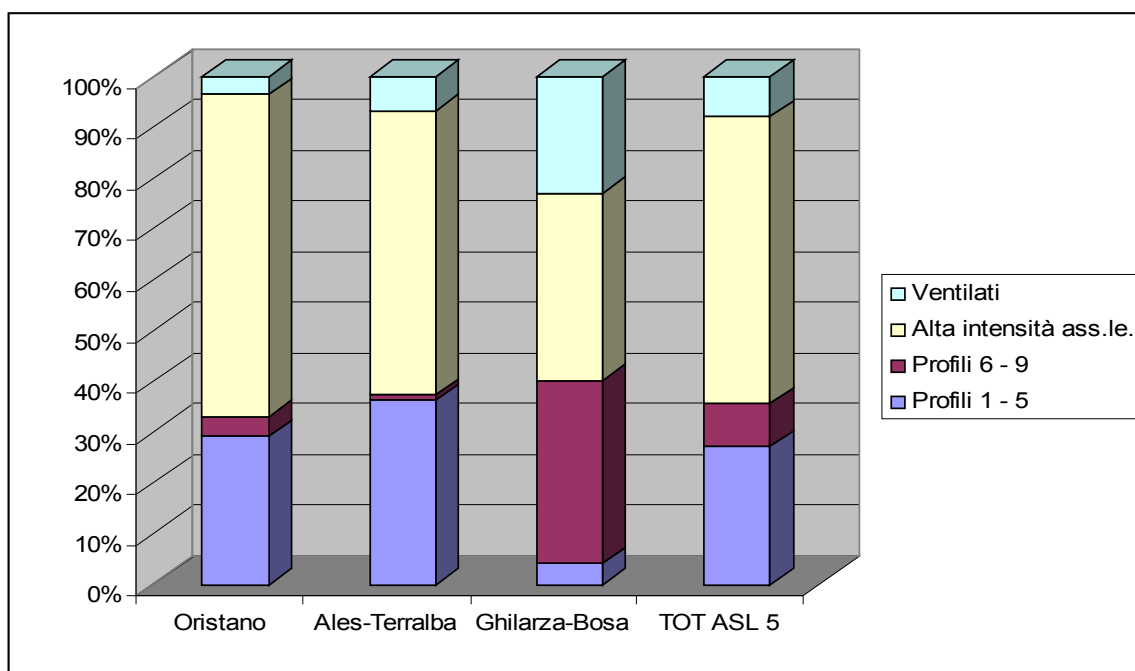
Tale incremento di spesa trova giustificazione oltre che nel maggior carico di una popolazione più anziana, e quindi di un maggior numero di persone con patologie croniche, anche nella necessità di dimettere in tempi brevi da parte delle strutture ospedaliere verso strutture che garantiscano l'assistenza 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 tuttavia poiché l'obiettivo è quello di evitare un prolungamento della degenza e/o ricoveri ripetuti o non appropriati si presume che nel 2013 difficilmente si possa evitare uno scostamento rispetto al tetto di spesa regionale. La cronica difficoltà alla presa in carico in cure domiciliari integrate comporta un aumento di inserimenti in struttura a totale carico del servizio sanitario.

Anche i costi da sostenere per gli inserimenti in Casa protetta sono sati decisamente in crescita nel corso del 2011 rispetto all'anno 2010 poiché trattasi di inserimenti che difficilmente trovano in seguito accoglienza in ambito familiare o in case alloggio, si presume pertanto che anche per l'anno 2013 si avranno degli incrementi nell'acquisto di tali prestazioni.

**Tabella 11. ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE - RSA. - Spesa per inserimenti in strutture private**

ANNO 2011	DISTRETTO ORISTANO		DISTRETTO ALES-TERRALBA		DISTRETTO GHILARZA-BOSA		TOT AZIENDALE	
	GG.	VALORE	GG.	VALORE	GG.	VALORE	GG.	VALORE
Fondazione Istituti Riuniti di Ass. Sociale Onlus - Milis	7.624	805.886	2.684	303.874	2.299	240.031	12.607	1.349.790
Fondazione Randazzo - ALES			93	5.952			93	5.952
Fondazione Randazzo – VALLER-MOSA	331	21.184	1.595	145.300			1.926	166.484
"San Nicola" - SASSARI			296	25.474	421	29.263	717	54.737
Rosa del Marganai- IGLESIAS	187	11.968	229	26.718			416	38.686
RSA Smeralda – PADRU	290	18.560	86	7.428	199	12.286	575	38.274
Fondazione Randazzo – Su Planu – SELARGIUS	41	5.348	429	27.456	6	828	476	33.632
Altre RSA	514	35.006	508	35.924	287	19.382	1.309	90.312
<b>TOTALE</b>	<b>8.987</b>	<b>897.951</b>	<b>5.920</b>	<b>578.126</b>	<b>3.212</b>	<b>301.790</b>	<b>18.119</b>	<b>1.777.867</b>



**Figura 3. Totale della spesa per profilo assistenziale distinto per Distretti**

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

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).

**PRESTAZIONI EROGATE PRESSO I CENTRI AZIENDALI  
ANNO 2011**

TRATTAMENTI AD ADULTI	ASL 5	
	n. prestazioni	importo
<b>Assistenza Ambulatoriale</b>	<b>6.946</b>	<b>310.804</b>
Ambulatoriale Estensiva	6.154	283.084
Ambulatoriale Mantenimento	792	27.720
<b>Assistenza Domiciliare</b>	<b>2.409</b>	<b>102.819</b>
Domiciliare Estensiva	1.611	72.495
Domiciliare Mantenimento	798	30.324
<b>TOTALE</b>	<b>9.355</b>	<b>413.623</b>
TRATTAMENTI INFANZIA E ADOLESCENZA	ASL 5	
	n. prestazioni	importo
<b>Assistenza Ambulatoriale</b>	<b>2.418</b>	<b>111.228</b>
<b>Assistenza Domiciliare</b>	<b>187</b>	<b>8.415</b>
<b>TOTALE</b>	<b>2.605</b>	<b>119.643</b>

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

Tabella 12

Centri Convenzionati

<b>Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità ANNO 2011</b>	<b>DISTRETTO DI ORISTANO</b>		<b>DISTRETTO DI ALES-TER-RALBA</b>		<b>DISTRETTO DI GHILARZA-BOSA</b>		<b>TOTALE</b>	
<b>Assistenza residenziale</b>	<b>gg</b>	<b>Valore</b>	<b>gg</b>	<b>Valore</b>	<b>gg</b>	<b>Valore</b>	<b>gg</b>	<b>Valore</b>
Riabilitazione Globale a ciclo continuativo ad elevato livello assistenziale per disabilità fisica, psichica e sensoriale	433	146.185	671	228.150	811	274.118	1.915	648.453
Riabilitazione Globale a ciclo continuativo per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	794	135.774	218	37.278	767	131.157	1.779	304.209
Riabilitazione residenziale a valenza socio riabilitativa	-	-	1.462	220.762	1.463	220.913	2.925	441.675
<b>TOTALE</b>	<b>1.227</b>	<b>281.959</b>	<b>2.351</b>	<b>486.190</b>	<b>3.041</b>	<b>626.188</b>	<b>6.619</b>	<b>1.394.337</b>

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

<b>Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità ANNO 2011</b>	<b>DISTRETTO DI ORISTANO</b>		<b>DISTRETTO DI ALES-TER-RALBA</b>		<b>DISTRETTO DI GHILARZA-BOSA</b>		<b>TOTALE</b>	
	<b>n. prest</b>	<b>Valore</b>	<b>n. prest</b>	<b>Valore</b>	<b>n. prest</b>	<b>Valore</b>	<b>n. prest</b>	<b>Valore</b>
<b>Assistenza ambulatoriale</b>								
Ambulatoriale intensiva	241	16147	61	4087	191	12797	493	33031
Ambulatoriale estensiva	5.065	232076,96	2.763	127098	2.513	115598	10.341	474.773
Ambulatoriale mantenimento	833	29155	807	28245	223	7805	1.863	65205
<b>Totale amb.</b>	<b>6.139</b>	<b>277378,96</b>	<b>3.631</b>	<b>159430</b>	<b>2.927</b>	<b>136200</b>	<b>12.697</b>	<b>573.009</b>
<b>Assistenza domiciliare</b>								
Domiciliare	4.207	189315	6.863	308931	1.594	71730	12.664	569.976
Domiciliare di mantenimento	2.017	76722	4.247	161386	496	18869	6.760	256977
<b>Totale dom.</b>	<b>6.224</b>	<b>266037</b>	<b>11.110</b>	<b>470317</b>	<b>2.090</b>	<b>90599</b>	<b>19.424</b>	<b>826.953</b>
<b>TOTALE</b>	<b>12.363</b>	<b>543.416</b>	<b>14.741</b>	<b>629.747</b>	<b>5.017</b>	<b>226799</b>	<b>32.121</b>	<b>1.399.962</b>

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

Tabella 13

Si riscontra un significativo miglioramento nell'Assistenza Riabilitativa Interna sia in termini di accoglienza a seguito del trasferimento dell'attività del Centro di Riabilitazione di Oristano nei locali del Vecchio Ospedale, sia in termini di qualità dell'offerta a seguito dell'acquisizione di nuove apparecchiature e attrezzature.

