

AZIENDA SANITARIA LOCALE SANLURI

PIANO SANITARIO TRIENNALE

2015-2017

INTRODUZIONE	6
<i>Definizione.....</i>	<i>6</i>
<i>Il Piano sanitario triennale (2015-2017).....</i>	<i>6</i>
<i>Struttura del Piano</i>	<i>12</i>
PARTE I	13
IL CONTESTO DI RIFERIMENTO E L'ANALISI DEI BISOGNI.....	13
Quadro sociodemografico	13
Quadro epidemiologico	18
Quadro socioeconomico	20
OBIETTIVI E PROGRAMMI DI INTERVENTO DI MEDIO E LUNGO PERIODO.....	21
Assistenza territoriale.....	21
Medicina di base	21
La Prevenzione.....	23
Vaccinazioni	23
Screening.....	24
Dipendenze.....	25
Rischio cardiovascolare, diabete e malattia renale	26
Salute mentale.....	27
Malattie neurologiche e degenerative	29
Le case ed i centri della salute.....	30
La riabilitazione e lungodegenza	31
L'assistenza residenziale	32
L'assistenza distrettuale.....	32
La Salute penitenziaria.....	33
Assistenza ospedaliera	34
Organizzazione per intensità di cura.....	34
Riorganizzazione delle attività ospedaliere	35
Rete ospedaliera.....	35
Preospedalizzazione	38
Tasso di ospedalizzazione.....	38
Appropriatezza DRG	39

Ricoveri ripetuti.....	40
Degenza media per ricoveri con DRG chirurgico.....	41
Liste di attesa.....	42
Miglioramento Assistenza Integrata.....	45
L'Assistenza domiciliare.....	45
Il Percorso nascita.....	47
I Percorsi di salute integrati.....	48
Il Pua e l' Uvt.....	50
Il Piano locale unitario dei servizi alla persona - Plus.....	51
Miglioramento dell'organizzazione. Sviluppo e innovazione.....	52
L'Atto Aziendale.....	52
I Processi di semplificazione.....	52
Il miglioramento della qualità.....	53
Il risk management.....	54
I Flussi informativi. La centralizzazione e il Cea.....	56
La Strategia per la gestione dei fondi e dei progetti vincolati.....	56
Il Piano del personale.....	57
PARTE II.....	58
<i>LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA, FINANZIARIA E PATRIMONIALE.....</i>	<i>58</i>
<i>Profilo quinquennio 2010 - 2014.....</i>	<i>58</i>
Linee generali di intervento 2015-2017.....	61
Ottimizzazione costi di Produzione.....	61
Contenimento costo dei farmaci territoriali e ospedalieri.....	62
Rispetto budget di spesa.....	62
PARTE III.....	63
<i>LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INVESTIMENTI E DEI FINANZIAMENTI.....</i>	<i>63</i>
Investimenti.....	63
Previsione economica.....	64
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	65

INTRODUZIONE**Definizione**

Il piano sanitario triennale è un documento che espone le linee di attività strategiche, le risorse necessarie da impegnare e le formule organizzative e gestionali funzionali al perseguimento degli obiettivi sanitari e socio-sanitari del Piano Regionale dei Servizi Sanitari e di altri eventuali atti e documenti di programmazione regionale, riferiti al contesto di competenza dell'azienda sanitaria.

Epoca di redazione e periodo di riferimento - Il piano sanitario triennale si riferisce ad un periodo di tre esercizi successivi all'esercizio nel quale è redatto. Le informazioni in esso contenute, per quanto riguarda gli obiettivi programmatici, le linee di azione, la programmazione economica, finanziaria e patrimoniale e la programmazione degli investimenti e dei finanziamenti, devono essere distintamente rappresentate per ogni esercizio successivo.

Il programma sanitario triennale è redatto, revisionato e aggiornato ogni anno.

Il Piano sanitario triennale (2015-2017)

Il Piano sanitario triennale 2015-2017, è un aggiornamento della pianificazione tracciata l'anno precedente con il Piano sanitario triennale 2014-2016; valuta le attività avviate nel corso dell'ultimo anno alla luce degli ultimi indirizzi regionali.

Come si esporrà di seguito in modo più dettagliato nel territorio della Provincia del Medio campidano si rileva in maniera marcata il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione correlato all'aumento della vita media e ad una costante riduzione della natalità, ma anche un'incidenza significativa delle malattie croniche soprattutto legate alla fascia di popolazione anziana. Pertanto la strategia dell'azienda sanitaria sarà orientata a prevedere un'organizzazione finalizzata a potenziare l'attività sanitaria utile a soddisfare le richieste della popolazione anziana con particolare riguardo all'assistenza a domicilio e alla medicina territoriale per garantire una presa in carico globale e continua dell'utente.

L'azienda sanitaria di Sanluri con il *Piano sanitario triennale 2014-2016 (delibera n° 951 del 23/12/2013)* ha portato avanti le politiche impostate con i piani di pianificazione approvati negli anni precedenti (*Piano sanitario triennale 2013-2015 - delibera n° 891 del 28/12/2012, Piano strategico 2012-2014 - delibera n°*

509 del 14/11/2011), ha considerato tre prospettive di lavoro e di crescita che ricalcano gli obiettivi assegnati dalla Regione ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali (DGR. n. 30/60 del 12.7.2011 e successive modifiche) sintetizzati in: obiettivi assistenziali; obiettivi organizzativi; obiettivi economici.

RISULTATI RAGGIUNTI - Rispetto questi tre obiettivi, di seguito vengono elencati i principali interventi realizzati fino a data odierna, per il raggiungimento degli stessi.

Obiettivi assistenziali

- potenziamento della neuropsichiatria attraverso una riorganizzazione della gestione del servizio e l'aumento delle risorse professionali dedicate a quest'ambito
- apertura di casa salute e rafforzamento della figura dei MMG nel governo delle stesse
- aggiudicazione della gara per la realizzazione della RSA
- apertura di centri prelievo in vari comuni del territorio per garantire un migliore accesso
- proseguo attività prevenzione cardiovascolare con estensione del progetto "Gruppi di cammino" a quasi tutti i comuni afferenti alla asl 6
- Raggiungimento copertura prevista per attività di screening e vaccinazioni
- Attività di eccellenza nell'area della riabilitazione psichiatrica attraverso varie terapie di gruppo e progetti innovativi
- Avvio processo di territorializzazione (deospedalizzazione) dei servizi
- Preospedalizzazione nel percorso nascita
- Elaborazione percorso BPCO
- Miglioramento percorso Cure Domiciliari

Obiettivi organizzativi

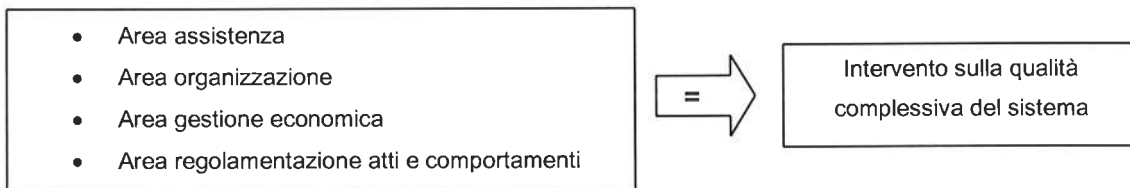
- Rivisitazione dotazione organica ed elaborazione piano del personale
- Proseguimento attività di risk management
- Miglioramento processi amministrativi con l'elaborazione e applicazione di procedure
- Ottimizzazione di tempi e dei carichi di lavoro
- Organizzazione delle attività per processi
- Snellimento delle procedure

Obiettivi economici-gestionali

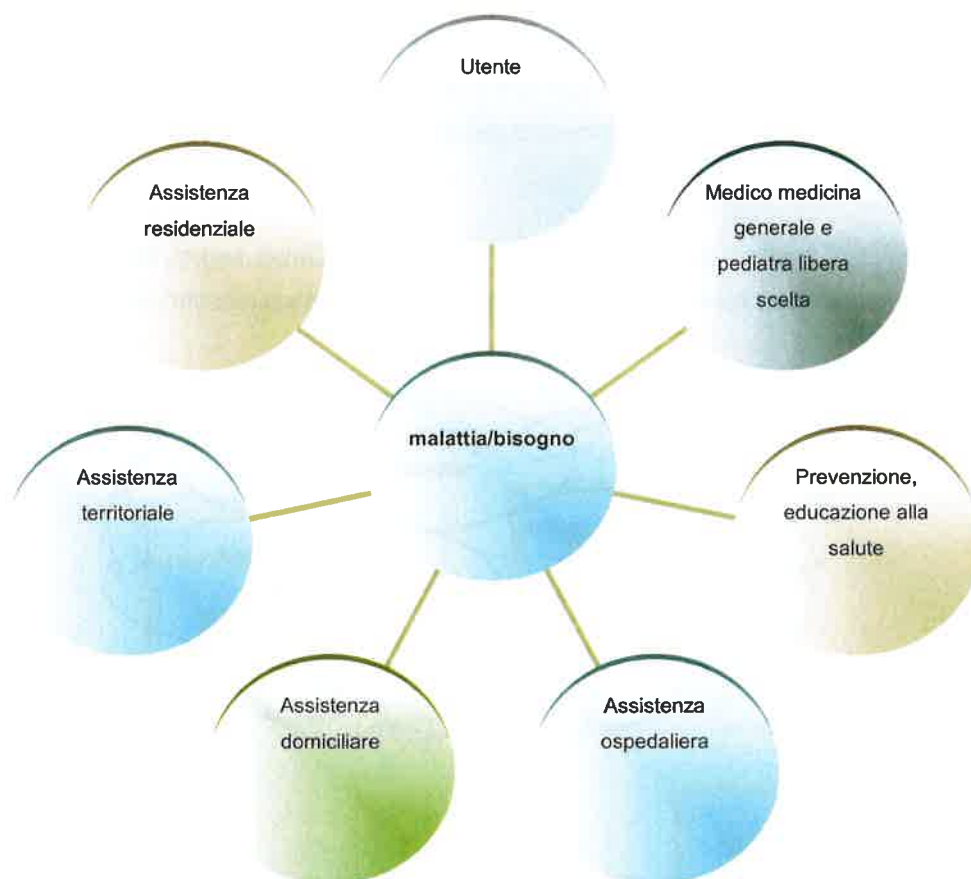
- Raggiungimento e consolidamento del pareggio in bilancio

- Ridistribuzione delle risorse
- Monitoraggio e rendicontazione alla Regione fondi vincolati
- Reporting periodico

OBIETTIVI DA RAGGIUNTERE - L'ASL 6 in armonia con tali indirizzi aziendali e regionali, nel contesto dell'attività di revisione della pianificazione impostata gli anni precedenti ha prodotto il presente documento, Piano sanitario triennale 2015-2017. Di seguito i tre macro obiettivi che descrivono il percorso ideale tramite il quale attuare il nuovo progetto di *intervento sulla qualità* e in certi casi anche di cambiamento del sistema esistente. Ai tre obiettivi esistenti se ne aggiunge un quarto relativo alla regolamentazione e trasparenza di atti e comportamenti.



Il concetto principale su cui si basa la pianificazione degli interventi sanitari è quello di **malattia**, intesa come fulcro attorno al quale ruota l'assistenza sanitaria.



A seguire, determinanti sono i concetti di :

- **Rete** e integrazione ospedale-territorio, in particolare attraverso processi di **territorializzazione** e di deospedalizzazione, **Percorsi** diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) e l'assistenza per **Intensità di cura**
- **Persona/utente**, intesa come principale responsabile del proprio stato di salute
- **Salute**, intesa come complesso stato di benessere psico-fisico e sociale

Alla luce di questi tre principi regolatori la ASL 6 intende strutturare e offrire i suoi servizi in maniera non frammentata ma continuativa, integrata e strutturata attraverso importanti strumenti di governance quali i percorsi diagnostici terapeutici. Con la parola "percorso" si intuisce immediatamente che l'obiettivo è quello di costruire e indicare all'utente la "strada" migliore per la gestione della patologia specifica. Un percorso che parte dal territorio, luogo dove il bisogno si manifesta, passa per il medico di medicina generale (medico di fiducia del cittadino) per poi arrivare ai servizi della Asl ed essere preso in carico, in maniera appropriata, dal territorio o dall'ospedale a seconda delle esigenze evidenziate. Un percorso che non termina con la dimissione o con la chiusura del piano personalizzato ma che continua con il rientro a casa.

Pertanto gli obiettivi assistenziali e organizzativi della asl di Sanluri ben si intersecano tra loro fino a formare un *processo unico e circolare*, come mostra la rappresentazione sotto riportata.



Fermo restando l'integrazione delle diverse aree di intervento di seguito il dettaglio dell'assistenza sul quale la asl 6 intende concentrarsi nel triennio avvenire.

Area Assistenza territoriale

- La Prevenzione (Vaccinazioni, Screening, Dipendenze, Rischio cardiovascolare, Diabete e malattia renale)
- Le case ed i centri della salute
- La riabilitazione e lungodegenza
- L'assistenza residenziale
- L'assistenza distrettuale
- La Salute penitenziaria

Area Assistenza ospedaliera

- Assistenza per intensità di cura
- Riorganizzazione delle attività ospedaliere
- Rete ospedaliera
- Preospedalizzazione
- Tasso di ospedalizzazione
- Appropriately DRG
- Ricoveri ripetuti
- Degenza media per ricoveri con DRG chirurgico
- Liste di attesa

Area Assistenza integrata

- L'Assistenza domiciliare
- Il Percorso nascita
- I Percorsi di salute integrati
- Il Pua e l' Uvt
- Il Piano locale unitario dei servizi alla persona - Plus

Area Organizzazione, sviluppo e innovazione

- L'Atto Aziendale
- I Processi di semplificazione
- Il miglioramento della qualità
- Il risk management
- I Flussi informativi. La centralizzazione e il Cea
- La Strategia per la gestione dei fondi e dei progetti vincolati
- Il Piano del personale

Area regolamentazione atti e comportamenti

- Programma per la Trasparenza e l'integrità
- Piano anticorruzione
- Relazione sulle Performance
- Dati su organizzazione e processi
- Regolamenti su atti e procedure
- Reporting sul personale
- Reporting economico

Struttura del Piano

Il programma sanitario triennale si compone delle seguenti sezioni:

- Parte I
a. Il contesto di riferimento e l'analisi dei bisogni
b. L'esistente e i programmi di intervento
- Parte II
c. La programmazione economica, finanziaria e patrimoniale
- Parte III
a. La programmazione degli investimenti e dei finanziamenti

Parte I

Il contesto di riferimento e l'analisi dei bisogni - La sezione contiene informazioni di carattere socio-demografico, economico e ambientale, relative al contesto di riferimento dell'azienda sanitaria, nonché l'analisi dei bisogni degli utenti. Contiene informazioni sull'incidenza di particolari fenomeni utili ai fini dell'analisi dei bisogni di assistenza.

L'esistente e i programmi di intervento - La 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.

Parte II

La programmazione economica, finanziaria e patrimoniale - La sezione contiene informazioni sui seguenti temi:

- Sintesi dei risultati economici e patrimoniali conseguiti negli ultimi tre esercizi.
- Sintesi dei risultati economici, patrimoniali e finanziari previsti per i tre anni successivi.

Parte III

La programmazione degli investimenti e dei finanziamenti - La sezione contiene una sintesi del valore complessivo degli investimenti, disinvestimenti e variazioni nei finanziamenti previsti per il triennio di riferimento del programma. Al programma sanitario triennale è allegato il programma degli investimenti di cui al D.Lgs 163/2006 e s.m.i., che riporta le informazioni analitiche degli investimenti, disinvestimenti e variazioni nei finanziamenti previsti.

PARTE I**IL CONTESTO DI RIFERIMENTO E L'ANALISI DEI BISOGNI****Quadro sociodemografico**

Popolazione - L'ASL n. 6 di Sanluri insiste in un territorio composto da 28 comuni distribuiti in due distretti sociosanitari, Guspini e Sanluri. La distribuzione dei comuni è molto differente nei due distretti, infatti:

- sette comuni appartengono al Distretto di Guspini: Arbus, Gonnosfanadiga, Guspini, Pabillonis, San Gavino Monreale, Sardara, Villacidro;
- ventuno appartengono al Distretto di Sanluri: Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarej, Samassi, Segariu, Sanluri, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru, Villanovafranca.

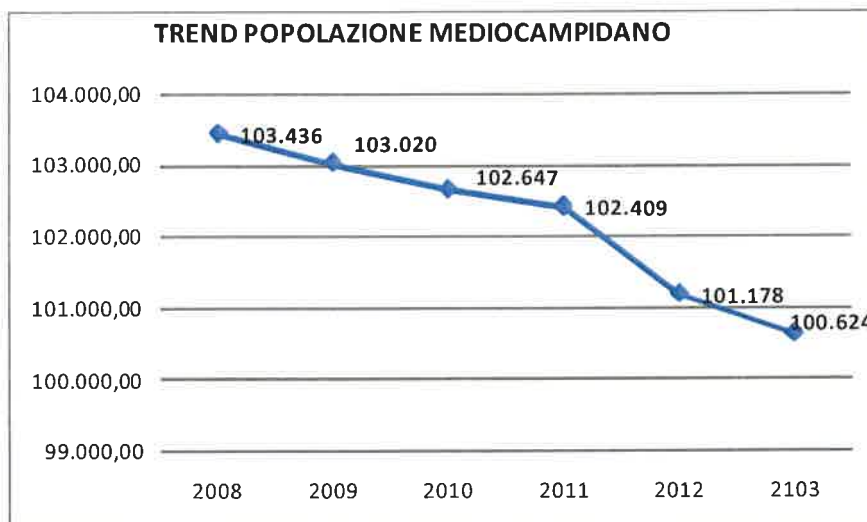
Popolazione Mediocampidano al 1 Gennaio 2013 (Istat)

Popolazione totale	Femmine	Maschi
100.624 ab.	50.926 ab. (50,61%)	49.698 ab. (49,39 %)

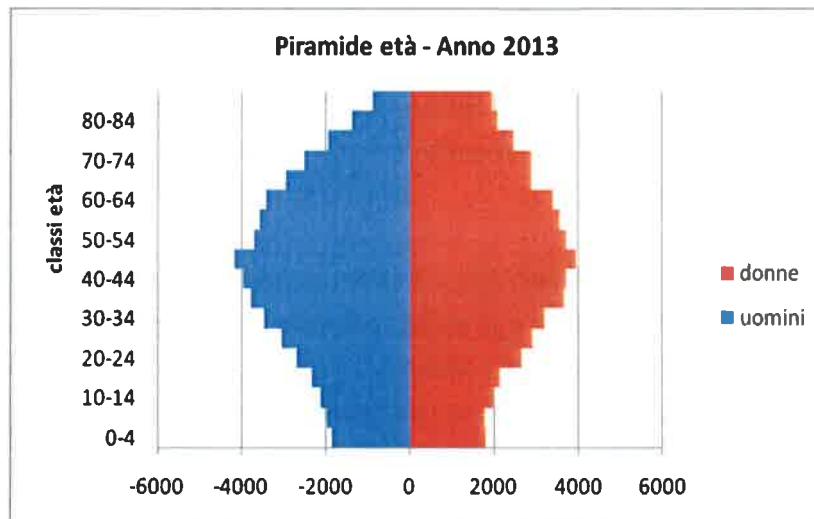
- il Distretto di Guspini è quello con il maggior numero di abitanti, infatti ne conta 55.438 pari al 55,09% della popolazione totale;
- il Distretto di Sanluri conta una popolazione di 45.186 abitanti pari al 44,91 % della popolazione totale.

Declino della popolazione - Nella provincia del Medio campidano la popolazione residente ha subito un generale decremento. Il declino demografico è dato, principalmente dal saldo naturale negativo che da diversi anni caratterizza il territorio.

