ASLCagliari

Allegato A)

Programma Sanitario Annuale
Anno 2010

Dicembre 2009

ASLCagliari

Sommario

PREMESSA 5
ANALISI DI CONTESTO 7
GLI INDIRIZZI NAZIONALI E REGIONALI 7
ANDAMENTO DEMOGRAFICO 8
ANALISI DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA 13
ASSISTENZA OSPEDALIERA 36
I PRESIDI OSPEDALIERI INTERNI 38
P.O. "Binaghi" 44
P.O. "Businco" 49
P.O. "Marino" 55
P.O. "Microcitemico" 61
P.O. "S.Giuseppe" 66
PROGRAMMAZIONE 2010 68
P.O. "S.Marcellino 70
P.O. "SS.Trinità" 74
ASSISTENZA DISTRETTUALE 81
Distretto 1 "Cagliari area vasta" 88
Distretto 2 "Area Ovest" 91
Distretto 3 "Quartu-Parteolla" 95
Distretto 4 "Sarrabus-Gerrei" 98
Distretto 5 "Sarcidano, Barbagia di Seulo e Trexenta" 102
ASSISTENZA DIPARTIMENTALE 107
DIPARTIMENTO PREVENZIONE 107
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE 112

DIPARTIMENTO TOSSICODIPENDENZE 115
DIPARTIMENTO DEL FARMACO 119
PROGETTI AZIENDALI PER IL CONTENIMENTO DELLA SPESA 123
Laboratorio Unico Integrato 123
Progetto SiSaR 127
Magazzino Centralizzato 129
Assistenza Protesica Integrata 131
Valorizzazione Delle Risorse Umane 132
Riprogettazione Organizzativa Aziendale 134
PIANO ANNUALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE 137

PREMESSA

La Regione ha, nel corso del 2009, iniziato un complesso percorso di ristrutturazione e riorganizzazione del sistema sanitario regionale con l'obiettivo di migliorare i servizi di assistenza e di ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane ed economiche.

La legge regionale n. 3 del 7 agosto 2009, ha dettato una disciplina che consente l'esercizio e la gestione in forma integrata e unitaria di specifiche attività tecniche, è ha dato avvio al processo di riforma del sistema stesso al fine di ridisciplinarne gli assetti istituzionali ed organizzativi. Difatti l'art. 12 commi (6, 7 e 10) ha introdotto la possibilità, qualora sussistano le caratteristiche richieste, di costituire ulteriori aziende ospedaliere.

In tale modo è stato integralmente e profondamente modificato l'assetto del vigente sistema sanitario regionale, sia sotto l'aspetto istituzionale che sotto quello organizzativo.

Lo scenario di profonda e radicale trasformazione del nostro sistema sanitario regionale imprime una ancora più profonda attenzione verso i processi "interni" di programmazione.

Gli obiettivi che l'Azienda si pone sono la garanzia del governo dei processi di trasformazione verso modelli che sempre più rispondano alle esigenze di assistenza della popolazione di riferimento.

Il Piano Sanitario Aziendale contempera difatti i "consigli" e i "suggerimenti" raccolti dalle rappresentanza dei cittadini, dalle associazioni dei pazienti e dagli stessi operatori che accompagnano la Direzione in questo complesso processo di gestione.

Il miglioramento della qualità dell'assistenza non può che passare da una migliore integrazione tra l'assistenza ospedaliera e territoriale che garantisca una più efficace risposta alle esigenze di salute dei cittadini.

Tale integrazione deve partire da una riqualificazione degli ospedali aziendali che devono poter concentrare la propria attività verso livelli di assistenza di alta complessità, gestendo il territorio i livelli di assistenza primaria a cui sono per vocazione dedicati.

Il presidio Ospedaliero del SS.Trinità sarà, nel breve periodo, obiettivo di una prima serie di importanti processi di ristrutturazione e di riorganizzazione. Tali interventi verranno ulteriormente valorizzati nelle previsione di investimento di medio-lungo periodo che prevedono il potenziamento e l'ampliamento dei servizi di assistenza al fine di valorizzare il ruolo del presidio quale riferimento ospedaliero dell'area metropolitana.

Anche il presidio ospedaliero del "Businco" sarà oggetto di rilevanti investimenti focalizzati alla risoluzione delle carenze progettuali del nuovo Centro di Radioterapia e Medicina Nucleare che attualmente limitano la piena operatività degli investimenti tecnologici fin qui effettuati. Tali interventi di "messa in sicurezza" del Centro, congiuntamente ad una serie di nuovi investimenti in tecnologia

permetteranno di potenziare significativamente i livelli di assistenza, garantendo ai pazienti interventi tempestivi nei servizi di diagnosi e cura contro i tumori.

L'assistenza territoriale dovrà quindi garantire un efficace risposta alle esigenze di assistenza primaria del territorio, assicurando un'assistenza sanitaria innovativa rivolta ad accogliere e assistere i pazienti stabilizzati provenienti dalle UO di degenza per acuti delle Aziende Ospedaliere al fine di migliorare l'appropriatezza dell'utilizzo dell'assetto tradizionale di assistenza (ricovero ordinario) verso strutture più adeguate all'assistenza di grado medio.

Il miglioramento nei livelli qualitativi e organizzativi dell'assistenza territoriale garantisce non solo un'assistenza più "vicina" alle esigenze del cittadino ma un utilizzo più appropriato del Pronto Soccorso, e di conseguenza dell'intero sistema emergenza urgenza cittadino.

ANALISI DI CONTESTO

GLI INDIRIZZI NAZIONALI E REGIONALI

Piano Sanitario Nazionale

Il Piano Sanitario Nazionale presenta tre caratteristiche fondamentali, fra di loro logicamente connesse e coerenti:

a) riconferma i principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale, relativi all'universalismo delle garanzie e alla solidarietà nella contribuzione al finanziamento;

b) privilegia il fine, la tutela della salute, rispetto ai mezzi, la produzione e la distribuzione dei servizi, indicando sia obiettivi di salute sia strategie di cambiamento nell'organizzazione e nel funzionamento del sistema dei servizi sanitari;

c) persegue la costruzione di un sistema sanitario al tempo stesso nazionale, relativamente alla uniformità nelle garanzie di assistenza, e regionale, rispetto alla autonomia e alla responsabilità delle Regioni nella programmazione e nella organizzazione dei servizi.

In questo contesto il PSN individua alcune indicazione essenziali che riguardano:

1) organizzare meglio e potenziare la promozione della salute e la prevenzione;
2) rimodellare le cure primarie;
3) favorire la promozione del governo clinico e della qualità nel Servizio sanitario nazionale;
4) potenziare i sistemi integrati di reti sia a livello nazionale o sovraregionale (malattie rare, trapianti etc) sia a livello interistituzionale (integrazione sociosanitaria) sia tra i diversi livelli di assistenza (prevenzione, cure primarie etc);
5) promuovere l'innovazione e la ricerca;
6) favorire il ruolo partecipato del cittadino e delle associazioni nella gestione del Servizio sanitario nazionale;
7) attuare una politica per la qualificazione delle risorse umane.

Patto per la Salute

Nella seduta del 3 dicembre 2009 è stato siglato tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il Nuovo Patto per la Salute 2010–2012, che dovrà poi confluire in Finanziaria. Il Patto per la Salute è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la **qualità** dei servizi, a promuovere l'**appropriatezza** delle prestazioni e a garantire l'**unitarietà** del sistema.

Le Regioni convengono sulla opportunità di confrontarsi, ai fini di un'autovalutazione regionale e dell'avvio di un sistema di monitoraggio dello stato dei propri servizi sanitari regionali in seno alla struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3, comma 2, su indicatori di efficienza ed appropriatezza allocativa delle risorse, come specificati nel comma 2, rapportati agli indicatori di cui

all'allegato 3 e correlati a valutazioni sull'erogazione dei LEA, avvalendosi anche dell'AGENAS. Governo e Regioni convengono che settori strategici in cui operare al fine di qualificare i servizi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini ed al tempo stesso un maggior controllo della spesa sono:

a) riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera;

b) assistenza farmaceutica;

c) governo del personale;

d) qualificazione dell'assistenza specialistica;

e) meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico privato;

f) accordi sulla mobilità interregionale;

g) assistenza territoriale e post acuta;

h) potenziamento dei procedimenti amministrativo contabili, ivi compreso il progetto tessera sanitaria;

i) rilancio delle attività di prevenzione.

Piano Sanitario Regionale

Il Piano Sanitario Regionale approvato nel 2005 riprende alcuni concetti base già presenti nel PSN, in particolare sugli aspetti relativi alla necessità di governo clinico delle prestazioni di assistenza erogate che garantiscano una reale "presa in carico" dei bisogni del paziente.

Sono frequenti i rimandi all'"appropriatezza" intesa come la capacità di offrire una qualità assistenziale che mira più che all'efficienza nell'utilizzo delle risorse all'efficacia della prestazione erogata.

Centrale è l'idea che lo sviluppo delle attività territoriali al fine di garantire ai cittadini un'efficace risposta ai loro bisogni di salute in integrazione con i livelli di assistenza più complessi (RSA, centri riabilitativi, ospedale, ecc.)

ANDAMENTO DEMOGRAFICO

L'ultimo anno ha manifestato un leggero incremento della popolazione totale residente nella provincia di Cagliari. L'incremento complessivo pari allo 0,4% si concentra nelle fasce di popolazione più anziana con età superiore ai 65 anni.

Tabella 1: Numero di residenti per anno e per fascia d'età AL 1° Gennaio 2008 (Fonte dati ISTAT)

ANNO	<1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	>74	Totale
2000	4.012	14.978	47.123	64.349	165.968	122.657	38.879	28.060	486.026
2001	3.881	15.925	46.130	62.059	165.948	124.282	39.392	28.581	486.198
2002	3.876	16.279	44.857	59.362	163.790	125.196	40.265	29.482	483.107
2003	4.149	15.683	43.581	57.446	164.360	128.502	43.088	29.368	486.177

2004	3.910	16.303	42.687	55.681	162.927	129.328	42.776	33.050	486.662
2005	4.208	16.343	42.195	54.684	163.304	131.047	44.121	33.630	489.532
2006	4.496	18.251	47.874	62.398	182.979	147.102	47.874	39.343	553.112
2007	4.597	18.177	47.291	60.867	181.854	149.854	51.900	40.869	555.409
2008	4.495	18.364	46.684	59.079	180.726	152.770	53.446	42.115	557.679
2009	4578	18.297	46.637	57.636	178.322	156.254	54.288	43.808	559.820

Un dato significativo che riveste grande importanza, anche per l'assistenza sanitaria, è il notevole incremento della fascia d'età della popolazione superiore a 74 anni; che nel periodo considerato è passata da 42.115 unità dell'anno 2008 ai 43.808 dell'anno 2009 (+4,01%)

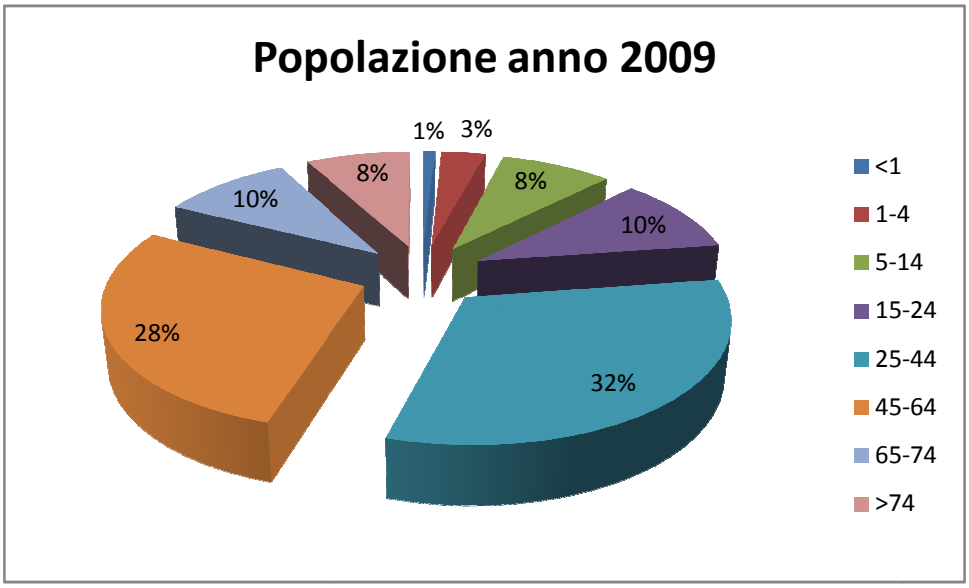


Tabella 2 : Distribuzione % per fascia d'età al 1° Gennaio 2008

Dall'analisi della composizione della popolazione residente, per fasce d'età, emerge un indice di invecchiamento pari al 18%, considerato come rapporto tra gli ultra 65enni e la popolazione totale.

Relativamente alla struttura demografica la realtà regionale risulta in posizione intermedia tra le altre regioni del centro-sud. La Sardegna presenta un quadro di longevità migliore, soprattutto nelle età avanzate, se confrontata col resto d'Italia.

Tabella 3: Distribuzione % per fascia d'età e sesso al 1° Gennaio 2009 (Fonte dati Istat)

Età	N° maschi	%	Età	N° Femmine	%	Totale Maschi+Femmine	% Totale
<1	2.322	0,4	<1	2.256	0,4	4.578	0,8%
1-4	9.517	1,7	1-4	8.780	1,6	18.297	3.3%
5-14	24.213	4,3	5-14	22.424	4,0	46.637	8,3%
15-24	29.640	5,3	15-24	27.996	5,0	57.636	10,3%
25-44	89.560	16,0	25-44	88.762	15.9	178.322	31,9%
45-64	75.760	13,5	45-64	80.494	14,4	156.254	27,9%
65-74	25.272	4,5	65-74	29.016	5,2	54.288	9,7%
>74	16.935	3,0	>74	26.873	4,8	43.808	7,8%
TOTALE	**273.219**	**48,8**		**286.601**	**51,2**	**559.820**	**100**

La popolazione dei Distretti Sanitari, così come definiti nell'Atto Aziendale, evidenzia come il Distretto più popoloso sia quello che comprende l'Area metropolitana in senso stretto seguita dal Distretto che comprende i comuni dell'Area metropolitana allargata, che è suddivisa nei due Distretti di Quartu-Parteolla e dell'Area Ovest.

La lettura della popolazione suddivisa per fasce d'età evidenzia la conformazione demografica a botte che prevede una concentrazione (59% sul totale) della popolazione nella fascia compresa tra i 25 e i 64 anni.

Tabella 5: Suddivisione % della popolazione dei Distretti per fasce d'età al 1° Gennaio 2009 (Fonte dati Istat).

Distretti	<1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	>74
Distr.1 "Cagliari Area Vasta"	1%	3%	8%	10%	31%	28%	11%	9%
Distr.2 "Area Ovest"	1%	4%	9%	11%	34%	28%	8%	6%
Distr.3 "Quartu-Parteolla"	1%	4%	9%	11%	33%	28%	8%	6%
Distr.4 "Sarrabus-Gerrei"	1%	3%	9%	10%	29%	27%	11%	10%
Distr.5 "Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta"	1%	3%	8%	11%	29%	26%	11%	11%
Azienda Asl 8	1%	3%	8%	10%	32%	28%	10%	8%

Il confronto della media aziendale con i profili demografici della popolazione nei Distretti Socio-Sanitari evidenzia che la popolazione dal profilo più anziano è quella residente nel Distretto 5 del Sarcidano Barbagia di Seulo e Trexenta che presenta il 22% della popolazione con età >65.

Tabella 6: Bilanci Demografici per provincia anni 2005-2008 (per 1000 abitanti) - (Fonte dati Istat)

PROVINCE E REGIONI	Crescita Naturale				Saldo Migratorio Totale				Crescita Totale			
Olbia	n.d.	1,2	1,9	2,1	n.d.	11,8	24,6	17,4	n.d.	13,0	26,5	19,5
Sassari	-0,4	-0,8	-0,7	-0,9	9,4	3,7	3,9	6,2	9,0	2,9	3,2	5,3
Nuoro	-1,0	-0,5	-1,2	-0,9	-1,3	-2,4	-0,3	-0,6	-2,3	-2,9	-1,5	-1,5
Oristano	-2,5	-2,9	-3,0	-3,1	2,6	1,8	0,4	-0,7	0,1	-1,1	-2,6	-3,9
Ogliastra	n.d.	-0,5	-0,4	-0,3	n.d.	-1	1,5	1,7	n.d.	-1,5	1,0	1,3
Medio-Campidano	n.d.	-1,9	-2,1	-2,7	n.d.	1,2	-0,7	-1,3	n.d.	-3,1	-2,8	-4,0
Cagliari	**-0,1**	**1,0**	**0,6**	**0,5**	**2,8**	**3,1**	**3,5**	**3,4**	**2,7**	**4,1**	**4,1**	**3,8**
Carbonia	n.d.	-2,3	-2,6	-2,4	n.d.	-0,2	0,9	0,1	n.d.	-2,5	-1,7	-2,3
Sardegna	**-0,5**	**-0,4**	**-0,6**	**-0,6**	**3,9**	**2,6**	**3,8**	**3,8**	**3,4**	**2,2**	**3,6**	**3,2**

Anche l'andamento demografico presenta, rispetto alle altre province sarde, un incremento negli ultimi anni, in confronto con le altre realtà provinciali e anche rispetto al dato complessivo regionale.

Tabella 7: Tassi generici di natalità e mortalità per provincia 2005-2008 (per 1.000 abitanti) - (Fonte dati Istat)

PROVINCE/REGIONI	Natalità				Mortalità			
Olbia	n.d.	9,1	9,8	10,1	n.d.	7,9	7,9	8,0
Sassari	8,5	8,0	8,2	8,0	8,9	8,8	8,9	8,9
Oristano	7,1	8,6	8,2	8,3	9,6	8,9	9,4	9,2
Nuoro	8,5	7,0	7,0	6,9	9,5	9,2	10,0	10,1
Ogliastra	n.d.	8,0	8,6	8,8	n.d.	8,6	9,0	9,1
Medio-Campidano	n.d.	7,2	7,1	7,5	n.d.	9,3	9,2	10,2
Cagliari	**7,7**	**8,3**	**8,2**	**8,2**	**7,8**	**7,2**	**7,6**	**7,8**
Carbonia	n.d.	6,5	6,6	6,4	n.d.	8,4	9,1	8,8
Sardegna	**8,0**	**8,0**	**8,0**	**8,1**	**8,5**	**8,3**	**8,6**	**8,7**

Altra analisi che conferma il dato è la speranza di vita, così come si vede nella tabella seguente:

Tabella 6: Speranza di vita alla nascita - (Fonte dati Istat)

REGIONI	Speranza di vita alla nascita							
Sardegna	77,6	83,9	77,9	84,5	78,2	84,4	78,5	84,4
ITALIA	**78,1**	**83,7**	**78,4**	**84,0**	**78,6**	**84,0**	**78,7**	**84,0**
***Stima.								