Per quanto riguarda i minori l'attività sanitaria e sociosanitaria viene garantita dai servizi Distrettuali dagli operatori della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. Con l'attuale dotazione organica si segnalano lunghi tempi di attesa per gli inserimenti poiché l'unica alternativa per la presa in carico è rappresentata nel territorio dal Centro privato convenzionato CTR.

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.

Dall'esame della tabella 13 si può notare che la per l'acquisto di prestazioni dal privato accreditato nell'anno 2011 è superiore rispetto a tetto stabilito dalla Regione Sardegna per tale livello assistenziale (€ 2.400.512). Tuttavia il divario tra spesa e tetto non è alto considerato il notevole aumento delle tariffe deciso con deliberazione della giunta regionale n. 9/10 del 22.02.2011. Tale risultanza potrebbe configurarsi quale esito di una maggiore accuratezza e attento monitoraggio, nel corso dell'anno, degli inserimenti e nella puntuale dismissione al termine dei singoli inserimenti.

Con DGR 32/98 del 2012 la Giunta Regionale ha rideterminato i tetti di spesa per il periodo 2012-2015, indicando per l'anno 2012 un tetto pari a 2.870.968.

#### b. 3.5) Le cure a domicilio

Tra le criticità più importanti si vuole segnalare l'insufficiente personale dedicato sia infermieristico che specialistico nonché di personale che operi per garantire l'assistenza riabilitativa da destinare alle cure domiciliari.

Pur tuttavia, nonostante la presenza di tale forte criticità, 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.

Nell'anno 2011, nei tre Distretti dell'Azienda, sono stati seguiti 1.178 pazienti (circa l'86% dei pazienti hanno una età superiore ai 65 anni), che al netto delle dimissioni e dei decessi avvenuti nell'anno risultano essere pari a 625. Il numero dei pazienti trattati a domicilio sono equamente distribuiti in valore assoluto tra i tre distretti, ma se si analizza il dato in base alla popolazione si evince la carenza di offerta nel distretto di Oristano.

Le patologie prevalenti trattate si riferiscono alle patologie neoplastiche, le demenze di tipo Alzheimer e altre patologie croniche.

<b>CURE DOMICILIARI INTEGRATE ANNO 2011</b>				
<b>Cure domiciliari</b>	<b>Distretto Oristano</b>	<b>Distretto Ales-Terralba</b>	<b>Distretto Ghilarza-Bosa</b>	<b>ASL 5</b>
Numero Pazienti 2011 (compresi i nuovi inserimenti)	<b>398</b>	<b>402</b>	<b>378</b>	<b>1.178</b>
di cui n° nuovi inserimenti nel 2011	227	227	203	657
N. dimessi nell'anno	47	23	66	136
N. deceduti nell'anno	141	147	129	417
Totale N. Pazienti al 31/12/2011	<b>210</b>	<b>232</b>	<b>183</b>	<b>625</b>

Tabella 14 Elaborazioni del Controllo di Gestione su banca dati aziendale. Fonte: Distretti Aziendali. UU.OO. Att. e Serv. di Ass.e Cure Domiciliari

Patologie trattate	Distretto Oristano	Distretto Ales-Terralba	Distretto Ghilarza-Bosa	ASL 5
Pazienti in ventilazione assistita	4	1	-	5
Patologia neoplastica in fase terminale	64	50	14	128
Patologie neoplastiche	55	49	33	137
Demenza di tipo Alzheimer	30	33	19	82
Altre patologie (neurologiche, cardiovascolari, insuff. respiratoria)	48	123	178	349
Altre patologie	197	146	134	477
<b>TOTALE</b>	<b>398</b>	<b>402</b>	<b>378</b>	<b>1.178</b>

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

Tabella 14 bis

Si espone di seguito una analisi sulla presenza di un adeguato numero di prestazioni infermieristiche per abitante. Attualmente l'assistenza infermieristica erogata da Infermieri dedicati e Infermieri in prestazioni aggiuntive è quella riportata nella tabella

	Distretto Oristano	Distretto Ghilarza Bosa	Distretto Ales Terralba	ASL 5
Infermieri/n.abitanti	1/11.000	1/ 7.970	1/ 6.630	1/ 9.094
ore /paziente/anno di assistenza infermieristica (escluso il tempo del tragitto)*	45	48,6	49,2	47,6

\*Il tempo di percorrenza è stato stimato essere 1/ 3 del tempo totale

Il Servizio che si vuole proporre, prevede la presenza di un Infermiere per seimila abitanti [1 /6.000]. Per raggiungere il parametro di 1 Infermiere ogni 6.000 abitanti sarebbero necessari nella ASL n. 5 di Oristano circa 28 infermieri.

L'inserimento di 9 nuovi Infermieri nell'anno 2013 porterebbe l'équipe ad un numero pari a 20 infermieri dedicati, di cui:

- 8 per il Distretto di Oristano,
- 5 per il Distretto di Ghilarza – Bosa,
- 7 per il Distretto di Ales – Terralba

Tale intervento rafforzerebbe il numero di ore annuo di assistenza infermieristica dedicate ad ogni paziente delle Cure Domiciliari, come evidenziato dalla tabella

	Distretto Oristano	Distretto Ghilarza Bosa	Distretto Ales Terralba	ASL 5
ore /paziente/anno di assistenza infermieristica (escluso il tempo del tragitto)*	59,1	60,5	58,7	59,43

\*Il tempo di percorrenza è stato stimato essere 1/ 3 del tempo tota



#### 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);

Nell'anno in corso sono stati attivati i nuovi ambulatori Centro di Salute Mentale e SERD nel Comune di Terralba.

Nell'anno 2011 l'apertura della nuova struttura residenziale ad alta intensità terapeutica di Busachi ha aumentato la nostra capacità assistenziale permettendo l'avvicinamento alle famiglie di alcuni pazienti inseriti presso strutture residenziali fuori regione. Inoltre è prossima l'apertura del nuovo Gruppo Residenziale di Integrazione Sociale di Samugheo che permetterà l'inserimento di ulteriori 8 utenti con disturbi psichiatrici che comportano ridotte capacità di vita autonoma e che possono trarre un significativo vantaggio e sostegno dalla vita comunitaria.

Tra le azioni del Dipartimento, 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. E' inoltre operativo uno specifico servizio, a valenza aziendale, deputato al reinserimento lavorativo. E' fondamentale a questo riguardo l'incremento dei rapporti con il mondo del lavoro onde garantire ai pazienti, in modo particolare a quelli più gravi, un reinserimento nel mondo lavorativo, e nella società più in generale, nel più breve tempo possibile.

Altro importante progetto avviato e che proseguirà nei prossimi anni, riguarda l'inserimento presso nuclei familiari della provincia di Oristano di pazienti sofferenti mentali prima dimoranti nelle strutture residenziali.

La tabella 15 mostra il numero degli accessi che gli utenti del SERD effettuano in relazione alle diverse patologie. Dall'elenco si può notare come, oltre alle dipendenze dall'alcool e dalle sostanze stupefacenti, l'utente si avvicina al servizio anche per la cura della

nuova patologia emergente denominata gambling che riguarda il gioco d'azzardo dipendente, ormai molto diffusa ma poco riconosciuta ancora dal paziente come vera e propria dipendenza.

Categoria di Accessi al SERD	N° Accessi anno 2011
alcolisti	2.505
tossicodipendenti	8.731
rel. familiari, adolescenziali ecc.	295
centro disagio giovanile	35
disturbi comportamento alimentare	25
gambling (gioco d'azzardo)	138
tabagismo	7
altro	116
<b>TOTALE</b>	<b>11.852</b>

Elaborazioni del Controllo di Gestione su banca dati aziendale.

Fonte: Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze. U.O. Servizio per le Dipendenze

**Tabella 15**

PAZIENTI INSERITI IN COMUNITA' TERAPEUTICHE AL 31/12/2011			
	N° Pazienti	Giorni	Valore
Pazienti inseriti in comunità al 31.12.2011	<b>41</b>	<b>6.267</b>	<b>350.273</b>
di cui tossicodipendenze	<b>26</b>	<b>3.919</b>	<b>203.242</b>
fuori regione	10	1.660	92.709
infra regione	16	2.259	110.533
di cui alcolisti	<b>15</b>	<b>2.348</b>	<b>147.032</b>
fuori regione	7	1.201	91.357
infra regione	8	1.147	55.675

**Tabella 16**

ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE - PERSONE CON DISTURBO MENTALE ANNO 2011			
Struttura	Intensità riabilitativa	Giorni	Importo
Comunità ad alta intensità terapeutica	Altissima	0	€ 0,00
	Alta	6.298	€ 901.789,83
	Medio-alta	0	€ 0,00
Gruppi residenziali di integrazione sociale	Media	0	€ 0,00
Gruppi di convivenza	Bassa	0	€ 0,00
Comunità Terapeutiche		8.443	€ 1.139.976,22
Casa Famiglia		365	€ 10.095,96
Comunità Protetta		0	€ 0,00
<b>Totale</b>		<b>15.106</b>	<b>€ 2.051.862,01</b>

**Tabella 17****b. 5) L'assistenza Farmaceutica**

Dall'esame dell'insieme della spesa farmaceutica lorda (convenzionata e DPC), il divario tra i vari ambiti territoriali della spesa pro-capite riferita alla popolazione residente in Sardegna resta importante (60,5 euro/anno).