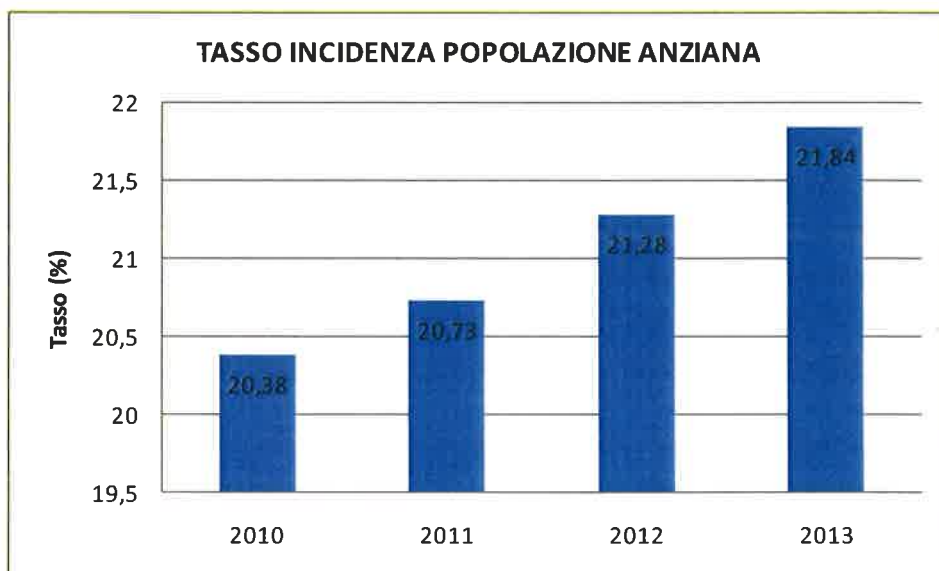
Nell'arco di 6 anni, nella provincia del Mediocampidano, si è passati da una popolazione pari a 103.436 (Istat 1°gennaio 2008) ad una pari a 100.624 (Istat 1°gennaio 2013).



Aumento della popolazione anziana e diminuzione delle nascite - Tra i tanti fenomeni collegati al processo di trasformazione demografica, si distingue il costante invecchiamento della popolazione, indicatore non solo del crescente fenomeno dell'allungamento della vita e quindi della riduzione della mortalità in età avanzata, ma anche dello scarso rinnovamento generazionale. L'aumento della longevità (come mostra la piramide delle età riportata di seguito), riguarda maggiormente la parte femminile. Il dato si presenta simile a livello nazionale, regionale, provinciale e distrettuale. Nonostante studi recenti abbiano evidenziato che il trend e i comportamenti dei due sessi tendono sempre più ad avvicinarsi (aumenta il numero di donne che fuma, beve e lavora), risulta che la popolazione femminile è sempre più resistente di quella maschile alle diverse cause patologiche di morte.



Nella provincia del Mediocampidano, i dati Istat 2013, registrano 21987 ultra-sessantacinquenni su un totale di 100624 abitanti; questo valore, in termini percentuali si traduce in 21,84%, dato in aumento rispetto all'anno precedente (21,28%).



Nella provincia del Medio Campidano i valori del tasso di natalità sono invece al di sotto sia della media regionale sia di quella nazionale. A fronte infatti di una media provinciale quasi costante nell'arco di tempo considerato, pari a circa 7 nuovi nati per 1000 abitanti (con la registrazione di un nuovo graduale aumento a partire dal 2009) si riscontrano valori regionali e nazionali superiori, corrispondenti rispettivamente a 8‰ e 9‰.

L'aumento degli anziani e delle patologie croniche ha già determinato un aumento dell'offerta con il potenziamento dei servizi territoriali e in particolare delle cure domiciliari. Appurato il trend in costante crescita, si pianifica, anche per gli anni a venire, un altrettanto costante riguardo verso questo particolare bisogno di salute in tutte le sue forme, con particolare attenzione alla componente femminile in numero superiore a quella maschile.

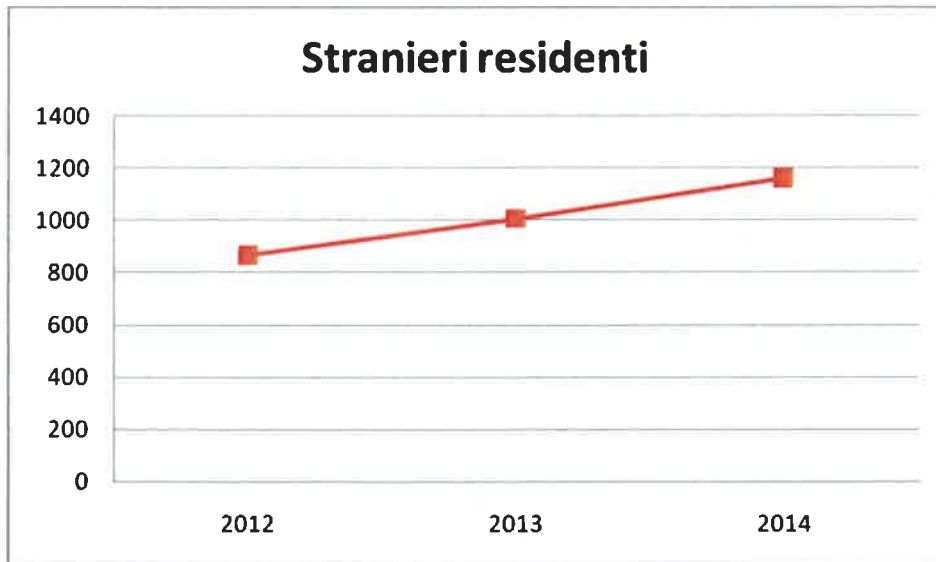
Nuclei familiari - I più importanti cambiamenti demografici avvenuti nel corso degli anni, così come fino ad ora descritti, hanno avuto un grande impatto sul tessuto sociale ed economico del territorio e in particolare sulla struttura delle famiglie.

Famiglie Mediocampidano (Istat)

2012		2013	
Famiglie	Numero medio di componenti	Famiglie	Numero medio di componenti
39.381	2,5	40.127	2,5

Significativo il fatto che aumenta il numero delle famiglie mentre rimane invariato il numero medio di componenti. Da un'analisi più generale si può asserire che con l'incremento della popolazione anziana aumentano anche le famiglie composte di soli anziani. Contemporaneamente diminuisce l'intensità delle relazioni parentali e delle famiglie estese. Inoltre, per vari motivi di carattere sociale, culturale ed economico, aumenta l'instabilità matrimoniale, i figli ritardano nel creare nuove famiglie, manifestano una minore propensione al matrimonio e alla procreazione, e sempre più spesso prolungano il tempo di permanenza nella famiglia di origine, o decidono, malgrado le tante difficoltà, di vivere una vita da single.

Stranieri – Il fenomeno dell'immigrazione appare in costante crescita. Si è passati da 866 unità nel 2012 a 1161 unità nel 2014 (Istat 01/01/2014).



Dato il costante aumento della popolazione straniera nel territorio del Medio Campidano, la asl ritiene opportuno (dopo la sperimentazione nel 2010 di un progetto di accompagnamento e orientamento dello straniero nei servizi offerti dalla stessa asl) sviluppare un progetto con il fine di attivare un ambulatorio specifico di Medicina per gli utenti extracomunitari che dia particolare attenzione soprattutto ai lavoratori attivi nel settore agricolo e dell'allevamento, settori su cui si basa storicamente l'economia del nostro territorio e che fungono da polo di attrazione per lavoratori stranieri, che possono portare al peggioramento di un quadro epidemiologico diverso nell'arco di poco tempo (rischio di TBC). L'ubicazione dell'ambulatorio è prevista nel comune di Samassi.

Quadro epidemiologico

Mortalità e incidenze della malattie – La descrizione della mortalità è uno strumento epidemiologico che fornisce importanti indicazioni sullo stato di salute di una popolazione. Si deve tuttavia tener conto delle caratteristiche delle diverse cause di morte, una mortalità elevata può essere legata per esempio alla grande diffusione di una malattia ma anche a una sua diffusione minore legata però a un'alta letalità. I dati diffusi dall'ISTAT, relativi alla mortalità dell'anno 2009, non mostrano scostamenti tra la provincia del Medio campidano e la media della regione Sardegna; si rilevano le *Malattie del sistema circolatorio* e i *Tumori* le più frequenti cause di morte.

Morti per causa Regione Sardegna e provincia medio campidano Maschi e Femmine - Anno 2009				
CAUSE DI MORTE	Sardegna		Medio Campidano	
	n	%	n	%
Malattie del sistema circolatorio	4596	33,7%	350	34,2%
Tumore	4175	30,6%	319	31,2%
Malattie del sistema respiratorio	906	6,7%	83	8,1%
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	740	5,4%	51	5,0%
Malattie dell'apparato digerente	646	4,7%	57	5,6%
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	618	4,5%	46	4,5%
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	578	4,2%	24	2,3%
Disturbi psichici e comportamentali	380	2,8%	23	2,2%
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	273	2,0%	23	2,2%
Malattie del sistema genitourinario	250	1,8%	14	1,4%
Malattie infettive e parassitarie	198	1,5%	14	1,4%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	101	0,7%	7	0,7%
Mal. del sangue e degli organi ematop. ed alc. dist. imm.	76	0,6%	9	0,9%
Malformazioni congenite e anomalie cromosomiche	42	0,3%	3	0,3%
Alcune condizioni che hanno origine nel periodo perinatale	24	0,2%	-	
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	19	0,1%	-	
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	0		-	
Totale	13.622	100,0%	1.023	100,0%

Diagnosi più frequenti – La casistica dei ricoveri erogati a favore dei residenti nella provincia del medio campidano è una fonte per la valutazione delle patologie che per tipologia e gravità non possono essere trattate con un'assistenza territoriale ma necessitano del più elevato grado di assistenza sanitaria. Si precisa che la domanda relativa alle prestazioni di ricovero non è soddisfatta completamente dalla struttura ospedaliera della Asl 6. Circa il 60% dei ricoveri erogati a favore dei cittadini residenti nell'ambito territoriale della Asl sono erogati da altre aziende sanitarie prevalentemente localizzate nell'area cagliaritana. La Asl 8 nell'anno 2013, per gli assistiti a carico della Asl 6, ha erogato oltre 5.300 ricoveri, di cui il 42% circa sono stati gestiti presso le case di cura private, circa 1800 ricoveri sono stati prodotti dalla AOU di Cagliari e oltre 2.000 dalla A.O Brotzu. L'analisi dei dati del presidio a gestione diretta dell'Azienda Sanitaria di Sanluri consente di valutare la distribuzione dei ricoveri suddivisi per gruppi di diagnosi - Major Diagnostic Category (MDC); nell'anno 2013 i ricoveri più frequenti sono stati quelli relativi alla gravidanza, parto e puerperio (13,4%), a seguire le malattie e disturbi dell'apparato muscolo scheletrico e connettivo (11,3%), dell'apparato cardiocircolatorio (11,2%) e dell'apparato digerente (7,8%)

Codice MDC	Descrizione MDC (major diagnostic category)	Ricoveri	
		Numero	Percentuale
14	Gravidanza, parto e puerperio	1000	13,4%
8	Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo	843	11,3%
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	838	11,2%
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	585	7,8%
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	540	7,2%
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	537	7,2%
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	525	7,0%
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	524	7,0%
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	408	5,5%
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	342	4,6%
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e tumori poco differenziati	260	3,5%
16	Malattie e disturbi del sangue e degli organi ematopoietici e del sistema immunitari	245	3,3%
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	163	2,2%
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	148	2,0%
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	118	1,6%
18	Malattie infettive e parassitarie (sistematiche)	100	1,3%
9	Malattie e disturbi della pelle, del sottocutaneo e della mammella	90	1,2%

23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	66	0,9%
20	Uso di alcool o farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcool o farmaci	42	0,6%
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso e della gola	33	0,4%
19	Malattie e disturbi mentali	28	0,4%
22	Ustioni	12	0,2%
Pre	pre MDC	12	0,2%
0	altri DRG	8	0,1%
24	Traumi multipli significativi	6	0,1%
2	Malattie e disturbi dell'occhio	5	0,1%
25	Infezioni da HIV.	1	0,0%

Quadro socioeconomico

Da un punto di vista storico, il Centro regionale di programmazione della Regione Sardegna, nell'ambito della Progettazione Integrata 2006, ha individuato all'interno della Provincia tre aree sostanzialmente omogenee per storia, cultura, tradizioni ed economia:

1. Area ex mineraria al cui interno ricadono i comuni di Arbus, Gonnosfanadiga, Guspini, Pabillonis, San Gavino M.le e Villacidro;
2. Campidano irriguo di cui fanno parte i Comuni di Samassi, Serramanna e Serrenti;
3. Marmilla di cui fanno parte i Comuni di Barumini, Collinas, Furtai, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Sanluri, Sardara, Segariu, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovafranca, Villanovaforru

Segue una immagine di una Provincia che ha subito un forte processo di deindustrializzazione, conseguente alla chiusura delle miniere e del grosso insediamento tessil-chimico, caratterizzata da alte percentuali di disoccupazione, superiori al resto della Sardegna, con indice del 19,8%, da una scarsa qualità del lavoro, troppo precario e instabile, da indici di vecchiaia e di povertà elevati, da un alto tasso di spopolamento e di emigrazione, da dimensioni ridotte delle imprese, da reddito pro capite al di sotto della media regionale. La deindustrializzazione del Medio Campidano, oltre a problematiche di natura socio-economica ha determinato anche problemi di natura ambientale legati a siti da risanare.

OBIETTIVI E PROGRAMMI DI INTERVENTO DI MEDIO E LUNGO PERIODO**Assistenza territoriale*****Medicina di base***

MMG: 79

PLS : 11

L'assistenza territoriale è sempre più configurata come un sistema integrato di unità organizzative che interagiscono per garantire una risposta più adeguata al bisogno di salute il cui baricentro si va spostando sempre più dall'ospedale al territorio. Il percorso di salute del cittadino inizia dal territorio e il Medico di Medicina Generale (MMG) è il primo attore sanitario deputato alla tutela e alla cura della persona, è garante dell'appropriatezza e della continuità terapeutico-assistenziale anche in un'ottica di promozione complessiva della salute sia del paziente, sia della famiglia e della comunità. La continuità delle cure deve prevedere la partecipazione attiva del medico a tutte le fasi del percorso di assistenza del proprio assistito.

Sulla base degli indirizzi regionali (deliberazione n. 19/9 del 12.5.2010) e dell'accordo regionale per la medicina generale in attuazione di quanto previsto dall'accordo collettivo nazionale del 29 luglio 2009, l'azienda fa propri i principali contenuti nell'Accordo integrativo e ha avviato una serie di iniziative che, dato il successo rilevato sino ad ora, intende perseguire anche nelle annualità successive. Tra le finalità si sottolinea:

- la semplificazione delle procedure burocratiche, anche attraverso l'attivazione di un sistema di mailing certificato;
- la definizione di criteri di appropriatezza prescrittiva attraverso progetti condivisi centrati sulla patologia e la spesa per la farmaceutica e la diagnostica;
- lo sviluppo dell'assistenza domiciliare come vera alternativa al ricovero ospedaliero per il trattamento della cronicità e della post-acuzie;
- il lavoro in rete quale garanzia della continuità di assistenza attraverso équipes di professionisti che organizzano le proprie attività nel sistema di rete che comprende le diverse realtà assistenziali del distretto;
- la definizione di procedure di raccordo Ospedale-Territorio, unitamente all'istituzione di efficaci canali di dialogo interattivo, per la riduzione dei ricoveri impropri e la garanzia della continuità assistenziale post dimissione;

- il riconoscimento del ruolo cardine della Medicina Generale nella prevenzione quanto nella gestione delle patologie ad alto impatto sociale: cardiovascolari, metaboliche, oncologiche, degenerative;
- la capillare diffusione dell'informatizzazione negli studi dei Medici di Assistenza Primaria che consenta l'utilizzo delle nuove procedure di trasmissione dei dati e delle ricette.

L'azienda, a tal fine, applica, un sistema di valutazione e premialità dei MMG che aderiscono e collaborano con la asl specificatamente per alcune iniziative tra cui:

- valutazione rischio cardiovascolare;
- valutazione rischio renale;
- gestione integrata paziente diabetico;
- cure palliative, dolore cronico e screening;
- semplificazione burocratica e appropriatezza prescrittiva;
- assistenza domiciliare lavoro in rete;
- procedura di raccordo ospedale – territorio;
- altre prestazioni e attività.

Si precisa che nell'ambito dei progetti di informatizzazione del Sistema Sanitario Regionale, la Regione Autonoma della Sardegna ha promosso il progetto "Rete dei Medici di Medicina di Base e Pediatri di Libera Scelta e Fascicolo Sanitario Elettronico (MEDIR)", che prevede la realizzazione di un sistema informativo per la creazione e la gestione del Fascicolo Sanitario Elettronico del Cittadino (FSE). Il Fascicolo è una collezione dei documenti informatici sanitari del cittadino, creato nella storia dei suoi contatti con i diversi attori del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale.

Il progetto MEDIR persegue i seguenti macro obiettivi:

- consentire a ciascun Cittadino della Regione di poter disporre di tutta la sua storia clinico-sanitaria, attraverso l'invio al Fascicolo Sanitario Elettronico di tutti i documenti sanitari prodotti ad ogni suo accesso al Servizio Sanitario Regionale (SSR);
- migliorare l'efficienza delle cure primarie attraverso l'integrazione in rete dei Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e gli altri Operatori Sanitari (OS) del SSR agevolando il processo di continuità assistenziale;
- supportare l'integrazione dei servizi sanitari e sociali nell'ambito del territorio per agevolare i processi di integrazione tra presidi, professionisti, attività sociali degli Enti Locali nell'ambito delle attività proprie del distretto definite dalla Programmazione Regionale.

Il progetto di Rete dei Medici di Medicina Generale, al quale l'Azienda di Sanluri partecipa come azienda pilota con 8 MMG e 3 PLS, si pone l'obiettivo di favorire forme associative per rendere più stabile, efficace ed efficiente il rapporto medico-paziente. Il progetto prevede l'interconnessione in rete del personale medico e forme di integrazione dei sistemi informativi esistenti, il sistema consente di trasmettere telematicamente al Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) i dati della ricetta/prescrizione e inoltre di adempiere all'obbligo di trasmissione on line dei certificati medici verso l'INPS e l'INAIL.

La Prevenzione

La Asl 6 nell'ambito dell'area della Prevenzione si impegna nel portare avanti politiche di prevenzione e promozione della salute e sani stili di vita. Le aree maggiormente indagate sono:

- malattie circolatorie e respiratorie
- tumori
- dipendenze
- vaccinazioni
- dipendenze
- disturbi alimentari

Vaccinazioni

Sebbene sia da rimarcare che a livello regionale la campagna vaccinale antiinfluenzale ha fatto registrare rispetto all'anno precedente una diminuzione della copertura tra gli ultrassantacinquenni (46,0 contro 47,3), la asl di Sanluri nell'anno

VACCINAZIONI	
Valore 2012:	53 %
Valore 2013:	53 %
Valore atteso 2014:	66 %
Valore atteso 2015:	70 %

2013 ha mantenuto la stessa copertura raggiunta nell'anno 2012 (53%). Si conferma l'impegno nel migliorare l'attività di vaccinazione per raggiungere gradualmente entro il 2015 lo standard previsto dalla delibera di Giunta Regionale n° 30/60 del 12.07.2011 concernente gli obiettivi dei Direttori Generali (70%).

A tale riguardo, l'esperienza degli anni passati evidenzia che è fondamentale il coinvolgimento dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta, è utile sensibilizzare anche i Medici specialisti ospedalieri e le Associazioni dei malati sull'importanza della vaccinazione antinfluenzale nei pazienti a rischio. Si rileva utile altresì la promozione della vaccinazione antinfluenzale tra gli operatori sanitari con il

duplice obiettivo di ridurre il rischio di trasmissione in ambito nosocomiale e proteggere il singolo individuo.