ANALISI DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA

Il bisogno di assistenza ospedaliera è stato determinato analizzando la domanda soddisfatta dalle varie tipologie di erogatori e la quota insoddisfatta desunta con riferimento alle liste d'attesa.
Di seguito si riporta l'analisi della domanda riferita ai cittadini residenti nella ASL 108 soddisfatta dalle strutture a gestione diretta e da altri erogatori pubblici e privati che insistono nel territorio aziendale.

Evoluzione generale

Il trend storico dei ricoveri mostra, nel periodo considerato 2006-2008 (tabella seguente), una graduale riduzione del numero dei ricoveri .

Numero di ricoveri ordinari e diurni globali prodotti dalle strutture pubbliche e private

EROGANTE	2006	2007	2008
ALTRE AZIENDE	73.787	68.052	66.566
AZIENDA	53.547	48.149	46.811
PRIVATO	37.785	36.698	32.895
Totale complessivo	**165.119**	**152.899**	**146.272**

Numero di ricoveri ordinari e diurni erogati a favore di **residenti nell'Azienda di Cagliari**

EROGANTE	2006	2007	2008
ALTRE AZIENDE	55.255	50.521	49.980
AZIENDA	37.617	34.417	33.643
PRIVATO	27.671	27.082	24.110
Totale complessivo	**120.543**	**112.020**	**107.733**

Nelle tabelle successive è rappresentato il dettaglio dell'evoluzione per classe e regime di ricovero, per i cittadini residenti nella ASL 108.
Evoluzione del numero di ricoveri per classe e tipo erogate a residenti ASL di Cagliari

		DH/DS		RO		Totale
CLASSE	ANNO	C	M	C	M	
Alta complessità	2006	68	76	4516	814	5474
	2007	68	99	4824	801	5792
	2008	69	144	5358	779	6350
Lea	2006	13813	8789	5755	14927	43284
	2007	15781	6068	4499	10644	36992
	2008	10574	4761	4520	10769	30624

Restanti DRG	2006	8553	23058	21380	44193	97184
	2007	10374	18906	20861	42517	92658
	2008	12261	16223	21308	42210	92002
Sentinella	2006		5110		14067	19177
	2007		4553		12904	17457
	2008		3487		13686	17173

Evoluzione del peso medio di tutti i ricoveri erogati in regime ordinario a favore di residenti (fonte RAS)

EROGANTE	2006	2007	2008
ALTRE AZIENDE	1,5909	1,6061	1,5854
GESIONE DIRETTA	1,4499	1,4560	1,4634
PRIVATO	1,2591	1,2307	1,2993
Totale	1,4483	1,4486	1,4618

Nelle tabelle successive è rappresentato il dettaglio delle prime 10 prestazioni di ricovero ordinario e DH/DS erogate nell'anno 2008 per i cittadini residenti nella ASL 108
Tale dato è in linea con quanto registrato a livello nazionale.

Primi 10 DRG in ricovero Ordinario erogate da Strutture pubbliche e private anno 2008 a favore di residenti (fonte RAS)

	DESCR DRG	Totale
1	NEONATO NORMALE	3522
2	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	2334
3	PARTO CESAREO SENZA CC	1487
4	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA` >17 SENZA CC	1385
5	MINACCIA DI ABORTO	1294
6	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNASI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	1292
7	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	1267
8	PSICOSI	1131
9	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNE, SENZA CC	976
10	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	939

Primi 10 DRG in ricovero DH/DS anno 2008 erogate da Strutture pubbliche e private a favore di residenti (fonte RAS)

	DESCR DRG	ALTRE AZIENDE	AZIENDA	PRIVATO	Totale
1	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	1896	271	81	2248
2	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNASI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	340	1139	308	1787
3	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNE, SENZA CC	190	308	705	1203
4	H.I.V. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	593	592		1185
5	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	188	140	694	1022
6	INTERVENTI SULLA BOCCA, SENZA CC	679	126	214	1019
7	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	323	113	568	1004
8	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA` > 17 SENZA CC	273	120	605	998
9	INTERV. GINOCCHIO SENZA DIAG. PRINCIP.DI INFEZIONE	102	65	811	978
10	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	234	575	140	949

Liste d'attesa

Per quanto attiene alla domanda insoddisfatta, si riportano di seguito i tempi d'attesa suddivisi per fasce. Il dato è stato rilevato sulla base di quanto riportato nella scheda di dimissione ospedaliera, ed è riferito all'attività degli erogatori pubblici aziendali e privati del terzo trimestre 2009 .

Liste d'attesa terzo trimestre 2009 Ricovero ordinario

		<30		30-60		61- 120		> 121	
Classe	Tipo DRG	privato	pubblico	privato	pubblico	privato	pubblico	privato	pubblico
Alta complessità	C	275	312	73	99	56	50	9	69
	M	7	48		19		15		2
Lea	C	594	302	43	42	15	24	1	43
	M	366	165	19	80	12	210	6	11
Restanti DRG	C	1224	1035	110	520	90	252	34	291
	M	1541	1101	12	112	1	48	2	28
Sentinella	M	632	182	5	26		12	1	15
Totale complessivo		4639	3145	262	898	174	611	53	459

Liste d'attesa terzo trimestre 2009 DH/DS

		<30		30-60		61- 120		> 121	
Classe	Tipo DRG	privato	pubblico	privato	pubblico	privato	pubblico	privato	pubblico
Alta complessità	C		14		8				2

	M		54		2				
Lea	C	1478	810	82	132	27	68	5	47
	M	66	503	2	100	5	49	1	37
Restanti DRG	C	1440	1096	123	318	47	212	34	171
	M	301	1130	3	218	1	94	1	33
Sentinella	M	38	286		44		14		12
Totale complessivo		3323	3893	210	822	80	437	41	302

Da quanto su rappresentato non emergono particolari criticità considerato che la domanda di ricovero ordinario programmato viene soddisfatta nel 76% dei casi entro 30 giorni e nel 87% dei casi entro 60 giorni, mentre la richiesta di ospedalizzazione diurna viene soddisfatta nel 79% dei casi entro 30 giorni e nel 91% entro 60 giorni.

Va comunque precisato che i ricoveri ordinari delle strutture pubbliche sono riferibili al 50% a situazioni cliniche di urgenza /emergenza, mentre i ricoveri programmati sono 25 % circa in regime ordinario e 25 % in DH/DS.

Il tasso di ospedalizzazione

Gli indirizzi del PRSS 2006/2008 prevedono:

- 2007: 210 ricoveri ‰ abitanti;
- 2008: 200 ricoveri ‰ abitanti;
- 2009: 190 ricoveri ‰ abitanti;
- 2010: 180 ricoveri ‰ abitanti;

Nella tabella che segue è riportato la variazione del tasso di ospedalizzazione negli anni in esame, valutato sui soli ricoveri per acuti al netto del DRG 391 (neonato sano).

Tasso di ospedalizzazione (fonte dati RAS)

Erogante	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ALTRE AZIENDE	55.823	54.930	55.540	56.445	55.797	54.443	49.632	47.996
Case di Cura	27.526	26.225	24.622	27.322	26.436	25.512	24.999	22.936
Extra Regione	4.338	3.917	3.869	3.978	4.082	4.149	4.137	4.137
Gestione diretta	64.636	61.273	54.990	50.658	47.954	37.295	34.044	33.279
Strutture Regionali	3.319	3.071	2.908	3.120	3.169	2.769	2.595	2.595
Totale complessivo	155.642	149.416	141.929	141.523	137.438	124.168	115.407	110.943
tasso di ospedalizzazione per 1000 abitanti	280	269	256	255	248	224	208	202

Offerta e distribuzione sul territorio

La tabella seguente riporta le strutture ospedaliere presenti sul territorio della ASL di Cagliari.
La proprietà giuridica delle strutture è distribuita in modo quasi uguale tra soggetti pubblici (11 strutture ospedaliere) e privati (9 strutture). L'ASL è chiamata a gestire – in funzione di ente responsabile della tutela della salute sul proprio territorio – una rete ospedaliera che, per più della metà delle strutture, è costituita da erogatori non controllati direttamente (65%).

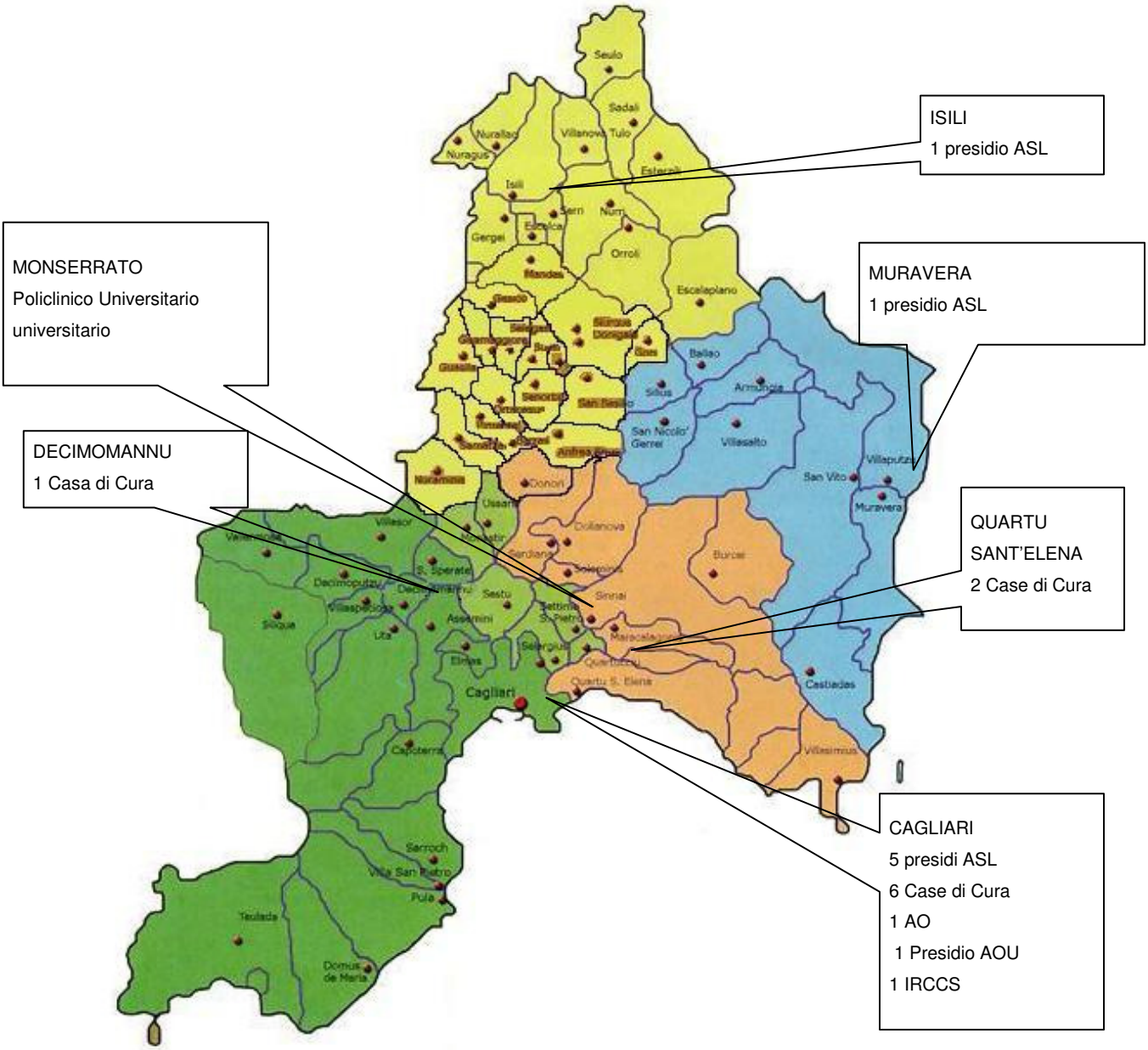
Strutture ospedaliere presenti sul territorio della ASL n. 8, suddivise per tipologia

Tipologia	**Numero presidi**	**Nome presidio**	**Comune**
Presidio ASL	7	Binaghi	Cagliari
		Businco	Cagliari
		Marino	Cagliari
		Microcitemico	Cagliari
		San Giuseppe	Isili
		San Marcellino	Muravera
		Santissima Trinità	Cagliari
Azienda ospedaliera	1	Brotzu	Cagliari
Azienda ospedaliero Universitaria	2	Policlinico San Giovanni di Dio	Monserrato Cagliari
INRCA di diritto pubblico	1	INRCA	Cagliari
Casa di cura	9	Policlinico Città di Quartu	Quartu Sant'Elena
		Lay	Cagliari
		Maria Ausiliatrice	Cagliari
		Nuova CDC	Decimomannu
		San Salvatore	Cagliari
		Sant'Anna	Cagliari
		Sant'Antonio	Cagliari
		Sant'Elena	Quartu Sant'Elena
		Villa Elena	Cagliari
Totale	20		

Quasi tutte le strutture sono concentrate nel Comune di Cagliari (15 strutture ospedaliere su 21, pari al 71%) o nelle immediate vicinanze (due strutture sono situate a Quartu Sant'Elena, che dista 11 chilometri da Cagliari; una a Monserrato, che dista 12 chilometri; una a Decimomannu, 19 chilometri). Ciò pone evidenti problemi in termini di accessibilità ai servizi per la popolazione residente in centri distanti dal capoluogo. D'altro canto, occorre tenere presente che nel Comune di Cagliari risiede il 30%

della popolazione del territorio aziendale e oltre il 70% della stessa, abita a distanze inferiori a 20 chilometri dal capoluogo. La Figura 1 riporta il territorio della provincia di Cagliari evidenziando con colori diversi i territori che fino al 31.12.05 ancora facevano parte delle ASL 3 (Nuoro), 6 (Sanluri) e 7 (Carbonia).

– Dislocazione delle strutture ospedaliere presenti nella nuova provincia di Cagliari



Le branche specialistiche in regime di ricovero

La Tabella che segue indica la presenza delle singole discipline (così come classificate dal Ministero della Salute) all'interno delle varie tipologie di strutture ospedaliere presenti nel territorio aziendale.

Presenza di posti letto attivati (RO e DH/DS) per disciplina e per tipologia di struttura ospedaliera

Disciplina	Presidi a gestione diretta	Altre strutture pubbliche	Strutture Private
ALLERGOLOGIA		x	
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	x	x	
ANGIOLOGIA		x	
CARDIOCHIRURGIA		x	
CARDIOLOGIA		x	x
CHIRURGIA GENERALE	x	x	x
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	x	x	x
CHIRURGIA PEDIATRICA	x	x	x
CHIRURGIA PLASTICA		x	x
CHIRURGIA TORACICA	x	x	
CHIRURGIA VASCOLARE		x	
DERMATOLOGIA	x	x	
DH/DS	x	x	
EMATOLOGIA	x	x	
ENDOCRINOLOGIA	x		
GASTROENTEROL. ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	x	x	x
GERIATRIA	x	x	x
IMMUNOLOGIA		x	
LUNGODEGENTI			x
MALATTIE ENDOCRINE, RICAMBIO E N	x	x	
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	x	x	
MEDICINA DEL LAVORO		x	
MEDICINA GENERALE	x	x	x
MEDICINA NUCLEARE	x	x	
NEFROLOGIA (ABILITAZ. AL TRAPIAN		x	
NEONATOLOGIA		x	
NEUROCHIRURGIA	x	x	
NEUROLOGIA	x	x	x
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		x	
NEURORIABILITAZIONE		x	
NIDO	x	x	x
OCULISTICA	x	x	x
ONCOLOGIA MEDICA	x	x	
ONCOLOGIA PEDIATRICA	x		
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	x	x	

Disciplina	Presidi a gestione diretta	Altre strutture pubbliche	Strutture Private
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	x	x	x
OTORINO LARINGOIATRIA	x	x	x
PEDIATRIA	x	x	
PNEUMOLOGIA	x	x	
PSICHIATRIA	x		
RADIOTERAPIA	x		
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIO		x	x
REUMATOLOGIA		x	
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE		x	
U.T.I.C.	x	x	
UNITA' SPINALE	x		
UROLOGIA	x	x	x

Dall'esame di quanto su rappresentato si evidenzia che nel pubblico risultano attivate la quasi totalità delle discipline, per quanto attiene alla lungodegenza, riabilitazione, oculistica, geriatria e urologia emerge una attivazione predominante nelle strutture private accreditate.

PROGRAMMAZIONE 2010

Nella valutazione e programmazione dell'attività per l'anno 2010, si è tenuta in debita considerazione la rispondenza dell'attività svolta agli indirizzi della ASL (coerenti con la programmazione regionale) in termini di avvio e sviluppo dell'attività di Day Service, post acuzie e qualificazione dell'attività in acuti.

Anche nell'anno 2010 l'Azienda intende implementare il ricorso all'attività di Day Service, già avviata a partire da dicembre 2007 ed incrementata nel corso del 2008/2009.