ASL	Spesa lorda pro-capite anno 2011	
	Residenti	Pesati
101 - SASSARI	243,15	242,66
102 - OLBIA	218,52	229,05
103 - NUORO	241,90	238,50
104 - LANUSEI	254,73	251,21
105 - ORISTANO	257,83	245,10
106 - SANLURI	264,57	258,78
107 - CARBONIA	279,03	271,18
108 - CAGLIARI	265,96	271,37
<b>SARDEGNA</b>	<b>254,33</b>	<b>254,33</b>

Fonte Servizio Farmaceutico ASL Oristano su dati raccolti ed elaborati dalla ditta MARNO srl

Per quanto riguarda la ASL di Oristano, nell'anno 2011 la spesa farmaceutica convenzionata ha registrato uno scostamento sul lordo di - 2,01% e uno scostamento sul netto del - 4,39%, rispetto all'anno 2010, in linea con quelli regionali, rispettivamente -1,7% e - 4,1%.

**Confronto spesa e indicatori anno 2011 – anno 2010**

ASL 5 - Oristano	Anno 2011	Anno 2010	Scostamento percentuale
<b>N° Ricette</b>	1.900.739	1.852.451	2,61%
<b>N° Pezzi</b>	3.309.047	3.209.959	3,09%
<b>Lordo (€)</b>	<b>€ 37.441.373,24</b>	<b>€ 38.209.235,25</b>	<b>-2,01%</b>
<b>Sconto SSN (€)</b>	€ 1.346.089,08	€ 1.382.042,99	-2,60%
<b>Altri Sconti (€)</b>	€ 786.287,95	€ 723.919,04	8,62%
<b>Differenza prezzo di riferimento</b>	€ 2.450.274,62	€ 1.736.799,90	41,08%
<b>Netto SSN (€)</b>	<b>€ 32.859.246,88</b>	<b>€ 34.366.993,29</b>	<b>-4,39%</b>
di cui ( escluso l'ossigeno)			
<b>PHT- Pezzi</b>	27.312	22.992	18,79%
<b>PHT - Lordo</b>	€ 1.271.451,04	€ 1.212.021,59	4,90%

Nelle tabelle A e B si osservano rispettivamente le principali cause di variazione della spesa lorda e degli indicatori fondamentali

**Tabella A)**

**Tabella B)**

Variazione di spesa lorda 2011/2010			Variazione indicatori fondamentali			
Cause	Importo	Incidenza%	Indicatori	2011	2010	Scostamento
variazione prezzi	-2.256.844,3	-5,91%	Costo medio pezzo	11,31	11,90	-4,94%
variazione consumi	1.189.721,90	3,11%	Costo medio ricetta	19,70	20,63	-4,50%
nuovi consumi	401.461,60	1,05%	Incidenza sconto SSN	3,60	3,62	-0,02%
consumi cessati	-102.201,21	-0,27%	Incidenza altri sconti	2,10	1,89	0,21%
<b>variazione totale</b>	<b>-767.862,01</b>	<b>-2,01%</b>	Incidenza quota	6,54	4,55	2,00%

Dall'analisi dei dati riportati nelle tabelle 1, 2 e 3 si rileva che la variazione della spesa lorda (-2,01%) è dovuta principalmente alla variazione dei prezzi (-6,00%) e dei nuovi consumi (+3,56). Infatti nonostante ci sia stato nel 2011 un aumento sia del numero dei pezzi sia del numero delle ricette sono diminuiti il costo medio pezzo (-4,94%) e il costo medio ricetta(-4,50%).

L'aumento del 41,80% della quota a carico dell'assistito (differenza con prezzo di riferimento) indica un maggior utilizzo di farmaci con prezzi non allineati. Sul totale dei principi attivi privi di brevetto (genericabili) l'utilizzo dei generici ha inciso per il 25,16% sul numero delle confezioni e il per il 18,60% della spesa.

Relativamente al PHT al fine di evidenziare l'andamento annuale della spesa si riportano i dati distinti per trimestre dai quali si evince la progressiva diminuzione della spesa che raggiunge variazioni negative nel III e IV trimestre 2011. Queste diminuzioni sono dovute all'inserimento di nuovi farmaci in Distribuzione Per Conto a decorrere da aprile 2011 e sono ancora più marcate se il valore del PHT viene decurtato anche di quello delle eparine che non essendo state inserite in DPC vengono erogate in regime SSN e che rappresentano il 42% della spesa lorda.

#### **Variazione PHT escluso ossigeno**

I trim	2011	2010	Var%
<b>PHT- Pezzi</b>	7184	5554	<b>29,35%</b>
<b>PHT - Lordo</b>	€ 384.367,09	€ 266.357,26	<b>44,31%</b>

II trim	2011	2010	Var%
<b>PHT- Pezzi</b>	6968	5854	<b>19,03%</b>
<b>PHT - Lordo</b>	€ 346.467,12	€ 287.605,06	<b>20,47%</b>

III trim	2011	2010	Var%
<b>PHT- Pezzi</b>	6534	5365	<b>21,79%</b>
<b>PHT - Lordo</b>	€ 270.116,56	€ 294.178,50	<b>-8,18%</b>

IV trim	2011	2010	Var%
PHT- Pezzi	6626	6219	6,54%
PHT - Lordo	€ 270.500,27	€ 363.880,77	-25,66%

Nella successiva tabella C) si osservano le variazioni, per gruppi anatomici principali, intercorse tra gli anni 2010 (colonna precedente) e 2011 (colonna corrente).

**Tabella C**

**variazione per gruppi anatomici principali e categorie di farmaci in osservazione**

Gruppi anatomici principali Categorie di farmaci in osservazione	Confezioni dispensate (pezzi)			Spesa Lorda		
	precedente	corrente	scost. %	precedente	corrente	scost. %
A - apparato gastrointestinale e metabolismo	670.086	727.591	8,58%	6.166.625,90	6.320.979,59	2,50%
B - sangue ed organi emopoietici	258.471	273.801	5,93%	1.240.473,60	1.342.252,99	8,20%
C - sistema cardiovascolare	1.102.595	1.124.230	1,96%	13.594.201,90	13.027.127,92	-4,17%
D - dermatologici	16.111	15.906	-1,27%	230.184,19	238.596,50	3,65%
G - sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	129.852	129.270	-0,45%	1.285.623,61	1.234.511,41	-3,98%
H - preparati ormonali sistemici, escl. ormoni sessuali e	111.727	115.947	3,78%	640.471,92	665.907,98	3,97%
J - antimicrobici generali per uso sistemico	224.181	214.629	-4,26%	2.623.534,94	2.393.559,83	-8,77%
L - farmaci antineoplastici ed immunomodulatori	19.123	19.793	3,50%	1.309.276,99	1.033.296,74	-21,08%
M - sistema muscolo-scheletrico	210.459	211.210	0,36%	2.518.688,17	2.429.525,34	-3,54%
N - sistema nervoso	259.491	268.456	3,45%	3.989.478,01	4.122.725,76	3,34%
P - farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	4.713	4.771	1,23%	29.074,39	28.868,63	-0,71%
R - sistema respiratorio	149.717	149.085	-0,42%	3.843.359,57	3.882.666,98	1,02%
S - organi di senso	52.517	53.235	1,37%	700.797,82	678.943,99	-3,12%
V - vari	916	1.123	22,60%	37.444,24	42.409,58	13,26%

Fonte: ditta Marno srl

La maggiore incidenza sulla spesa lorda è rappresentata dai farmaci del sistema cardiovascolare (34,79%), dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (16,9%), del sistema nervoso (11,01%) e del sistema respiratorio (10,37%) che assorbono il 73,05% della spesa lorda.

All'interno del **sistema cardiovascolare** con l'aumento delle confezioni dispensate si osserva ancora una diminuzione della spesa dovuta all'utilizzo di generici soprattutto nelle classi delle statine e degli ace-inibitori. Si registra comunque un aumento di confezioni e di spesa per i sartani.

Tra i farmaci dell'**apparato gastrointestinale e metabolismo** gli inibitori di pompa acida ed i farmaci per il diabete incluse le insuline, rappresentando rispettivamente il 46,8% e il 31,12% della spesa del gruppo sono anche i principali responsabili dell'incremento di spesa e di confezioni dispensate. L'inibitore di pompa protonica pantoprazolo occupa il primo posto tra i principi attivi con maggiore incremento di spesa (+ 101.469,75 euro nel 2011).

Nel **sistema nervoso** è aumentata 17,9% la spesa per gli antiepilettici del sottogruppo N03AX tra i quali spicca il levetiracetam, al secondo posto tra i principi attivi con maggior incremento di spesa (+ 98.298,68 euro)

Nel **sistema respiratorio** l'anticolinergico tiotropio bromuro è il farmaco con maggiore incremento di spesa (+ 33.680 euro = +8,16%).

Il gruppo dei farmaci per il "**sangue ed organi emopoietici**" ha registrato un notevole incremento di spesa (+8,20%) dovuto prevalentemente agli eparinici, agli antiaggreganti piastrinici e agli antagonisti della vitamina K.

Il maggiore decremento di spesa (- € 275.980 = - 21,08%) si osserva per farmaci **antineoplastici ed immunomodulatori** tra i quali gli inibitori dell'aromatasi anastrozolo,

letrozolo ed exemestan hanno fatto registrare -259.321,59 euro. L'anastrozolo è al primo posto tra i farmaci con maggiore diminuzione di spesa (-193.885,27). Tali variazioni sono dovute principalmente alla diminuzione dei prezzi ed alla concomitante uscita in commercio di farmaci equivalenti.