Screening

I programmi di screening oncologici previsti a livello nazionale sono tre:

- prevenzione del carcinoma della cervice uterina;
- prevenzione del carcinoma della mammella;
- prevenzione del carcinoma colon retto.

Il progetto di screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina è stato approvato dall'Azienda USL n° 6 di Sanluri in data 6/12/2007. La popolazione target è rappresentata dalle donne di età compresa tra i 25 e i 64

anni che vengono invitate ogni tre anni a praticare il pap-test. L'attivazione del progetto risale al 20 maggio 2008 con l'invio delle prime convocazioni a cura del centro screening, l'attività è proseguita per tutto il 2009 e senza interruzione fino ad oggi; siamo arrivati al secondo round, per cui le donne stanno ricevendo il secondo invito dopo tre anni dal primo.

SCREENING CERVICE UTERINA Valore 2012: 98 % Valore 2013: 99 % Valore atteso 2015: 100 %

Il progetto di screening per la prevenzione del carcinoma della mammella è stato approvato dall'Azienda USL n° 6 di Sanluri in data 29/12/2008. La popolazione target è rappresentata dalle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni che verranno

invitate con cadenza biennale a praticare la mammografia. L'attivazione del progetto risale al 15 febbraio 2009, con l'invio delle prime convocazioni a cura del centro screening, i primi esami sono stati eseguiti il 16 marzo 2009 e l'attività è proseguita per tutto il 2009 e senza interruzione fino ad oggi.

SCREENING MAMMOGRAFICO Valore 2012: 93% Valore 2013: 95% Valore atteso 2015: 95 %

Nel 2009 è stato predisposto il progetto di screening per la prevenzione del colon retto, che è stato approvato dall'Azienda in data 23 novembre 2009 e dalla apposita commissione regionale. L'inizio delle chiamate è del 4

dicembre 2010 e l'attività è proseguita fino a tutto il 2012, anno in cui si è concluso il primo round previsto, per cui dal 31 dicembre 2012 sono state chiamate tutte le persone in età target presenti nel nostro territorio. La popolazione target è rappresentata dalle donne e dagli uomini di età compresa tra i

SCREENING COLON RETTO Valore 2012: 86% Valore 2013: 87% Valore atteso 2015: 95 %
--

50 e i 69 anni che verranno invitati con cadenza biennale a praticare il test per la ricerca del sangue occulto, l'esame di secondo livello è rappresentato dalla colonscopia.

Dipendenze

La Asl 6 nell'ambito dell'area delle dipendenze si impegna attraverso il Ser.D, oltre all'assistenza, cura e riabilitazione, anche alla prevenzione di problemi alcolcorrelati e legati all'uso di droghe, tabacco e gioco d'azzardo. Oltre alle attività previste dai LEA, il Ser.D si impegna:

TOSSICODIPENDENTI
2012: 429
2013: 601
ALCOLDIPENDENTI
2012: 234
2013: 230

- nell'attuazione di interventi di informazione e prevenzione soprattutto nei confronti delle fasce giovanili di popolazione anche in collaborazione con gli Istituti scolastici.
- Nella collaborazione con gli Enti Locali per la rilevazione e la prevenzione delle cause locali di disagio familiare e sociale, della emarginazione, del disadattamento sociale e della dispersione scolastica, nonché per il reinserimento scolastico, lavorativo e sociale delle persone con un disagio.
- Nell'attuazione di interventi di screening e di prevenzione della trasmissione delle infezioni da HIV e Virus epatite B e C, infezione TBC e sessualmente trasmesse.

I principali progetti attualmente attivi nel territorio del Medio campidano, che l'azienda intende proseguire e potenziare, sono:

- Progetto Reli. Reintegriamoli - Promozione e realizzazione di un nuovo modello di reinserimento socio-lavorativo integrato mediante l'attivazione di un network nazionale di organizzazioni produttive e gruppi di coordinamento territoriali"
- Progetto Sicurpeer - peer educator per la sicurezza stradale dei giovani
- Progetto Pro.di.gi - progetto dipendenze giovanili
- Progetto Gap. Rovinarsi è un gioco – gestione problematiche legate al gioco d'azzardo
- Progetto istituzione osservatorio patologie correlate alle dipendenze
- Progetti di prevenzione primaria in ambito scolastico

Di particolare importanza sarebbe l'implementazione di un *Osservatorio sulle dipendenze* finalizzato all'analisi del fenomeno presente nel territorio e dei suoi mutamenti, nonché allo studio di possibili risposte per fronteggiare specifici problemi.

Rischio cardiovascolare, diabete e malattia renale

Rischio cardiovascolare - La asl 6 nel 2010 ha formalizzato una linea di intervento specifica inerente la prevenzione del rischio cardiovascolare. Per la realizzazione dello stesso ha istituito un Comitato aziendale il quale ha dapprima elaborato un programma di azione e di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza denominato "percorso clinico organizzativo per la Prevenzione del rischio cardiovascolare" e poi realizzato una serie di attività specifiche atte a misurare, monitorare, modificare (con interventi di gestione integrata: counseling comportamentale, dietetica, farmacologica), la presenza e l'intensità dei fattori di rischio, con l'obiettivo di ridurre la probabilità che in tale popolazione si verificano gli eventi cardiovascolari.

Tra queste attività, grande impatto ha avuto il progetto "I gruppi di cammino" (finanziato con fondi vincolati), iniziativa avviata nel 2010 a Villacidro e tutt'ora in essere. I comuni che hanno collaborato sino ad oggi sono: Villacidro, Collinas, San Gavino, Sardara, Pabillonis, Siddi, Lunamatrona, Turri, Villamar, Samassi, Serrenti, Gesturi, Sanluri, Guspini, Gonnosfanadiga, Barumini.

Lo stesso gruppo di professionisti è stato coinvolto nel progetto per la prevenzione degli incidenti domestici che sfruttando le sinergie positive delle azioni comuni tra i due progetti allarga il target degli utenti e implementa le attività di prevenzione in un'area che comporta grossi rischi, spesso sottovalutati, di lesioni altamente invalidanti.

Prevenzione diabete – La patologia diabetica mostra una chiara tendenza, in tutti i paesi industrializzati, ad un aumento sia dell'incidenza sia della prevalenza. L'accresciuta prevalenza nel mondo del diabete tipo 2, soprattutto legata all'aumento del benessere ed allo stile di vita, ha portato l'OMS a parlare di vera e propria "epidemia". Come precisa l'accordo Regionale per la Medicina Generale in attuazione di quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale del 23.3.2005, il Piano Regionale dei Servizi Sanitari individua il Diabete Mellito come malattia ad alta specificità e rilevanza regionale per la quale è necessario migliorare la qualità dell'assistenza attraverso l'adozione di una logica di "lavoro in rete" in grado di garantire interventi integrati, continuità assistenziale e approccio multidisciplinare. La asl 6 di Sanluri ha nel 2010 elaborato un percorso clinico-organizzativo per la gestione integrata del paziente diabetico. La finalità è quella di riaffidare ai MMG la gestione di una parte dei pazienti affetti da DM2 con l'obiettivo primario di incrementare la frequenza dei controlli e dei colloqui che garantisce un miglior controllo della patologia e con l'obiettivo secondario di ridurre il carico assistenziale che grava sul Centro Diabetologico che potrà dedicarsi nei due centri aziendali, presso il presidio di San Gavino e il Poliambulatorio di

Sanluri, agli interventi più complessi orientati alla diagnosi precoce e prevenzione delle complicanze. La finalità ultima è pertanto quella di ottenere risultati in termine di prevenzione dell'insorgenza di malattie cardiovascolari e delle altre complicanze del diabete. Nel 2012-2013 ha realizzato un progetto specifico di screening, promosso dalla Regione, con lo scopo per l'appunto, di individuare precocemente i soggetti a rischio di diabete e malattie cardiovascolari, ridurre la prevalenza del diabete e dell'ipertensione sono i concetti principali alla base del programma di prevenzione.

Prevenzione malattia renale cronica - La malattia renale cronica (MCR) è una patologia che negli ultimi anni ha avuto una crescita esponenziale in tutto il mondo. In particolare secondo i dati del R.I.D.T. (Registro Italiano di Dialisi e Trapianto Renale) e del R.S.D.T. (Registro Sardo di Dialisi e Trapianto Renale), la Sardegna è tra le prime quattro Regioni d'Italia per prevalenza dei Pazienti in Dialisi. (842 casi/pmp nel 2010, contro una media nazionale di 772 casi /pmp). La nostra ASL risulta quarta provincia in Sardegna per nuovi ingressi in dialisi: 126,19/casi pmp rispetto alla media sarda 119,70/casi pmp. Recenti studi epidemiologici indicano che il 5% della popolazione sarda (80000 persone) è affetta da malattia renale cronica (MCR) e un numero elevato di questi presenta comorbilità di diabete mellito e ipertensione. I fattori di rischio per la comparsa/progressione della MRC sono in gran parte comuni a quelli per le malattie cardiovascolari: diabete, ipertensione, malattie cardiache, obesità, età elevata, fumo, familiarità di malattia renale che comportano una maggior probabilità di andare incontro a MRC. Oggi è possibile un intervento precoce, basato sull'individuazione dei soggetti più a rischio, con l'esecuzione di semplici esami di laboratorio (creatininemia, es. urine standard) e la rilevazione di alcuni parametri antropometrici, (peso altezza). La asl a questo proposito, ha pertanto elaborato e avviato un progetto specifico per il raggiungimento di tali obiettivi. L'azione sta coinvolgendo pazienti di età compresa tra i 40 e 70 anni affetti da ipertensione arteriosa, diabete, malattie cardiovascolari, obesità, pregressa insufficienza renale acuta e/o familiarità di malattie renali, malattie autoimmuni.

Salute mentale

La Asl 6 nell'ambito dell'area della Salute mentale si impegna, attraverso i servizi di competenza, oltre all'assistenza, cura e riabilitazione, anche allo studio di un nuovo fenomeno sociale oggi sempre più diffuso: il fenomeno dello stalking che si esprime fino ai casi più estremi con il femminicidio. L'obiettivo è quello di attuare degli interventi di identificazione precoce della patologia che può portare ad atti estremi quali quello della persecuzione e in casi più estremi dell'uccisione della donna nonché interventi di recupero e cura della persona con disturbi già conclamati.

Nell'ambito della stessa area, si precisa che obiettivo della asl è anche quello di potenziare il servizio di neuropsichiatria infantile, integrandolo, in maniera strutturata, all'interno del dipartimento di salute mentale e dipendenze allo scopo di garantire una continuità di presa in carico anche per quella fetta di utenti che superato l'età dello sviluppo spesso vengono abbandonati a causa di un sistema sanitario carente in norme e organizzazione. È il caso per esempio dei ragazzi affetti da dislessia, autismo, ecc. La Azienda di Sanluri nell'ultimo anno ha sviluppato il Programma straordinario di interventi per l'autismo e gli altri disturbi pervasivi dello sviluppo con l'obiettivo di riqualificare l'assistenza a favore dei minori affetti da Autismo e da altri Disturbi pervasivi dello sviluppo e delle loro famiglie con una presa in carico globale multi professionale. Le equipe dei due distretti sono, infatti, composte da medici, psicologi, neuropsichiatri, logopedisti, terapisti e assistenti sociali. Con questo piano di intervento l'azienda ha l'obiettivo di migliorare la qualità degli interventi riabilitativi, di garantire uniformità delle cure nei distretti aziendali, di adottare percorsi diagnostici e terapeutico-riabilitativi condivisi. La nuova organizzazione delle attività ha consentito al Servizio di Neuropsichiatria Infantile della ASL di raggiungere i seguenti obiettivi:

- potenziamento delle attività riabilitative e presa in carico globale multiprofessionale;
- perseguimento dell'omogeneità dei livelli di assistenza nei diversi distretti;
- condivisione dei modelli teorici e strategie operative al fine di assicurare all'utenza un'offerta assistenziale articolata, condivisa e possibilmente integrata.

Il centro di salute mentale (CSM) della Asl 6 eroga le attività di competenza attraverso una rete ampia e capillare di strutture territoriali costituite da: a) sede CSM di S. Gavino; b) sede CSM di Sanluri; c) Casa Famiglia di Guspini (8 p.l.) e Casa Famiglia di Serramanna (6 p.l.); d) Centro Diurno di S. Gavino-Guspini-Serramanna; e) Abitare Assistito di Serramanna e Abitare Assistito di Guspini; f) nove ambulatori periferici; g) carcere circondariale di Is Arenas.

Il funzionamento del servizio è attivo sulle 24 ore.

Gran parte delle azioni del CSM è rivolta ad attività riabilitative, di lotta allo stigma, di prevenzione e alla costruzione di una rete territoriale di sostegno e supporto alle persone con disturbi psichiatrici.

I progetti hanno scopi riabilitativi e di psico-educazione. Si realizzano terapie di gruppo; attività di cineforum; gruppi di mutuo-auto-aiuto; attività di canto con coro polifonico; laboratori manuali; attività sportiva; montagna-terapia. Inoltre si attuano attività di supporto alle associazioni di volontariato; attività di sensibilizzazione quali "Le parole ritrovate"; manifestazioni culturali quali "Macchiori".

I progetti portati avanti da DSMD si citano:

- Progetto Dipartimentale Fareassieme
- Trekking "In itinere"
- Il Circolo del Cinema "Il Mulino"
- Gruppi AMA aziendali
- Progetto psico-educazione
- Terapia di gruppo
- Costituzione gruppo polifonico
- Progetto Al di là del tunnel
- Progetto Respirare Benessere
- Attività di prevenzione e lotta allo stigma
- Progetto calcio "Fuori gioco"
- Laboratorio multimediale di gruppo

Malattie neurologiche e degenerative

Le malattie croniche progressive come la sclerosi multipla (SM), la sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e l'Alzheimer presentano quadri clinici con un andamento gravemente invalidante che richiedono un'attenzione particolare orientata alla garanzia della qualità della vita non solo delle persone affette ma anche dei loro familiari. Problemi che necessitano di particolare assistenza caratterizzata dalla complessità e multidisciplinarietà, con alti livelli di specializzazione che richiedono, per raggiungere risultati positivi, l'attivazione di una rete integrata dei servizi.

I dati epidemiologici rilevano che la prevalenza della SM in Sardegna è intorno ai 150 casi per 100.000 abitanti, appare la regione italiana più colpita dalla malattia. Anche la Prevalenza delle persone affette dalla SLA è maggiore rispetto ad altre aree territoriali, in particolare nella provincia del medio campidano si è rilevato un numero di assistiti presso il proprio domicilio, in carico al servizio Cure domiciliari dell'azienda, triplo rispetto alla media regionale. (n° 13 pazienti con sclerosi multipla, n°19 pazienti con sclerosi laterale amiotrofica, n° 30 pazienti con m. alzheimer, assistiti in cure domiciliari integrate).

Attualmente la Asl di Sanluri, a fronte dei Centri regionali di riferimento per la diagnosi e cura della malattie neurologiche e degenerative siti nell'area cagliaritana, ha sviluppato un approccio integrato a livello distrettuale nella gestione complessiva della persona e della famiglia, che si realizza in primo luogo

attraverso l'attuazione della continuità assistenziale tra il ricovero ospedaliero nelle fasi più critiche e le Cure Domiciliari Integrate dopo la dimissione; si concretizza, poi, nella definizione e attivazione di Piani personalizzati attraverso la integrazione tra la rete sociale (Servizi Sociali dei Comuni e famiglia) e la ASL. In particolare, con la realizzazione del Progetto di Potenziamento delle Cure Domiciliari, sono state implementate le risorse umane dedicate ai processi di presa in carico: nello specifico 1 Psicologo e 1 Assistente Sociale per completare e qualificare maggiormente il processo di valutazione multidimensionale e il sostegno al malato e alla sua famiglia, 2 infermieri professionali per consentire il mantenimento delle attività prestazionali già avviate (prestazioni domiciliari ai pazienti in ventilazione meccanica, trasfusioni domiciliari, gestione delle PEG , gestione delle cannule tracheostomiche, ecc).

Sono stati inoltre potenziati i rapporti con i Reparti del PO di San Gavino e con alcuni reparti della ASL 8, dell' Azienda Brotzu e Case di Cura, che, nei tempi precedenti la dimissione, segnalano il bisogno complesso al fine di predisporre il percorso successivo in tempi più brevi. In tal modo le Residenze Sanitarie Assistenziali e i Centri Diurni Integrati hanno costituito una valida alternativa e/o continuità al ricovero ospedaliero prolungato, in quanto viene offerta una appropriata risposta alla continuità delle cure e al mantenimento della stabilizzazione del quadro clinico per i casi non assistibili a domicilio garantendo la presa in carico sanitaria e socio-assistenziale. Talvolta l'inserimento in struttura sopperisce sia all'impossibilità di un rientro al proprio domicilio a breve o a lungo termine sia ad alleggerire il carico assistenziale familiare con un ricovero di sollievo (es. pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica, con Demenza di tipo Alzheimer) nei casi che prevalentemente sono assistiti presso il proprio domicilio.

Le modalità organizzative adottate dalla Asl di Sanluri prevedono che gli interventi di tipo sanitario (infermieristici, riabilitativi, socioassistenziali a prevalente rilevanza sanitaria) e i prelievi domiciliari siano erogati al domicilio prevalentemente da operatori esterni (gestione attraverso Gara d'Appalto), mentre quelli di tipo socioassistenziale a prevalente rilevanza sociale vengano erogati da operatori che fanno capo ai Servizi Sociali professionali dei Comuni (gestione autonoma attraverso gara d'appalto). Alcune prestazioni per pazienti con particolari criticità (Demenze, Sclerosi Multipla, Stati Neurovegetativi e SLA) vengono erogate da operatori aziendali con retribuzione facente carico ai fondi specifici per l'ADI.

Le case ed i centri della salute

La Asl 6 intende consolidare l'attività delle case e dei centri della salute esistenti e avviati negli anni passati al fine di garantire al cittadino un più facile accesso ad una serie di servizi sanitari che fino ad ora sono stati frammentati e dispersi nel territorio.

Le case della salute rappresentano il principale modello di organizzazione della medicina del territorio nonché sede privilegiata dell'integrazione socio-sanitaria. In uno stesso luogo il cittadino potrà usufruire di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale (guardie mediche), specialisti ambulatoriali, personale dell'emergenza territoriale (punto di soccorso mobile 118), in accordo con il personale dei servizi sociali dei Comuni che operano per la pianificazione dei Plus.

Attualmente nel territorio della ASL 6 è operativa la casa della salute di Villacidro dove è stata rinnovata la convenzione fino al 2014. Innovativa è stata la convenzione siglata in data 11/09/2013 sottoscritta dai Medici di Gruppo di Villacidro e dal legale rappresentante dell'Azienda Sanitaria per l'utilizzo dei locali. In fase di sottoscrizione dell'accordo, è stato individuato altresì, in qualità di coordinatore del gruppo, e ai fini di una maggiore responsabilizzazione della medicina del territorio, un medico di medicina generale, che rimarrà in carica per tutta la durata della convenzione. È avviata la struttura di Serramanna con un PLS e un MMG e sarà da definire l'accordo per l'accesso degli altri MMG per poter garantire la continuità assistenziale. Nella sede di Lunamatrona è operativo un PLS e tre MMG ed è stato attivato un centro prelievi. Nel comune di Arbus si è proceduto alla ristrutturazione dell'edificio per poter programmare l'apertura della casa della salute. Infine a Gonnosfanadiga è operativo un centro della salute che garantisce la continuità assistenziale H24 con cinque MMG, nella stessa sede è attivo il collegamento con il CUP aziendale ed è attivo un punto prelievi.