Programmazione dell'attività di ricovero da parte delle strutture ospedaliere a gestione diretta per i residenti della ASL di Cagliari

Livello di assistenza	Classe DRG	Tipo DRG	2010 RO	DH/DS
ACUTI	Alta complessità	C	1.044	6
		M	178	48
	Sentinella	M	3.558	548
	Lea	C	530	990
		M	2.152	520
	Restanti DRG	C	4.982	2.496
	Restanti DRG	M	8.814	2.964

Livello di assistenza	Classe DRG	Tipo DRG	2010 RO	DH/DS
POST ACUZIE	Unità spinale (28)		120	2
TOTALE			**21.378**	**7.574**
DAY SERVICE	PCCA (2)			916
	PACC (3)			850

Programmazione dell'attività di ricovero da parte delle strutture private per l'anno 2010

Livello di assistenza	Sottolivello	classe	Totale
ACUTI	DH/DS	Lea	8.603
		Restanti DRG	1.901
	RICOVERO ORDINARIO	Alta complessità	1.178
		Lea	5.985
		Restanti DRG	10.555
		Restanti DRG /alta complessità	13
		Sentinella	929
POST ACUTI	POST ACUTI		2.036
Totale			31.189
DAY SERVICE	DAY SERVICE		11.101

31189

Programmazione dell'attività di ricovero da parte dell' AO Brotzu per i residenti della ASL di Cagliari

Livello di assistenza	Classe DRG	Tipo DRG	2010 RO	DH/DS
ACUTI	Alta complessità	C	1.009	21
		M	85	12
	Sentinella	M	3.091	852
	Lea	C	253	541
		M	2.195	404
	Restanti DRG	C	3.007	1.151
		M	9.028	1.239
POST ACUZIE	Riabilitazione (56)			
	Neuroriabilitazione (75)			51
TOTALE			**18.668**	**4.271**
DAY SERVICE	PCCA (2)			1.130
	PACC (3)			966

Programmazione dell'attività di ricovero da parte dell' AOU di Cagliari residenti della ASL di Cagliari

Livello di assistenza	Classe DRG	Tipo DRG	2010	
			RO	DH/DS
ACUTI	Alta complessità	C	386	4
		M	171	8
	Sentinella	M	2.511	680
	Lea	C	861	794
		M	1.975	958
	Restanti DRG	C	2.775	982
		M	8.062	3.344
TOTALE			**16.741**	**6.770**
DAY SERVICE	PCCA (2)			1.458
	PACC (3)			1.092

Il mix di prestazioni di ricovero per acuti, si prevede venga ridotto per effetto dello spostamento nei pacchetti di Day Service di prossima attivazione in ambito Regionale.

Per la determinazione dei volumi sul 2010 sono stati utilizzati i seguenti criteri descritti sinteticamente:

Valutazione appropriatezza:

Si è proceduto alla valutazione dell'appropriatezza del livello assistenziale dei ricoveri per acuti effettuati nel triennio sulla base delle indicazioni nazionali e regionali verificando e valutando:

- la sola casistica con oneri a carico SSN con esclusione dei ricoveri fuori regione ed extranazione;
- la suddivisione ricoveri per acuti / lungodegenza;
- la tipologia del DRG (medico o chirurgico) ;
- il regime di degenza (ordinario o diurno);
- la classe del DRG;
- l'esito dei controlli sanitari effettuati sulla casistica delle Case di Cura;
- la rispondenza delle modalità di erogazione delle prestazioni alle disposizioni regionali sull'ospedalizzazione diurna e il Day Service (DGR n.37/9 del 25/09/2007 e successive modificazioni ed integrazioni);

Dall'esame dei dati si evidenzia una carente applicazione delle indicazioni regionali sulla riconversione dei ricoveri in Day Service 2007 e 2008 nelle strutture pubbliche.

Volumi da acquisire da soggetti accreditati

In assenza delle linee di indirizzo Regionali per l'anno 2010 e del relativo tetto di spesa si conferma quanto concordato per l'anno 2009, al netto della regressione tariffaria.

Programmazione sui volumi di attività e tetti di spesa da contrattare globalmente

	Sottolivello	classe	NCASI	IMPORTO
ACUTI	DH/DS	LEA	8.603	10.367.737
		Restanti DRG	1.901	3.188.474
	RICOVERO ORDINARIO	Alta complessità	1.178	9.892.320
		LEA	5.985	7.942.430
		Restanti DRG	10.555	22.846.220
		Restanti DRG /alta complessità	13	56.373
		Sentinella	929	2.028.789
POST ACUTI			2.036	9.642.232
Totale			31.199	65.964.575
DAY SERVICE			11.101	9.637.326

Si ritiene di dover confermare complessivamente la distribuzione dei volumi di attività nei diversi livelli assistenziali, fatta salva una lieve implementazione del Day Service, anche considerato che riguardo a quest'ultimo l'azienda ha richiesto l'attivazione da parte della Regione dei pacchetti definiti in ambito Aziendale.

Livello Assistenza Territoriale:

Assistenza specialistica ambulatoriale

In assenza di consolidati parametri nazionali e regionali, il presente Piano fa riferimento alla previsione del fabbisogno di prestazioni, riferito alle macroaree: diagnostica per immagini; laboratorio di analisi; medicina fisica e riabilitativa;branche a visita.

Tenuto conto anche dei seguenti parametri:

A) analisi dei dati di consumo della popolazione per macroaree, in particolare con riferimento al biennio 2007-2008;

B) modulazione dell'offerta di prestazioni specialistiche in relazione all'esigenza di:

a. rispettare i tempi di attesa per le diverse prestazioni, fissati a livello regionale e/o nazionale;

b. garantire adeguate condizioni di accesso alle prestazioni anche alle popolazioni residenti in territori decentrati;

c. coniugare i volumi di prestazioni con i requisiti di appropriatezza clinica ed erogativa delle stesse;

C) la previsione dei volumi di attività direttamente prodotti dalla Asl;

D) la previsione dei volumi di attività, con valorizzazione degli stessi, da acquisire dalle altre aziende sanitarie;

E) la previsione dei volumi di attività, con valorizzazione degli stessi, da acquistare presso soggetti erogatori privati.

Relativamente al punto C le Aziende sanitarie locali che devono acquistare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da erogatori privati operanti presso ambiti territoriali diversi dal proprio, definiscono i volumi di attività e relativi tetti di spesa che saranno oggetto di delega di committenza verso la ASL su cui insiste territorialmente l'erogatore privato. Pertanto in fase di contrattazione, ogni ASL acquisisce e tiene conto di eventuali deleghe di committenza, con relativi volumi di attività e valorizzazione, formalizzate da parte di altre ASL per prestazioni che non possono essere garantite nei rispettivi territori. In carenza di delega di committenza la ASL nella quale è ubicata la struttura, stima il valore economico delle prestazioni riferito ad altre ASL eventualmente interessate all'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale, in misura non superiore a quanto liquidato nel corso dell'ultimo anno opportunamente rivisto, per tener conto degli obiettivi economico finanziari previsti a livello regionale e dei processi di riorganizzazione in atto in base alla programmazione regionale stessa. L'Azienda nella quale insiste la struttura ha il ruolo di contraente e assicura i controlli di appropriatezza e di qualità delle prestazioni erogate, indipendentemente dalla provenienza degli assistiti. In ogni caso, la valorizzazione dei volumi di attività per i diversi raggruppamenti omogenei di prestazioni, dovrà specificare distintamente il valore complessivo da tariffa e il valore imputabile al SSN al netto della eventuale quota di compartecipazione del cittadino.

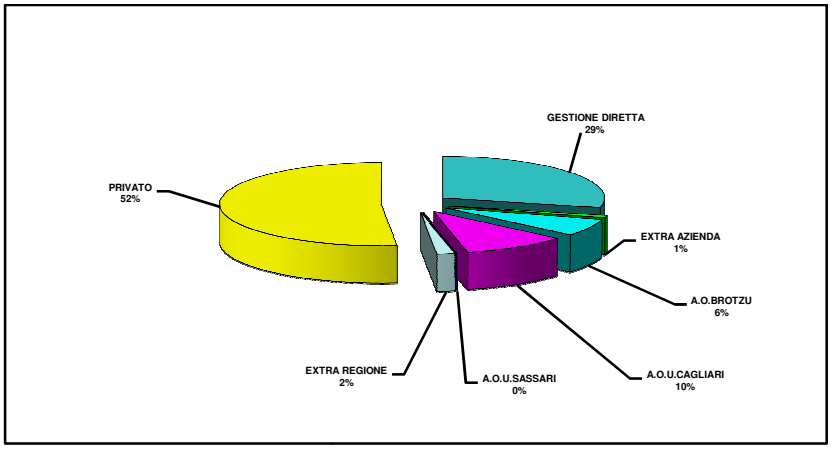
Pertanto la domanda complessiva di prestazioni specialistiche dei residenti ASL 8, derivante dal presente Piano, si compone della quota espressa e soddisfatta in proprio, dalla quota soddisfatta da altri erogatori (mobilità passiva) e da quella non soddisfatta (liste di attesa).

Domanda espressa e soddisfatta

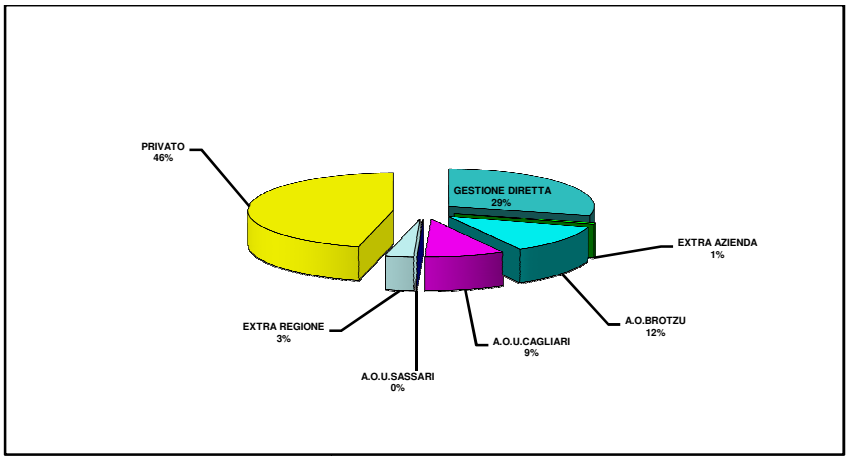
La domanda espressa nell'anno 2008 conferma quanto già rilevato negli anni precedenti, ed in particolare si evidenzia che, mentre mobilità passiva extra-regionale è un fenomeno marginale (il 1.8% in termini di volumi e 3.1% in termini di valore sulla mobilità passiva complessiva), la mobilità passiva verso le aziende ospedaliere del territorio cagliaritano (AO Brotzu, AO Universitaria, INRCA) è invece un fenomeno considerevole, il cui valore complessivo supera i 9 milioni di euro. Su questo fronte appare quindi necessario valutare attentamente le singole specialità interessate e sviluppare accordi interaziendali mirati.

Per quanto attiene all'offerta da privato si evidenzia che l'area della nefrologia (dialisi), delle prestazioni di laboratorio e della radiologia ha una netta predominanza rispetto all'offerta pubblica.

Suddivisione % del numero di prestazioni per erogante



Suddivisione % del costo netto erogante



Liste d'attesa

Rappresentano la quantificazione della domanda espressa ma non soddisfatta, ovvero le prestazioni richieste dai residenti ASL 8 non erogate.

Complessivamente il fenomeno appare limitato e concentrato su alcune prestazioni: in particolare tra prestazioni strumentali, alcuni tipi di prestazioni di radiodiagnostica e la radioterapia e tra le visite specialistiche quelle di oculistica.

Al fine anche di uniformare la valutazione della situazione attuale per quanto concerne i tempi di attesa si propone l'analisi delle prestazioni indice individuate dal Ministero della Salute e monitorate a livello nazionale; a tale proposito si riportano i dati della prima rilevazione del 2008 sulle 10 prestazioni indicate dal Ministero della Salute.

Liste di attesa rilevate per prestazioni indice; rilevazione 2008. Giorni di attesa medi per le prestazioni erogate dalla rete ASL 8 (gestione diretta e privato accreditato)

Livello		Area	Prestazione	PUBBLICO	PRIVATO	TEMPI MASSIMI REGIONALI
A	Oncologia	Visita oncologica	Visita oncologica	4	N.E.	15
		Radiologia	Mammografia	53	1	60
			tc torace	14	5	50
			tc addome superiore	14	5	50
			tc addome inferiore	18	5	50
			tc addome completo	18	5	50
			rm cervello e tronco encef	43	36	50
			Pelvi, prostata e vescica	31	36	50
			eco addome	95	15	60
			eco mammella	57	20	60
		esami specialistici	colonscopia	72	N.E.	60
			sigmoidoscopia	70	N.E.	60
			esofagogastroduodenoscopia	57	2	60
B	Cardiovascolare	cardiovascolare	visita cardiologica	55	6	30
			vis ch vascol- angiologica	51	5	30
		Ecografia	ecocolordoppler cardiaca	72	10	90
			ecocolordoppl trochi sovraortici	43	10	120
			ecocolordoppl. Vasi periferici	29	10	120
		esami specialistici	elettrocardiogramma	35	5	30
			elettrocardiogramma holter	21	15	90
C	materno infantile		visita ginecologica	14	5	20
D	geriatria	geriatria	visita neurologica	20	N.E.	30
		tc con contrasto	tc capo	15	5	60
			tc rachide	15	5	60
			tc bacino	4	5	60
		esami specialistici	audiometria	16	10	60
			spirometria	25	5	40
			fondo oculare	66	10	50
E	visite spec di impatto		visita dermatolgica	13	1	20
			visita oculistica	73	5	100
			visita otorino	13	10	20
			visita ortopedica	46	5	60
			visita urologica	54	N.E.	60

Dall'esame della tabella sopra riportata non si evidenziano attese significativamente rilevanti, per le prestazioni indice, tranne che per gli esami endoscopici .

Ciò significa che i cittadini della ASL 8 possono mediamente contare su una risposta tempestiva al bisogno di assistenza specialistica ottenendo la prestazione dagli erogatori con le minori liste di attesa, siano esse strutture ASL 8 o meno.

Liste di attesa rilevate per prestazioni indice; rilevazione 2008. Giorni di attesa medi per le prestazioni erogate dalla rete ASL 8 (gestione diretta e privato accreditato)

Livello	Area	Prestazione	PUBBLICO	PRIVATO
Elettrocardiogramma da sforzo		ecg cicloergometro	20	5
		holter pressorio	8	N.E.
Radiologia	Tradizionale	rx capo	1	6
		rx torace	1	1
		Clisma opaco semplice	10	no
		clisma opaco doppio contr	15	no
		rx tubo digerente	15	N.E.
		urografia endovenosa	15	N.E.
		rx ossea colonna cervicale	1	6
		radiografia della colonna toracica (dorsale)	1	6
		radiografia della colonna lombosacrale	1	6
		rx completa colonna	1	6
		rx spalla e arto superiore	1	6
		rx gomito e avambraccio	1	6
		rx polso e mano	1	6
		rx pelvi e anca	1	6
		rx femore ginocchio e gamba	1	6
		rx piede e caviglia	1	6
		rx arti inf e bacino sottocarico	3	6
		rx assiale rotula	1	6
		rx scheletro in toto	1	6
		rx addome	1	6
	TAC	tc massiccio facciale contrasto	15	5
		tc massiccio facciale	4	5
		tomografia computerizzata(tc) del collo, senza e con contrasto	4	5
		tc collo contrasto	15	5
		tomografia computerizzata (tc) delle arcate dentarie [dentalscan]	4	5
		tc orecchio contrasto	15	5
		tc orecchio senza	5	5
		tomografia computerizzata (tc) delle ghiandole salivari	4	5
		tc rene senza	4	5
		tc rene con contrasto	11	5
		tc arto sup e inf contrasto	10	5
		tc arto sup e inf senza	8	5

Livello	Area	Prestazione	PUBBLICO	PRIVATO
		tomografia computerizzata (tc) dell' arto inferiore, senza e con contrasto	4	5
		tomografia computerizzata (tc) dell' arto inferiore	4	5
	Risonanza	rm torace	44	36
		risonanza magnetica nucleare (rm) del torace, senza e con contrasto	44	36
		rm muscoloscheletrica	53	36
		rm muscoloscheletrica contras	62	36
		rm colonna	59	36
		rm colonna contrasto	65	36
	ecografia	ecografia polmonare	95	10
		capo e collo	89	15
Dermatologia		test allergologici	15	N.E.
		screening allergologico per inalanti (fino a 7 allergeni)	11	N.E.
		test epicutanei a lettura ritardata [patch test] (fino a 20 allergeni)	55	N.E.
		test percutanei e intracutanei a lettura immediata (fino a 12 allergeni)	36	N.E.
Gastroenterologia		visita	71	5
		anamnesi e valutazione, definite brevi	71	5
Pneumologia		visita	18	N.E.
		anamnesi e valutazione, definite brevi	18	N.E.
Neurologia		elettroencefalogramma	59	0
		elettromiografia	210	15
Oculistica		campo visivo	98	150
		angiografia con fluoresceina o angioscopia oculare	in fase di attivazione	10
Otorino		impedenziometria	11	10
		potenziali evocati	11	N.E.
ostetricia e ginecologia		isteroscopia	0	5
Ortopedia		Artroscopia	30	20
Riabilitazione	riabilitazione	visita	7	2
	Respiratoria	esercizi respiratori	10	6
	Motoria	rieducazione motoria individuale in motuleso	15	5
		rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale	15	5
		rieducazione motoria in gruppo	15	5
	Logopedia	training per disfasia	0	N.E.
Endocrinologia		visita	92	N.E.
		anamnesi e valutazione, definite brevi	92	N.E.

L'offerta sul territorio ASL 8

L'assistenza specialistica ambulatoriale viene offerta ed erogata, in ambito provinciale, da differenti tipologie di erogatori:

- strutture a gestione diretta della Azienda: poliambulatori territoriali e presso i presidi ospedalieri – erogazione diretta;
- strutture private Accreditate e convenzionate – acquisto di prestazioni;
- altre Strutture pubbliche – Prestazioni in mobilità.

A partire dal 1/1/2006, la rete di assistenza specialistica territoriale (non ospedaliera) a gestione diretta sul territorio si compone di 18 Poliambulatori, 7 Ospedali e 98 strutture specialistiche convenzionate. Successivamente dal maggio 2007 il P.O. San Giovanni di Dio è passato all'AOU di Cagliari.