Sempre in questa classe è diminuita la spesa per gli immunosoppressori , soprattutto everolimus e tacrolimus (-44.791 euro) per i quali si è però registrato un aumento della distribuzione in DPC in quanto di nuovo inserimento nel 2011.

## Erogazione farmaci in Distribuzione per conto (DPC)

La tabella D) riassume i dati di consumo e di spesa dei farmaci erogati in DPC nel 2011, comparati con quelli del 2010 (fonte Marno); inoltre alla voce "Differenza Netto SSN – Costo DPC", tramite una simulazione della spesa, viene indicato il risparmio conseguito con l'erogazione in regime SSN.

**Tabella D) – Confronto spesa e indicatori DPC anno 2011/2010**

ASL 5 - Oristano	Anno 2011	Anno 2010	Scostamento percentuale
<b>N° Ricette</b>	40.073	35.478	12,95%
<b>N° Pezzi</b>	59.300	52.350	13,28%
<b>Spesa d'acquisto ASL (1)</b>	€ 3.072.019,12	€ 2.808.901,92	9,37%
<b>Oneri farmacie (1)</b>	€ 514.260,61	€ 437.576,77	17,52%
<b>Oneri depositi (1)</b>	€ 177.851,38	€ 153.074,97	16,19%
<b>Costo DPC</b>	€ 3.764.131,11	€ 3.399.553,66	10,72%
<i>Simulazione SSN</i>			
<i>Lordo prezzo al pubblico (1)</i>	€ 5.421.003,23	€ 4.678.294,17	15,88%
<i>Sconto SSN</i>	€ 457.200,50	€ 392.122,90	16,60%
<i>Altri sconti</i>	€ 124.284,25	€ 104.194,56	19,28%
<i>Netto SSN</i>	€ 4.839.518,48	€ 4.181.976,71	16,19%
<b>Differenza Netto SSN – Costo DPC</b>	<b>€ 1.075.387,37</b>	€ 782.423,05	<b>37,44%</b>
1. IVA inclusa			

Di seguito si elencano alcune delle azioni intraprese e che costituiranno anche le azioni da intraprendere per gli anni futuri ai fini di un contenimento della spesa su livelli sostenibili e appropriati.

✓controlli crociati tra prescrizioni e Piani Terapeutici con particolare riguardo a quelli con farmaci di cui alla L 648/96 che sono ad esclusiva erogazione diretta.

✓monitoraggio sull'impiego di alcuni farmaci di nuova commercializzazione per i quali l'AIFA ha emanato note informative e restrizioni d'uso che sono state oggetto di informazione ai MMG e PLS in occasione di un incontro informativo sulle irregolarità riscontrate nella compilazione delle ricette e nella prescrizione di farmaci;

✓trasmissione dei report trimestrali ai medici di MMG e PLS, ai medici dipendenti ospedalieri e territoriali, ai medici convenzionati dei poliambulatori e ai medici di continuità assistenziale relativi alle prescrizioni effettuate nell'ottica di ripristinare il dialogo con i medici per un ritorno informativo personalizzato;

✓trasmissione, unitamente ai report di cui sopra, di note informative in materia di prescrivibilità e di canali distributivi di farmaci ;

✓espletamento di un corso di aggiornamento ECM su" Farmacovigilanza e Farmaci Equivalenti" rivolto farmaci ai MMG e PLS per favorire la sensibilizzazione dei medici in materia per il buon uso del farmaco e per il contenimento della spesa.

## **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.

#### **a. 1) Lo sviluppo dei sistemi di governo per il perseguimento del miglioramento della qualità dei servizi offerti e l'impiego più efficiente delle risorse (progetti 1, 2, 3, 4)**

La Regione Sardegna è intervenuta di recente con la definizione di linee guida (DGR 33/21 del 2012.) rivolte alle aziende per la stesura dei nuovi Atti Aziendali. Questa Direzione Aziendale quindi ha ritenuto necessario provvedere alla modifica e alla integrazione dell'attuale modello organizzativo aziendale: ha predisposto una prima bozza dell'Atto Aziendale che dovrà sottoporre al vaglio della giunta regionale perché si pronunci in merito alla verifica di conformità dell'atto stesso. Tale documento contiene le prime e più urgenti revisioni della configurazione organizzativa che è stato possibile delineare. Il documento preparato dalla Direzione Generale vuole dare priorità agli interventi di revisione organizzativa in aree o settori critici (per l'assistenza, per i costi o per il supporto alla governance aziendale) e dare una indicazione in relazione al fabbisogno dei posti letto, del numero delle strutture e loro accorpamenti funzionali.

In riferimento agli interventi di revisione organizzativa di supporto alla governance aziendale, risulta indispensabile agire sulle aree di "governo clinico". Il governo clinico dovrebbe essere utile a porre le condizioni organizzative, tecniche ed economiche affinché i servizi e le prestazioni sanitarie erogati ai pazienti siano coerenti e appropriati ai loro bisogni e inseriti nell'ambito di un meccanismo continuo di valutazione. Un'analisi effettuata in azienda nel corso del 2011, sulle aree che risultano carenti per poter assicurare una governance clinica, ha mostrato per quali interventi è necessario intervenire.

Sulla base degli esiti di tale studio si è intervenuti nei seguenti ambiti: gestione dei Sistemi Informativi, della Programmazione e Controllo, dell'Organizzazione aziendale e della Cultura dell'apprendimento.

Tra le aree che risultano ancora deboli, e sulle quali in questo triennio invece la direzione intende intervenire, si riscontra quella relativa al rischio clinico e al sistema di qualità, in merito alle quali si è provveduto di recente ad assegnare l'incarico ad un responsabile in azienda che nel triennio porrà le basi per uno sviluppo delle attività.

Sempre nel triennio si potenzieranno le attività legate all'analisi dei bisogni mediante l'attivazione del CEA (Centro Epidemiologico Aziendale) e 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.

Su tutti questi fronti sarà necessario creare la rete di relazioni con le Macrostrutture, per costruire insieme un corretto sistema di governance, mediante l'individuazione di referenti per tutte le aree del governo clinico all'interno delle strutture aziendali. A tal proposito sarà utile richiamare il ruolo dei dirigenti, ed in particolare dei direttori di macrostruttura nella implementazione del governo clinico.

Le attività assistenziali, con il coordinamento della direzione sanitaria aziendale, della direzione di distretto e di dipartimento e della funzione qualità, dovranno pertanto lavorare per favorire il coordinamento degli atti assistenziali con la gestione dell'intero percorso di cura e per lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, che costituiscono l'ambito privilegiato nel quale i principi e gli obiettivi correlati al governo clinico possono essere contestualizzati e condivisi al fine di essere tradotti in progetti operativi all'interno delle unità organizzative.

Dovranno essere quindi definiti i modelli aziendali uniformi di cartella clinica e di consenso informato e progettati e implementati i PDTA (protocolli diagnostico terapeutici assistenziali), corredati da ben definiti indicatori di processo e di esito e relativi standard di riferimento, e monitorati nella loro attuazione mediante un sistema di clinical audit.

A supportare con successo la realizzazione di tale progetto di miglioramento risulta essere fondamentale modificare l'approccio sino ad ora utilizzato nella cultura dell'apprendimento. Si è infatti programmata la formazione del personale dipendente secondo i presupposti del fabbisogno rilevato in coerenza con gli obiettivi aziendali, prevedendo un monitoraggio sull'efficacia degli interventi stessi.

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 delle Performance dell'ASL di Oristano, quale procedura per lo svolgimento del ruolo di governo, di trasparenza e responsabilizzazione.

A tale proposito sono state messe in atto le seguenti azioni:

- costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- adozione e pubblicizzazione del Piano della Performance Aziendale 2012-2014
- definizione e assegnazione degli obiettivi ai Centri di Responsabilità aziendali coerentemente alle linee strategiche aziendali e relativo monitoraggio dei risultati rispetto alle attese;
- adozione del regolamento di disciplina del "Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance" organizzativa e individuale, quale strumento atto a favorire il miglioramento del contributo che ciascuno apporta, attraverso la propria azione, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'Azienda;
- adozione e Pubblicazione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità.

Si proseguirà quindi perfezionando gli strumenti adottati mediante:

- la rendicontazione dei risultati;
- l'aggiornamento del Piano della Performance 2013-2015 e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità;
- la messa a regime del sistema di misurazione e valutazione con l'ausilio di un software che permette la puntuale valutazione di tutto il personale dipendente nel pieno rispetto del regolamento aziendale.

Coerentemente con le azioni rivolte agli sviluppi del nuovo sistema di funzioni e di responsabilità, nonché al nuovo sistema di misurazione della performance, si proseguirà con l'attività di sviluppo dei sistemi amministrativi per il governo e il controllo della spesa.

La dispersione di risorse pubbliche è spesso legata a comportamenti inappropriati per cui oggi più che mai, in cui la revisione della spesa pubblica ("spending review") è diventata prioritaria, è necessario orientare il nostro comportamento verso atteggiamenti virtuosi. E' quindi indispensabile provvedere all'eliminazione di consumi eccessivi o inappropriati nei vari ambiti (ricoveri, abuso nell'utilizzo della diagnostica, consumo dei farmaci, ecc) perché l'inevitabile conseguenza, se ciò non dovesse avvenire, sarà la contrazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) attualmente garantiti dal SSN, in contrapposizione con un aumento irrimediabile della domanda sanitaria dovuta al progressivo invecchiamento della popolazione.