La riabilitazione e lungodegenza

La diffusione nella popolazione delle patologie croniche, correlata all'aumento della vita media e all'invecchiamento della popolazione determina una crescente incidenza in termini di costi sulla spesa pubblica socio-sanitaria. Questo fatto impone una rivisitazione delle risposte da parte del servizio sanitario per garantire l'assistenza con particolare attenzione al miglioramento della qualità della vita. È evidente la necessità di ottimizzare tutto il sistema aziendale sulla base dell'intensità di cura richiesta nelle diverse fasi di decorso di ciascuna patologia, governando la presa in carico del paziente e la continuità delle cure e dell'assistenza con il coinvolgimento di tutti i servizi aziendali. L'organizzazione dell'azienda ha puntato, facendo riferimento ai principali requisiti per raggiungere l'appropriatezza, al taglio dei posti letto per acuti in ospedale e all'attivazione conseguente di sistemi alternativi di assistenza dislocati nel territorio con il rafforzamento della figura e della collaborazione del Medico di medicina generale.

L'assistenza residenziale

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono strutture di ricovero temporaneo, rivolte a soggetti, anziani e non, con esiti stabilizzati di patologie invalidanti, cronico-degenerative, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, e comunque non autosufficienti, che non possono essere assistite a domicilio.

Le RSA hanno la finalità di offrire prestazioni sanitarie e sociali finalizzate al successivo rientro del paziente al proprio domicilio, garantendo un'assistenza medica e infermieristica e fisioterapica riabilitativa 24 h su 24. Per quanto riguarda lo sviluppo dell'assistenza residenziale l'azienda, secondo gli indirizzi regionali, deve prestare particolare attenzione all'assistenza a favore delle persone non autosufficienti. Sulla base di queste premesse l'Azienda si è impegnata nell'utilizzo dei finanziamenti dedicati già da tempo per la realizzazione di una residenza sanitaria assistenziale nel proprio territorio. Sono state portate avanti le attività finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo, nel 2013 si è provveduto ad approvare il progetto definitivo per la realizzazione della RSA nel Comune di Villacidro ed è stata bandita la gara per la progettazione esecutiva, costruzione, realizzazione e gestione della medesima, nell'anno 2014 si è arrivati alla aggiudicazione della gara di appalto.

L'assistenza distrettuale

Alla luce dei mutamenti sociali e sanitari in materia di salute del cittadino, in cui è lampante il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione e quindi l'aumento del carico assistenziale per far fronte a patologie soprattutto di tipo cronico¹, importante è il ruolo dei distretti. A tal fine l'azienda ha orientato la formazione dei propri operatori, la programmazione delle attività istituzionali e gli obiettivi specifici assegnati ai responsabili delle proprie strutture verso la riorganizzazione delle attività per funzioni e percorsi, con particolare attenzione alla garanzia e realizzazione dell'integrazione ospedale-territorio. Il coinvolgimento dei distretti nella gestione centralizzata delle politiche sanitarie consentirà un maggiore uniformità di accesso e un equilibrio nella fornitura dei servizi in tutta l'area di competenza della asl.

¹ Una persona con patologia cronica è "persona affetta da una malattia di lunga durata, tendenzialmente lunga quanto la vita del soggetto. Questa procura invalidità di vario grado; è dovuta a cause non reversibili; richiede speciali forme di riabilitazione; impegna l'interessato ad osservare prescrizioni e, spesso, ad apprendere un nuovo stile di vita (dietetico, relazionale, motorio, ecc.). Necessita di consistenti periodi di controllo, di osservazione e di cura sia a domicilio sia in ambiti specialistici" (Fabris, 1997).

La Salute penitenziaria

Dato atto che ai sensi dell'art. 2, commi 283 e 284, della Legge 244/2007 le funzioni sanitarie di competenza del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria sono state trasferite al SSN e che con il D.lgs n. 140 del 18/07/2011 sono state emanate le norme di attuazione dello Statuto Speciale della Regione Sardegna in materia di sanità penitenziaria e che quest'ultima con deliberazione della Giunta Regionale n. 17/12 del 24/04/2012 ha adottato specifiche linee guida rivolte alle AA.SS.LL. per l'organizzazione del servizio e il trasferimento dei rapporti di lavoro nel settore sanitario in discorso, la ASL 6 ha preso in carico, per la propria parte di competenza, la gestione dell' Istituto Penitenziario "Casa di Reclusione di Is Arenas" situata nel comune di Arbus con l'obiettivo di garantire il diritto alla salute di tutti i soggetti detenuti presso tale Casa di Reclusione.

Assistenza ospedaliera***Organizzazione per intensità di cura***

L'asl 6, come premesso, intende procedere alla rimodulazione dell'organizzazione della propria assistenza attraverso l'avvio di un processo che consenta di gestire l'assistenza territoriale e ospedaliera in funzione dell'intensità di cura richiesta dal singolo caso clinico. La centralità del paziente sarà pertanto l'elemento guida della nuova gestione delle attività del presidio e del territorio.

Per quanto riguarda l'ospedale, non sarà più strutturato come da tradizione in Reparti o Unità operative in base alla patologia e alla disciplina per la sua cura, ma organizzato in aree che aggregano i pazienti in base alla maggiore o minore gravità del caso e al conseguente minore o maggiore livello di complessità assistenziale.

Questo nuovo modello coniuga meglio sicurezza, efficienza, efficacia ed economicità dell'assistenza mettendo ancora di più al centro il paziente e il livello del suo bisogno di assistenza.

L'assistenza per intensità di cura deve garantire la coerenza tra i bisogni di salute ed il setting della risposta assistenziale. Sono previsti tre livelli:

1. un livello di intensità alta che comprende le degenze intensive e sub-intensive (ad esempio rianimazione, unità di terapia intensiva cardiologica - UTIC);
2. un livello di intensità media che comprende le degenze suddivisi per aree funzionali (Area medica, chirurgica, materno-infantile);
3. un livello di intensità bassa dedicato ai pazienti post-acuti.

Un aspetto di grande rilevanza è l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse tecnologiche e strutturali (gli ambienti di degenza, le sale operatorie, gli ambulatori, i servizi di diagnosi, e tutte le strutture assistenziali sono utilizzabili da più professionisti, senza divisioni e senza dispersioni) e delle risorse umane (i diversi professionisti sono chiamati a un confronto quotidiano maggiormente attinente alla propria competenza).

La nuova gestione coinvolge tutto l'ospedale, compresi i servizi, non solo le degenze. Deve essere modellata secondo la specificità dell'ospedale, e quindi del contesto in cui lo stesso ospedale si trova, e dei servizi di cui dispone. Permette di diminuire i posti letto non utilizzati (superando il non pieno utilizzo dei posti letto dei diversi Reparti) e di impiegare meglio le risorse infermieristiche (da mettere a

disposizione non più in base al numero di posti letto di un reparto, ma in base alla intensità dei bisogni assistenziali dei pazienti).

Nella struttura sarà indispensabile garantire la più completa integrazione delle diverse competenze professionali necessarie per trattare le diverse patologie di pazienti con uguale livello di bisogno assistenziale. È un "modello" che necessita di una gestione centralizzata capace di organizzare procedure e processi e di garantire continuità delle cure e dunque integrazione con il territorio, a partire dai medici di famiglia e dalle strutture di riabilitazione.

La nuova organizzazione dell'ospedale per intensità di cura richiede un mutamento della presa in carico del paziente, più personalizzata e condivisa da tutti i livelli di cura. È necessario avviare schemi di lavoro multidisciplinari per processi ed obiettivi con definizione di linee guida e protocolli. Sono quindi indispensabili ruoli professionali specifici, quale è la figura del Tutor, che con adeguata esperienza e competenza relativamente alla gestione dei percorsi assistenziali, prende in carico il paziente predispone il piano clinico ed è responsabile del percorso personalizzato sul singolo paziente, si interfaccia con il MMG ed è il referente informativo del paziente e della sua famiglia. Questa nuova organizzazione quindi prevede una cultura assistenziale completamente nuova, il medico può concentrarsi sulle proprie competenze distintive ed esercitarle nelle diverse aree dell'ospedale.

Riorganizzazione delle attività ospedaliere

Rete ospedaliera

La rete ospedaliera oggi deve essere studiata per garantire organizzazioni più articolate. Si devono prevedere strutture adeguate a trattare la casistica che richiede i maggiori livelli di assistenza sanitaria ma capaci di gestire la continuità del trattamento con le altre strutture aziendali meno complesse. L'ospedale è quindi una struttura in continuo adattamento interno per rispondere ai cambiamenti dell'offerta e della domanda.

L'attuale distribuzione delle discipline nell'organizzazione sanitaria regionale disegna una rete ospedaliera nella quale la ASL 6 di Sanluri occupa una posizione nevralgica nelle patologie ad alta ed altissima diffusione rimandando quelle medie e rare a dei centri caratterizzati dalla concentrazione dell'assistenza ad elevata complessità ed eccellenza distribuiti principalmente nei poli distrettuali ed aziendali di Cagliari e Sassari.

Gli obiettivi della rimodulazione della rete ospedaliera regionale rimangono quelli di una sostenibilità dell'attuale tasso di ospedalizzazione, previamente fissato dalle direttive regionali (160 per 100.000 abitanti), e di un contenimento riguardo ai ricoveri inappropriati (la percentuale di ricoveri ordinari dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza in Sardegna e fra le più alte del Paese).

La riorganizzazione della rete ospedaliera anche per la ASL 6 di Sanluri dovrà prevedere delle valutazioni specifiche di riduzione della lungodegenza a favore dell'assistenza riabilitativa estensiva (in strutture extraospedaliere) e domiciliare. Tenuto conto della peculiarità della ASL 6 di Sanluri, un'azienda sanitaria di piccole dimensioni, con una capacità ricettiva ospedaliera particolarmente inadeguata sia sotto il profilo qualitativo (la dotazione di posti letto per 1000 abitanti è la più bassa della Regione) sia qualitativo (a causa della carenza di alcune specialità di base e della limitatezza della struttura ospedaliera) si rendono necessari alcuni interventi urgenti, primo fra tutti la realizzazione di una nuova struttura ospedaliera nel Comune di San Gavino. Con la delibera n. 32/26 del 07.08.2014 la giunta Regionale Sarda ha sostenuto che la realizzazione della suddetta struttura costituisce un tassello essenziale della nuova rete ospedaliera regionale e, in attuazione della Programmazione FSC 2007-2013, ha previsto un finanziamento per la realizzazione del Nuovo Ospedale di S. Gavino Monreale ammontante a 68.400 mila euro.

Da parte della ASL rimane un punto fermo e condiviso l'urgenza di superare il modello dell'ospedale basato sulla crescita per unità specialistiche a favore della nuova struttura che ponga l'accento sul *paziente*, anche in relazione allo sviluppo epidemiologico e demografico della popolazione ospedaliera, profondamente cambiata negli ultimi decenni. Ripensare quindi in maniera diversa l'organizzazione dei reparti di assistenza in modo tale da dare delle risposte più efficaci e mirate per tipologia di paziente.

La popolazione dell'azienda sanitaria di Sanluri è caratterizzata da un progressivo invecchiamento e da un innalzamento delle malattie cronico degenerative che porta con sé un aumento della domanda di servizi per il loro trattamento. L'ospedale non è più l'unico erogatore di prestazioni sanitarie e il tema dell'intensità di cura pone l'accento sull'offerta dei servizi di una rete territoriale di tipo sociosanitario. Si tenderà per questo a orientare i pazienti acuti verso l'ospedale e i cronici verso strutture alternative territoriali. Questo tipo di strutturazione non sempre può rimanere circoscritta in ambito aziendale ma, per una efficace razionalizzazione della spesa sanitaria, a volte deve essere estesa a livello extra aziendale ovviamente in maniera pre-organizzata.

L'azienda intende sviluppare il modello dell' *hub & spoke*. Tale modello organizzativo è caratterizzato dalla concentrazione dell'assistenza a elevata complessità in centri di eccellenza (centri hub), supportati

da una rete di servizi (centri spoke) cui competono la selezione dei pazienti e il loro invio a centri di riferimento quando una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale viene superata.

Un'organizzazione di questo genere permetterà soprattutto di gestire meglio e in maniera integrata il paziente con la garanzia della continuità delle cure ed incidere significativamente sulla economia sanitaria.

Sulla base di queste osservazioni, con la realizzazione della nuova struttura ospedaliera, la mission sarà quella di sopravanzare progressivamente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica ed elaborare modalità assistenziali che includano alcuni primi passi di avanzamento per la definizione del termine, come la durata della degenza ed il regime di ricovero.

L'intensità di cura (l'assegnare al malato il posto letto collocato nel settore più appropriato rispetto ai suoi bisogni assistenziali) e la complessità assistenziale (l'insieme di prestazioni infermieristiche espresse in termini di intensità di impegno e quantità di lavoro dell'infermiere) rappresentano un duplice strumento attraverso il quale è possibile seguire una progettazione e strutturazione anche fisica e di per se stessa peculiare di un Ospedale così concepito. E' importante rivolgere il nostro interesse al fatto che non sempre intensità di cura e complessità assistenziale sono speculari, ma di fatto coesistono e si compenetrano a seconda della circostanza. Si può affermare che a medesime specialità cliniche corrispondono differenti profili di complessità infermieristiche. L'intensità di cura ci permette di indicare i tre elementi per la sua misurazione, in base ai quali sarà percorribile la classificazione e la destinazione dei pazienti nelle diverse aree a bassa, media ed alta intensità di cura: la tipologia di ricovero (chirurgico, medico, pediatrico); la durata della degenza (breve, diurno, one day surgery, week surgery, altre); la gradazione della complessità del caso.

Avremo quindi un:

- Ricovero Sociale, in una situazione di bassa intensità di cura, quando una degenza si protrae non solo per motivazioni di tipo prettamente clinico, ma per necessità di tipo sociale, tale servizio sarà ridotto al minimo con lo sviluppo sul territorio delle case della salute, dei centri di riabilitazione e di lungodegenza, e con la crescita dell'assistenza domiciliare;
- Ricovero ordinario, breve (24/48 ore) o lungo corrispondente ad una media intensità di cura;
- Ricovero High Care, in una situazione di alta intensità di cura, con una durata massima della degenza; durata necessaria alla stabilizzazione del caso clinico che può poi trovare una assistenza appropriata in altri livelli organizzativi ubicati nel territorio.

L'obiettivo di medio periodo di ridisegnare la rete dell'assistenza ospedaliera è portato avanti con la consapevolezza di dover considerare anche il ridimensionamento delle risorse assegnate e la necessità di procedere a un'attività di razionalizzazione da porre in essere nel breve periodo. Pertanto l'Azienda di Sanluri ha proceduto, nelle more della ridefinizione dell'assetto assistenziale regionale, ad attuare azioni orientate alla rivisitazione dell'organizzazione delle strutture e dei servizi, commisurate alle risorse attualmente disponibili.

Dotazione di posti letto. L'Azienda di Sanluri ha provveduto all'attuazione di quanto indicato dalla DGR 24/43 del 27 giugno 2013 con la rivisitazione della disponibilità di posti letto nelle unità operative ospedaliere al fine di ottimizzarne l'utilizzo. L'azienda è impegnata a monitorare la casistica trattata al fine di valutare l'appropriatezza dell'assistenza e trovare un equilibrio tra i servizi ospedalieri e territoriali per un miglioramento continuo dell'integrazione e della continuità delle cure.

Preospedalizzazione.

L'organizzazione inoltre della gestione centralizzata della fase di preospedalizzazione dei pazienti con l'indicazione di un ricovero programmato, consente di garantire un'assistenza per intensità di cure equilibrata e adeguata alla domanda, finalizzata al miglioramento della gestione delle risorse umane e tecnologiche, e altresì incisiva nell'aumento dell'appropriatezza di utilizzo dell'ospedale.

Tasso di ospedalizzazione

Il Tasso di Ospedalizzazione esprime il numero di ricoveri medio annuale che si verifica ogni 1.000 residenti nell'ambito territoriale della Azienda Sanitaria, e rappresenta la più comune misura dell'impatto esercitato dalla domanda della popolazione verso il grado più elevato di assistenza sanitaria offerta dall'azienda.

Un contributo rilevante all'efficienza del sistema ospedaliero in questi ultimi anni è stato dato dal trasferimento di alcune attività (ad esempio l'intervento di cataratta, il trattamento della calcolosi renale e del tunnel carpale) da ricovero ordinario o di day surgery a chirurgia ambulatoriale (Day service).

Il tasso è calcolato considerando i ricoveri complessivi (degenza ordinaria e diurna, con esclusione del DRG 391

Valore 2010:	174
Valore 2011:	166
Valore 2013:	144
Valore atteso 2015:	=<160

“neonato sano”) ovunque erogati (produzione delle proprie strutture più mobilità passiva) a carico di propri residenti. La standardizzazione è stata fatta considerando le 18 classi quinquennali dell'Istat (da 0-4 fino a 85+) e il genere per complessivi 36 strati con riferimento alla popolazione nazionale Istat al censimento del 2001. L'Azienda n.6, grazie all'attuazione delle direttive regionali relative all'avvio del Day service, al controllo sull'appropriatezza di utilizzo dell'ospedale sviluppato e perfezionato negli ultimi anni, e alle attività di governo dei percorsi assistenziali condivisi tra ospedale e territorio con la presa in carico dei pazienti da parte delle strutture territoriali, ha notevolmente migliorato il valore del tasso di ospedalizzazione per arrivare, nel 2013, a soddisfare e superare l'obiettivo prefissato per il 2015.

Appropriatezza DRG

Il miglioramento dell'appropriatezza risulta essere fondamentale per una corretta gestione economica gestionale. Con il DPCM del 29 novembre 2001 è stato individuato un set di raggruppamenti di ricoveri (43 DRG) ad elevato rischio di inappropriata se erogati in regime ordinario di degenza. Questo numero è stato successivamente ampliato (108) dal Patto della Salute approvato il 3 dicembre 2009, che ha introdotto un ulteriore elenco di prestazioni ad alto rischio di inappropriata in regime di day-surgery e trasferibili in regime ambulatoriale.

Le disposizioni normative nazionali (Legge 388/2000 e Decreto Ministeriale 10/12/2009) e le norme di regolamentazione regionale impongono alle Aziende Sanitarie di attivare procedure di valutazione della qualità dell'assistenza erogata e pertanto ciascuna struttura ospedaliera è chiamata a verificare la propria produzione secondo criteri di appropriatezza.

La Asl 6 ha avviato nel Presidio Ospedaliero N.S. di Bonaria fin dall'anno 2011 un sistema di monitoraggio dell'appropriatezza dei ricoveri, e nel corso degli anni 2013-2014 ha aderito al progetto dell'Università degli Studi di Cagliari per sviluppare e perfezionare una metodologia finalizzata alla verifica e monitoraggio dell'appropriatezza. L'attività prevede l'analisi di un campione rappresentativo dei ricoveri complessivamente effettuati, stratificato secondo pesi proporzionali al rischio di maggiore o minore inappropriata. Il percorso adottato definisce un metodo di valutazione che conduce ad esprimere un giudizio di appropriatezza del ricovero e delle singole giornate di degenza; tale procedura utilizza i criteri indicati nel Protocollo per la Revisione dell'Uso dell'Ospedale (PRUO) distinti per la verifica dell'urgenza nel giorno di ammissione e per la valutazione dell'appropriatezza delle giornate ulteriori di degenza. Dal 2013 al metodo PRUO è stato associato un ulteriore strumento di controllo per la valutazione dei ricoveri. E' in uso, infatti, presso il Presidio Ospedaliero un modulo del software della 3M (DQE-PARM) che

permette di effettuare mensilmente le verifiche sui ricoveri finalizzate a migliorare la qualità della codifica, nonché di eseguire un'analisi sull'appropriatezza dei ricoveri attraverso il sistema APR-DRG.