Suddivisione di prestazioni % sull'erogante

	% del numero di prestazioni		**% sul costo**	
	GESTIONE DIRETTA	**Privato**	**GESTIONE DIRETTA**	**Privato**
1.Diagnostica per immagini	30%	70%	33%	67%
2.Diagnostica di laboratorio	45%	55%	55%	45%
3. FKT	8%	92%	9%	91%
4.Nefrologia e Dialisi	30%	70%	20%	80%
5. Altro	74%	26%	71%	29%
Totale complessivo	38%	62%	42%	58%

Dalla tabella si evince, prendendo a riferimento il valore complessivo delle prestazioni erogate, una percentuale maggiore sia del numero di prestazioni che del costo dell'offerta pubblica rispetto a quella privata, a favore di quest'ultima, ad eccezione della voce altro che racchiude prestazioni di alta rilevanza clinica che il privato non eroga quali ad esempio le prestazioni erogate dal P.O. Microcitemico e dal Binaghi.

La tabella che segue analizza in dettaglio i volumi di offerta complessiva pubblica e privata di prestazioni specialistiche prodotta dalla rete di assistenza cagliaritana suddivisa per residenza.

Suddivisione di prestazioni per residenza del richiedente

ASL RESIDENZA		**GESTIONE DIRETTA**		**PRIVATO**	
		numero	**importo**	**numero**	**importo**
101	1. Diagnostica per immagini	1.525	74.584	1.262	80.234
	2. Diagnostica di laboratorio	6.268	133.599	1.999	10.795
	3. FKT	178	1.374	1.286	9.140

ASL RESIDENZA		GESTIONE DIRETTA		PRIVATO	
		numero	importo	numero	importo
	4.Nefrologia e Dialisi	18	1.632		
	5. Altro	1.440	27.677	242	5.572
Totale 101		**9.429**	**238.867**	**4.789**	**105.742**
102	1.Diagnostica per immagini	1.399	57.747	355	29.419
	2. Diagnostica di laboratorio	5.013	109.002	933	4.418
	3. FKT	65	485	592	2.984
	4.Nefrologia e Dialisi	3	496		
	5. Altro	1.414	27.543	107	2.842
Totale 102		7.894	195.273	1.987	39.663
103	1. Diagnostica per immagini	3.744	183.225	1.937	131.221
	2. Diagnostica di laboratorio	12.723	180.353	5.000	24.361
	3. FKT	949	8.524	4.357	36.400
	4.Nefrologia e Dialisi	21	2.097		
	5. Altro	5.538	146.520	681	14.773
Totale 1		**22.975**	**520.720**	**11.975**	**206.755**
104	1. Diagnostica per immagini	2.273	105.593	1.747	106.301
	2. Diagnostica di laboratorio	15.210	177.782	4.161	19.868
	3. FKT	476	4.419	3.983	24.615
	4.Nefrologia e Dialisi	16	279		
	5. Altro	5.220	118.747	623	15.499
Totale 104		**23.195**	**406.820**	**10.514**	**166.282**
105	1. Diagnostica per immagini	7.142	330.228	5.255	485.671
	2. Diagnostica di laboratorio	37.613	399.255	5.916	28.795
	3. FKT	3.253	25.869	10.218	124.861
	4.Nefrologia e Dialisi	95	9.236		
	5. Altro	14.246	301.904	1.092	26.242
Totale 105		**62.349**	**1.066.492**	**22.481**	**665.569**
106	1. Diagnostica per immagini	7.482	386.556	10.456	837.657
	2. Diagnostica di laboratorio	46.923	478.631	12.593	60.794
	3. FKT	2.239	23.687	27.347	187.701
	4.Nefrologia e Dialisi	183	10.021		
	5. Altro	21.557	418.569	4.980	125.309
Totale 106		**78.384**	**1.317.464**	**55.376**	**1.211.461**
107	1. Diagnostica per immagini	6.613	317.603	3.444	280.808
	2. Diagnostica di laboratorio	27.935	339.889	7.410	35.843
	3. FKT	1.245	12.440	4.295	25.935
	4.Nefrologia e Dialisi	36	2.022		
	5. Altro	13.063	297.535	2.152	60.433
Totale 107		**48.892**	**969.489**	**17.301**	**403.019**
EXTRA NAZIONE	1. Diagnostica per immagini	77	2.187	11	529
	2. Diagnostica di laboratorio	519	2.968	253	960
	3. FKT	2	38	21	182
	4.Nefrologia e Dialisi	1	17		
	5. Altro	151	2.134	5	136

ASL RESIDENZA		GESTIONE DIRETTA		PRIVATO	
		numero	importo	numero	importo
Totale EXTRA NAZIONE		**750**	**7.344**	**290**	**1.807**
EXTRA REGIONE	1. Diagnostica per immagini	540	21.756	1.037	44.165
	2. Diagnostica di laboratorio	6.469	115.658	5.224	24.404
	3. FKT	279	2.307	5.895	38.381
	4.Nefrologia e Dialisi	138	13.145		
	5. Altro	1.442	23.690	323	8.504
Totale EXTRA REGIONE		**8.868**	**176.555**	**12.479**	**115.454**

Distribuzione territoriale dell'offerta

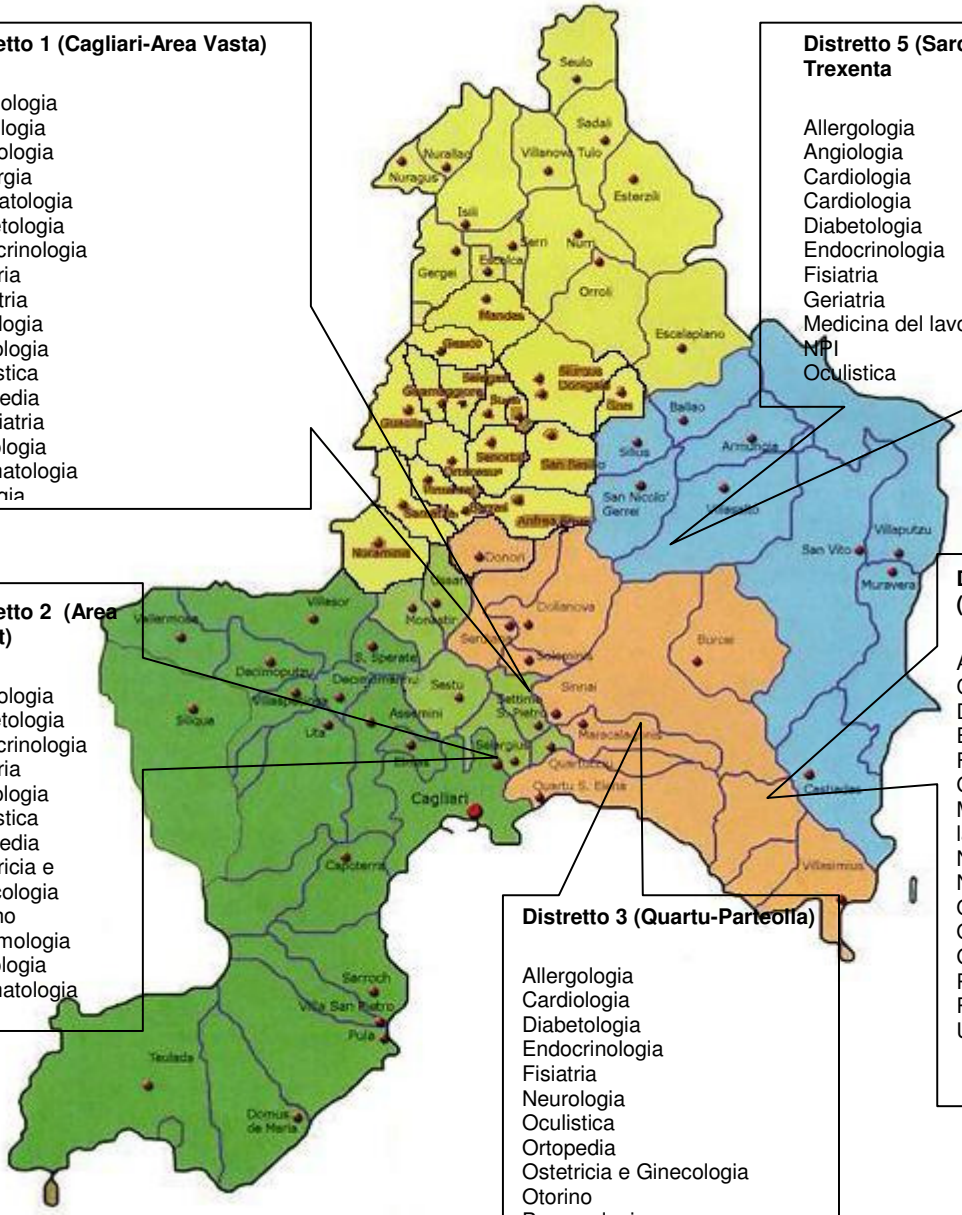
Di seguito si riporta una figura che illustra la distribuzione dell'assistenza specialistica e la dislocazione in ambito distrettuale.

Distretto 1 (Cagliari-Area Vasta)

Allergologia
Angiologia
Cardiologia
Chirurgia
Dermatologia
Diabetologia
Endocrinologia
Fisiatria
Geriatria
Nefrologia
Neurologia
Oculistica
Ortopedia
Psichiatria
Radiologia
Reumatologia
Urologia

Distretto 5 (Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta

Allergologia
Angiologia
Cardiologia
Cardiologia
Diabetologia
Endocrinologia
Fisiatria
Geriatria
Medicina del lavoro
NPI
Oculistica
Odontoiatria
Oncologia Medica
Ortopedia
Ostetricia e Ginecologia
Otorino
Pneumologia
Psichiatria
Radiologia
Reumatologia
Dietologia
Urologia



Distretto 2 (Area Ovest)

Cardiologia
Diabetologia
Endocrinologia
Fisiatria
Neurologia
Oculistica
Ortopedia
Ostetricia e Ginecologia
Otorino
Pneumologia
Radiologia
Reumatologia

Distretto 4 (Sarrabus-Gerrei)

Allergologia
Cardiologia
Diabetologia
Endocrinologia
Fisiatria
Geriatria
Medicina del lavoro
Neurologia
NPI
Oculistica
Ostetricia e Ginecologia
Pneumologia
Radiologia
Urologia

Distretto 3 (Quartu-Parteolla)

Allergologia
Cardiologia
Diabetologia
Endocrinologia
Fisiatria
Neurologia
Oculistica
Ortopedia
Ostetricia e Ginecologia
Otorino
Pneumologia
Radiologia
Reumatologia

Come si evince dall'immagine sopra riportata le branche specialistiche sono uniformemente rappresentate in tutti gli ambiti distrettuali ad eccezione di alcune specialità di pertinenza prettamente ospedaliera, quali la medicina nucleare e la neurochirurgia.

Attività da acquisire di assistenza specialistica ambulatoriale in considerazione della capacità produttiva dei presidi ASL

L'analisi effettuata nei paragrafi precedenti ha disegnato un quadro sostanzialmente positivo vista l'enorme quantità di prestazioni offerte sul mercato: la rete di assistenza specialistica cagliaritana appare un sistema autosufficiente per quello che concerne la capacità di soddisfare la domanda interna di servizi per i residenti ASL 8 e per quanto riguarda l'attrattività nei confronti della domanda esterna (non residenti ASL 8), eccezione fatta per l'area della medicina nucleare e della radioterapia, che rappresenta più in generale una carenza dell'intera Regione Sardegna e su cui l'ASL 8 sta già attuando strategie di potenziamento.

La riflessione strategica sulle direzioni di sviluppo futuro della rete di assistenza specialistica ambulatoriale è sintetizzata in tre assi di valutazione:

la dimensione della "fruibilità", che fa riferimento alla localizzazione razionale, efficiente ed equa delle sedi di offerta rispetto alle caratteristiche delle domande locali di assistenza (in particolare, con ipotesi di riconfigurazione delle sedi e della logistica territoriale);

la dimensione della "accessibilità", che considera la possibilità di soddisfare in tempo utile gli utenti dei servizi (in particolare rispetto alle indicazioni sulle liste di attesa);

la dimensione della "qualità", che si riferisce all'appropriatezza delle prestazioni erogate rispetto alla domanda espressa, e che richiede di sviluppare riflessioni circa le attuali capacità di governo della domanda e di governo dei professionisti rispetto alle indicazioni dell'evidenza scientifica e alle caratteristiche epidemiologiche e socio-demografiche degli utenti dei servizi.

Considerazioni particolari

Per la branca di medicina nucleare, viene previsto l'incremento di prestazioni per l'utilizzo della tecnologia PET attivata dall'Azienda Ospedaliera Brotzu, a cui seguiranno quelle erogate da parte della ASL 8. Per questa branca si prevede la crescita in ambito ospedaliero. A partire dell'anno 2008 si è provveduto a potenziare l'attività di radioterapia e medicina nucleare presso il P.O. Businco al fine di ridurre le liste d'attesa e ridurre la mobilità extraregione;

Il previsto accorpamento dei laboratori delle strutture pubbliche comporterà un ottimizzazione ed incremento delle potenzialità erogative con conseguente progressiva riduzione delle prestazioni da acquisire dagli erogatori privati.

E' previsto un sostanziale incremento della quantità di prestazioni da acquisire della branca di nefrologia (dialisi) in ragione dei nuovi ingressi stimati mediamente in circa 50 pazienti all'anno, con un importante incremento dell'attività dialitica da parte delle strutture private accreditate che si prevede in ulteriore incremento nel corso dell'anno 2010;

Considerata la potenzialità erogativa aziendale per la TAC si prevede una riduzione della quantità di prestazioni da acquisire dal privato; mentre si prevede nel corso dell'anno 2010 un incremento delle prestazioni di RMN da acquistare dal privato accreditato; inoltre si intende incrementare l'acquisto di prestazioni di radiologia da acquistare su territori decentrati;

Si prevede di incrementare l'acquisto di prestazioni di oculistica dal privato, in particolare delle prestazioni di correzione dei vizi di refrazione che attualmente non vengono erogate sul territorio regionale.

In conclusione si prevede, in generale, di incrementare l'acquisto di prestazioni nei territori periferici e più disagiati con proporzionale riduzione dell'offerta nel territorio cittadino ed hinterland cagliaritano.

Volumi di attività e tetti di spesa che si intende contrattare con il Privato accreditato nell'anno 2010,

Macroarea di attività specialistica	Previsioni anno 2010		
	Numero Prestazioni	(a) Valorizzazione tariffaria al netto degli sconti	(b) Spesa a carico del SSR
1. Diagnostica per immagini	339.126	13.101.051	13.007.256
di cui RMN e TAC	50.000	8.467.562	7.455.027
2. Diagnostica di laboratorio	1.620.839	7.045.960	6.211.743
3. FKT	1.280.312	8.597.546	7.946.321
4. Nefrologia e Dialisi	42.623	9.489.580	9.489.580
5. Altro	250.000	5.991.824	5.349.176
Totale	3.532.900	44.225.961	42.004.076

Nell'allegato sono riportati i volumi di attività con i relativi importi da acquisire nell'anno 2010 dalle strutture private del territorio aziendale, non comprensive delle prestazioni di Day Service i cui volumi e importi sono riportati nell'allegato relativo all'attività di ricovero in quanto ricompresi nel relativo tetto di spesa.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

SITUAZIONE ATTUALE

In tutti i paesi sviluppati gli ultimi anni hanno visto una importante crescita della domanda di prestazioni sanitarie e quindi lo svilupparsi di politiche tese a razionalizzare al massimo le strategie di offerta. Ma anche queste iniziative si mostrano insufficienti nel lungo periodo se non affiancate da una corretta politica di governo della domanda che trovi il suo fulcro nella appropriatezza delle prestazioni erogate.

La misura della qualità, dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi erogati dalle strutture sanitarie può essere rappresentata attraverso variabili, quali il numero di ricoveri effettuati, e indicatori come la degenza media, peso medio dei ricoveri e il tasso di occupazione. Questi ultimi rappresentano "informazioni cruciali e selezionate che aiutano a misurare cambiamenti in relazione a bisogni prioritari" (OMS, 1991) e permettono di registrare specifici fenomeni ritenuti appunto indicativi di un fattore di qualità.

La traduzione operativa di questi concetti si colloca sostanzialmente nello sviluppo di un reale governo clinico che veda i professionisti direttamente coinvolti e responsabilizzati.

Il governo clinico (o governo della qualità clinica) è il "cuore" delle organizzazioni sanitarie nell'ospedale: il controllo dei costi e degli aspetti finanziari dovrebbe essere, almeno per larga parte, conseguenza del suo esercizio, giacché non è sensato porsi un obiettivo di efficienza se non vi è innanzitutto garanzia di qualità.

L'Azienda ha svolto in questi anni dei controlli sistematici di appropriatezza specifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera misurando la loro conformità in relazione a specifici protocolli di valutazione. Sono inoltre stati effettuati dei controlli di "appropriatezza organizzativa" ovvero delle valutazioni sull'appropriatezza dell'uso dell'ospedale indipendentemente dalla procedura/intervento e dal tipo di problema sanitario oggetto di valutazione.

Il Governo clinico (GC) - Clinical Governance - è uno strumento per il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti e per lo sviluppo delle capacità complessive e dei capitali del SSN, che ha lo scopo di mantenere standard elevati e migliorare le performance professionali del personale, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza clinica e rappresenta lo sviluppo di riflessioni sul tema della qualità.

In tal senso la riorganizzazione e la creazioni di un sistema a rete dei 7 presidi ospedalieri della ASL di Cagliari, sempre più integrati con i servizi territoriali, con l'Azienda Ospedaliera Universitaria e con le 11 Case di Cura private, mira a raggiungere sinergie positive evitando, in primo luogo, il ricorso al ricovero ospedaliero improprio quando il servizio può essere erogato in maniera più efficace attraverso un livello di assistenza diverso.

Tra i principali obiettivi previsti nel Programma Sanitario Aziendale in termini di servizi di assistenza ospedaliera si possono segnalare:

- il tendenziale **contenimento dei DRG LEA** ovvero dei 43 DRG "ad alto rischio di inappropriatezza";
- una significativa **riduzione della degenza media nei reparti chirurgici** (anche se la stessa permane alta nei reparti medici) che attualmente registra una media aziendale pari a 6,6 giorni;
- una conferma nella **riduzione dei ricoveri ospedalieri** presso le strutture interne in coerenza con gli obiettivi nazionali e regionali sul contenimento del tasso di ospedalizzazione;
- una generale **diminuzione del ricorso improprio dell'attività di Day Hospital** per fini puramente diagnostici. Il dato conferma la volontà da parte dell'Azienda di razionalizzare le modalità di erogazione delle prestazioni, migliorando il livello di appropriatezza organizzativa, nonché di allinearsi alla normativa nazionale sui ricoveri svolti in tale regime;
- una sensibile **diminuzione delle giornate complessive di degenza ordinaria**.