Il concetto di autosufficienza territoriale deve pertanto essere rivisto perché le uniche criticità che hanno bisogno di un'offerta capillare sono l'emergenza, che dovrà essere efficace e tempestiva, le cronicità e la presenza di una rete di servizi per i soggetti fragili (disabili e anziani).

Ogni soggetto operante in sanità pertanto ha il compito di tagliare definitivamente gli sprechi in modo che sia salvaguardato lo stesso livello di servizi e che non venga colpita la salute dei cittadini rendendo pertanto più efficiente la spesa pubblica.

Riqualificato quindi il sistema di risposta ai bisogni di salute e di assistenza, con l'individuazione delle linee di produzione (prestazioni e servizi) per priorità e sostenibilità economica nel rispetto dell'appropriatezza, si potranno determinare i margini di risparmio nella riallocazione delle risorse. Per tutto ciò sarà utile proseguire con il progetto avviato nel 2010 di assegnazione di un budget, per quote di competenza, per tutti i conti della contabilità generale, a ciascun gestore amministrativo del processo di spesa, da intendersi quale limite di spesa. Tuttavia, sperimentato il metodo con i gestori delle risorse, si svilupperà lo strumento mediante il coinvolgimento degli utilizzatori finali delle risorse stesse a cui sarà assegnato un budget economico, che li porterà ad essere responsabilizzati sulla programmazione e gestione delle risorse a loro assegnate anche mediante la previsione di obiettivi di eventuali riduzioni dei costi.

Gli strumenti di contabilità generale e analitica permetteranno il costante monitoraggio della spesa.

Per quanto riguarda i beni patrimoniali si sta portando avanti un progetto di valorizzazione del patrimonio aziendale con diversi interventi e azioni. Si sta infatti proseguendo con l'aggiornamento dei dati catastali al fine di ottenere un elenco aggiornato degli immobili e terreni quantificandone il valore in base al valore attuale di mercato; si stanno compiendo tutti gli atti preliminari per l'avvio delle procedure di alienazione di alcune aree di proprietà dell'azienda, si sta infine procedendo al costante e continuo aggiornamento dell'inventario aziendale.

#### a. 2) Il governo della mobilità sanitaria (progetto 5)

La riqualificazione dell'offerta di prestazioni e servizi finalizzata all'erogazione di prestazioni più appropriate ed economicamente sostenibili ha come scopo anche quello del recupero della mobilità passiva sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Una analisi delle variabili che determinano i comportamenti di mobilità può portare all'individuazione di strategie per il recupero della mobilità stessa.

Se i fenomeni di mobilità passiva sono legati alla mobilità occasionale (nostri residenti fuori provincia per motivi di studio, lavoro o vacanza), alla mancata presenza della prestazione nell'offerta della nostra ASL (es. radioterapia, risonanza magnetica, neurochirurgia, cardiocirurgia), o se la iperspecialità o la complessità della prestazione è tale da non consigliare, per la presenza di una casistica molto bassa, la sua erogazione in ambito aziendale (es. tracheostomie) risulterà poco utile indirizzare le nostre azioni sul recupero di tale mobilità passiva. Tuttavia, in ambito ospedaliero, la ASL di Oristano intende recuperare una quota di mobilità passiva per quelle branche attualmente assenti nei presidi pubblici, quali la neurologia, l'oculistica, l'otorinolaringoiatria e la pneumologia, attraverso la richiesta all'assessorato regionale di assegnazione di posti letto nel Presidio San Martino per tali branche.

Sul fenomeno della mobilità passiva legato alla prossimità territoriale, che nella nostra ASL è abbastanza diffuso data la sua posizione baricentrica, (es. ASL di Cagliari che presenta una forte attrattività per la vasta gamma di prestazioni offerte), si possono invece fare differenti considerazioni. Infatti se lo spostamento del paziente riguarda per esempio una prescrizione di farmaci o una prestazione specialistica e si sostanzia in una lunga distanza dalla ASL di residenza, magari riferito a persone disabili o anziane, probabilmente risulta inopportuno agire per arginare il fenomeno. Se invece la scelta di avvalersi della prestazione di strutture insistenti in territori contermini alla nostra Provincia è dovuta alla percezione di

ricevere prestazioni di miglior livello o con tempi di attesa minori, probabilmente è necessario agire per cambiare tale convincimento.

Si è quindi indagato, esaminando i dati di mobilità passiva nell'anno 2011, sulle determinanti del fenomeno quali la residenza del paziente, per esaminare eventuali fenomeni legati alla conterminità territoriale rispetto a strutture di altre ASL, si è analizzato poi verso quali presidi extra asl tale fenomeno è indirizzato, e infine si è vista la tipologia di prestazione che più frequentemente è causa di spostamenti dei nostri residenti rispetto ad altre strutture.

Per quanto riguarda la provenienza del paziente (distretto di appartenenza), rispetto alla ASL a cui si è rivolto per l'erogazione della prestazione, si può notare per esempio che per le prestazioni specialistiche, (in rapporto al totale della popolazione residente per distretto), il distretto di Ales Terralba usufruisce del maggiore numero di prestazione extra Asl, soprattutto verso le strutture della Provincia di Cagliari. Anche 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.

Sempre dall'analisi dei dati di mobilità passiva si è notato che le maggiori fughe riguardano specialità a maggior diffusione ma anche specialità assenti nelle nostre strutture pubbliche per cui l'offerta risulta inadeguata dal punto di vista quantitativo.

Il recupero della mobilità passiva pertanto dovrà riguardare in prima battuta le prestazioni ordinarie e riferibili alle specialità a maggiore diffusione, quelle che interessano le patologie croniche o ancora che presentano lunghe liste d'attesa.

#### a. 3) Lo sviluppo e il miglioramento qualitativo delle attività di Prevenzione (progetto 6)

Si riassumono i principali ambiti di intervento del Dipartimento di Prevenzione che ha quale scopo primario la promozione della salute, attraverso interventi che potenziano i determinanti positivi e che controllano i determinanti negativi sia individuali che ambientali; la prevenzione come individuazione del rischio, mediante interventi di screening della popolazione e medicina predittiva; e la prevenzione come gestione della malattia e delle sue complicanze mediante l'adozione di protocolli diagnostico-terapeutico-riabilitativi fondati sull'evidenza di efficacia, con standard di qualità, con verifiche e monitoraggio.

La ASL di Oristano, ponendo grande attenzione alla attivazione di strategie di promozione della salute che prendono origine dai determinanti della salute modificabili, vuole rafforzare l'impegno nei confronti di quelli relativi agli stili di vita promuovendo un'azione di rete di prevenzione su tematiche quali l'alimentazione e l'attività motoria a partire dall'età dell'infanzia.

Fra le strategie aziendali permane quella di dare rilievo ai processi di comunicazione verso e con i cittadini al fine di diffondere fra i propri utenti l'informazione e la consapevolezza in materia di salute al fine di favorire autonomia decisionale e scelte responsabili.

La ASL di Oristano vuole perseguire un'azione di promozione della salute anche 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 attraverso l'azione del Dipartimento di Prevenzione, si 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.

La ASL, a seguito di specifiche indicazioni regionali, è inoltre individuata come l'Ente competente per la valutazione del rischio sanitario per i fattori ambientali di rischio.

In caso di superamento dei limiti stabiliti dalla normativa a tutela della salute pubblica, sulla base delle rilevazioni strumentali di ARPAS, la ASL propone l'adozione di provvedimenti agli Enti competenti, se non già adottati dagli Enti stessi.

Il Dipartimento di Prevenzione, in linea con le norme Nazionali, Regionali, Aziendali, attraverso l'attività del Servizio Igiene Pubblica, garantisce, in modo uniforme sul territorio provinciale, a tutta la popolazione sia essa in età pediatrica o adulta, un eguale diritto all'accesso alla prevenzione vaccinale.

Le azioni future vanno verso la direzione di aumentare le coperture vaccinali del vaccino coniugato 13valente, a proteggere dalle malattie invasive correlate al pneumococco sia i bambini fino ai 5 anni di vita che, per un fenomeno di protezione di massa (herd immunity), i soggetti a rischio per patologia o nell'età fragile (anziani) e la popolazione giovane o adulta.

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.

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

Nel campo degli Screening si prevede di continuare l'attività di prevenzione secondaria nei confronti dei tumori della cervice uterina e lo screening mammografico. Obiettivo dei prossimi anni è quello di aumentare la copertura della popolazione target e di aumentare l'adesione delle donne con campagne di sensibilizzazione.

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.

In coerenza con gli obiettivi della strategia regionale e aziendale di Sicurezza Alimentare 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 del SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione), SIAOA (Servizio Igiene Alimenti di Origine Animale), SIAPZ (Servizio Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche), e SSA (Sanità Animale) vengono attuate in maniera integrata al fine di perseguire l'obiettivo di trasparenza e lealtà commerciali.