L'indicatore è calcolato considerando al denominatore l'insieme di ricoveri (ordinari e diurni) erogati in produzione dalle proprie strutture ed esitati in un DRG chirurgico dell'elenco dei 43 DRG a rischio di inappropriatazza indicati dal DPCM del 2001; al numeratore è stata considerata la quota di questi erogati in regime di ricovero diurno.

Valore 2012:	74,38
Valore 2013:	74,87
Valore atteso 2014:	84,74
Valore atteso 2015:	87,00

Uno degli obiettivi che la asl si prefigge di raggiungere, in questo campo, è quello di implementare un sistema di analisi capace di rilevare l'inappropriatazza all'inizio del percorso di salute del paziente, quando è in corso il ricovero per migliorare tempestivamente l'offerta sia dal punto di vista clinico sia dal punto di vista organizzativo. Si mira quindi all'elaborazione e sperimentazione di una metodologia (attraverso per esempio l'impiego di griglie di analisi e set di indicatori specifici) utile a monitorare l'appropriatezza "in entrata" che consenta una valutazione immediata dei livelli assistenziali più idonei a soddisfare i bisogni dell'utente .

Ricoveri ripetuti

Il tema della continuità assistenziale ed efficacia delle cure si fonda sulla necessità di garantire cure appropriate ed efficaci, riducendo le conseguenze negative del passaggio tra diverse forme di presa in carico, in particolare dall'ospedale al domicilio, ed eliminando i costi generati dai ricoveri ripetuti. La continuità assistenziale è utile all'ospedale per poter dimettere in tempi brevi le persone dopo gli interventi di fase acuta, ma è anche una necessità per il territorio che deve gestire tempestivamente la presa in carico dei bisogni riducendo emergenze e sofferenze evitabili ed è soprattutto un bisogno delle persone e delle famiglie interessate per gestire al meglio gli eventi limitando al massimo gli inconvenienti.

I ricoveri ripetuti sono il segno che la presa in carico non è adeguata. Nella ASL 6 si prevede l'implementazione di un sistema integrato per la gestione del paziente post dimissione con la presa in carico da parte delle forme assistenziali riabilitative, residenziali o domiciliari. In tal modo, dopo il trattamento ospedaliero, si potrà garantire un'assistenza adeguata che eviti la riacutizzazione delle condizioni cliniche tale da richiedere un secondo ricovero.

Il calcolo è effettuato considerando i ricoveri prodotti in regime ordinario per acuti a carico del SSN e ripetuti entro 30 giorni per lo stesso paziente nella medesima struttura e a parità di MDC del DRG esitato. L'obiettivo è di ridurre la percentuale dei ricoveri ripetuti fino al 2,80 % agendo in particolare sulla integrazione ospedale territorio con la predisposizione di percorsi condivisi per garantire una continuità dell'assistenza ai pazienti.

Valore 2010 :	3,00
Valore 2012:	3,75
Valore 2013:	3,44
Valore atteso 2015 :	2,80

Degenza media per ricoveri con DRG chirurgico

L'indicatore è calcolato come degenza media trimmata dei ricoveri ordinari per acuti erogati in produzione dalle proprie strutture ed esitati in Drg chirurgico. La trimmatura è eseguita escludendo i ricoveri brevi (0-1 gg) e quelli con degenza superiore alla soglia DRG specifica. Un rilevante strumento di programmazione delle

Valore 2012:	9,29
Valore 2013:	8,7
Valore atteso 2014 :	6,38
Valore atteso 2015 :	5,75

attività in degenza è la preospedalizzazione, che ha lo scopo di annullare la degenza preoperatoria finalizzata all'esecuzione di visite ed esami necessari per la valutazione del rischio operatorio e la preparazione all'intervento. In questo modo il paziente può essere ricoverato il giorno stesso dell'intervento e ciò consente la riduzione del numero di giornate di degenza (in media tre giorni per paziente).

Il sistema SISAR, per l'accettazione dimissione e trasferimento del paziente in regime di ricovero, modulo ADT, utilizzato ormai a regime presso il Presidio N.S. di Bonaria dell'Azienda Sanitaria consentirà in misura maggiore la gestione della preospedalizzazione dal punto di vista informatico e il governo delle attività programmate integrate con le prestazioni dei servizi sanitari necessari per il ricovero del paziente.

Sulla base dell'obiettivo di organizzare l'assistenza per intensità di cure, pianificata mediante lo sviluppo di percorsi e procedure, l'azienda intende progressivamente elaborare modalità assistenziali che prevedano il regime assistenziale più adeguato al trattamento del bisogno dell'utente, introducano la definizione della durata massima della degenza dei ricoveri ordinari e dell'assistenza post dimissione garantita sul territorio.

L'azienda si è posta l'obiettivo di riorganizzare i servizi che intervengono nella cura del paziente in modo tale che nell'ospedale sia possibile preventivare una degenza massima pari a 7 giorni grazie alla gestione dell'integrazione tra i diversi livelli assistenziali.

Liste di attesa

Un altro obiettivo della asl 6 è il rispetto dei tempi massimi previsti per le liste di attesa. Il bisogno delle prestazioni sanitarie dei cittadini sarà gestito dall'Azienda Sanitaria con il governo delle Liste d'Attesa che, ponendo al centro dell'attenzione l'utenza, sarà impostato secondo principi di appropriatezza e priorità clinica. È infatti necessario massimizzare l'appropriatezza delle prestazioni erogate cercando di fornire la migliore risposta clinica rispetto al problema di salute riscontrato, con tempestività e nel giusto ambito assistenziale.

La Regione Sardegna ha stabilito un elenco di prestazioni diagnostiche, terapeutiche/riabilitative per le quali sono stati fissati tempi massimi di attesa, che verranno monitorati come previsto dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA). Il tempo massimo di attesa per le classi di priorità indicate nella prescrizione medica dovrà essere garantito al 90% degli utenti.

Il governo delle Liste di Attesa è caratterizzato da differenti ambiti tutti con specifiche criticità e ciascuno rilevante in una possibile strategia d'intervento:

- appropriatezza prescrittiva che parte dal MMG, con l'indicazione del quesito diagnostico e l'appropriata prestazione da eseguire discriminando prime visite o prestazioni strumentali da visite di controllo o prestazioni successive con indicazione della classe di priorità;
- definizione di appropriati Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT), per le casistiche a maggior impatto sulla popolazione;
- potenziamento della gestione dell'offerta di servizi sanitari pubblici e privati con il sistema delle prenotazioni (CUP);
- aumento della capacità di erogazione delle prestazioni anche con l'adeguato ricorso alla libera professione intramuraria o all'incremento delle prestazioni erogate dal privato accreditato;
- pubblicizzazione dei canali di accesso al sistema sanitario e della trasparenza delle Liste;
- aumento dell'atteggiamento responsabile dell'utenza nell'accogliere le indicazioni dei clinici ed evitare la ridondanza delle prescrizioni, l'eccesso di prenotazioni o la loro mancata disdetta nel caso di impedimento.

L'azienda inoltre per il triennio avvenire ritiene indispensabile concentrare parte della sua attenzione anche verso l'area della Neuropsichiatria infantile, la quale registra un aumento della domanda di assistenza sempre più consistente che, se non ben governata, si potrebbe tradurre in una gestione non

controllata delle liste di attesa. A tal fine si intende potenziare la rete dei servizi e il raccordo tra territorio e ospedale, e quindi con i medici di medicina generale, i pediatri, le strutture consultoriali, e, più ancora, con il presidio ospedaliero. Questo permetterà di definire meglio l'effettivo bisogno dell'utente e il suo percorso assistenziale, secondo un approccio, una visione e una presa in carico non più frammentata ma unitaria orientata ad un'offerta sempre più personalizzata e appropriata.

Tra le alte priorità di intervento nel campo del sistema informativo l'azienda intende potenziare il *Centro Unico di Prenotazione* (CUP). Infatti, il CUP nasce come un sistema di prenotazione informatizzata che consente ai cittadini di prenotare tutte le prestazioni sanitarie con una semplice telefonata da effettuare dai telefoni fissi ad un numero dedicato o recandosi presso le strutture che erogano le prestazioni.

Aggiornamento 2015-17. La gestione delle attività ambulatoriali è stata estesa a tutte le prestazioni erogate non solo nell'ambito delle attività istituzionali ma anche nella libera professione. Il sistema delle agende informatizzate in tal modo consentirà all'azienda sanitaria di eseguire un monitoraggio costante e intervenire affinché l'offerta sia adeguata alla domanda espressa dai cittadini e sia raggiunto in tutta l'azienda un carico di lavoro equilibrato alle caratteristiche delle singole strutture interessate.

L'Azienda di Sanluri, tra le prime in regione Sardegna a sperimentare il sistema CUP-WEB, ha diffuso a tutte le proprie unità e per qualsiasi tipologia di attività l'utilizzo del nuovo sistema che consente una maggiore duttilità del modulo informatico e che nella sua prospettiva finale favorirà l'accesso alle prestazioni da parte degli utenti e la modalità di prenotazione on-line. Tramite il cup-web è infatti possibile prenotare prestazioni sanitarie, annullare, cambiare e visualizzare gli appuntamenti, stampare il promemoria dell'appuntamento.

La possibilità di effettuare i pagamenti del ticket oltre che tramite cassa automatica, bonifico bancario e conto corrente postale sarà sviluppata nei prossimi anni grazie all'impegno della ASL di Sanluri ad adottare le procedure telematiche per consentire il pagamento on line delle prestazioni erogate, nonché la consegna, tramite web, Pec, Fascicolo sanitario elettronico e altre modalità digitali, dei referti medici.

Si evidenzia inoltre tra le attività finalizzate al governo dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali la definizione di ciascun caso in base alla priorità clinica con il metodo dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei" (RAO). Si prevede infatti la definizione, in accordo con specialisti che eseguono le prestazioni, medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS), di un nuovo "linguaggio" prescrittivo, basato su tempi di attesa differenziati per singola prestazione in base al bisogno clinico dell'utente. A tal fine si è provveduto a individuare raggruppamenti di attesa omogenei per le prestazioni specialistiche, ogni RAO è caratterizzato da un codice, cui corrisponde un tempo massimo di attesa. In

pratica il medico richiedente appone sull'impegnativa uno dei codici di priorità: URGENTE (il paziente va indirizzato in Pronto Soccorso); TIPO A (prestazione da erogare entro tre giorni dal momento della prenotazione); TIPO B (entro 10 giorni); TIPO C (entro 30 giorni); TIPO E (prestazione da erogare senza un limite massimo di attesa dal momento della prenotazione); TIPO P (prestazione programmata di controllo).

Con la conclusione della fase di sperimentazione, l'applicazione dei RAO sarà estesa a tutte le strutture aziendali e ciò consentirà il monitoraggio continuo delle prescrizioni al fine di effettuare la revisione periodica e garantire liste d'attesa minime e adeguate alle affettive esigenze assistenziali del singolo caso clinico.

Miglioramento Assistenza Integrata***L'Assistenza domiciliare***

Nell'ambito del quadro normativo delineato dalle leggi di riforma del sistema dei servizi alla persona (Legge Regionale 23/2005) e del sistema sanitario (Legge Regionale 10/2006), sono stati ridefiniti anche gli indirizzi per la riqualificazione degli interventi domiciliari con la DGR n. 51/49 del 20.12.2007 "Direttive per la riqualificazione delle cure domiciliari integrate". L'obiettivo è quello di mantenere le persone non autosufficienti nel proprio ambiente di vita, organizzando al domicilio gli interventi sociosanitari di cui necessitano.

Il potenziamento del servizio di cure domiciliari è stato ripreso anche all'interno del Piano d'Azione per il raggiungimento degli obiettivi inseriti nel Quadro Strategico Nazionale per la politica regionale di sviluppo 2007-2013, approvato con la DGR n. 52/18 del 3.10.2008 "Adozione del Piano d'Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio 2007/2013". Il suddetto piano individua come obiettivo finale per il 2013, l'accesso al servizio di almeno il 3,5% della popolazione anziana residente (≥ 65 anni).

La bozza dei LEA 2008 hanno previsto che "Il Servizio sanitario nazionale garantisca alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita". Essi prevedevano inoltre che "Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrino con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 recante Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria". I LEA hanno inoltre previsto l'articolazione delle cure domiciliari in diversi livelli (1°, 2°, 3° livello, cure palliative) in relazione al bisogno di salute dell'assistito e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale. E su quest'ultimo punto che la ASL 6 intende concentrare i suoi sforzi ovvero organizzare l'assistenza domiciliare per livelli di cura:

- Livello assistenza distrettuale con assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare:
 - Assistenza programmata a domicilio: ADI, ADP e varie forme di assistenza infermieristica territoriale
 - Attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale (domiciliare)

- Attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti con infezione da HIV (domiciliare)

Secondo le più recenti analisi aziendali la quota percentuale di anziani in età pari o superiore ai 65 anni a cui è stata erogata attività in ADI, è in aumento, si è passati dal 2,1% anno 2010, al 2,35% del 2011. Nel 2013 la percentuale di assistiti tra la popolazione U65 (ultrasessantacinque) ha raggiunto il 5,32%, in sintonia con il trend previsto dal Piano d'azione regionale relativo al potenziamento delle Cure Domiciliari Integrate (DGR 50/18 del 3 ottobre 2008) nell'ambito della Premialità 2007-2013, che ha portato al raggiungimento dell'obiettivo previsto al 31/12/2012 (3,5 % di assistiti tra la popolazione U65).

Nel 2012 si è data attuazione al Progetto di potenziamento delle Cure domiciliari attraverso l'implementazione delle risorse umane (1 Psicologo e 1 Assistente Sociale) e dell'offerta di servizi (emotrasfusioni domiciliari, trasporto farmaci ed ausili a domicilio), che ha portato al miglioramento di alcune criticità (scarsa integrazione con i servizi sociali dei comuni, ricoveri inappropriati, carico assistenziale dei familiari degli assistiti).

In particolare la presenza costante della Psicologa all'interno dell'Equipe Cure Domiciliari ha permesso di migliorare e qualificare maggiormente il processo di presa in carico e la valutazione multidimensionale, oltre al sostegno nelle fasi di elaborazione del lutto. Nello specifico molti pazienti hanno avuto la possibilità di fruire di spazi di intervento con colloqui a cadenza settimanale o quindicinale in base al contratto terapeutico iniziale (1786 interventi da settembre 2012 ad agosto 2013). L'attivazione della presa in carico per l'elaborazione del vissuto di malattia o del lutto è avvenuta con modalità e con tempi diversi: sportello del lutto, PUA, UVT, richiesta specifica del paziente o di un familiare, medico di Medicina Generale. Da dicembre 2012 l'intervento dello Psicologo nella valutazione e presa in carico di pazienti inseriti in Cure Domiciliari o che fanno richiesta di supporto psicologico per la gestione di una malattia o di un lutto si è esteso anche al Distretto di Guspini. Contemporaneamente è stata attivata, nel Distretto di Guspini, la figura dell'Assistente Sociale all'interno dell'Equipe. Tale condizione ha permesso di attivare i processi di comunicazione e integrazione con i Servizi Sociali dei comuni.

Valore 2011 :	2,35 %
Valore 2012 :	4,03 %
Valore 2013.	5,32 %
Valore atteso 2013-2015:	=>4 %

Dal 2011 è stata notevolmente implementata l'erogazione di prestazioni di Emotrasfusione Domiciliare (Progetto di potenziamento Cure Domiciliari) con la collaborazione degli operatori del Centro Trasfusionale dell'Ospedale di San Gavino (Medici, Tecnici di Laboratorio), passando da 13 trasfusioni nel II° semestre del 2011 a 169 nell'anno 2012 e 276 nell'anno 2013. Questa modalità di gestione, riservata a pazienti con particolari criticità, ha evitato il ricovero ospedaliero e oltre al risparmio economico ha limitato il disagio per il paziente e la sua famiglia. Considerato il progressivo aumento del

numero delle prestazioni, con la collaborazione degli operatori direttamente coinvolti in questa attività (Servizio Cure Domiciliari - Servizio trasfusionale dell' Ospedale di San Gavino - Medici di Medicina Generale - Servizio delle professioni sanitarie).è stata individuata una procedura che uniforma le modalità di esecuzione della terapia trasfusionale con sangue o emocomponenti nelle sue diverse fasi: richiesta, esecuzione, sorveglianza delle reazioni. Infine il continuo monitoraggio dei parametri ematici consente il ricorso più appropriato alla trasfusione e quindi determina un miglioramento della condizione clinica e della qualità di vita del paziente.

Dal 2009 è stato implementato il Sistema Informativo Atlante per la gestione informatizzata delle attività del servizio CDI. Nell'anno 2013 l'azienda sanitaria ha acquisito il modulo specifico ADI del sistema SiSAR prevedendo di transitare al nuovo sistema informativo nell'anno 2014. La gestione informatizzata consente di governare costantemente tutti i pazienti e i rispettivi servizi in essere, inoltre con l'estrazione dei flussi di attività il servizio soddisfa il debito informativo dell'azienda sanitaria (compilazione dell'FLS 21 per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare).

Il Percorso nascita

Il Percorso nascita è un programma di interventi integrati che coinvolgono la donna, la coppia, il bambino e la famiglia in un periodo compreso fra il pre-concepimento e il primo anno di vita del bambino.

La Asl 6 a tal proposito ha programmato e proposto un sistema di interventi integrati finalizzato ad accompagnare la donna e la sua famiglia durante questo percorso.

Nati presso l'ospedale di San Gavino M.le.

2011: 613

2012: 492

2013: 542

La strategicità sta proprio nell'offerta dell'assistenza secondo un modello integrato finalizzato a far vivere alla donna il momento della gravidanza e della nascita in maniera serena come un qualsiasi altro evento naturale, demedicalizzandolo laddove possibile, e offendo sostegno sia dal punto di vista sanitario sia dal punto di vista sociale.

Taglio cesareo

2011: 36,0%

2012: 35,8%

2013: 35,4%

Gli obiettivi di medio lungo periodo sono:

- Riduzione del taglio cesareo nei casi possibili
- Rafforzare la pratica dell'allattamento al seno

- Consolidare l'integrazione ospedale-territorio e garantire una reale continuità assistenziale
- Ridurre i rischi di trasmissione materno-fetale dell'infezione da streptococco di gruppo B (SGB)
- Migliorare la soddisfazione della donna rispetto a tutto il percorso
- Diminuire la mobilità passiva.

La Asl 6 ha, negli anni, rivolto sempre più attenzione verso questa area di intervento. A tal proposito ha elaborato e aggiornato periodicamente un accorto lavoro di programmazione e valutazione delle attività denominato "Il percorso nascita della asl 6"; ha effettuato degli audit periodici per valutare il raggiungimento degli obiettivi; ha realizzato delle specifiche indagini per misurare la qualità delle azioni; ha istituito un comitato ad hoc per il governo dell'area tematica.

Le iniziative specifiche che hanno dato valore aggiunto al percorso nascita si citano:

- il progetto "pre-ospedalizzazione" attraverso il quale le donne aderenti al percorso nascita della asl 6 e che quindi decidono di partorire presso il punto nascita di san Gavino, hanno diritto ad una serie di visite programmate e gratuite
- Il progetto "adip" atto ad offrire alle puerpere un sostegno anche dopo la dimissione, presso il proprio domicilio
- Screening uditivo neonatale
- Raccolta sangue cordonale

I Percorsi di salute integrati

Parallelamente all'evoluzione del concetto e del profilo di salute, anche l'organizzazione ha dovuto provvedere ad un ri-adequamento delle strategie e delle politiche in modo tale da dare risposte sempre più adeguate e di qualità. E' cambiato il modo di relazionarsi con l'utente ed il modo di lavorare all'interno della stessa organizzazione. Rilevante, a tal proposito, è stata la necessità di sviluppare un approccio per processi e non più per funzioni, un approccio integrato, all'interno di un sistema inter-professionale, interdisciplinare, utile per la risoluzione dei problemi sia da un punto di vista organizzativo sia clinico-sanitario.