In sostanza, il perseguimento della efficacia clinica richiede forme di valutazione e controllo delle prestazioni erogate, oltre il mero aspetto quantitativo nel rispetto, tra l'altro, di un nuovo paradigma della medicina per il quale il ragionamento fisiopatologico non è più sufficiente per garantire un risultato positivo di salute. Il processo valutativo, per essere sensibile e specifico nella misura del fenomeno osservato, deve rimodularsi in funzione della dimensione organizzativa che l'Azienda tenderà ad assumere.

Un altro elemento portante è la gestione e lo sviluppo della organizzazione, che svolga attività di programmazione e budgeting, la diffusione di un sistema informativo che consenta la valutazione dei processi e dei prodotti, la gestione clinica del paziente (patient file) e la valutazione degli esiti (outcome), sulla base di standard nazionali ed internazionali, in tale ottica lo sviluppo del sistema regionale di cui al progetto SiSaR permetterà una omogenea e capillare raccolta delle informazioni sulla composizione quali-quantitativa delle prestazioni erogate.

In ultima analisi appare evidente che lo strumento del governo clinico non può essere finalizzato solo a dare risposta ad una emergenza finanziaria e, quindi, essere ristretto ad una programmazione di budgeting e di sviluppo del sistema informativo che garantisca che le risorse disponibili siano impiegate nelle attività più utili per i cittadini ma deve essere esteso al governo di tutte quelle attività che ci permettono di raggiungere obiettivi di qualità delle prestazioni e di appropriatezza

La politica di attuazione del governo clinico richiede quindi un approccio di "sistema" e va realizzata tramite l'integrazione di numerosi determinanti tra di loro interconnessi e complementari, tra i quali vi sono la formazione continua, la gestione del rischio clinico, l'audit, la medicina basata sull'Evidenza (EBM ed EBHC), le linee guida cliniche e i percorsi assistenziali, la gestione dei Reclami e dei contenziosi, la comunicazione e gestione della documentazione, la ricerca e lo

sviluppo, la valutazione degli esiti, la collaborazione multidisciplinare, il coinvolgimento dei pazienti, l'informazione corretta e trasparente e la

gestione del personale. È in questa sistematica attenzione alla qualità dell'assistenza che il governo clinico offre, prima di tutto agli stessi operatori, la possibilità di valutare l'efficacia e l'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate.

I PRESIDI OSPEDALIERI INTERNI

ATTIVITA' ANNO 2008

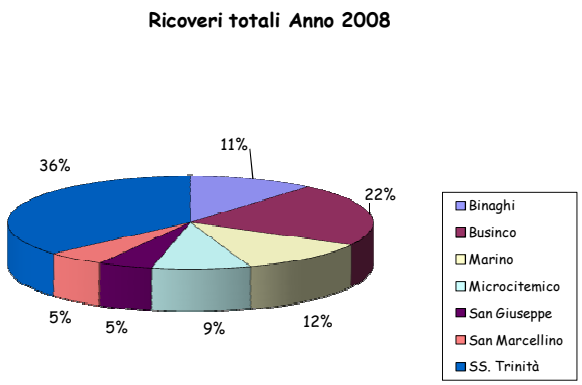
Dati strutturali

[redacted]

* Le giornate di degenza riportate nella tabella sopra rappresentano le giornate realmente effettuate all'interno dei reparti. Ciò significa che per il loro calcolo si è tenuto conto dei trasferimenti interni tra reparti.

** Il numero dei casi si riferisce al reparto che ha effettua la dimissione del paziente.

Nell'anno 2008 si è verificata un lieve decremento dei ricoveri totali (-3%) generato da una crescita del 3% dei ricoveri ordinari e da una maggior diminuzione di quelli diurni (- 11%).

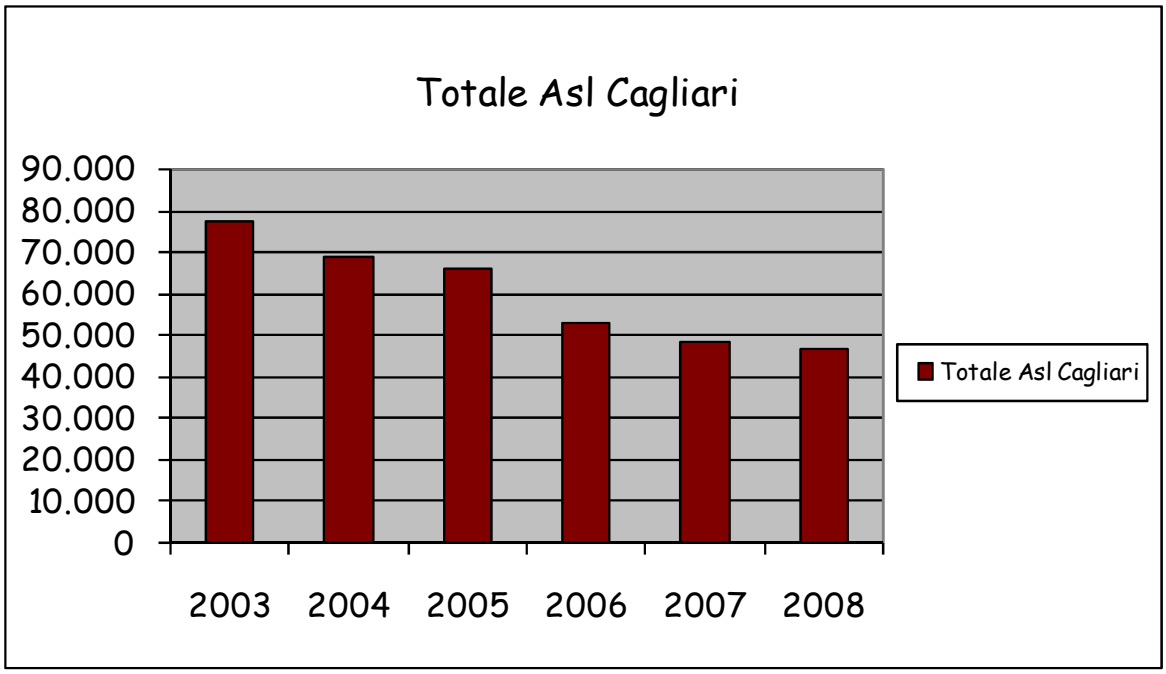


Andamento ricoveri ordinari

Descrizione Presidio	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
Binaghi	3.929	3.209	-18,3%	3.174	-1,1%	2.888	-9,0%	2.979	3,2%	2.923	-1,9%
Businco	4.844	5.019	3,6%	4.918	-2,0%	4.508	-8,3%	4.211	-6,6%	4.213	0,0%
Marino	5.039	5.204	3,3%	5.182	-0,4%	5.012	-3,3%	4.980	-0,6%	4.989	0,2%
Microcitemico	809	777	-4,0%	781	0,5%	765	-2,0%	775	1,3%	749	-3,4%
San Giuseppe						1.929		1.944	0,8%	1.832	-5,8%
San Marcellino	2.683	2.740	2,1%	2.821	3,0%	2.470	-12,4%	2.103	-14,9%	2.084	-0,9%
SS. Trinità	12.608	12.372	-1,9%	11.966	-3,3%	11.569	-3,3%	11.830	2,3%	12.813	8,3%
Totale Asl Cagliari	**29.912**	**29.321**	**-2,0%**	**28.842**	**-1,6%**	**29.141**	**1,0%**	**28.822**	**-1,1%**	**29.603**	**2,7%**

Andamento ricoveri DH/DS

Descrizione Presidio	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
Binaghi	6.019	5.260	-12,6%	6.474	23,1%	2.718	-58,0%	1.981	-27,1%	2.312	16,7%
Businco	25.888	19.112	-26,2%	16.963	-11,2%	11.134	-34,4%	7.690	-30,9%	5.969	-22,4%
Marino	855	946	10,6%	993	5,0%	459	-53,8%	532	15,9%	508	-4,5%
Microcitemico	7.645	7.164	-6,3%	6.335	-11,6%	3.744	-40,9%	3.818	2,0%	3.340	-12,5%
San Giuseppe						638		675	5,8%	422	-37,5%
San Marcellino	390	414	6,2%	317	-23,4%	257	-18,9%	280	8,9%	351	25,4%
SS. Trinità	6.698	6.616	-1,2%	6.062	-8,4%	5.042	-16,8%	4.396	-12,8%	4.301	-2,2%
Totale Asl Cagliari	**47.495**	**39.512**	**-16,8%**	**37.144**	**-6,0%**	**23.992**	**-35,4%**	**19.372**	**-19,3%**	**17.203**	**-11,2%**



Indicatori di efficienza

	2007		2008	
Descrizione Presidio	DM	TOC	DM	TOC
Binaghi	12,6	70,6%	11,3	67,6%
Businco	11,1	74,4%	10,7	72,5%
Marino	7,9	71,5%	8,1	83,0%
Microcitemico	7,0	67,1%	6,6	61,6%
San Giuseppe	6,6	56,8%	6,5	59,3%
San Marcellino	7,0	58,7%	7,2	59,3%
SS. Trinità	7,3	74,5%	6,5	77,8%
Totale Asl 8	**8,4**	**70,9%**	**7,9**	**73,0%**

La degenza media totale aziendale presenta valori in diminuzione rispetto all'anno precedente Anche il tasso di occupazione migliora rispetto all'anno precedente e cresce di due punti percentuali.

	2007		2008	
Descrizione Presidio	IR	Turn Over	IR	Turn Over
Binaghi	20,5	5,2	21,9	5,4
Businco	24,4	3,8	24,8	4,0
Marino	33,2	3,1	37,2	1,7
Microcitemico	35,2	3,4	34,0	4,1
San Giuseppe	31,4	5,0	33,3	4,5
San Marcellino	30,5	4,9	30,2	4,9
SS. Trinità	37,2	2,5	43,7	1,9
Totale Asl 8	**30,7**	**3,5**	**33,8**	**2,9**

Dalla tabella sopra emerge che circa tre pazienti in più all'anno transita per i letti degli ospedali della Asl di Cagliari; a conferma di ciò il turn over diminuisce di circa un giorno.

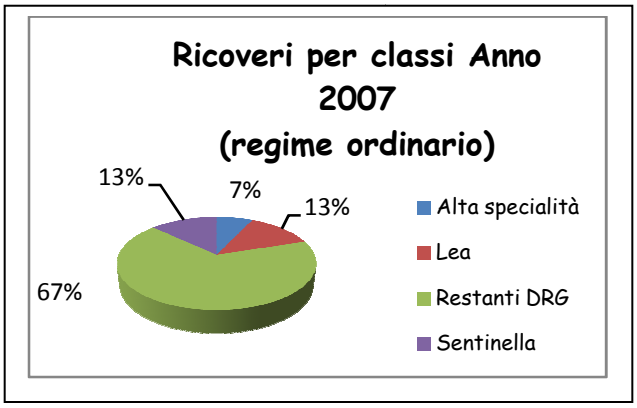
Indicatori di appropriatezza

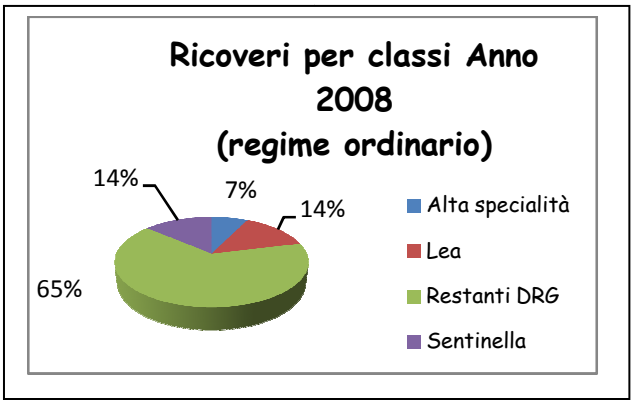
L'appropriatezza clinica dei ricoveri effettuati evidenzia un tendenziale peggioramento rispetto all'anno precedente.

L'Azienda aumenta da un anno all'altro il numero di ricoveri Lea mentre la degenza media di tale ricoveri diminuisce lievemente; stesso andamento si rileva per i DRG Sentinella.

Rimane costante la quota di prestazioni ad alta specialità erogata nel corso dell'anno (7%).

	2007				2008			
Descrizione Presidio	% Lea	% Sentinella	Deg. Media Lea	Deg. Media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Deg. Media Lea	Deg. Media Sentinella
BINAGHI	3,7%	32,9%	2,8	10,6	5,0%	33,0%	1,6	10,9
BUSINCO	13,2%	2,3%	4,7	10,4	13,2%	2,9%	4,1	9,8
MARINO	17,2%	8,4%	4,7	4,8	19,3%	9,5%	4,5	4,9
MICROCITEMICO	8,3%	8,1%	2,5	6,2	11,7%	9,6%	3,1	6,3
SAN GIUSEPPE	24,7%	20,2%	5,6	8,2	22,7%	16,6%	5,3	7,3
SAN MARCELLINO	22,3%	15,3%	4,6	7,6	21,9%	15,9%	4,2	6,9
SS TRINITA'	10,3%	13,6%	4,2	7,5	11,7%	14,0%	3,6	6,1
Totale complessivo	**13,00%**	**13,50%**	**4,59**	**8,13**	**13,95%**	**13,72%**	**4,04**	**7,35**





ATTIVITA' PRIMO SEMESTRE 2009

L'elaborazione dei dati relativi al primo semestre 2009 ha subito forti ritardi a causa dei problemi relativi al cambio della procedura informatica. Inoltre e necessario ricordare che i dati sotto riportati non si intendono definiti sia per il fatto che buona parte dei ricoveri in regime diurno vengono chiusi a fine 2009 sia per la scarsa significatività di alcuni indicatori il cui intervallo temporale di calcolo dovrebbe essere l'anno.

	1° SEM 2008						1° SEM 2009					
Descrizione Presidio Ospedaliero	Posti letto R.O.	n. casi R.O.	gg degenza R.O.	Posti letto D.H /DS	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.	Posti letto R.O.	n. casi R.O.	gg degenza R.O.	Posti letto D.H/DS	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.
Binaghi	142	1.605	19.302	18	261	554	92	1.365	13.973	14	365	583
Businco	156	2.198	24.550	68	2.479	4.494	172	2.088	21.320	83	1.049	1.921
Marino	139	2.427	20.627	5	281	286	135	2.539	20.470	5	199	199
Microcitemico	21	380	2.704	30	903	1.379	22	415	2.458	27	660	1.031
San Giuseppe	55	974	6.604	6	294	346	50	883	5.798	6	57	116
San Marcellino	53	1.016	7.465	5	173	239	53	1.025	7.461	6	79	105
SS. Trinità	299	5.919	40.380	41	1.616	1.900	298	6.224	42.319	43	2.189	2.668
Totale complessivo	**865**	**14.519**	**121.632**	**173**	**6.007**	**9.198**	**822**	**14.539**	**113.799**	**184**	**4.598**	**6.623**

Nel primo semestre 2009 si registra una lieve incremento dei ricoveri erogati in regime ordinario a fronte di una diminuzione delle giornate di degenza complessive (- 6%). Per quanto riguarda i ricoveri erogati in regime diurno ricordiamo che il dato è parziale e quindi non è possibile fare un'analisi comparativa con il semestre 2008.

L'incremento dei ricoveri e la diminuzione delle giornate di degenza ha comportato una diminuzione in quasi tutti i presidi della degenza media ospedaliera (si veda tabella sotto). In quasi tutti i presidi ospedalieri si è inoltre registrato un incremento del tasso di occupazione dei posti letto; a livello aziendale l'indicatore non subisce significative variazioni e si mantiene su valore accettabili e in linea con quanto previsto nel DPCM 29.11.2001 relativo alla definizione del livelli essenziali di assistenza.

	1° sem 2008		1° sem 2009	
Descrizione Presidio Ospedaliero	DM	TOC	DM	TOC
Binaghi	13,5	80%	10,2	84%
Businco	11,1	76%	10,2	93%
Marino	7,9	68%	8,1	84%
Microcitemico	6,8	73%	5,9	62%
San Giuseppe	7,0	65%	6,6	63%
San Marcellino	7,3	78%	7,3	78%
SS. Trinità	6,8	75%	6,8	78%
Totale complessivo	**8,4**	**78%**	**7,8**	**77%**

L'incremento del tasso di rotazione mostra che, rispetto al primo semestre 2008, in ogni posto letto aziendale transita mediamente un paziente in più; il turn over, che indica il

numero di giorni che intercorrono tra la dimissione di un paziente ed il ricovero del successivo, rimane invece sostanzialmente invariato.

	1° SEM 2008		1° SEM 2009	
Descrizione Presidio Ospedaliero	IR	Turn Over	IR	Turn Over
Binaghi	10,6	3,5	14,8	2,0
Businco	12,4	3,5	12,1	4,7
Marino	15,4	3,8	18,8	1,6
Microcitemico	19,5	2,5	18,9	3,7
San Giuseppe	16,8	3,8	17,3	3,9
San Marcellino	19,2	2,1	19,3	2,1
SS. Trinità	19,8	2,3	20,9	1,9
Totale complessivo	**16,8**	**2,4**	**17,7**	**2,4**

Gli indicatori della tabella sotto, che danno una misura della casistica trattata, si mantengono sostanzialmente invariati rispetto al primo semestre 2008 ad eccezione dei presidi Binaghi, Microcitemico e San Giuseppe che presentano percentuali di Drg complicati in crescita.