L'impegno a garantire la sicurezza e preservare la salute del cittadino sul luogo di lavoro, in un periodo storico di importanti cambiamenti sociali e produttivi è certamente un fattore altamente qualificante per una società moderna ed evoluta, rafforzando il ruolo del servizio pubblico quale riferimento del "sistema sicurezza".

Le attività di controllo, informazione e formazione che, proseguiranno anche nel triennio in esame, da parte del Servizio Pre.S.A.L., si prefiggono di favorire le conoscenze e le competenze degli attori coinvolti in particolar modo quelli dei cantieri edili e delle attività agricole che rappresentano rispettivamente il 10 e il 64,14% del totale delle attività produttive della provincia.

Il Dipartimento di Prevenzione si occupa del controllo delle malattie infettive e parassitarie degli animali con particolare attenzione alle malattie trasmissibili all'uomo (zoonosi) allo scopo di tutelare le produzioni e garantire i consumatori.

Le misure minime di protezione degli animali, a garanzia di livelli accettabili di benessere, sono estese anche alle specie allevate ai fini sportivi ed agli animali d'affezione al fine di evitare maltrattamenti e abbandono degli animali da compagnia.

Si proseguirà inoltre le attività di monitoraggio e prevenzione per contrastare la diffusione della "WND" (West Nile Disease) nel nostro territorio.

a. 4) La ricerca di una adeguata risposta assistenziale nell'ambito dell'Assistenza Ospedaliera (progetti 7 e 8)

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 ospedaliera. Gli interventi di tipo organizzativo che si intendono a tale scopo intraprendere, sono legati all'adozione del nuovo atto aziendale e alla proposta della nuova rete ospedaliera e della relativa dotazione di posti letto, elaborata anche in considerazione delle indicazioni nazionali e regionali in tal senso. Questo progetto di riorganizzazione assegna al Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano un ruolo multi specialistico, con l'attivazione di nuove specialità di branca medica e chirurgica, anche in funzione del nuovo ruolo che assumerà tale presidio nella nuova rete di Emergenza (DEA di I livello). Le discipline da attivare saranno quelle di oculistica, otorinolaringoiatria, neurologia, malattie endocrine e diabetologia, pneumologia. Nei due presidi periferici Mastino di Bosa e Delogu di Ghilarza, che opereranno quali sedi distaccate del PO San Martino, saranno trattati casi di medio-bassa intensità di cura e le attività programmate (day hospital, day surgery, day service, week hospital).

La specializzazione dei presidi periferici su attività a minore complessità, ma di più ampia utilità per la popolazione locale in termini di risposta ai bisogni assistenziali del territorio, dovrà condurre ad un governo dell'offerta più efficiente ma anche più efficace in termini di qualità delle prestazioni erogate. Infatti lavorare in equipe non può che migliorare la professionalità degli operatori garantendo lo stesso trattamento clinico e lo stesso percorso diagnostico terapeutico a tutti i pazienti ovunque essi siano residenti.

In una concezione di ospedale di rete 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 sarà 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 saranno 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, numericamente sufficiente a 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 è intendimento di questa direzione generale proseguire nel progetto di sviluppo dell'offerta di prestazioni per le branche specialistiche quali urologia, ortopedia, oculistica e ginecologia anche presso i presidi periferici di Bosa e di Ghilarza. Sempre in un'ottica di efficienza gestionale si proseguirà nel PO Delogu all'impiego del modello di week hospital e week surgery, già avviato nell'anno in corso. Nel PO Mastino si proseguirà con la sperimentazione del modello organizzativo e assistenziale per blocchi di degenza, mediante la collocazione delle degenze su un unico piano e la sistemazione su un piano differente degli studi medici, degli ambulatori specialistici e dell'area di day hospital e day surgery. Ridisegnare

l'organizzazione sulla base di linee di attività distinguibili per famiglie di processi affini dal punto di vista organizzativo e del percorso dell'utente, consente di intraprendere dei percorsi virtuosi che vanno nella direzione di re ingegnerizzare i comportamenti e i luoghi di cura con l'obiettivo dichiarato di ottenere efficienza organizzativa e miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati.

I nuovi modelli sopra prospettati permetteranno di ridisegnare la dotazione dei posti letto in termini di riduzione di quelli per acuti, all'interno dei quali si procederà alla più utile e appropriata individuazione di posti letto per ricovero ordinario e per ricovero diurno, e alla conversione di parte dei posti letto da acuti in post acuti. Ciò avverrà sia nel presidio San Martino che nei presidi periferici ove potranno trovare collocazione anche le Cure Intermedie e altre attività territoriali. Sarà importante orientare l'attività sempre più verso forme di integrazione tra ospedale e territorio; a tale proposito nel triennio in tali presidi si sperimenteranno forme di assistenza territoriale con le modalità organizzative delle Cure Intermedie e della Casa della Salute. Questa soluzione è coerente 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.

Per quanto riguarda le attività operanti nel Dipartimento di Cure Mediche si prevede di garantire un miglior livello di assistenza con lo sviluppo e la specializzazione delle attività. A questo riguardo sarà indispensabile attivare i nuovi posti letto per le branche di pneumologia, neurologia, malattie endocrine e diabetologia in modo da battezzare per specialità gli attuali posti letto della medicina del PO San Martino. Questo progetto naturalmente renderà necessaria la presenza di diverse professionalità, aggiuntive rispetto all'organico attuale, ma il potenziamento dell'organico sarà comunque utile alle attività del Dipartimento nel suo complesso, in considerazione del fatto che si procederà con l'attivazione delle attività per la gestione delle post acuzie e la creazione del servizio di Stroke Unit.

Nella rete regionale delle post acuzie la ASL di Oristano si candida ad avere un ruolo primario per le attività riabilitative. Il progetto Riabilitativo Ospedaliero prevede l'istituzione di 14 posti letto di Codice 75 di neuroriabilitazione. In collaborazione con il privato accreditato si costruirà 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) si provvederà a 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.

Si vuole sottolineare 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, neuroriabilitazione, servizi della diagnostica) e 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. La letteratura scientifica dell'ultimo decennio ha mostrato in modo inequivocabile che l'assistenza dell'ictus all'interno di una Stroke Unit riduce la mortalità e la disabilità conseguenti all'ictus ed aumenta la percentuale di pazienti in grado di tornare al proprio domicilio dopo la fase acuta rispetto all'assistenza in un reparto di Medicina o anche in una Neurologia sprovvista di Stroke Unit.

Il trasferimento delle attività al nuovo corpo DEA permetterà di accorpare le attività legate all'emergenza e consentirà di incrementare l'attività operatoria sia per la presenza di nuovi spazi che per la previsione del reclutamento di personale per la costituzione di una ulteriore equipe di sala operatoria. Anche i nuovi spazi per la diagnostica per immagini permetteranno di utilizzare dei percorsi distinti tra prestazioni rivolte agli utenti esterni piuttosto che per i pazienti ricoverati nei presidi ospedalieri.

La creazione della nuova Rete di Emergenza legata allo status di DEA di I livello del Presidio San Martino risponderà in maniera adeguata ai bisogni della popolazione connessi con l'emergenza e l'urgenza. La configurazione della rete di emergenza avverrà secondo il modello organizzativo delineato nella bozza dell'atto aziendale, con la gestione delle emergenze affidate al 118.

Si ribadisce infine che tra le criticità più importanti si riscontra l'inadeguatezza della dotazione di personale, in particolare medico e infermieristico: infatti, il contingentamento delle dotazioni e le limitazioni al turnover del personale cessante ha progressivamente determinato un impoverimento della già carente dotazione organica.

a. 5) Il potenziamento dell'Assistenza Territoriale quale presupposto per un'offerta appropriata di prestazioni (progetti 9,10, 11, 12, 13, 14, 15)

Migliorare l'efficienza dei servizi territoriali è ormai un obiettivo imprescindibile perché solo con la presenza di un servizio efficiente sul territorio si può perseguire l'obiettivo più generale di miglioramento qualitativo dell'assistenza sanitaria. Questo consentirà non solo un risparmio in termini di risorse ma permetterà di utilizzare il livello assistenziale clinicamente più appropriato e spesso più vicino al cittadino. Il tema dell'integrazione ospedale – territorio è centrale per garantire la presenza di un'assistenza efficace e efficiente; lavorare sui percorsi diagnostico terapeutici assistenziali risulta indispensabile proprio a garantire il giusto ricorso al corretto livello assistenziale nel decorso della malattia o della cura. Una corretta presa in carico del paziente, magari "fragile", deve inoltre 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 potenziamento 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 a livello più appropriato. Sarà quindi costruito 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.

Sarà importante continuare nel percorso 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 più frequenti quali quelle cardiovascolari, endocrinologiche, oncologiche e pneumologiche.

Si prevede inoltre, all'interno del progetto per la realizzazione della Casa della Salute di Bosa di istituire ulteriori posti rene. Ciò si inserisce nel più ampio progetto di potenziamento delle attività nefrologiche sia ospedaliere che territoriali, mediante l'incremento delle prestazioni offerte dai 16 posti rene nel Presidio San Martino e mediante il potenziamento dell'attività dei CAL di Terralba e Ghilarza.