Tra gli strumenti tecnico-operativi utilizzati per sperimentare e applicare questo nuovo metodo di lavoro, importante, a livello aziendale, è lo strumento dei Percorsi clinico-organizzativi (PCO) che offre la possibilità:

- di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento ed alle risorse disponibili,
- di instaurare un confronto tra i professionisti coinvolti in un unico processo,
- di misurare le attività e gli esiti con indicatori specifici,
- di definire gli obiettivi, i ruoli e gli ambiti di intervento,
- di garantire chiarezza delle informazioni all'utente e chiarezza dei compiti agli operatori,
- di migliorare la costanza, la riproducibilità e l'uniformità delle prestazioni erogate,
- di prevedere e quindi ridurre l'evento straordinario, facilitando la flessibilità e gli adattamenti ai cambiamenti,
- di facilitare la visione totale della problematica da gestire,
- di agevolare a delineare il miglior percorso praticabile per la risoluzione di un problema di salute.

A partire dal 2010, la ASL 6 ha elaborato e accolto una serie di percorsi e procedure che migliorano la gestione di determinati processi di cura e assistenza. di seguito uno schema che descrive le azioni principali portate avanti dall'azienda e quelle su cui intende concentrare l'attenzione nel triennio avvenire.

PERCORSI ACCOLTI ANNO 2010

- deliberazione N. 164 DEL 30.03.10

- Erogazione di protesi, ortesi, ausili tecnici, prodotti dietetici
- Rischio cardiovascolare
- Prestazioni extraregione

- deliberazione N. 668 DEL 31/12/2010

- Riabilitazione Globale;
- Gestione Integrata Diabete;
- Pua/Uvt;
- Assistenza Protesica Integrativa;
- Extra Regione;
- Infezioni Ospedaliere;
- Doppia Diagnosi;
- Corretto Uso Plasma;
- Trauma Cranico;
- Completezza Cartelle Cliniche;
- Appropriatazza Ricoveri;
- Analgesia del Parto;
- Urgenze Emergenze;
- Percorso Nascita;
- Day Surgery;
- Infortunio Sul Lavoro;
- Profilassi Igienico Sanitaria dell'echinococcosi;
- Trasporto Campioni dal Dip. Prevenzione al Laboratorio Analisi;
- Sopralluoghi Inconvenienti Ig. San.Ambientali;

- Screening Mammella;
- Screening Cervic;e;
- Screening Colon;
- Contestazioni Amm.Ve;
- ADI;
- Cardiovascolare;
- Schizofrenia;

PERCORSI APPROVATI ANNO 2012

- deliberazione N. 150 DEL 12/03/2012

- Percorso Nascita;
- Screening Colon Retto;
- Screening Cervic;e Uterina;
- Idatidosi;
- Continuità Assistenziale;
- Pua/Uvt;
- Schizofrenia
- Trauma Cranico

- deliberazione N. 334 DEL 25/05/2012

- Emergenza Urgenza
- Riabilitazione Globale
- Assistenza protesica e integrativa

INTEGRAZIONI ANNO 2013

- Progetto "Partorire con noi a San Gavino" (pacchetto pre-ricovero) - allegato al percorso nascita - Delibera n. 11 del 10.01.13
- Protocollo per la prevenzione delle cadute accidentali. Delibera n. 174 del 25.02.2013
- Procedura CSM Clozapina - allegato al percorso "Schizofrenia".
- Procedura TSO urgenza psichiatrica - allegato al percorso "Schizofrenia".
- Procedura operativa per la effettuazione delle indagini complesse sugli infortuni sul lavoro.
- Protocollo prevenzione e gestione delle lesioni da pressione".
- BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva).

Il Pua e l' Uvt

Il Punto unico di accesso (PUA) è un luogo di accoglienza destinato alle persone con problemi di natura sociosanitaria che hanno un "bisogno complesso". E' rivolto prioritariamente alle persone con grave disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali e assicura una adeguata informazione sull'offerta dei servizi garantendo l'ascolto dei problemi della persona e della sua famiglia. L'unità di valutazione territoriale (UVT) è il gruppo tecnico che esamina tutte le domande inoltrate al PUA per il soddisfacimento dei bisogni complessi, volte ad ottenere risposte per alcune tipologie di riabilitazione

globale, per l'assistenza domiciliare e residenziale, per progetti di carattere assistenziale a finanziamento regionale, definendone il percorso assistenziale personalizzato che assicura la presa in carico dell'utente nel rispetto dell'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie erogate.

Come stabilito anche nei documenti Plus, obiettivo generale per il futuro è migliorare il sistema dell'offerta dei servizi sociosanitari in modo da garantire l'equità nell'accesso, la valutazione multidimensionale, la risposta unitaria e globale ai bisogni di salute, garantendo la continuità assistenziale e la partecipazione degli utenti.

A tal proposito, la ASL intende definire un vero e proprio sistema capace di informare, orientare e accompagnare gli utenti all'interno di una rete di offerta capace di definire in maniera adeguata e appropriata Procedure/Percorsi/Processi unitari e universali per l'accoglienza e l'assistenza. L'azienda intende in tal modo potenziare il ruolo dei PUA affidandogli maggiori competenze e responsabilità soprattutto sull'appropriatezza dell'assistenza, sulla valutazione e orientamento di piani e percorsi di salute personalizzati, integrati e assistiti che prediligono il "restare a casa" dell'utente, evitando, dove possibile, l'istituzionalizzazione inappropriata. Le fasce di utenza sulle quali si concentrerà maggiore attenzione saranno: gli anziani, le persone con problemi mentali, i casi borderline e chi risulterà portatore di un bisogno complesso. È proprio la complessità delle nuove situazioni cliniche che implica la necessità di sviluppare nuove risposte e nuovi modelli assistenziali-terapeutici più duttili ed efficaci che considerano il soggetto, inserito in un contesto familiare e sociale che può e deve partecipare, ove possibile, allo sviluppo della sua personalità e alla cura della sua salute.

Il Piano locale unitario dei servizi alla persona - Plus

Nell'ambito dell'assistenza integrata, l'azienda, per quanto riguarda gli aspetti sanitari, si impegna nel miglioramento della programmazione integrata sociosanitaria anche in virtù del fatto che le aziende sanitarie locali e i comuni associati, ognuno per propria parte di competenza, devono per legge (l.r.23/2005; l.r 10/2006) e secondo gli indirizzi indicati nel Piano regionale, garantire l'integrazione socio-sanitaria attraverso la programmazione integrata degli interventi e dei servizi sociosanitari di rispettiva competenza mediante il piano locale unitario dei servizi o più comunemente chiamato "Plus". L'azienda a tal proposito si impegna: a realizzare in forma congiunta la programmazione di ambito; a stipulare appositi accordi e convenzioni con i quali è disciplinata la realizzazione dei livelli essenziali sociosanitari di assistenza di cui all'articolo 3 septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni.

Miglioramento dell'organizzazione. Sviluppo e innovazione***L'Atto Aziendale***

La ASL 6 con delibera n.652 del 27/08/2013 ha elaborato e approvato il nuovo atto aziendale in armonia con il precedente (Delibera n°520 del 6 Dicembre 2007) e adottato in ottemperanza a quanto previsto dalla DRG n.43/12 del 31/10/2012 "Linee guida per la redazione degli atti aziendali delle aziende del sistema sanitario e indicazione delle priorità per il controllo di gestione". La Giunta regionale con la deliberazione n°4/8 del 05/02/2014 concernente "Indirizzi in merito all'applicazione dell'atto aziendale Azienda Sanitaria Locale di Sanluri" ha indicato una serie di prescrizioni, propedeutiche all'applicazione degli atti da avviare e concordare con l'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale. Alla luce degli ultimi indirizzi regionali, deliberazione n.28/17 del 17/07/2014 è stata sospesa l'efficacia del nuovo atto aziendale in attesa di ulteriori atti programmatori di sistema. Pertanto la asl 6 si impegna a rimodulare la propria organizzazione in funzione delle esigenze e delle disposizioni in conformità al nuovo assetto sanitario della regione Sardegna.

I Processi di semplificazione

La semplificazione, lo snellimento e la qualità dell'organizzazione e delle sue procedure rappresentano, oggi, un fattore chiave per la competitività, lo sviluppo dell'offerta e il raggiungimento dei risultati nei tempi e nei modi prestabiliti.

Programmare e gestire l'attività, sia essa clinica sia essa amministrativa, per processi e non più per funzioni permette di avere una visione globale dei casi in carico e quindi di dare una risposta più adeguata in termini di tempi e di contenuti. Al fine di assicurare flessibilità, integrazione ed efficacia dell'organizzazione, l'Azienda promuove specifiche soluzioni organizzative orientate all'avvio ed alla realizzazione di specifici piani, programmi e progetti. Tali soluzioni flessibili sotto forma di gruppi operativi interdisciplinari, programmi, task forces, cantieri aziendali, sono finalizzate ad assicurare una unitaria programmazione, organizzazione e valutazione di processi organizzativi o di percorsi assistenziali, con riferimento ad aree problematiche di particolare interesse che richiedono competenze specifiche appartenenti ad unità operative diverse, anche a livello interdipartimentale. Con specifico riferimento all'integrazione dei percorsi assistenziali, il programma si configura come una articolazione organizzativa trasversale che crea sinergie e relazioni funzionali tra unità organizzative in ragione della tipologia di

prestazione/servizio erogata con integrazione e condivisione operativa per l'ottimizzazione delle risorse. Il Direttore Generale potrà istituire specifici programmi su percorsi assistenziali o per particolari target di popolazione con prioritario riferimento all'integrazione ospedale – territorio. Il sentiero che si vuole percorrere è quello di una organizzazione aziendale più snella attraverso procedure, percorsi e livelli di intensità assistenziali semplificati dove ogni attore assume un ruolo di responsabilità proprio della sua posizione accompagnato da una apertura professionale e specialistica alle diverse macroaree aziendali a seconda della specifica complessità assistenziale (ospedaliera – distrettuale/territoriale – integrata).

Il miglioramento della qualità

Il concetto di qualità è un concetto complesso che, per essere compreso, valutato e misurato, ha bisogno di un approccio integrato in cui varie discipline devono interfacciarsi per il raggiungimento e miglioramento di obiettivi precisi e comuni, in sanità, primo fra i quali: il benessere e la salute della persona.

La asl 6 basandosi sulla letteratura in materia nel descrivere la qualità e la sua multidimensionalità distingue tre tipi di qualità:

- qualità economica con una attenzione particolare al rispetto dei costi standard attraverso il confronto con le Regioni di riferimento.
- qualità organizzativa e gestionale: uso efficace e produttivo delle risorse all'interno di limiti e direttive stabilite.
- qualità professionale: connessa alle competenze possedute dal personale e all'aggiornamento continuo professionale;
- qualità sociale: legata alla soddisfazione dell'utente rispetto i servizi ricevuti. Non concerne solo gli aspetti che coinvolgono la sfera della salute-malattia ma si riferisce anche alla capacità relazionale (cortesia, empatia, disponibilità, compliance) degli operatori di rispondere alle esigenze dei fruitori, all'accoglienza, al confort degli spazi, alla pulizia, alla privacy, ecc.

Lo scopo ultimo è sempre quello di migliorare alcuni aspetti dell'intero sistema sanitario quali: l'efficacia, l'efficienza, l'equità, la soddisfazione, l'appropriatezza, l'accessibilità, la sostenibilità economica.

Tra gli strumenti utilizzati dalla asl 6 per misurare la qualità in tutti i suoi aspetti si citano :

- Set di indicatori specifici (indicatori demografici, epidemiologici, di qualità)

- Verifiche contabili, tecniche e amministrative
- Certificazioni di qualità
- Autorizzazioni
- Accreditemento istituzionale
- Accreditemento ecm formazione
- Strumenti di ricerca (questionari di customer satisfaction, osservazione diretta, interviste, raccolta di segnalazioni dell'utente, focus group su temi specifici, brainstorming, ecc.)
- Strumenti clinico organizzativi (linee guida audit, protocolli, procedure, standard di servizio, percorsi diagnostici terapeutici, audit, valutazione delle performance)

Il risk management

Il Ministero della Salute ha indicato tra le iniziative orientate al miglioramento del governo clinico, e con esso quindi al miglioramento della qualità delle prestazioni in sanità, le attività del Risk Management nelle aziende sanitarie. Il PSR 2006/2008 mette in evidenza l'importanza dell'attività di Risk Management intendendo con tale termine un sistema finalizzato a gestire l'errore e ridurre il rischio di eventi avversi che possano insorgere durante l'assistenza sanitaria attraverso una sistematica identificazione delle circostanze che mettono a rischio il paziente ed una valutazione, revisione e ricerca dei mezzi per prevenire gli errori ed i danni da eventi avversi

Il risk management è l'insieme di più azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, permette di identificare, analizzare, valutare, comunicare, eliminare, monitorare i rischi associati a qualsiasi attività o processo in modo da rendere l'organizzazione capace di minimizzare le perdite e massimizzare le opportunità. Le fasi di gestione del processo sono tre:

- identificazione
- analisi
- trattamento

Tra gli strumenti per la identificazione del Rischio troviamo Incident Reportin, modalità di raccolta delle segnalazioni in modo strutturato su eventi indesiderati, avviato in alcune strutture della ASL che si prevede di estendere ad altri servizi aziendali.

Fra gli strumenti per l'analisi del rischio il metodo FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) consiste in una tecnica sistematica per prevenire problemi sui prodotti o processi prima che essi insorgano. La FMEA è una tecnica di tipo previsionale che può essere anche utilizzata a posteriori su un prodotto o processo per evidenziare i punti critici e classificarli per priorità. Le fasi del metodo sono:

- Identificazione dell'oggetto d'analisi
- Identificazione/descrizione delle attività ad esso connesse
- Analisi e determinazione dell'indice di priorità del rischio
- Identificazione delle azioni (preventive, migliorative, correttive) e delle misure per i risultati attesi.

Attraverso il metodo FMEA sono in fase di studio alcuni processi critici: gestione emergenza reparto medico, gestione terapia farmacologica, gestione del paziente in dimissione. Sono state emanate raccomandazioni specifiche per le realtà locali e l'azienda sanitaria si impegna a rafforzare, tra le azioni necessarie per la fase di trattamento, l'organizzazione di corsi di formazione, e la predisposizione e/o revisione di procedure e processi clinici organizzativi.

SCHEDE DI TERAPIA UNICA (STU)- La scheda terapia unica è uno strumento di comunicazione interna che integra in un unico documento tutte le informazioni sul processo terapeutico dei pazienti ricoverati, consente di far fronte ai problemi di comunicazione (prima causa degli errori in terapia). La STU è stata introdotta nella documentazione prodotta dalle strutture aziendali e fa parte integrante della cartella clinica.

CARTELLA INFORMATIZZATA - L'introduzione della Cartella Informatizzata comporta notevoli vantaggi sia amministrativi sia clinici determinando un impatto positivo sulle cure al paziente. Tra i vantaggi:

- Miglioramento dell'accessibilità e delle disponibilità dell'informazione contenute nelle cartella clinica
- Diminuzione del tempo impiegato nella digitazione dei dati
- Diminuzione dell'incidenza degli errori umani
- Diminuzione del tempo impiegato nel realizzare copie della cartella

L'Azienda sanitaria ha impostato le fasi preliminari per l'acquisizione della cartella informatizzata, si impegna in tal modo a realizzare un sistema informatizzato più completo che comporta una integrazione tra tutti i moduli per una reale semplificazione delle procedure a vantaggio della assistenza sanitaria di qualità erogata al paziente.

I Flussi informativi. La centralizzazione e il Cea

Affianco al lavoro di implementazione del sistema Sisar, la asl, rispetto al governo dei flussi informativi, prospetta l'istituzione del Cea (Centro epidemiologico aziendale) con l'obiettivo di rilevare, misurare e sorvegliare lo stato di salute della popolazione, delineare il quadro dei bisogni, della domanda e dei rischi per la salute nella popolazione per la pianificazione e lo sviluppo degli interventi sanitari. L'attività del Centro risulta indispensabile per supportare la ricerca, il miglioramento continuo della qualità e la programmazione e valutazione sanitaria di medio e di lungo periodo. Deputato inoltre al governo dei flussi di dati per assolvere ai debiti informativi dell'azienda: flussi Ministeriali (NSIS), flussi Regionali prodotti tramite il Sistema Informativo Sanitario Regionale, il Cea si adopererà per un'azione di centralizzazione dei flussi aziendali con l'obiettivo di garantire la qualità e l'attendibilità del dato in entrata e in uscita.

L'obiettivo di un miglioramento del sistema di gestione dei flussi informativi è quello di conoscere meglio l'azienda, il suo territorio e i suoi bisogni, fornire le informazioni necessarie al buon governo dell'amministrazione, che consentano di prendere decisioni e orientare le scelte di politica sanitaria e di carattere organizzativo, perfezionare l'ottimizzazione delle risorse impiegate (sia umane che finanziarie), fornire una migliore risposta alle problematiche esistenti con un conseguente miglioramento dello stato di salute della popolazione.

Il sistema dei flussi informativi diviene in tal modo il "nodo" di raccordo tra la domanda, la progettazione, la programmazione, le azioni e l'offerta finale, pertanto è il sistema fondamentale per il governo delle attività nell'ottica dell'efficienza, efficacia e appropriatezza, doverosi obiettivi per la gestione della sanità.

La Strategia per la gestione dei fondi e dei progetti vincolati

La Direzione alla fine dell'anno 2010 ha avviato uno studio per riorganizzare e riordinare la gestione dei fondi vincolati. Allo scopo è necessario rivisitare la procedura, trasparente e condivisa tra i diversi servizi aziendali coinvolti nella gestione dei finanziamenti specifici e finalizzati alla realizzazione di un determinato intervento socio sanitario.

Il processo prevede cinque fasi:

1. Individuazione della fonte di finanziamento e diffusione dell'informazione.

2. Monitoraggio dei flussi di cassa in entrata e in uscita.
3. Predisposizione del progetto attuativo per l'utilizzo dei finanziamenti vincolati.
4. Rendicontazione dei costi e descrizione delle attività effettuate.
5. Rendicontazione annuale e relazione con la chiusura di Bilancio
6. Reporting trimestrale

A supporto del referente aziendale di ciascun progetto, per la gestione delle fasi, sarà individuata una figura amministrativa che fungerà da raccordo con il Servizio Programmazione e Controllo della asl. Questa organizzazione consentirà di monitorare in maniera centralizzata una fondamentale fonte di finanziamenti utili alla pianificazione di politiche sanitarie, protese verso il benessere dei cittadini, che mirano allo sviluppo di servizi che non si prefiggono l'obiettivo esclusivo di curare, ma mirano soprattutto ad innovare gli approcci terapeutici e la gestione del paziente, rendendoli molto più orientati alla prevenzione, in un'ottica di miglioramento della qualità di una vita sana e attiva.

Il Piano del personale

Come previsto dalla Legge Regionale n. 10/2006 i documenti di programmazione devono essere accompagnati dal piano annuale del fabbisogno del personale. La ASL di Sanluri, in armonia con la deliberazione regionale n.28/17 del 17/07/2014, con cui è stata sospesa l'efficacia del nuovo atto aziendale, e in attesa di ulteriori atti programmatici regionali, ha rimodulato la propria organizzazione e aggiornato la Dotazione Organica in funzione delle esigenze attuali nelle more di una nuova analisi in conformità al futuro assetto sanitario della regione Sardegna. Nel corso dell'ultimo anno la gestione del personale è stata orientata alla razionalizzazione del personale amministrativo, al potenziamento delle attività territoriali e del personale sanitario in particolare infermieri e OSS, e alla esigenza di figure tecniche a supporto di attività in staff alla direzione competenti in materia di programmazione, controllo e valutazione degli interventi.