	1° SEM 2008				1° SEM 2009			
Descrizione Presidio Ospedaliero	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici	Peso medio	% casi complicati	% DRG chirurgici	% DRG medici
Binaghi	1,61	46%	11%	89%	1,57	50%	19%	81%
Businco	1,50	33%	39%	61%	1,57	27%	44%	56%
Marino	1,33	19%	56%	44%	1,31	19%	52%	48%
Microcitemico	1,25	39%	3%	97%	1,16	49%	2%	98%
San Giuseppe	1,03	27%	11%	89%	1,03	38%	10%	90%
San Marcellino	1,03	31%	15%	85%	1,00	32%	12%	88%
SS. Trinità	1,27	36%	31%	69%	1,30	35%	36%	64%
Totale complessivo	**1,32**	**32%**	**31%**	**69%**	**1,33**	**31%**	**34%**	**66%**

In quasi tutti i presidi cresce la percentuale dei Drg Lea rispetto al totale erogato in regime ordinario mentre le percentuali di Drg Sentinella si mantengono sostanzialmente invariate. La diminuzione della degenza media di tali casi mostra una maggiore celerità delle strutture nel riconoscere i casi a forte rischio di inappropriatezza e nel rimando degli stessi ad altre forme di assistenza

	1° SEM 2008				1° SEM 2009			
Descrizione Presidio Ospedaliero	% Lea	% Sentinella	Deg media Lea	Deg media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Deg media Lea	Deg media Sentinella
Binaghi	2,8%	33,8%	9,8	10,7	16,0%	26,8%	1,6	10,0
Businco	13,8%	1,9%	4,5	10,7	16,7%	2,1%	3,7	6,8
Marino	17,4%	8,0%	3,7	3,8	19,8%	8,9%	5,0	4,3
Microcitemico	9,3%	6,5%	2,6	6,4	9,2%	10,8%	2,2	7,5
San Giuseppe	23,2%	22,2%	4,2	7,8	20,8%	19,4%	5,0	8,2
San Marcellino	18,3%	15,7%	4,3	8,2	24,1%	14,6%	4,6	6,1
SS. Trinità	9,7%	13,9%	4,0	7,9	10,2%	14,8%	3,8	6,2
Totale complessivo	**12,3%**	**13,7%**	**4,3**	**8,5**	**14,8%**	**13,3%**	**4,0**	**6,9**

P.O. "Binaghi"

Il P.O. Binaghi è una struttura che ospita diversi reparti di degenza, tra cui il Centro Trapianti adulti e pediatrico di midollo osseo, il polo pneumologico, il centro per la cura della sclerosi multipla e il centro di oftalmologia. Considerate le peculiarità della struttura si è cercato di ridefinire la vocazione dell'ospedale, orientando l'offerta verso un'assistenza diurna in un'ottica di integrazione ospedale – territorio con specifici percorsi diagnostico terapeutici di presa in carico globale del paziente. Nel corso del 2008 sono stati predisposti gli interventi necessari all'attivazione del Centro Raccolta delle Cellule Staminali da Cordone Ombelicale (Crcs). Il Centro,unico nell'isola, verrà in una prima fase rifornito dalle donazioni del cordone ombelicale stoccate nei tre ospedali di Cagliari (Brotzu, S.Giovanni di Dio e SS. Trinità) per poi, a regime, estendere le possibili donazioni in tutti i punti nascita della Sardegna.

Dati strutturali

	2007						2008					
Descrizione reparto dimissione	Posti letto R.O.	n. casi R.O.**	gg degenza R.O.*	Posti letto D.H /DS	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.	Posti letto R.O.	n. casi R.O.**	gg degenza R.O.*	Posti letto D.H /DS	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.
1° Divisione Pneumologia	25,8	533	6.835	4	248	2.152	21,33	399	4.294	3,5	228	1.305
2° Divisione Pneumologia	27,5	623	8.435	2	172	476	26,9	634	7.993	2,6	137	529
3° Divisione Pneumologia	24,2	599	6.926	1	156	345	20,75	541	5.877	1,0	90	137
4° Divisione Pneumologia	30	388	7.103				28,1	364	6.525			
Centro Trapianti	13	179	3.673	2	423	3.083	13	173	3.744	2,0	421	2.821
Chirurgia Toracica	13	250	2.632	2	126	429	13	206	2.222	2,0	112	365
Neurologia	4	297	708	5	813	3.669	4	344	768	5,0	753	4.139
Oftamologia	2	58	64	2	43	43	2,3	228	245	2,1	571	571
Servizio Anestesia E Rianimazione	6	52	1.135				4	34	1.248			
Totale Complessivo	**145,5**	**2.979**	**37.511**	**18**	**1.981**	**10.197**	**133,38**	**2.923**	**32.916**	**18**	**2.312**	**9.867**

Nell'anno 2008 si è verificata un decremento dei ricoveri totali del presidio di circa il 5%; i ricoveri ordinari sono diminuiti del 2% e i ricoveri diurni del 10%.

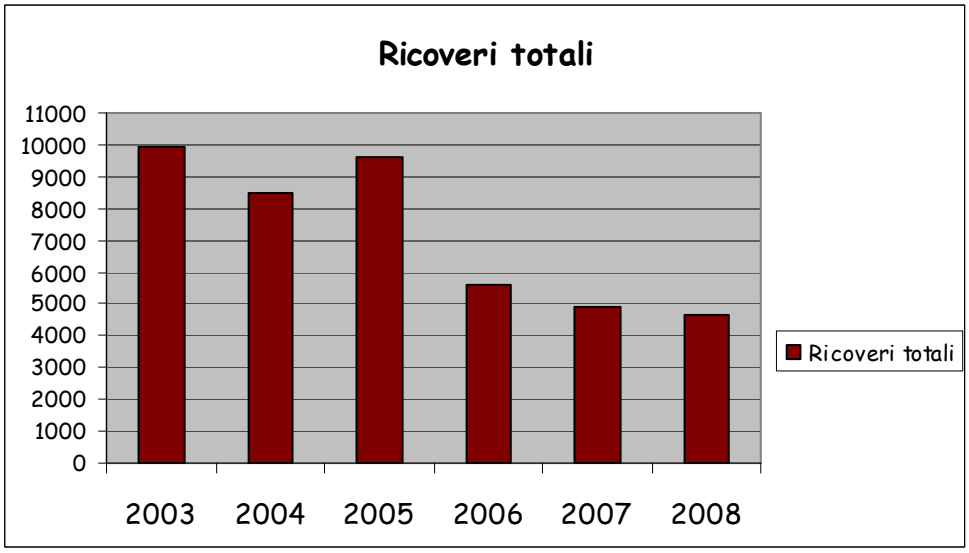
Tale decremento è principalmente dovuto alla chiusura dei posti letto di regime ordinario della 1° Pneumologia e al trasferimento della Chirurgia Toracica al P.O. Businco.

In compenso rispetto agli anni precedenti ha iniziato a piano la propria attività l'unità operativa di Oftamologia.

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
1° Divisione Pneumologia	546	444	-19%	546	23%	583	7%	533	-9%	399	-25%
2° Divisione Pneumologia	636	565	-11%	654	16%	607	-7%	623	3%	634	2%
3° Divisione Pneumologia	595	454	-24%	565	24%	437	-23%	599	37%	541	-10%
4° Divisione Pneumologia	513	437	-15%	479	10%	425	-11%	388	-9%	364	-6%
Chirurgia	624	480	-23%		-100%						
Centro Trapianti	196	160	-18%	180	13%	162	-10%	179	10%	173	-3%
Chirurgia Toracica	417	322	-23%	343	7%	297	-13%	250	-16%	206	-18%
Neurologia	370	316	-15%	357	13%	340	-5%	297	-13%	344	16%
Oftamologia								58		228	293%
Servizio Anestesia E Rianimazione	32	31	-3%	50	61%	37	-26%	52	41%	34	-35%
Totale Complessivo	**3929**	**3209**	**-18%**	**3.174**	**-1%**	**2.888**	**-9%**	**2.979**	**3%**	**2.923**	**-2%**

Andamento ricoveri DH/DS

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
1° Divisione Pneumologia	493	368	-25%	271	-26%	283	4%	248	-12%	228	-8%
2° Divisione Pneumologia	270	227	-16%	265	17%	264	0%	172	-35%	137	-20%
3° Divisione Pneumologia	209	122	-42%	161	32%	196	22%	156	-20%	90	-42%
Chirurgia	172	152	-12%								
Centro Trapianti	1010	1067	6%	1.341	26%	395	-71%	423	7%	421	0%
Chirurgia Toracica	91	93	2%	158	70%	157	-1%	126	-20%	112	-11%
Neurologia	3774	3231	-14%	4.278	32%	1.423	-67%	813	-43%	753	-7%
Oftamologia										571	
Totale Complessivo	**6019**	**5260**	**-13%**	**6.474**	**23%**	**2.718**	**-58%**	**1.938**	**-29%**	**1.741**	**-10%**



Indicatori di efficienza

	2007		2008	
Descrizione reparto dimissione	**DM**	**TOC**	**DM**	**TOC**
1° Divisione Pneumologia	12,8	72,6%	10,8	74,6%
2° Divisione Pneumologia	13,5	84,0%	12,6	81,4%
3° Divisione Pneumologia	11,6	78,4%	10,9	77,6%
4° Divisione Pneumologia	18,3	64,9%	17,9	63,6%
Centro Trapianti	20,5	77,4%	21,6	78,9%
Chirurgia Toracica	10,5	55,5%	10,8	53,2%
Neurologia	2,4	70,0%	2,2	75,9%
Oftamologia	1,1	26,2%	1,1	87,3%
Servizio Anestesia E Rianimazione	21,8	51,8%	36,7	85,5%
Totale complessivo	**12,6**	**70,6%**	**11,3**	**67,6%**

La degenza media del Presidio Ospedaliero Binaghi mostra un leggero miglioramento rispetto ai valori dell'anno precedente. In particolare tutte è quattro le Pneumologie hanno ridotto di quasi un giorno la degenza media dei propri pazienti. Il tasso di occupazione ha subito, al contrario, un peggioramento rispetto all'anno 2007. Infatti quasi tutti i reparti hanno visto il proprio tasso di occupazione diminuire probabilmente a causa di un non efficiente utilizzo delle risorse strutturali.

	2007		2008	
Descrizione reparto dimissione	**IR**	**Turn Over**	**IR**	**Turn Over**
1° Divisione Pneumologia	20,7	4,8	18,7	3,7
2° Divisione Pneumologia	22,7	2,6	23,6	2,9
3° Divisione Pneumologia	24,8	3,2	26,1	3,1
4° Divisione Pneumologia	12,9	9,9	13,0	10,3
Centro Trapianti	13,8	6,0	13,3	5,8
Chirurgia Toracica	19,2	8,5	15,8	9,5
Neurologia	74,3	2,5	86,0	2,0
Oftamologia	29,0	11,5	99,1	2,6
Servizio Anestesia E Rianimazione	8,7	20,3	8,5	6,2
Totale complessivo	**20,5**	**5,2**	**21,9**	**5,4**

Dalla tabella sopra emerge che circa un paziente in più all'anno transita per i letti del presidio ospedaliero; in contro tendenza all'andamento dell'indice di rotazione, il turn over ha subito un leggero incremento.

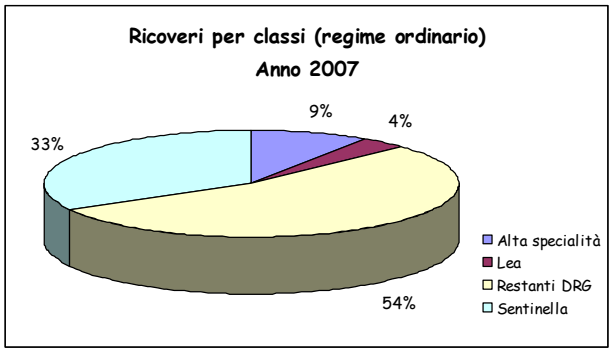
Indicatori di appropriatezza

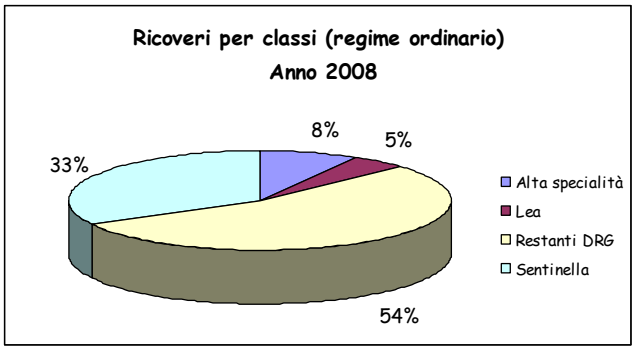
	2007				2008			
Descrizione reparto dimissione	% Lea	% Sentinella	Deg. Media Lea	Deg. Media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Deg. Media Lea	Deg. Media Sentinella
1° Divisione Pneumologia	2%	37%	5,3	9,9	2%	39%	5,7	9,3
2° Divisione Pneumologia	0%	56%	3,0	10,7	0%	60%	1,0	11,8
3° Divisione Pneumologia	1%	27%	4,9	8,4	1%	30%	3,1	9,0
4° Divisione Pneumologia	1%	51%	15,0	16,1	0%	47%		16,3
Centro Trapianti	6%	2%	3,9	12,3	6%	2%	2,1	11,0
Chirurgia Toracica	0%	6%	2,0	4,1	0%	5%		4,5
Neurologia	12%	20%	2,1	2,2	5%	22%	2,3	2,2
Oftamologia	62%	0%	1,0		45%	0%	1,0	
Servizio Anestesia E Rianimazione	0%	2%		4,0	0%	0%		
Totale complessivo	**4%**	**33%**	**2,8**	**10,6**	**5%**	**33%**	**1,6**	**10,9**

L'appropriatezza clinica dei ricoveri effettuati rimane praticamente invariata rispetto all'anno precedente.

Il presidio aumenta di un punto percentuale il numero di ricoveri Lea ma la degenza media di tale ricoveri diminuisce; aumenta invece in maniera molto lieve la degenza media degli eventi sentinella.

Diminuisce la quota di prestazioni ad alta specialità erogata nel corso dell'anno (8%).





PREVISIONI PER IL 2010

La nuova visione inserisce il Binaghi in un contesto che pone l'accento su centri specialistici dedicati.

L'attuazione dell'Atto Aziendale evidenzia la necessità di procedere ad una razionalizzazione dell'attività di assistenza pneumologica, attraverso la riorganizzazione degli spazi e dell'attività.

Nel corso dell'anno si effettuerà il trasferimento del Centro Sclerosi Multipla dall'attuale situazione logistica al corpo centrale con l'individuazione di idonei locali.

Ridistribuzione degli spazi del Centro Trapianti.

Attivazione della banca del cordone ombelicale.

Considerate le peculiarità della struttura sorge la necessità di orientare l'offerta verso un'ottica di integrazione ospedale-territorio, attraverso l'individuazione di specifici percorsi diagnostico

terapeutici di presa in carico globale del paziente pneumologico. A tal fine è previsto la completa attivazione della struttura di pneumologia territoriale.

Nel corso del 2010 sono previsti interventi di sostituzione e ammodernamento del parco tecnologico e di adeguamento degli organici.

P.O. "Businco"

SITUAZIONE ATTUALE

Il P.O. Businco è l' unico centro di rifermento nella Regione per le patologie neoplastiche. Il presidio svolge l'attività sia nelle forme diurne (chemioterapie, accertamenti clinici), sia attraverso i ricoveri ordinari. Sono in corso diversi programmi di riorganizzazione logistica, atta a migliorare il percorso diagnostico/terapeutico dei pazienti, che prevede, l'accorpamento in differenti piani dello stabile, rispettivamente, tutte le degenze internistiche, quelle chirurgiche, e tutte le attività diurne e di Day Hospital.

La riorganizzazione ha previsto l'attivazione di tre Dipartimenti strutturali:

- Dipartimento di oncologia medica;
- Dipartimento di chirurgia oncologica;
- Dipartimento di radiooncologia

Il presidio è stato potenziato con nuove apparecchiature: una nuova risonanza magnetica nucleare da 1,5 tesla e una TAC multistrato da 40 slice che hanno aumentato significativamente la capacità diagnostica del Servizio di Radiologia. Con una delibera della Giunta Regionale è stata creata una piattaforma formata dal Businco, dal Microcitemico e dalla Radioetarpia per la ristrutturazione complessiva dell'ospedale e l'acquisizione di nuove tecnologie.