Per il controllo dell'offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nel Piano Attuativo Aziendale per il governo delle liste d'attesa, sono previste una serie di azioni che si riepilogano sinteticamente:

1. sostegno e potenziamento del CUP Aziendale che attualmente accentra la quasi totalità delle richieste di accesso all'assistenza sanitaria ambulatoriale e le traduce in prenotazione.
2. completamento dell'informatizzazione degli ambulatori.
3. prosecuzione dell'attività 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, classi di priorità, tipologia, struttura di erogazione.
4. gestione delle disdette attraverso la sensibilizzazione dell'utenza, l'attivazione di un sistema di messaggistica che ricorda all'utente giorno e ora dell'appuntamento e l'implementazione di un sistema di recall.
5. aumento dell'offerta di prestazioni che sarà garantito ricorrendo a seconda dei casi:
  - 5.1) alla libera professione erogata dai propri professionisti ai sensi dell'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza del 8 giugno 2000;
  - 5.2) all'aumento di ore di specialistica ambulatoriale
  - 5.3) all'assunzione di specifiche figure professionali mediche
  - 5.4) eventuale acquisto di prestazioni dalle strutture private accreditate.

Risulta sempre più crescente la domanda delle cure domiciliari, servizio che si presenta anch'esso sempre più importante nel perseguimento dell'appropriatezza nella cura del paziente. Anch'esso non sottovaluta l'aspetto sociale e anche per esso è importante il supporto ai familiari per la gestione del paziente nella sua globalità.

La ASL di Oristano intende proseguire con il progetto di miglioramento qualitativo del servizio inserendo nuove figure di infermieri professionali dedicati per garantire la presenza di un adeguato numero di prestazioni infermieristiche per abitante. Attualmente l'assistenza infermieristica erogata da infermieri dedicati e infermieri in prestazioni aggiuntive conta un numero medio annuo di ore per paziente di assistenza infermieristica pari a 47,6; ci si propone di portare a 20 l'equipe di infermieri dedicati, anche con l'assunzione di nuovi 8 infermieri, e assicurare così un numero medio annuo di ore per paziente di assistenza infermieristica pari a 59 circa.

Attualmente l'esperienza aziendale si riferisce all'erogazione delle cure prestazionali e delle cure domiciliari integrate di primo e secondo livello (precedentemente denominate ADI), con qualche esperienza di ospedalizzazione domiciliare. Ora l'Azienda intende introdurre l'erogazione di Cure Palliative rivolte a persone che presentano bisogni con un elevato livello di complessità e con criticità specifiche legate alla instabilità clinica e alla presenza di sintomi di difficile controllo, (persone nella fase terminale della vita, persone con malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata; persone in fase avanzata e complicata di malattie croniche; persone con necessità di nutrizione artificiale parenterale; persone con necessità di supporto ventilatorio invasivo; persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza).

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 dovranno essere coinvolti 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).

Per quanto riguarda infine le attività semiresidenziali e residenziali territoriali, esse risultano quantitativamente carenti e questo comporta spesso l'inappropriato ricorso alle strutture ospedaliere, allontanando il paziente dal proprio ambito territoriale e dalla famiglia e cosa ancora più importante, non garantendo il corretto approccio terapeutico riabilitativo al paziente. La parziale soluzione a tale problema arriverà dalla istituzione di posti letto per la gestione delle post acuzie nei tre presidi ospedalieri pubblici e nel privato accreditato e dalla presenza di una nuova struttura residenziale nell'ambito del Distretto di Ales Terralba. Nel triennio si cercherà di portare infine 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 garanzia del funzionamento dell'integrazione socio sanitaria infine, la Asl di Oristano renderà operativo un accordo intervenuto tra Provincia, PLUS e Azienda Sanitaria, per la gestione informatizzata dei servizi socio sanitari. Tale progetto fornirà un valido supporto non solo di tipo operativo, per la gestione associata dei servizi all'utenza, ma anche di tipo strategico per la definizione congiunta degli interventi di programmazione. Gli attori partecipanti al progetto potranno pertanto ottenere in tempo reale le informazioni, in forma anonima, rispetto agli interventi socio sanitari in essere riferiti ai propri residenti e ottenere le informazioni fondamentali per fare proposte di intervento e di programmazione.

Altro importante versante su cui operare è quello riguardante la Salute Mentale e le Dipendenze. Il potenziamento di tali attività prevede l'ampliamento dell'organico dei Servizi per le Dipendenze. Attualmente si è provveduto all'apertura di due ambulatori nel Comune di Terralba uno riferito alle attività del CSM e l'altro alle attività erogate dal SERD. L'apertura delle nuove strutture di Busachi e Samugheo inoltre contribuisce a portare avanti l'obiettivo di aumento dell'inserimento dei pazienti sofferenti mentali presso le strutture operanti nel nostro territorio piuttosto che in quelle extra asl.

E' da rimarcare inoltre l'impegno che l'azienda e gli operatori intendono portare avanti nella realizzazione del progetto di inserimento, presso nuclei familiari della provincia di Oristano, di pazienti sofferenti mentali dimoranti nelle strutture residenziali.

a. 6) Interventi per un'Assistenza Farmaceutica maggiormente appropriata anche a supporto della riduzione della spesa (progetto 16)

Nella tabella che segue, ove sono illustrate le variazioni intercorse tra il I semestre 2012 e il I semestre 2011 e la variazione media regionale, si osserva un incremento delle variazioni percentuali di tutti gli indicatori che risultano superiori alle variazioni medie regionali.



ASL 5 - Oristano	I semestre 2012	I semestre 2011	Scostamento percentuale ASL 5	Variazione media regionale
N° Ricette	996.962	959.526	3,90%	3,7%
N° Confezioni	1.732.243	1.664.665	4,06%	3.5%
Lordo (€)	<b>€ 19.780.486,94</b>	€ 19.285.544,03	<b>2,57%</b>	1.3%
Sconto SSN (€)	€ 755.779,16	€ 697.346,51	8,38%	6,3%
Altri Sconti (€)	€ 415.297,89	€ 403.823,27	2,84%	1.1%
Differenza prezzo di riferimento	€ 1.369.727,59	€ 1.122.129,77	22,06%	23,9%
Netto SSN (€)	<b>€ 17.239.864,02</b>	€ 17.062.535,91	<b>1,04%</b>	-0.3%
PHT- Confezioni	35.298	14.152	149,42%	85.8%
PHT – Lordo	<b>€ 2.202.234,92</b>	€ 730.834,21	<b>201,33%</b>	149,0%

#### Confronto spesa e indicatori I semestre 2012– I semestre 2011 (fonte Marno)

Le cause dell'incremento della spesa lorda sono indicate nella successiva tabella dove si osserva che la diminuzione dei prezzi non è stata sufficiente a compensare l'aumento dei consumi.

#### Cause variazione spesa lorda (fonte Marno)

Cause	Importo Lordo	Incidenza %
variazione prezzi	-1.563.664,03	-8,11%
variazione consumi	1.301.153,10	6,75%
nuovi consumi	873.327,09	4,53%
consumi cessati	-115.873,25	-0,6
<b>variazione totale</b>	<b>494.942,91</b>	<b>2,57%</b>

All'interno della variazione totale della spesa lorda si osserva il marcato incremento della spesa per i farmaci del PHT (+ 201,33). L'incidenza della spesa lorda dei farmaci del PHT sul totale della spesa lorda SSN è stata dell'11,1% nel I semestre 2012 e del 3,8% nel I semestre 2011.

Ciò è dovuto principalmente alla mancata proroga degli accordi regionali con Federfarma e depositi, scaduti a dicembre 2011, che ha determinato una carenza quasi totale dei farmaci del PHT nel canale della Distribuzione Per Conto (DPC).

**Confronto spesa e indicatori DPC I semestre 2012/2011**  
(fonte Marno)

ASL 5 - Oristano	I semestre 2012	I semestre 2011	Scostamento percentuale
N° Ricette	<b>8.560</b>	18.559	- 53,88%
N° Pezzi	<b>12.445</b>	27.472	<b>- 54,70%</b>
Lordo (€) prezzo al pubblico (1)	€ 1.103.783,45	€ 2.545.629,65	- 56,64%
<b>Spesa d'acquisto ASL (1)</b>	<b>€ 620.138,49</b>	€ 1.457.704,73	<b>- 57,46%</b>
<b>Oneri farmacie (1)</b>	€ 105.520,92	€ 238.470,40	- 55,75%
<b>Oneri depositi (1)</b>	€ 36.429,18	€ 83.294,04	- 56,26%
<b>Costo DPC (€)</b>	€ 762.088,59	€ 1.779.469,17	<b>-57,17%</b>
1 - IVA inclusa			

Di conseguenza la maggior parte dei farmaci assenti nel canale DPC è stata distribuita in regime convenzionale SSN e solo in parte dalle strutture farmaceutiche aziendali.

**Erogazione diretta farmaci**

	I semestre 2012	I semestre 2011	Variazione %
Totale IVA inclusa	€ 3.516.525,16	€ 3.012.742,30	16,72%
di cui PHT	€2.138247,19	€ 2.073.346,60	3,13%

**Simulazione spesa erogazione farmaci ad assistiti**

Importi	I semestre 2012	I semestre 2011	differenza
netto SSN	17.239.864,02	17.062.535,91	177.328,11
netto DPC	762.088,59	1.799.469,17	-1.037.380,58
erogazione diretta IVA incl	3.516.525,16	3.012.742,30	503.782,86
<b>totale</b>	<b>21.518.477,77</b>	<b>21.874.747,38</b>	<b>-356.269,61</b>

Dalla lettura delle tabelle sopra esposte si evince che il risultato finale è una contrazione della spesa.