L'allegato 1 del presente documento di programmazione descrive il piano triennale del personale.

PARTE II

LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA, FINANZIARIA E PATRIMONIALE

Profilo quinquennio 2010 - 2014

La gestione efficiente ed efficace dell'Amministrazione Pubblica, in particolare della Sanità, orientata alla soddisfazione dei bisogni di salute, richiede analisi e valutazioni economiche sempre più precise e dettagliate. I valori economici degli ultimi 5 anni, dell'Azienda Sanitaria Locale 6 di Sanluri, consentono di effettuare un'analisi finalizzata all'individuazione delle priorità programmatiche che può porsi l'Azienda con il fine di mirare ad una gestione virtuosa delle risorse. E' pertanto necessario porre in essere politiche di gestione economica che nei prossimi tre anni possano mantenere e rafforzare il pareggio di bilancio raggiunto gradualmente nel corso degli ultimi due anni.

Costi della Produzione - Nel corso dell'ultimo quinquennio si può rilevare un andamento altalenante dei costi di produzione aziendali, che complessivamente evidenziano una tendenza all'assestamento negli ultimi due anni. Nel 2010 i costi di produzione si attestavano intorno ai 136 milioni di euro, complessivamente nel quinquennio si registra un aumento pari al 3,4%. L'analisi dei dati del preconsuntivo 2014 consente di evidenziare un costo della produzione ridotto dell'1% rispetto all'anno precedente, (141.260 contro 142.295).

Componenti economiche dei costi della produzione (valori assoluti)

Variabili Economiche	2010	2011	2012	2013	2014*
Acquisti di beni sanitari	14.623	14.673	13.445	15.156	15.704
Acquisti di beni non sanitari	369	570	505	551	456
Totale Acquisti di beni	14.992	15.243	13.950	15.707	16.160
Acquisti di Servizi sanitari	63.771	64.109	63.238	62.577	61.548
Acquisti di Servizi non sanitari	8.939	10.619	9.795	9.785	8.676
Totale Acquisti di servizi	72.710	74.728	73.033	72.362	70.224
Manutenzioni e riparazioni	1.480	2.023	2.157	1.628	1.505
Godimento beni di terzi	1.150	1.489	1.426	1.228	1.093
Costo personale Sanitario	35.427	35.638	35.419	35.768	35.214

Costo personale professionale	253	249	249	343	356
Costo personale tecnico	3.339	3.226	3.141	2.905	2.890
Costo personale amministrativo	3.926	3.808	3.760	3.656	3.618
Totale costo del personale	42.945	42.921	42.569	42.672	42.078
Oneri diversi di gestione	1.026	979	1.007	1.074	1.046
Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	94	86	85	57	57
Ammortamenti immobilizzazioni materiali	1.958	1.949	905	1966	1.967
Totale Ammortamenti	2.052	2.035	2.020	2.023	2.024
Variazione rimanenze	-475	353	201	-107	-109
Accantonamenti tipici dell'esercizio	670	875	2.048	5.708	7.239
TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE	136.550	140.646	138.411	142.295	141.260

* Dati previsionali CE 2014

Entrando nel dettaglio dei costi di produzione è possibile evidenziare una riduzione del valore relativo all'Acquisto di Servizi sanitari e non sanitari, alle Manutenzioni e riparazioni e Godimento di beni di terzi. In flessione risultano anche i costi per l'Acquisto di Beni non sanitari e il costo per il personale sanitario.

Raffronto tra il valore della produzione e i costi della produzione dal 2010 al 2014.

Da quanto emerge nell'analisi dei dati, a partire dal 2010 si è determinata un'inversione di tendenza che ha mostrato una crescita dei costi di produzione rispetto all'anno precedente del 7,6% circa contro un incremento del valore della produzione dello 0,23%, determinando un profondo gap solo parzialmente rientrato nel corso del 2010, dove i ricavi sono cresciuti poco meno del 6,8% contro il più 3,8% dei costi. Per l'anno 2011, si è evidenziata una nuova crescita dei costi di produzione (+3%) superiore all'incremento determinatosi nei ricavi (+1%), il dato dell'anno 2012 ha invece mostrato una riduzione dei costi di produzione (-1,59%) a fronte di valori di produzione aumentati del 5,58%.

In generale, valutando i dati ufficiali del quinquennio 2010 – 2014, è possibile riscontrare una crescita del valore della produzione pari a 7,4%, a cui corrisponde invece una crescita dei costi della produzione pari al 3,4%, con un differenziale pari a 4 punti.

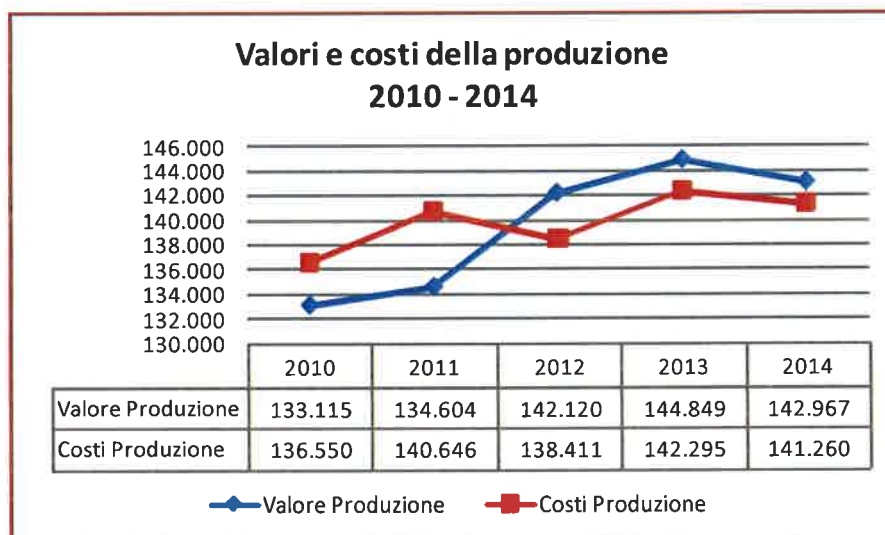
Per quanto attiene l'anno 2013, le stime implicano una sostanziale costanza dei dati attinenti il valore della produzione poiché le attribuzioni delle risorse destinate al finanziamento indistinto della spesa sanitaria di parte corrente nei futuri esercizi rimarranno pressoché costanti, salvo gli incrementi riconducibili al tasso di inflazione programmato e ad eventuali modifiche della parte attiva della produzione.

Raffronto valori della produzione e costi della produzione (dal 2010 al 2014)

	2010	2011	2012	2013	2014	Δ % 2014/2010
Valore Produzione	133.115	134.604	142.120	144.849	142.967	7,4
Costi Produzione	136.550	140.646	138.411	142.295	141.260	3,4
Δ % Val.Prod.	6,79	1,12	5,58	1,92	-1,30	-
Δ % Costi Prod.	3,83	3,00	-1,59	2,81	-0,73	-
Differenziale VP-CP	2,96	-1,88	7,17	-0,89	-0,57	-

* Dati previsionali CE 2014

Il grafico seguente mostra quanto appena sottolineato. Il valore della produzione è cresciuto dai 133,1 milioni di euro del 2010 ai 142,9 milioni del 2014 (+7,4%), mentre i costi di produzione sono passati dai 136,5 milioni del 2010 ai 141,2 milioni del 2014 (+3,4%).



Linee generali di intervento 2015-2017

Alla luce di quanto esposto di seguito si aggiorna l'elenco delle linee generali degli interventi che si intendono adottare nel prossimo triennio, rimandando ai piani operativi la definizione dei dettagli tecnici, e si esporrà in sintesi quello che sarà l'andamento economico del bilancio 2015/2017.

Ottimizzazione costi di Produzione

L'ottimizzazione dei costi di produzione rappresenta uno degli obiettivi prioritari per l'Azienda. Il controllo dell'andamento dei costi necessita di un intervento sia a livello complessivo, sia attraverso il monitoraggio delle singole componenti di costo. Con l'approvazione della Legge n° 135 del 7 agosto 2012 relativa alle disposizioni per la revisione della spesa pubblica, nota come "Spending Review" sono state attuate azioni che andranno ad incidere sui costi di produzione delle Aziende Sanitarie, prevedendo per l'appunto cospicui tagli in materia di costi per contratti di prestazioni e servizi da parte delle stesse.

In termini generali gli obiettivi sono:

- Superamento dei differenziali di spesa sanitaria tra uguali attività (ragionamento sui costi standard);
- Miglioramento del rapporto costi-ricavi dell'attività ospedaliera continuando a lavorare sul miglioramento dell'appropriatezza;
- Riduzione dei differenziali tra costi-ricavi complessivi;
- Costo del personale dipendente e non: in funzione di tale voce di costo, che rappresenta una quota importante del bilancio di ogni singola azienda, si evidenzia l'esigenza, di porre in essere politiche di contenimento e di razionalizzazione della spesa per personale dipendente e non;
- Costo dei farmaci: in relazione alla spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera è emersa la necessità di determinare specifici standard di spesa, attraverso il continuo monitoraggio delle prescrizioni dei medici generici e degli specialisti, l'applicazione di strumenti che valorizzino e incrementino la *distribuzione diretta e per conto* dei farmaci e l'incremento dell'incidenza sulla spesa farmaceutica aziendale della componente "generica";
- Costo per l'acquisto di beni e servizi: è necessario porre in essere politiche di razionalizzazione nella spesa sia per quanto concerne l'acquisto di beni sanitari e non, sia per quanto riguarda in particolare l'acquisto di servizi, la cui incidenza sul bilancio aziendale è cospicua.

Contenimento costo dei farmaci territoriali e ospedalieri

In riferimento al raggiungimento dell'obiettivo di contenimento dei costi legati alla spesa farmaceutica, sia territoriale che ospedaliera, la Asl 6 di Sanluri ha istituito un Comitato di appropriatezza prescrittiva, al fine di determinare un monitoraggio continuo e costante sulle prescrizioni farmaceutiche eseguite sia dai medici generici, sia degli specialisti ambulatoriali, ma anche dei dipendenti stessi della ASL. L'Azienda stessa ritiene tale obiettivo prioritario per il perseguimento dell'obiettivo più generale della razionalizzazione dei costi della produzione. Gli obiettivi aziendali che si vogliono perseguire saranno riconducibili a:

- Costo dei farmaci legato maggiormente a valori standard che consentano una razionalizzazione effettiva della spesa farmaceutica;
- Riduzione del consumo dei farmaci con "brevetto" a vantaggio dei farmaci cosiddetti "generici" con proprietà farmacologiche equivalenti il cui costo è tendenzialmente più contenuto;
- Incremento della distribuzione diretta e per conto;
- Analisi continua e costante del consumo di farmaci suddiviso per reparto, anche attraverso il modulo SISAR "Armadietti di reparto".

Rispetto budget di spesa

L'Azienda 6, ha inserito come strumento di monitoraggio specifico della spesa, quello del Budget finanziario, che attraverso la precisa individuazione dei Centri di Spesa aziendali, determina attraverso la predisposizione di apposite schede prima dell'inizio del nuovo esercizio contabile, il budget a disposizione degli stessi.

Il budget finanziario è affidato solo ai dirigenti che gestiscono un centro di spesa e che quindi possono, attraverso il corretto utilizzo dei conti economico patrimoniali che sono autorizzati a movimentare, spendere solo su indicazione della direzione generale e solo su determinati conti di bilancio. Così facendo, qualora i dirigenti abbiano necessità di incrementare i vincoli di spesa, gli incrementi degli stessi devono essere giustificati formalmente attraverso richieste scritte e firmate da parte degli stessi dirigenti di riferimento, con l'obiettivo di responsabilizzarli maggiormente nella gestione e nell'utilizzo dei soldi pubblici.

PARTE III

LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INVESTIMENTI E DEI FINANZIAMENTI

Investimenti

L'impegno economico-finanziario dell'Azienda Sanitaria di Sanluri per il triennio 2015-2017 sarà complessivamente superiore a 71 milioni di euro. L'importo è destinato prevalentemente (87%) agli interventi concernenti la costruzione del nuovo ospedale, oltre 62 milioni. Il piano degli investimenti non trascura però la necessità per l'anno 2015 di fondi destinati all'adeguamento e alla messa a norma della struttura attuale (540 mila) e agli interventi per i presidi territoriali (2 milioni nel triennio) funzionali ad ultimare la procedura per l'accreditamento.

Proseguono inoltre gli impegni per l'ammodernamento tecnologico tra cui lampade scialitiche, colonna laparoscopica, telecomandato digitale diretto, letti operatori, elettrobisturi, TAC, apparecchiatura laserterapia, apparecchiature varie per la disciplina urologia, ecografi, attrezzature per fisioterapia.

PIANO TRIENNALE DEGLI INVESTIMENTI 2015-2017

	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Totale Investimenti 2015-17
Presidio Ospedaliero				
Attrezzature Sanitarie	1.500.000,00	1.200.000,00	900.000,00	3.600.000,00
Arredi	350.000,00	450.000,00	350.000,00	1.150.000,00
Interventi di edilizia	540.000,00			540.000,00
Realizzazione Nuovo Ospedale	6.000.000,00	28.000.000,00	28.400.000,00	62.400.000,00
Presidi Territoriali				
Attrezzature Sanitarie	250.000,00	200.000,00	600.000,00	1.050.000,00
Arredi	300.000,00	300.000,00	300.000,00	900.000,00
Interventi di edilizia	900.000,00	900.000,00	200.000,00	2.000.000,00
totale	9.840.000,00	31.050.000,00	30.750.000,00	71.640.000,00

Fonte dati: elaborazioni fornite da Servizio Tecnico-Logistico ASL 6 di Sanluri

*Per quel che concerne l'elenco dei cespiti da acquisire si rimanda all'allegato di riferimento.

Previsione economica

Di seguito vengono esposti in maniera sintetica i Bilanci triennio 2012-2014 e quelli di previsione per gli anni 2015/2017.

Risultati economici conseguiti nel 2012/2014

Risultati economici conseguiti	2012	2013	2014*
Valore della produzione	142.120	144.849	142.967
Costi della produzione	138.411	142.295	141.260
Differenza	3.709	2.554	1.707
Proventi ed oneri finanziari	18	-146	-435
Rettifiche di valore di attività finanziarie	0	0	0
Proventi ed oneri straordinari	-332	-1.362	-294
Risultato prima delle imposte	3.395	1.046	978
Imposte sul reddito dell'esercizio	3.416	1.046	978
Utile (perdita) dell'esercizio	-21	0	0

*Valori tratti dal preconsuntivo non ancora ufficializzato.

Come risulta emergere dai dati inseriti nella tabella relativa al triennio 2012-2014, il pareggio di bilancio è stato conseguito a partire dall'anno 2012 e poi confermato anche nel 2013. L'azienda avrà come obiettivo principale quello di mantenere un equilibrio tra i valori e i costi della produzione.

Risultati economici previsti per il triennio 2015/2017

Risultati economici previsionali	2015	2016	2017
Valore della produzione	144.849	144.849	144.849
Costi della produzione	142.296	142.296	142.296
Differenza	2.553	2.553	2.553
Proventi ed oneri finanziari	-146	-146	-146
Rettifiche di valore di attività finanziarie	0	0	0
Proventi ed oneri straordinari	- 1.361	- 1.361	- 1.361
Risultato prima delle imposte	1.046	1.046	1.046
Imposte sul reddito dell'esercizio	1.046	1.046	1.046
Utile (perdita) dell'esercizio	0	0	0

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bergamaschi, M. 2000. *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*. Ed. Mc Graw Hill. Milano.
- Beck, U. 1999. *Che Cos'è la glocalizzazione*. Ed. Carocci. Roma.
- Bertin, G. 2007. *Governance e valutazione della qualità nei servizi sociosanitari*. Ed. Franco Angeli. 2007
- Brian, S. e Cortesi, E., *L'Ospedale per intensità di cura: aspetti teorici e problemi aperti*, in *Igiene e Sanità Pubblica*, n° 63, 2007, pgg. 577 – 586
- Campbell, H. 1998. *Integrated care pathways*. Ed BMJ.
- Casati, G., *La gestione dei processi in Sanità*, in *QA*, Vol. 13, n°1, 2002.
- Cipolla, C., Giarelli, G. e Altieri, L., *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*, in *Collana Laboratorio Sociologico*, 2004.
- Consiglio Regionale della Sardegna. 2007. *Piano Regionale dei Servizi Sanitari*. Cagliari, pg 93.
- Corposanto, C., *Sulla valutazione della qualità nei servizi sociali e sanitari*, in *Collana Salute e Società*, Ed. Franco Angeli, Milano. 2007.
- Crozier, M. 1978. *Attore sociale e sistema*. Ed. Etas Libri, Milano, 1978.
- D'Egidio, F. 2000. *Il change management. Pensiero creativo e le strategie delle aziende*. Ed Ultra Egea. Milano.
- Di Mauro, S., *Gli elementi culturali a sostegno di un organizzazione clinica e ospedaliera per intensità di cura e di complessità assistenziale*, in *Atti del Convegno: Il modello assistenziale per intensità di cura nel nuovo Ospedale: aspetti teorici ed applicativi*, A.O.O.O.R.R, Bergamo, 2010, pg 18.
- Guarino, F. e Mignardi, L., *Tecnologie a rete per la salute e l'assistenza*, in *Collana Salute e Società.....op.cit.*
- Herring, L. 1999. *Critical pathways: an efficient way to manage care*. Ed. Nurse Stand
- Ingrosso, M., *Fra reti e relazioni*, in *Collana Salute e Società.....op.cit.*
- Lega, F., *Intensità di cura versus complessità dell'assistenza?*, in *Atti del Convegno: Il modello.....op.cit.*, Bergamo, 2010, pg. 31.
- Meneguzzo, M. 1996. *Strategia e gestione di reti di aziende sanitarie*. Ed Egea. Milano.
- Moiset, C. e Vanzetta, M. 2003. *Misurare l'assistenza, un modello informativo della performance infermieristica*. Ed. Mc Graw Hill. Milano.
- Panella, M., Moran, N. e Di Stanislao, F., *Una metodologia per lo sviluppo dei profili di assistenza: l'esperienza del TriHealth Inc. Profili assistenziali*, in *QA*, Vol. 8, n° 1, 1997.
- Pintus, E. 2003. *Il project management per le aziende sanitarie*. Ed Mc Graw Hill. Milano.
- Russo, R., *Profili di cura e profili assistenziali: obiettivi e metodologia*, in *Politiche Sanitarie*, Vol. 1, n° 4, 2000.
- Tanese, A., *L'efficacia del cambiamento organizzativo*, in *Bergamaschi, M., Valutazione dell'efficacia dei network sanitari*, Mecosan, n° 19, 1996.
- Wilson, J., *Integrated Care Management*, in *Br. J. Nurs*, Serie 11, Vol. 7, n° 4. 1998.