Dati strutturali

	2007						2008					
Descrizione reparto dimissione	Posti letto R.O.	n. casi R.O.	gg degenza R.O.	Posti letto D.H /DS	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.	Posti letto R.O.	n. casi R.O.	gg degenza R.O.	Posti letto D.H /DS	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.
Anestesia e Rianimazione	8	65	1.520	-			6,0	69	1.717	0		
Chirurgia Sperimentale	9	362	2.551	1	362	362	7,0	403	2.506	1	382	383
Chirurgia toracica							14,0	29	193	1		
Ematologia	20	377	5.865	13	1.727	6576	20,0	376	6.341	13	1.481	7.986
Ematologia C.T.M.O.	8	87	1.957	-			8,0	76	2.268	0		
Medicina Nucleare	8	414	1.612	-			9,4	452	1.779	0		
Neurochirurgia	-	4	65	-								
Oncologia Chirurgica	23	981	5.518	2	481	481	22,1	985	5.256	2,0	417	417
Oncologia Ginecologica	16	290	2.690	2	257	270	9,0	277	1.894	1	224	225
Oncologia Medica 1^	15	282	4.522	18	632	3367	14,6	285	4.060	4 letti + 26 poltrone	535	2.626
Oncologia Medica 2^	18	489	5.814	24	1.891	7030	14,6	394	4.887		1.348	6.793
Oncologia Medica 3^	14	446	4.010	11	542	3631	12,9	440	4.021		263	1.752
Radioterapia	30	292	10.210	3	1.204	1306	30,0	317	9.410	3	665	699
Terapia Antalgica	4	122	497	-	594	738	2,0	110	544	1	654	830
Totale complessivo	**171**	**4.211**	**46.831**	**74**	**7.690**	**23.761**	**170**	**4.213**	**44.876**	**26**	**5.969**	**21.711**

I ricoveri totali del P.O. Businco hanno subito, rispetto all'anno precedente, in decremento del 14.4%. Tale valore è totalmente dovuto all'andamento dei ricoveri diurni che hanno subito una riduzione del 22,4% mentre i ricoveri ordinari sono rimasti preaticamente invariati. In particolare:

- L'**Oncologia Medica 2** ha ridotto i ricoveri totali del 27 (meno 95 ricoveri in regime ordinario e meno 543 ricoveri in DH/DS);
- I ricoveri in DH/DS dell'**Oncologia Medica 3** sono diminuiti del 51,5%; a subire il maggior decremento, - 50%, sono stati i casi legati al Drg "CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA";

Andamento ricoveri ordinari

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
Anestesia e Rianimazione	64	62	-3,1%	74	19,4%	60	-18,9%	65	8,3%	69	6,2%
Chirurgia Sperimentale	378	364	-3,7%	333	-8,5%	353	6,0%	362	2,5%	403	11,3%
Chirurgia Toracica										29	
Ematologia	525	570	8,6%	449	-21,2%	377	-16,0%	377	0,0%	376	-0,3%
Ematologia C.T.M.O.						79		87	10,1%	76	-12,6%
Medicina Nucleare	412	425	3,2%	436	2,6%	414	-5,0%	414	0,0%	452	9,2%
Neurochirurgia		16		28	75,0%	21	-25,0%	4	-81,0%		
Oncologia Chirurgica	870	856	-1,6%	914	6,8%	870	-4,8%	981	12,8%	985	0,4%
Oncologia Ginecologica	488	438	-10,2%	422	-3,7%	367	-13,0%	290	-21,0%	277	-4,5%
Oncologia Medica 1^	484	452	-6,6%	432	-4,4%	426	-1,4%	282	-33,8%	285	1,1%
Oncologia Medica 2^	743	845	13,7%	661	-21,8%	545	-17,5%	489	-10,3%	394	-19,4%
Oncologia Medica 3^	515	516	0,2%	589	14,1%	535	-9,2%	446	-16,6%	440	-1,3%
Radioterapia		323		413	27,9%	336	-18,6%	292	-13,1%	317	8,6%
Terapia Antalgica	365	152	-58,4%	167	9,9%	125	-25,1%	122	-2,4%	110	-9,8%
Totale complessivo	**4.844**	**5.019**	**3,6%**	**4.511**	**-10,1%**	**4.508**	**-0,1%**	**4.211**	**-6,6%**	**4.213**	**0,0%**

Andamento ricoveri DH/DS

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
Chirurgia Sperimentale	379	409	7,9%	411	0,5%	407	-1,0%	362	-11,1%	382	5,5%
Ematologia	4771	5185	8,7%	4953	-4,5%	3635	-26,6%	1727	-52,5%	1481	-14,2%
Oncologia Chirurgica	372	454	22,0%	456	0,4%	436	-4,4%	481	10,3%	417	-13,3%
Oncologia Ginecologica	370	324	-12,4%	312	-3,7%	327	4,8%	257	-21,4%	224	-12,8%
Oncologia Medica 1^	5615	2459	-56,2%	2014	-18,1%	798	-60,4%	632	-20,8%	535	-15,3%
Oncologia Medica 2^	7821	4632	-40,8%	3738	-19,3%	2935	-21,5%	1891	-35,6%	1348	-28,7%
Oncologia Medica 3^	4308	3381	-21,5%	3214	-4,9%	918	-71,4%	542	-41,0%	263	-51,5%
Radioterapia	1004	1337	33,2%	1234	-7,7%	1175	-4,8%	1204	2,5%	665	-44,8%
Terapia Antalgica	1248	931	-25,4%	631	-32,2%	503	-20,3%	594	18,1%	654	10,1%
Totale complessivo	**25.888**	**19.112**	**-26,2%**	**16.963**	**-11,2%**	**11.134**	**-34,4%**	**7.690**	**-30,9%**	**5.969**	**-22,4%**

Indicatori di efficienza

La degenza media del presidio ospedaliero presenta valori che rimangono sostanzialmente invariati da un anno all'altro. Il Tasso di Occupazione è invece diminuito di due punti percentuali probabilmente a causa dei lavori edilizi che durante sono stati eseguiti presso il P.O. che hanno comportato chiusure temporanee dei posti letto.

	2007		2008	
Descrizione reparto dimissione	**DM**	**TOC**	**DM**	**TOC**
Anestesia e Rianimazione	23,4	56%	24,9	78%
Chirurgia Sperimentale	7,0	76%	6,2	98%
Chirurgia toracica			6,7	4%
Ematologia	15,6	82%	16,9	87%
Ematologia C.T.M.O.	22,5	67%	29,8	78%
Medicina Nucleare	3,9	56%	3,9	52%
Neurochirurgia				
Oncologia Chirurgica	5,6	65%	5,3	65%
Oncologia Ginecologica	9,3	46%	6,8	58%
Oncologia Medica 1^	16,0	84%	14,2	76%
Oncologia Medica 2^	11,9	91%	12,4	92%
Oncologia Medica 3^	9,0	80%	9,1	85%
Radioterapia	35,0	93%	29,7	86%
Terapia Antalgica	4,1	37%	4,9	75%
Totale complessivo	**11,1**	**75%**	**10,7**	**73%**

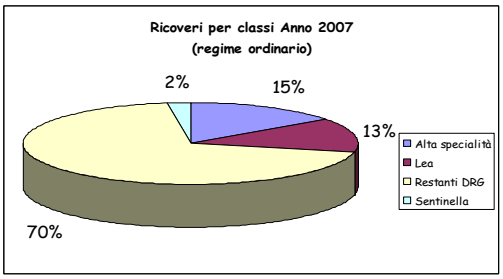
	2007		2008	
Descrizione reparto dimissione	**IR**	**Turn Over**	**IR**	**Turn Over**
Anestesia e Rianimazione	8,7	18,7	11,5	6,9
Chirurgia Sperimentale	39,5	2,2	57,6	0,1
Chirurgia Toracica			2,1	169,6
Ematologia	19,3	3,4	18,8	2,6
Ematologia C.T.M.O.	10,9	11,1	9,5	8,6
Medicina Nucleare	52,6	3,0	48,2	3,6
Neurochirurgia		-16,3		
Oncologia Chirurgica	42,3	3,0	44,6	2,9
Oncologia Ginecologica	18,1	10,9	30,8	5,0
Oncologia Medica 1^	19,1	3,1	19,5	4,5
Oncologia Medica 2^	27,9	1,2	27,0	1,1
Oncologia Medica 3^	32,4	2,3	34,1	1,6
Radioterapia	9,7	2,5	10,6	4,9
Terapia Antalgica	33,3	6,9	55,0	1,7
Totale complessivo	**24,6**	**3,7**	**24,8**	**4,0**

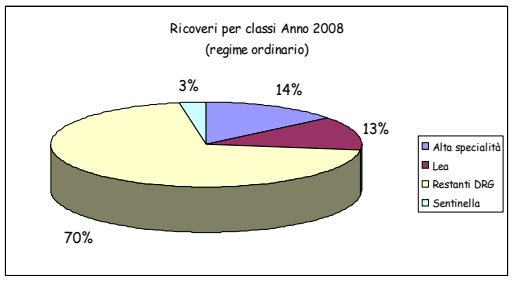
Indicatori di appropriatezza

Nell'anno 2008 la percentuale di Drg Lea e di Deg Sentinella è rimasta praticamente invariata. Le degenze medie di entrambe le classi di ricoveri considerate hanno invece subito un lieve decremento.

La percentuale dei "Restanti Drg" si attesta anche per il 2008 al 70% mentre i Drg "Alta specialità" decrescono di un punto percentuale.

	2007				2008			
Descrizione reparto dimissione	% Lea	% Sentinella	Degenza media Lea	Degenza media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Degenza media Lea	Degenza media Sentinella
Anestesia e Rianimazione	0,0%	6,2%		3,0	0,0%	11,6%		2,6
Chirurgia Sperimentale	3,9%	0,8%	2,9	4,7	6,7%	1,0%	4,1	5,5
Chirurgia Toracica					3,4%	0,0%	2,0	
Ematologia	4,2%	2,9%	16,3	16,0	3,7%	6,9%	12,2	15,5
Ematologia C.T.M.O.	0,0%	0,0%			5,3%	0,0%	1,8	
Medicina Nucleare	87,7%	0,2%	3,9	0,0	89,6%	0,0%	3,7	
Neurochirurgia	0,0%	0,0%						
Oncologia Chirurgica	8,4%	0,7%	3,5	3,9	4,8%	0,8%	3,7	2,9
Oncologia Ginecologica	4,5%	0,7%	5,5	2,5	2,9%	0,0%	0,9	
Oncologia Medica 1^	8,9%	3,9%	13,8	24,7	5,3%	4,9%	10,2	11,3
Oncologia Medica 2^	2,0%	3,9%	4,7	9,8	1,0%	5,3%	4,3	10,0
Oncologia Medica 3^	1,8%	5,2%	12,3	11,3	2,3%	7,3%	7,1	10,1
Radioterapia	0,7%	0,0%	1,5		0,0%	0,0%		
Terapia Antalgica	17,2%	13,1%	2,6	3,8	19,1%	7,3%	4,5	3,5
Totale complessivo	**13,2%**	**2,3%**	**4,7**	**10,4**	**13,2%**	**2,9%**	**4,1**	**9,8**





PREVISIONI PER IL 2010

Il Presidio Ospedaliero Businco , sede della Rete Oncologica Regionale , rappresenta il centro di riferimento nella Regione per le patologie neoplastiche.

Nel presidio operano il Dipartimento della Chirurgia Oncologica, il Dipartimento dell'Oncologia Medica e il Dipartimento di Radio Oncologia.

Negli ultimi anni sono state fatte numerose ristrutturazioni di adeguamento alle indicazioni Regionali e a quanto previsto nell'Atto Aziendale.

Alle ristrutturazioni hanno fatto seguito nuovi modelli organizzativi che hanno determinato un aumento

dei volumi di attività accompagnati da una crescita complessiva della casistica trattata.

a. l'accorpamento dei tre reparti di Oncologia, confluiti nell'unico reparto di Oncologia Medica, ha ridotto i posti letto di ricovero ordinario (quarto piano) e potenziato l'attività assistenziale in regime di DH (quinto piano) dove sono stati ristrutturati dall'Azienda spazi più consoni ad accogliere ed assistere i pazienti secondo protocolli di accesso opportunamente studiati.
b. Il sesto piano è stato ristrutturato per garantire un livello di assistenza più efficace
c. Nel 2008 sono stati attivati i nuovi locali della Radioterapia Sperimentale e della Medicina Nucleare.

Al primo piano (ala C) devono esser realizzati gli ambienti per la Medicina del dolore che dovrebbe trasferirsi in tempi brevi per consentire la realizzazione del Centro Antiblastici nei locali attualmente utilizzati.

Sempre al primo piano (ala D) i restanti ambienti da ristrutturare potrebbero esser assegnati al Servizio di Dermatologia che potrebbe assorbire l'attuale struttura del P.O. della SS.Trinità dove l'assistenza sanitaria sarebbe garantita dalla presenza di una struttura semplice.

Al secondo piano esiste un'ala cantierata dove si stanno realizzando gli ambienti destinati ad attività chirurgiche in Day Surgery.

Al terzo piano dove attualmente sono presenti gli ambulatori del Dipartimento Chirurgico e della Tao, una volta che queste attività saranno trasferite in altri ambienti, sarà realizzata l'endoscopia toracica permettendo quindi di unificare , finalmente , tutte le attività della Chirurgia Toracica all'interno di questo Presidio. A questo riguardo è bene ricordare che il reparto della chirurgia toracica è stato parzialmente trasferito nel mese di Novembre 2008 (attività di sala operatoria e degenza) mentre l'attività ambulatoriale continua ad esser effettuata al Binaghi.

Al settimo piano si stanno adeguando i locali del CTMO le cui attività vengono oggi garantite al sesto piano.

Tra i diversi interventi strutturali previsti rientra peraltro anche l'adeguamento del Servizio di Radiologia che si trova al primo sottopiano.

Questo Servizio presenta un parco macchine che devono esser sostituite urgentemente:

L'apparecchio TAC multistrato corredato da un iniettore automatico e due stazioni di refertazione hanno sicuramente la priorità assoluta al fine di ridurre le liste d'attesa che vanno ad incrementare le prestazioni richieste agli studi radiologici convenzionati.

Lo sviluppo della radiologia interventistica sta riscuotendo molto successo con una richiesta di prestazioni che vanno a costituire una lunga lista d'attesa.

Un miglior funzionamento di tutti i servizi consente di esser autonomi nell'erogare le prestazioni richieste, ridurre le liste d'attesa e contribuire ad un risparmio della spesa sanitaria obiettivo che si intende raggiungere nel corso dell'anno 2010.

Polo Oncologico-Microcitemico: il Centro di Radioterapia e Medicina Nucleare

Ad Aprile 2008, è stato inaugurato, presso l'Ospedale Oncologico, il nuovo Centro di Radioterapia e Medicina Nucleare.

Tale struttura è in grado di fornire prestazioni radioterapiche di eccellenza in linea con le più recenti innovazioni tecnologiche, garantendo ai pazienti interventi assistenziali tempestivi nei servizi di diagnosi e cura contro i tumori.

La nuova Radioterapia, dotata di CT e CT-SPECT, è per dimensione e complessità tecnologica e numero di acceleratori una importante realtà nel panorama nazionale.

Parallelamente alla realizzazione del Centro di Radioterapia e Medicina Nucleare sono state assunte e formate un numero adeguato di persone altamente specializzate che sono state affiancate ai professionisti già operanti nella ASL

Il Centro di Radioterapia ha potenziato i trattamenti radioterapici 3D per le neoplasie mammarie, i tumori alla prostata ed al colon-retto con un abbattimento significativo delle liste d'attesa riducendo così, notevolmente, l'emigrazione dei pazienti sardi verso gli altri centri della penisola.

Per il 2010 sono previsti diversi interventi di adeguamento e messa in sicurezza delle strutture di radioterapia al fine di garantire e potenziare l'attività di assistenza nella diagnosi e cura contro i tumori.

P.O. "Marino"

L'Ospedale Marino è un presidio dedicato principalmente alla cura delle patologie ortopedico Marino traumatologiche riabilitative, inserito in un contesto di rete dell'emergenza - 118, grazie al pronto soccorso 24h e alla piazzola di sosta per l'atterraggio dell'elicottero.

È stata rafforzata in questi anni l'attività della chirurgia ortopedica e della Chirurgia della Mano. La presenza inoltre della Chirurgia d'Urgenza, della Camera Iperbarica (unica nel sud della regione, attiva 24 ore su 24) e della Rianimazione garantiscono assistenza e interventi ai pazienti più gravi, mentre l'Unità Spinale Unipolare continua a svolgere un'importante attività di recupero volta al massimo recupero fisico, al raggiungimento di un equilibrio psicologico e alla riacquisizione di una propria identità individuale e sociale. Sono oramai giunti a termine i lavori di costruzione del nuovo Pronto Soccorso della Radiologia e della Rianimazione, frutto di una riprogettazione complessiva dei percorsi assistenziali. La nuova ala si articola su due piani:

1) Piano terra il Pronto Soccorso dotato di una nuova TAC e di un polo radiologico attrezzato con un'apparecchiatura digitale moderna e collegata al servizio di radiologia.

2) Al primo piano la Rianimazione dispone di cinque camere di degenza.

Dati strutturali

	2007						2008					
Descrizione reparto dimissione	Posti letto R.O.	n. casi R.O.**	gg degenza R.O.*	Posti letto D.H /DS	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.	Posti letto R.O.	n. casi R.O.**	gg degenza R.O.*	Posti letto D.H /DS	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.
Anestesia E Rianimazione	4	57	1.435				4	70	1.541			
Chirurgia Della Mano	13	857	3.430	1	26	26						
Ortopedia E Traumatologia	35	970	8.307	1	169	169	38	1.752	11.945	2	210	210
Chirurgia D'Urgenza	29	1.397	7.460	1	141	141	28	1.463	8.074	1	120	120
Ortopedia E Traumatologia (Clinica)	41	1.096	8.921	1	185	185	36	1.077	9.327	1	170	170
Traumatologia Della Strada	14,2	394	4.706				11	367	4.669			
Unita' Spinale	14	209	4.953	1	11	45	14	260	5.019	1	8	67
Totale	**150**	**4.980**	**39.212**	**5**	**532**	**566**	**131**	**4.989**	**40.575**	**5**	**508**	**567**

Il numero di ricoveri ordinari del P.O. Marino è rimasto sostanzialmente invariato tra l'anno 2007 e l'anno 2008. Si registra invece una crescita del 3.4% delle giornate di degenza.

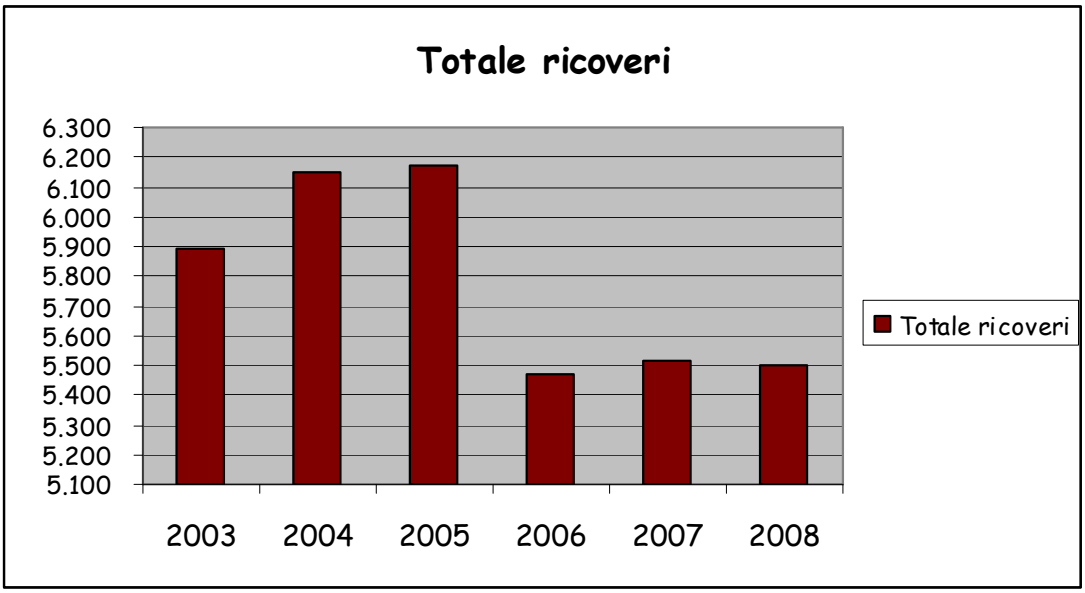
Rimangono invariati gli accessi in DH/DS a fronte di una riduzione del 4.5% dei relativi ricoveri.