Dall'analisi della spesa farmaceutica SSN è emerso che le categorie di farmaci che hanno registrato, nel I semestre 2012, il maggior incremento di spesa sono:

B – sangue ed organi ematopoietici	+ 72,17%
N – sistema nervoso	+ 25,29%
A - apparato gastrointestinale e metabolismo	+ 13,25%

H – preparati ormonali sistemici, esclusi ormoni sess. + 12,20%

G – sistema genito-urinario d ormoni sessuali + 8,47%

Sull'incremento di spesa per i gruppi B, N , A ha inciso l'aumento dei farmaci del PHT, mentre per i gruppi G ed H si aggiunge anche l'aumentata prescrizione di due farmaci: la dutasteride (G) per l'ipertrofia prostatica benigna (+ 28.498 euro) e la teriparatide per il gruppo H (+ 25.682 euro) per il trattamento dell'osteoporosi.

I gruppi con maggior decremento di spesa sono:

C- sistema cardiovascolare - 12,27%

J – antimicrobici generali per uso sistemico - 11,35%

M- sistema muscolo scheletrico - 5,71%

Per i cardiovascolari si è registrato un forte decremento di spesa per l'atorvastatina ( - 266.435 euro) e per valsartan solo e associato a diuretici ( - 325.398 euro); per il gruppo J una diminuzione dei fluorochinolonici ( - 93.916 euro) e per il gruppo M la diminuzione dei bifosfonati ( - 61.793 euro).

Atteso che l'obiettivo di riduzione della spesa farmaceutica è un obiettivo nazionale e regionale ormai imprescindibile, gli sforzi dell'Azienda devono andare verso questa direzione con azioni indirizzate su diversi fronti.

- Implementazione della distribuzione diretta e per conto dei farmaci e della erogazione diretta del primo ciclo di terapia.
- Incrementare 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.
- Attuazione del progetto di realizzazione del magazzino unico aziendale.

- a. 7) Organizzazione del servizio di Sanità Penitenziaria a seguito del passaggio delle competenze dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale (progetto 17)

Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° aprile 2008, in attuazione della disposizione contenuta nella L. 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008), art. 2, comma 283, si completa il processo di riordino della medicina penitenziaria con la definizione delle modalità e dei criteri per il trasferimento dal Ministero della giustizia al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria. Come previsto dal successivo Decreto Legislativo n. 140 del 18 luglio 2011, la Regione Sardegna con proprie norme ha provveduto ad intervenire per disciplinare la materia a livello regionale.

Il Servizio sarà quindi garantito nel rispetto dei principi di tutela della salute attraverso la continuità dell'assistenza sanitaria nonché il recupero sociale dei detenuti sottoposti a provvedimento penale, senza peraltro disperdere la specifica professionalità del personale che opera negli Istituti di pena, assicurando una piena collaborazione interistituzionale con l'Amministrazione penitenziaria e Giustizia Minorile, salvaguardando la sicurezza all'interno degli Istituti penitenziari.

Nel progetto di riordino della medicina penitenziaria a livello locale, la ASL di Oristano si prenderà 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 dell'anno in corso. Questo comporterà sicuramente un carico assistenziale maggiore con il coinvolgimento attivo di diverse strutture dei Dipartimenti Territoriali e Ospedalieri Aziendali, con un notevole impegno organizzativo oltre che di risorse umane e finanziarie, anche in considerazione del fatto che la nuova struttura carceraria potrà ospitare 260 detenuti rispetto agli attuali 200.

La Macrostruttura a cui afferisce l'Assistenza tutela salute in Carcere è quella Distrettuale. All'interno della struttura Distrettuale il Coordinamento delle Funzioni Sanitarie viene individuata temporaneamente nell'U.O. Cure Primarie e Specialistica Ambulatoriale.

Il progetto prevede la presenza di un Responsabile del Presidio per 18 ore settimanali, che diverranno 38 se saranno occupati tutti i 260 posti, la presenza di medici di medicina dei servizi che garantiscano un servizio h. 24 per tutti i giorni della settimana e prevede infine un adeguato numero di infermieri. L'incarico di Responsabile di Presidio è stato assegnato al Medico già incaricato presso la Casa circondariale, anche al fine di assicurare la salvaguardia delle esperienze pluriennali maturate dal professionista nell'ambito della sanità penitenziaria e nell'ambito delle relazioni con l'Amministrazione Penitenziaria e con il Ministero di Grazia e Giustizia. Lo stesso Medico continuerà ad assicurare le competenze medico legali nei confronti del corpo di polizia penitenziaria. Nell'ambito dell'assistenza specialistica le ore previste di Assistenza Psichiatrica sono n. 38 ore settimanali, parimenti per quanto riguarda la figura dello Psicologo. Per quanto riguarda le prestazioni di psichiatria, di psicologia e l'assistenza ai tossicodipendenti verranno temporaneamente mantenute e rinnovate le convenzioni in essere. Tra le altre prestazioni medico specialistiche da assicurare, oltre alle prestazioni di laboratorio analisi e alle branche di infettivologia, odontoiatria e di cardiologia, in base ai dati sul fabbisogno storico forniti dal Medico incaricato, sono previste ulteriori specialità (Diagnostica per immagini, Dermatologia, Oculistica, Urologia, Fisiatria, Endocrinologia, diabetologia, Pneumologia, Chirurgia e gastroenterologia, Ortopedia, ORL). Si ritiene, dal punto di vista organizzativo, che le prestazioni possano essere rese, per quanto possibile, all'interno della struttura carceraria (al fine di evitare il trasferimento dei detenuti nelle strutture sanitarie esterne che comporterebbe disagio all'organizzazione dell'Amministrazione penitenziaria).

Si farà ricorso alle strutture Poliambulatoriali o Ospedaliere per l'effettuazione di quelle prestazioni altrimenti non eseguibili all'interno del Presidio sanitario della Casa Circondariale, in particolare per prestazioni di Diagnostica per immagini: Rx, Tac, RNM, Ecografie generali ed ecocolorcolor Dopplergrafia (per queste ultime prestazioni, in base al fabbisogno, in futuro potrebbe essere acquistata un'apparecchiatura portatile per assicurare le prestazioni all'interno della C.C. )

Oltre alla garanzia della medicina generale sono previsti degli interventi da parte dei seguenti servizi:

- Prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche;
- Salute Mentale;
- Servizio Igiene Pubblica per la tutela della salute delle persone immigrate e degli stranieri e per le malattie infettive;
- Direttore Servizio Igiene Alimenti per la promozione della salute, garanzia e salubrità degli ambienti di vita e igiene degli alimenti;
- Servizi di Medicina Legale;
- Sistema Emergenza Urgenza, 118;
- Servizio Farmaceutico Territoriale;
- Formazione

Il progetto di riordino della medicina penitenziaria nella Provincia di Oristano, così come descritto, è tuttavia ancora in divenire per i costanti rapporti con l'Assessorato Regionale alla Sanità che definirà i trasferimenti dei finanziamenti necessari allo sviluppo e al mantenimento del progetto stesso.

## b) I Programmi

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

- 1) Il perseguimento del miglioramento della qualità dei servizi offerti attraverso lo strumento del Governo Clinico
- 2) Modifica e integrazione dell'attuale modello organizzativo aziendale nel rispetto delle direttive regionali
- 3) Sviluppo del Ciclo di gestione delle performance dell'ASL di Oristano quale procedura per lo svolgimento del ruolo di governo, di trasparenza e responsabilizzazione
- 4) Lo sviluppo dei sistemi di governo di ausilio alla razionalizzazione della spesa e all'impiego più efficiente delle risorse
- 5) Qualificazione dell'offerta delle prestazioni in ambito ospedaliero e territoriale finalizzato all'erogazione di prestazioni più appropriate e al recupero della mobilità passiva
- 6) Lo sviluppo e il miglioramento qualitativo delle Attività di Prevenzione
- 7) La realizzazione di un corretto modello organizzativo nell'ambito dell'Assistenza Ospedaliera a garanzia di una appropriata risposta assistenziale nelle attività di ricovero
- 8) La creazione della nuova Rete di Emergenza legata allo status di DEA di I livello del Presidio San Martino per rispondere ai bisogni della popolazione connessi con l'emergenza e l'urgenza
- 9) La variazione del modello organizzativo per lo sviluppo e la gestione delle Attività Territoriali a garanzia di una appropriata risposta assistenziale dei servizi territoriali
- 10) L'orientamento del paziente nel giusto percorso di cura mediante la costituzione delle Case della Salute
- 11) Realizzazione di un Hospice quale luogo di accoglienza e di ricovero temporaneo a supporto delle famiglie
- 12) L'accrescimento delle risorse e dei servizi offerti per un potenziamento delle Cure Domiciliari
- 13) La riorganizzazione delle Cure Dialitiche e l'incremento dell'offerta di prestazioni
- 14) Il governo della domanda e dell'offerta di prestazioni specialistiche finalizzato ad una progressiva riduzione dei tempi di attesa
- 15) Il potenziamento dei servizi territoriali del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze per garantire le cure nel nostro territorio
- 16) Interventi per un'Assistenza Farmaceutica maggiormente appropriata anche a supporto della riduzione della spesa

- 17) Organizzazione del servizio di Sanità Penitenziaria a seguito del passaggio delle competenze dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale.

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