PIANO TRIENNALE DEL PERSONALE

		Dotazione organica al 1/11/2014	Posti Vacanti al 01/11/2014	Previsione p.v dal 2/11/2014 al 31/12/2014	Previsione copertura p.v. dal 02/11/2014 al 31/12/2014	2015	2016	2017	
Dirigenza	Ruolo sanitario	Medica	180	20	1	2	5	7	7
		Veterinaria	29	4			2	2	
		Non medica	32	8		7			
	Ruolo amministrativo		8	-					
	Ruolo professionale		5	1					
	Ruolo tecnico		1	-					
Comparto	Ruolo sanitario		348	22	2	10	9	5	
	Ruolo amministrativo		97	6					
	Ruolo tecnico e professionale		110	19		3	6		
Totali		810							

Allegato 22: Programma sanitario triennale - La programmazione economica, finanziaria e patrimoniale

Schema di bilancio di previsione triennale BILANCIO di previsione triennale per gli anni 2015-2017

Valori espressi in migliaia di Euro

Stato patrimoniale previsionale attivo	2015	2016	2017
A) Immobilizzazioni			
<i>I. Immateriali</i>			
1) Costi di impianto e di ampliamento			
2) Costi di ricerca, di sviluppo e di pubblicità			
3) Diritti di brevetto industriale e di utilizzo di opere dell'ingegno			
4) Concessioni, licenze, marchi e diritti simili	7	7	7
5) Immobilizzazioni in corso e acconti			
6) Altre	88	88	88
TOTALE	95	95	95
<i>II. Materiali</i>			
1) Terreni	42	42	42
2) Fabbricati	23.030	23.030	23.030
3) Impianti e macchinari	1.045	1.045	1.045
4) Attrezzature sanitarie e scientifiche	1.942	1.942	1.942
5) Altri beni mobili	607	607	607
6) Immobilizzazioni in corso e acconti	4.148	4.148	4.148
TOTALE	30.814	30.814	30.814
<i>III. Finanziarie</i>			
1) Crediti			
2) Titoli			
TOTALE	0	0	0
Totale immobilizzazioni	30.909	30.909	30.909
B) Attivo circolante			
<i>I. Rimanenze</i>			
1) Rimanenze materiale sanitario	967	967	967
2) Rimanenze materiale non sanitario	124	124	124
3) Acconti ai fornitori	18	18	18
TOTALE	1.109	1.109	1.109
<i>II. Crediti</i>			
1) Verso Stato e RAS	15.398	15.398	15.398
2) Verso Comuni	1	1	1
3) Verso Aziende sanitarie pubbliche	1.820	1.820	1.820
4) Verso ARPA			
5) Verso Erario	1.073	1.073	1.073

6) Verso altri	7.762	7.762	7.762
7) Imposte anticipate			
TOTALE	26.054	26.054	26.054
III. Attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni			
1) Partecipazioni che non costituiscono immobilizzazioni			
2) Titoli che non costituiscono immobilizzazioni			
TOTALE	0	0	0
IV. Disponibilità liquide			
1) Denaro e valori in cassa	11	11	11
2) Istituto Tesoriere	39.067	39.067	39.067
3) Conti correnti bancari e postali	53	53	53
TOTALE	39.131	39.131	39.131
Totale attivo circolante	66.294	66.294	66.294
C) Ratei e risconti attivi			
1) Ratei attivi			
2) Risconti attivi	857	857	857
TOTALE	857	857	857
Totale attivo	98.060	98.060	98.060

Valori espressi in migliaia di Euro

Stato patrimoniale previsionale passivo	2015	2016	2017
A) Patrimonio netto			
I) Capitale di dotazione	31.809	31.809	31.809
II) Riserva di rivalutazione			
III) Contributi per investimenti	8.801	8.801	8.801
IV) Contributi assegnati per ripiano perdite			
V) Altre riserve	180	180	180
VI) Utili (perdite) portati a nuovo	-12.019	-12.019	-12.019
VII) Utile (perdita) dell'esercizio	0	0	0
Totale Patrimonio netto	28.771	28.771	28.771
B) Fondi per rischi e oneri			
1) Per imposte anche differite	173	173	173
2) Fondi per rischi	6.914	6.914	6.914
3) Altri fondi per oneri	4.166	4.166	4.166
Totale Fondi per rischi e oneri	11.253	11.253	11.253
C) Trattamenti di fine rapporto			
1) Premio di operosità medici SUMAI	2.026	2.026	2.026
2) Trattamento di fine rapporto lavoro subordinato			
Totale Trattamento di fine rapporto	2.026	2.026	2.026
D) Debiti			
1) Verso banche	0	0	0

2) Verso Stato e RAS	293	293	293
3) Verso Comuni	90	90	90
4) Verso Aziende sanitarie pubbliche	2.629	2.629	2.629
5) Verso ARPA			
6) Verso fornitori	16.940	16.940	16.940
7) Verso Istituto Tesoriere			
8) Verso Erario	1.681	1.681	1.681
9) Verso istituti di previdenza e di sicurezza sociale	2.937	2.937	2.937
10) Verso altri	18.602	18.602	18.602
Totale Debiti	43.172	43.172	43.172
E) Ratei e risconti passivi			
1) Ratei passivi			
2) Risconti passivi	12.838	12.838	12.838
Totale Ratei e risconti Passivi	12.838	12.838	12.838
Totale passivo	98.060	98.060	98.060

Valori espressi in migliaia di Euro

Conto economico previsionale	2015	2016	2017
A) Valore della produzione			
1) Ricavi per prestazioni	140.083	140.083	140.083
2) Incrementi di immobilizzazioni per lavori interni	0	0	0
3) Altri ricavi e proventi	4.766	4.766	4.766
Totale valore della produzione	144.849	144.849	144.849
B) Costi della produzione			
4) Per beni di consumo	15.706	15.706	15.706
5) Per servizi	69.696	69.696	69.696
6) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	1.748	1.748	1.748
7) Per godimento di beni di terzi	1.227	1.227	1.227
8) Per il personale	43.560	43.560	43.560
<i>a) personale del ruolo sanitario</i>	<i>36.647</i>	<i>36.647</i>	<i>36.647</i>
<i>b) personale del ruolo professionale</i>	<i>343</i>	<i>343</i>	<i>343</i>
<i>c) personale del ruolo tecnico</i>	<i>2.915</i>	<i>2.915</i>	<i>2.915</i>
<i>d) personale del ruolo amministrativo</i>	<i>3.655</i>	<i>3.655</i>	<i>3.655</i>
9) Ammortamenti e svalutazioni	2.023	2.023	2.023
10) Variazioni delle rimanenze sanitarie	106	106	106
11) Accantonamenti tipici dell'esercizio	5.700	5.700	5.700
12) Oneri diversi di gestione	2.530	2.530	2.530
Totale costi della produzione	142.296	142.296	142.296
Differenza tra valore e costi di produzione (A-B)	2.553	2.553	2.553
C) Proventi e oneri finanziari			
13) Interessi e altri proventi finanziari:	7	7	7
14) Interessi e altri oneri finanziari	153	153	153
Totale proventi e oneri finanziari	-146	-146	-146

D) Rettifiche di valore di attività finanziarie			
15) Rivalutazioni	0	0	0
16) Svalutazioni	0	0	0
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie	0	0	0
E) Proventi e oneri straordinari			
17) Proventi:			
a) <i>plusvalenze</i>	1	1	1
b) <i>altri proventi straordinari</i>	294	294	294
Totale proventi straordinari	295	295	295
18) Oneri:			
a) <i>minusvalenze</i>	0	0	0
b) <i>imposte esercizi precedenti</i>	0	0	0
c) <i>altri oneri straordinari</i>	1.656	1.656	1.656
Totale oneri straordinari	1.656	1.656	1.656
Totale delle partite straordinarie	-1.361	-1.361	-1.361
Risultato prima delle imposte (A-B±C±D±E)	1.046	1.046	1.046
19) Imposte sul reddito dell'esercizio			
a) <i>correnti</i>	1.046	1.046	1.046
b) <i>anticipate</i>			
c) <i>differite</i>			
Totale imposte sul reddito dell'esercizio	1.046	1.046	1.046
20) Utile (Perdita) dell'esercizio	0	0	0

Allegato 23: Programma sanitario triennale - La programmazione economica, finanziaria e patrimoniale

Schema di bilancio di previsione annuale BILANCIO DI PREVISIONE ANNUALE PER L'ANNO 2015

Valori espressi in migliaia di Euro

Stato patrimoniale previsionale attivo	I Trim.	II Trim.	III Trim.	IV Trim.	Totale
A) Immobilizzazioni					
I. Immateriali					
1) Costi di impianto e di ampliamento					
2) Costi di ricerca, di sviluppo e di pubblicità					
3) Diritti di brevetto industriale e di utilizzo di opere dell'ingegno					
4) Concessioni, licenze, marchi e diritti simili	1	2	2	2	7
5) Immobilizzazioni in corso e acconti					-
6) Altre	22	22	22	22	88
TOTALE	23	24	24	24	95
II. Materiali					-
1) Terreni	11	11	11	11	42
2) Fabbricati	5.758	5.758	5.757	5.757	23.030
3) Impianti e macchinari	261	261	261	262	1.045
4) Attrezzature sanitarie e scientifiche	486	486	485	485	1.942
5) Altri beni mobili	152	152	152	151	607
6) Immobilizzazioni in corso e acconti	1.037	1.037	1.037	1.037	4.148
TOTALE	7.705	7.705	7.703	7.703	30.814
III. Finanziarie					-
1) Crediti					-
2) Titoli					-
TOTALE	0	0	0	0	-
Totale immobilizzazioni	7.728	7.729	7.727	7.727	30.909
B) Attivo circolante					0
I. Rimanenze					0
1) Rimanenze materiale sanitario	242	242	242	241	967
2) Rimanenze materiale non sanitario	31	31	31	31	124
3) Acconti ai fornitori	5	5	4	4	18

TOTALE	278	278	277	276	1.109
II. Crediti					0
1) Verso Stato e RAS	3.850	3.850	3.850	3.848	15.398
2) Verso Comuni				1	1
3) Verso Aziende sanitarie pubbliche	455	455	455	455	1.820
4) Verso ARPA	0	0	0	0	0
5) Verso Erario	268	269	268	268	1.073
6) Verso altri	1.941	1.941	1.941	1.939	7.762
7) Imposte anticipate	0	0	0	0	0
TOTALE	6.514	6.515	6.514	6.511	26.054
III. Attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni					0
1) Partecipazioni che non costituiscono immobilizzazioni					0
2) Titoli che non costituiscono immobilizzazioni					0
TOTALE	0	0	0	0	0
IV. Disponibilità liquide					0
1) Denaro e valori in cassa	3	3	3	2	11
2) Istituto Tesoriere	9.767	9.767	9.767	9.766	39.067
3) Conti correnti bancari e postali	13	13	13	14	53
TOTALE	9.783	9.783	9.783	9.782	39.131
Totale attivo circolante	16.574	16.576	16.574	16.569	66.293
C) Ratei e risconti attivi					-
1) Ratei attivi					-
2) Risconti attivi	214	214	214	215	857
TOTALE	214	214	214	215	857
Totale attivo	24.516	24.519	24.515	24.511	98.059

24.516 24.519 24.515 24.511 98.059

Valori espressi in migliaia di Euro

Stato patrimoniale previsionale passivo	I Trim.	II Trim.	III Trim.	IV Trim.	Totale
A) Patrimonio netto					
I) Capitale di dotazione	7.952	7.952	7.952	7.953	31.809
II) Riserva di rivalutazione	0	0	0	0	-
III) Contributi per investimenti	2.200	2.200	2.200	2.201	8.801
IV) Contributi assegnati per ripiano perdite					-

V) Altre riserve	45	45	45	45	180
VI) Utili (perdite) portati a nuovo	-3.005	-3.005	-3.005	-3.004	12.019
VII) Utile (perdita) dell'esercizio					-
Totale Patrimonio netto	7.192	7.192	7.192	7.195	28.771
B) Fondi per rischi e oneri					-
1) Per imposte anche differite	43	43	43	44	173
2) Fondi per rischi	1.729	1.729	1.728	1.728	6.914
3) Altri fondi per oneri	1.042	1.042	1.041	1.041	4.166
Totale Fondi per rischi e oneri	2.814	2.814	2.812	2.813	11.253
C) Trattamenti di fine rapporto					-
1) Premio di operosità medici SUMAI	507	507	506	506	2.026
2) Trattamento di fine rapporto lavoro subordinato	0	0	0	0	-
Totale Trattamento di fine rapporto	507	507	506	506	2.026
D) Debiti					-
1) Verso banche	0	0	0	0	-
2) Verso Stato e RAS	73	73	73	74	293
3) Verso Comuni	23	23	22	22	90
4) Verso Aziende sanitarie pubbliche	657	657	657	658	2.629
5) Verso ARPA	0	0	0	0	-
6) Verso fornitori	4.235	4.235	4.235	4.235	16.940
7) Verso Istituto Tesoriere	0	0	0	0	-
8) Verso Erario	420	420	420	421	1.681
9) Verso istituti di previdenza e di sicurezza sociale	734	734	734	735	2.937
10) Verso altri	4.650	4.650	4.651	4.651	18.602
Totale Debiti	10.792	10.792	10.792	10.796	43.172
E) Ratei e risconti passivi					-
1) Ratei passivi					-
2) Risconti passivi	3.209	3.209	3.210	3.210	12.838
Totale passivo	24.514	24.514	24.512	24.520	98.060

Valori espressi in migliaia di Euro

Conto economico previsionale	I Trim.	II Trim.	III Trim.	IV Trim.	Totale
A) Valore della produzione					
1) Ricavi per prestazioni	35.023	35.023	35.023	35.024	140.093
2) Incrementi di immobilizzazioni per lavori interni	0	0	0	0	0

3) Altri ricavi e proventi	1.192	1.192	1.191	1.191	4.766
Totale valore della produzione	36.215	36.215	36.214	36.215	144.859
B) Costi della produzione					
4) Per beni di consumo	3.926	3.926	3.927	3.927	15.706
5) Per servizi	17.424	17.424	17.424	17.424	69.696
6) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	437	437	437	437	1.748
7) Per godimento di beni di terzi	307	307	307	306	1.227
8) Per il personale	10.890	10.890	10.890	10.890	43.560
a) personale del ruolo sanitario	9.162	9.162	9.162	9.161	36.647
b) personale del ruolo professionale	86	86	86	85	343
c) personale del ruolo tecnico	729	729	729	728	2.915
d) personale del ruolo amministrativo	914	914	914	913	3.655
9) Ammortamenti e svalutazioni	506	506	506	505	2.023
10) Variazioni delle rimanenze sanitarie	27	27	26	26	106
11) Accantonamenti tipici dell'esercizio	1.425	1.425	1.425	1.425	5.700
12) Oneri diversi di gestione	633	633	632	632	2.530
Totale costi della produzione	35.574	35.574	35.574	35.574	142.296
Differenza tra valore e costi di produzione (A-B)	641	641	640	641	2.563
C) Proventi e oneri finanziari					
13) Interessi e altri proventi finanziari:	2	2	2	1	7
14) Interessi e altri oneri finanziari	38	38	38	39	153
Totale proventi e oneri finanziari	-36	-36	-36	-38	-146
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie					
15) Rivalutazioni	0	0	0	0	0
16) Svalutazioni	0	0	0	0	0
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie	0	0	0	0	0
E) Proventi e oneri straordinari					
17) Proventi:					
a) plusvalenze				1	1
b) altri proventi straordinari	74	74	73	73	294
Totale proventi straordinari	74	74	73	74	295
18) Oneri:					
a) minusvalenze	0	0	0	0	0
b) imposte esercizi precedenti	0	0	0	0	0

<i>c) altri oneri straordinari</i>	414	414	414	414	1.656
Totale oneri straordinari	414	414	414	414	1.656
Totale delle partite straordinarie	- 340	- 340	- 340	- 340	- 1.361
Risultato prima delle imposte (A-B±C±D±E)	- 340	- 340	- 340	340	1.056
19) Imposte sul reddito dell'esercizio					
a) correnti	262	262	261	261	1.046
b) anticipate					
c) differite					
Totale imposte sul reddito dell'esercizio	262	262	261	261	1.046
20) Utile (Perdita) dell'esercizio					0

DETTAGLIO INVESTIMENTI

Le ipotesi di investimento per il triennio 2015-2017, sia per quanto attiene il Presidio Ospedaliero, sia per quanto riguarda il Territorio, seguono in parte la logica delle effettive assegnazioni messe a disposizione da parte della Regione Sardegna, ed in particolare per l'annualità 2015, determinano una maggiore precisione degli investimenti che si andranno ad effettuare per l'annualità. Mentre per il biennio 2016-2017 sono stati indicati gli investimenti ipotetici che l'Azienda andrebbe ad effettuare sulla base delle esigenze espresse dai vari Servizi e Reparti.

PRESIDIO OSPEDALIERO

IPOTESI INVESTIMENTI TRIENNIO 2015-2017

EURO 3.600.000– PRESIDIO OSPEDALIERO – Attrezzature Sanitarie
--

- **Anno 2015 – euro 1.500.000**

- lampade scialitiche n,3 per blocco operatorio
- colonna laparoscopica
- carrelli per sala operatoria
- emogasanalyzer
- carrelli emergenza
- telecomandato digitale diretto
- apparecchiatura radiologica
- elettrocardiografi
- attrezzature endoscopiche
- carrelli giro visita

- **Anno 2016 – euro 1.200.000**

- letti operatori
- elettrobisturi
- tac
- ecografi

- microscopi
 - videocamera per endourologia
 - ureteroscopio flessibile
 - laser per endoeuroscopia
- **Anno 2017 – euro 900.000**

- culla da trasporto
- carrelli attrezzati
- apparecchiatura laserterapia
- apparecchiature varie urologia

EURO 1.150.000– PRESIDIO OSPEDALIERO – Acquisto di arredi
--

Le tipologie di arredi che si ipotizza di acquisire nel triennio considerato sono:

- arredi sala gessi
 - arredi stanza medici
 - letti degenza
 - pareti attrezzate
 - armadietti e sedie per camere degenza
 - arredi vari sala operatoria
 - arredi locali diversi
 - arredi vari reparti
- **Anno 2015 – euro 350.000**
 - **Anno 2016 – euro 450.000**
 - **Anno 2017 – euro 350.000**

EURO 540.000 – PRESIDIO OSPEDALIERO – Interventi di edilizia

Le tipologie di interventi che si ipotizza di effettuare nel triennio considerato sono:

- Adeguamento e/o implementazioni e messa a norma P.O.

TERRITORIO
IPOTESI INVESTIMENTI TRIENNIO 2014-2016

EURO 1.050.000 – PRESIDI TERRITORIO – Attrezzature sanitarie

- **Anno 2015 – euro 250.000**
 - ecografi ginecologici
 - n. 1 metabolimetro
 - n. 1 tapis roulant
 - n. 1 lettino idraulico per ecografia
 - n. 1 lettino idraulico a due snodi
 - ecografi cardiologici
 - carrelli per medicazione
 - strumentario vario

- **Anno 2016 – euro 200.000**
 - attrezzature per fisioterapia
 - strumentario vario
 - lettini elettrici

- **Anno 2017 – euro 600.000**
 - completamento attrezzature per fisioterapia
 - riuniti odontoiatrici
 - frigoriferi

EURO 2.000.000 – PRESIDI TERRITORIO – Interventi di edilizia

Le tipologie di interventi che si ipotizza di effettuare, sulla base della Delibera G.R.32/26 del 07.08.2014, nel triennio considerato sono:

- Adeguamento e/o implementazioni e messa a norma Presidi Territoriali.

- Anno 2015 – euro 900.000
- Anno 2016 – euro 900.000
- Anno 2017 – euro 200.000

EURO 900.000 – PRESIDI TERRITORIO – Acquisto di arredi

Le tipologie di arredi che si ipotizza di acquisire nel triennio considerato sono:

- Arredi vari: sedie, scrivanie, armadi, poltroncine, cassettiere ecc.

- Anno 2015 – euro 300.000
- Anno 2016 – euro 300.000
- Anno 2017 – euro 300.000

- Anno 2015 – euro 540.000

EURO 62.400.000 – NUOVO PRESIDIO OSPEDALIERO

Realizzazione Nuovo Ospedale D.G.R. (Delibera G.R.32/26 del 7.8.2014)

- 2015 - euro 6.000.000
- 2016 – euro 28.000.000
- 2017 – euro 28.400.000