Andamento ricoveri ordinari

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
Anestesia E Rianimazione	35	60	71,4%	47	-21,7%	49	-4,3%	57	16,3%	70	22,8%
Chirurgia Della Mano	847	906	7,0%	927	2,3%	796	14,1%	857	7,7%		
Ortopedia E Traumatologia	1.056	1.005	-4,8%	1.001	-0,4%	997	0,4%	970	-2,7%	1.752	-4,1%
Chirurgia D'Urgenza	1.223	1.432	17,1%	1.454	1,5%	1.492	-2,6%	1.397	-6,4%	1.463	4,7%
Ortopedia E Traumatologia (Clinica)	1.163	1.022	-12,1%	1.006	-1,6%	1.090	-8,3%	1.096	0,6%	1.077	-1,7%
Traumatologia Della Strada	465	492	5,8%	461	-6,3%	414	10,2%	394	-4,8%	367	-6,9%
Unita' Spinale	250	287	14,8%	286	-0,3%	174	39,2%	209	20,1%	260	24,4%
Totale	**5.039**	**5.204**	**3,3%**	**5.182**	**-0,4%**	**5.012**	**3,3%**	**4.980**	**-0,6%**	**4.989**	**0,2%**

Andamento ricoveri DH/DS

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
Chirurgia Della Mano	354	334	-5,6%	343	2,7%	100	-70,8%	26	-74,0%		
Ortopedia E Traumatologia	165	202	22,4%	205	1,5%	105	-48,8%	169	61,0%	210	7,7%
Chirurgia D'Urgenza	152	130	-14,5%	196	50,8%	97	-50,5%	141	45,4%	120	-14,9%
Ortopedia E Traumatologia (Clinica)	182	267	46,7%	229	-14,2%	145	-36,7%	185	27,6%	170	-8,1%
Unita' Spinale		13		20	53,8%	12	-40,0%	11	-8,3%	8	-27,3%
Totale	**855**	**946**	**10,6%**	**993**	**5,0%**	**459**	**-53,8%**	**552**	**15,9%**	**508**	**-4,5%**



Indicatori di efficienza

	2007		2008	
Descrizione reparto dimissione	**DM**	**TOC**	**DM**	**TOC**
Anestesia E Rianimazione	25,2	56%	22,0	106%
Chirurgia Della Mano	4,0	72%		
Ortopedia E Traumatologia	8,6	65%	6,8	86%
Chirurgia D'Urgenza	5,3	73%	5,5	79%
Ortopedia E Traumatologia (Clinica)	8,1	68%	8,7	71%
Traumatologia Della Strada	11,9	117%	12,7	116%
Unita' Spinale	23,7	97%	19,3	98%
Totale	**7,9**	**75%**	**8,1**	**85%**

Il maggior incremento delle giornate di degenza rispetto al numero dei ricoveri ha portato nel corso dell'anno 2008 un leggero incremento della degenza media. Il tasso di occupazione, beneficiando di un più efficiente utilizzo delle risorse strutturali, ha subito un notevole incremento in tutti i reparti del presidio ospedaliero.

	2007		2008	
Descrizione reparto dimissione	**IR**	**Turn Over**	**IR**	**Turn Over**
Anestesia E Rianimazione	14,3	0,4	17,5	- 1,2
Chirurgia Della Mano	65,9	1,5		
Ortopedia E Traumatologia	27,7	4,6	46,1	1,1
Chirurgia D'Urgenza	48,2	2,2	52,3	1,5
Ortopedia E Traumatologia (Clinica)	26,7	5,5	29,9	3,5
Traumatologia Della Strada	27,8	1,2	33,4	- 1,8
Unita' Spinale	14,9	0,8	18,6	0,4
Totale	**33,2**	**3,1**	**38,1**	**1,5**

Dalla tabella sopra emerge che circa cinque pazienti in più all'anno transitano per i letti del presidio ospedaliero, a conferma di ciò l'indice di turn over diminuisce.

PREVISIONI PER IL 2010

Le originarie caratteristiche strutturali del PO Marino, per quanto in parte modificate dai numerosi interventi di adeguamento per un utilizzo ospedaliero, hanno sempre rappresentato un elemento di debolezza.

Un ulteriore vincolo per il presidio è costituito dalla "limitata" superficie utilizzabile, infatti, nonostante nel tempo si sia ampliata la superficie coperta, la diversificazione delle attività di ricovero,

ed in particolare l'attivazione della Unità Spinale, hanno palesato la necessità di ulteriori spazi da destinare alle attività assistenziali, riabilitative e di supporto generale.

Allo stato attuale i punti critici più importanti sono individuabili in relazione a:

1. blocco operatorio (struttura) e aree di supporto (struttura e tecnologie)
2. area della radiologia tradizionale (struttura e tecnologie)
3. area servizio cardiologia (tecnologie)
4. percorsi di collegamento verticali e orizzontali
5. completamento adempimenti D. Lgs. 81/2008

La stessa caratterizzazione del PO Marino quale ospedale orientato all'urgenza, in mancanza di una adeguata organizzazione dell'area, determina, per alcuni aspetti, criticità, dal momento che il presidio garantisce 24 ore su 24 urgenze per la microchirurgia ricostruttiva, neurochirurgia e medicina iperbarica, di 20 giorni al mese urgenze per la ortopedia-traumatologia e di 15/16 giorni al mese urgenze per la chirurgia generale.

Punti di Forza e Opportunità

Il presidio, ubicato lungo l'asse stradale litoraneo nel viale Poetto è facilmente raggiungibili dal centro città e dai vari punti della area metropolitana; il traffico sul viale Poetto consente, in genere, una buona viabilità, ad eccezione di periodi critici correlati ai fine settimana nel periodo estivo.

La stessa ubicazione della struttura fa si che il PO Marino sia l'ospedale di riferimento per la città di Quartu SE e per l'area costiera sud-orientale.

Sempre in tema di facile raggiungibilità, gioca la presenza nell'ospedale della elisuperficie, a tale proposito va ricordato che si tratta della sola elisuperficie cittadina attualmente in uso per l'atterraggio occasionale, che può essere facilmente abilitata agli atterraggi 24/24 ore.

Rispetto alla attuale tipologia di offerta nel sistema sanitario regionale, la presenza di attività uniche costituisce un punto di forza strategico sia per lo stesso sistema sanitario regionale, sia per l'azienda. Queste attività uniche sono: Unità spinale e Microchirurgia ricostruttiva (chirurgia reimpianti mano).

L'Unità spinale è una struttura riabilititativa di 3° livello (cod. disc. 28) di riferimento regionale per la patologia da mielolesione, ad oggi ha una degenza con 15 posti letto, dotata di tecnologie avanzate anche per il trattamento delle complicanze gravi (piaghe da decubito);

Il PO Marino è l'unica struttura regionale presso la quale vengono svolte attività di "Microchirurgia ricostruttiva" quali ad esempio: reimpianti di micro (dita) e macro (arto superiore) segmenti, lembi microchirurgici di copertura per grosse perdite osteo-mio-cutane, interventi microchirurgici sui nervi con neurorrafie o con innesti nervosi.

Un ulteriore punto di forza, per la specificità nel contesto regionale, è costituito dalla Medicina Iperbarica. Alla struttura afferiscono ordinariamente i pazienti del centro e sud Sardegna, nonché, per situazioni di particolare complessità, anche pazienti del nord Sardegna; a tale proposito si ricorda che, in ambito regionale, esiste solo un'altra camera iperbarica a gestione pubblica ubicata nel P.O. Merli di La Maddalena, ospedale peraltro non dotato di rianimazione e di strutture specializzate di supporto.

Il PO Marino, come evidenziato anche dai dati attività e dal tasso di attrazione, è un importante polo di riferimento per il sud dell'isola nell'area ortopedico-traumatologica, con punte di attrazione relative a specifiche attività superiori al 30%.

Interventi nel breve periodo (anno 2010)
Azioni di adeguamento quali - quantitativo dell'offerta sanitaria

1) Qualificare attività, percorsi e procedure Blocco Operatorio

a. ristrutturazione blocco e area a supporto (ex rianimazione);
b. nell'immediato per superare la criticità dei percorsi pulito-sporco adottare soluzioni alternative inerenti i percorsi sterilizzazione per lo strumentario chirurgico e tessuti

2) Qualificazione attività aree di degenza:

a. Unità Spinale riorganizzazione/ ampliamento spazi dedicati
b. riorganizzazione della Neurochirurgia e contestuale rimodulazione dell'attività della traumatologia della strada;
c. sviluppo di competenze nella Chirurgia d'urgenza per ampliare l'offerta con prestazioni di chirurgia vascolare, toracica ect.; sviluppo attività endoscopia digestiva con adeguamento delle tecnologie (sostituzione processore-monitor, gastroscopio e colonscopio);
d. sviluppo attività della Chirurgia dell'obesità in ambito della u.o. chirurgia d'urgenza;

3) Qualificazione e sviluppo aree dei servizi :

A) qualificazione e sviluppo attività di Radiologia;

B) qualificazione e sviluppo attività di Pronto Soccorso;

C) Qualificazione e sviluppo attività di Cardiologia:

D) potenziamento della Medicina Iperbarica:

4) Sviluppo delle attività ambulatoriali da svolgere in regime di DAY SERVICE:

a. attivazione sperimentazione PAC (percorsi ambulatoriali complessi) individuati nella delibera ASL 8 n. 1249/2008, correlati essenzialmente ad attività ortopediche;

b. implementazione ulteriori sperimentazioni PAC per altre branche chirurgiche e rianimazione (ad esempio pazienti in ventilazione meccanica).

6) Miglioramento del comfort alberghiero e umanizzazione area degenze chirurgiche e ortopedico-traumatologiche

7) Miglioramento della fruibilità dei servizi generali del presidio (realizzazione ascensore e sistemazioni aree servizi generali quali ticket, centralino, portineria ect.).

P.O. "Microcitemico"

SITUAZIONE ATTUALE

Il Presidio per le Microcitemie è stato storicamente il punto di riferimento regionale per lo studio e la cura delle patologie correlate alla Thalassemia. È anche uno dei principali centri europei per la diagnosi e la cura delle malattie genetiche e delle malattie rare. Partendo da tali importantissime peculiarità, alla luce dell'ambizioso progetto di ampliamento dello stabile, si è ritenuto doveroso rafforzare il ruolo del presidio, potenziando non solo l'attività di prevenzione per quanto riguarda la Diagnosi Prenatale, ma anche l'offerta assistenziale con l'inserimento della Chirurgia Pediatrica in modo da garantire una maggior valenza e completezza. L'evoluzione del presidio è quella di sommare, alle competenze specialistiche, una specifica vocazione verso tutte le patologie pediatriche.

Nel Presidio sono operativi due reparti di degenza con 18 posti letto (la Clinica Pediatrica II e l'Oncologia Pediatrica) ed un CTMO pediatrico con 4 posti letto. A questi si aggiungono 27 posti letto di ricovero diurno.

La Ginecologia e Diagnosi Prenatale svolge un'attività finalizzata ad offrire ai genitori e al medico le migliori informazioni possibili sui rischi di dare alla luce un bambino affetto da un'anomalia congenita o da una malattia genetica. Le Strutture Ematologia Adulti e Talassemici Età Evolutiva, che nel complesso svolgono una qualificata ed intensa attività ambulatoriale e di DH potranno, unificando le risorse, operare in maniera più efficiente.

Sono attivi numerosi laboratori quali: Genetica Umana, Genetica Molecolare e Citogenetica, che svolgono un'importante attività di ricerca. Il servizio di cardiologia garantisce le prestazioni specialistiche ai bambini.

Dati strutturali

	2007						2008					
Descrizione reparto dimissione	Posti letto R.O.	n. casi R.O.**	gg degenza R.O.*	Posti letto D.H/DS	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.	Posti letto R.O.	n. casi R.O.**	gg degenza R.O.*	Posti letto D.H/DS	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.
2 CLINICA PEDIATRICA	12	501	2.787	4	993	2.073	13	481	2.538	4	794	1.659
CENTRO TRAPIANTI	4	35	1.021				4	20	732			
ONCOLOGIA PEDIATRICA	5	239	1.584	3	529	2.608	5	248	1.678	3	530	2.533
DH ADULTI				5	167	2.493				5	109	2.340
DH ETA' EVOLUTIVA				12	569	6.887				12	422	6.769
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA				1	647	701				1	497	527
SERVIZIO DI GINECOLOGIA				2	913	1.164				2	988	1.227
Totale	**21**	**775**	**5.392**	**27**	**3.818**	**15.926**	**22**	**749**	**4.948**	**27**	**3.340**	**15.055**

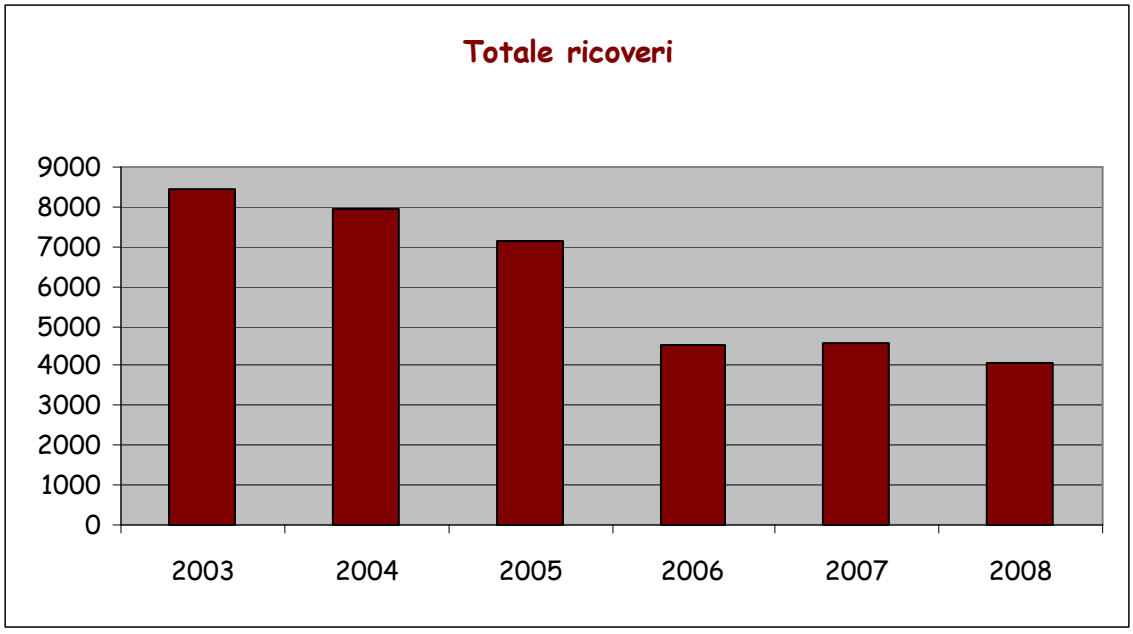
Nell'anno 2008 si è verificata un decremento dei ricoveri totali del presidio (- 11% rispetto al 2007). Tale andamento è dovuto principalmente alla diminuzione dei casi trattati in regime diurno.

Andamento ricoveri ordinari

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
2 CLINICA PEDIATRICA	635	593	-6,6%	556	-6,2%	523	-5,9%	501	-4,2%	481	-4,0%
CENTRO TRAPIANTI	20	17	-15,0%	11	-35,3%	17	54,5%	35	105,9%	20	-42,9%
ONCOLOGIA PEDIATRICA	154	167	8,4%	214	28,1%	225	5,1%	239	6,2%	248	3,8%
Totale	**809**	**777**	**-4,0%**	**781**	**0,5%**	**765**	**-2,0%**	**775**	**1,3%**	**749**	**-3,4%**

Andamento ricoveri DH/DS

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
2 CLINICA PEDIATRICA	4.369	4.142	-5,2%	1.335	-67,8%	903	-32,4%	993	10,0%	794	-20,0%
CENTRO TRAPIANTI											
ONCOLOGIA PEDIATRICA	826	730	-11,6%	738	1,1%	495	-32,9%	529	6,9%	530	0,2%
DH ADULTI	673	554	-17,7%	537	-3,1%	185	-65,5%	167	-9,7%	109	-34,7%
DH ETA' EVOLUTIVA				2.151		614	-71,5%	569	-7,3%	422	-25,8%
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	927	778	-16,1%	602	-22,6%	755	25,4%	647	-14,3%	497	-23,2%
SERVIZIO DI GINECOLOGIA	850	960	12,9%	972	1,3%	792	-18,5%	913	15,3%	988	8,2%
Totale	**7.645**	**7.164**	**-6,3%**	**6.335**	**-11,6%**	**3.744**	**-40,9%**	**3.818**	**2,0%**	**3.340**	**-12,5%**



Indicatori di efficienza

	2007		2008	
Descrizione reparto dimissione	DM	TOC	DM	TOC
2 CLINICA PEDIATRICA	5,56	61,9%	5,28	53,5%
CENTRO TRAPIANTI	29,17	69,9%	36,60	50,1%
ONCOLOGIA PEDIATRICA	6,63	86,8%	6,77	91,9%
Totale	**6,96**	**69,3%**	**6,61**	**61,6%**

Il tasso di occupazione dei posti letto è diminuito in tutti i reparto con eccezione dell'Oncoematologia pediatrica. La degenza media Centro Trapianti ha subito un forte incremento. Tale incremento è principalmente dovuto a un aumento della degenza per i casi di trapianto di midollo osseo.

	2007		2008	
Descrizione reparto dimissione	IR	Turn Over	IR	Turn Over
2 CLINICA PEDIATRICA	38,5	3,9	37,0	4,6
CENTRO TRAPIANTI	8,8	12,5	5,0	36,4
ONCOLOGIA PEDIATRICA	47,8	1,0	49,6	0,6
Totale	**35,2**	**3,4**	**34,0**	**4,1**

La tabella sopra mostra un lieve decremento dell'indice di rotazione dei pazienti per posto letto;l'indice di turn over cresce di quasi un punto.

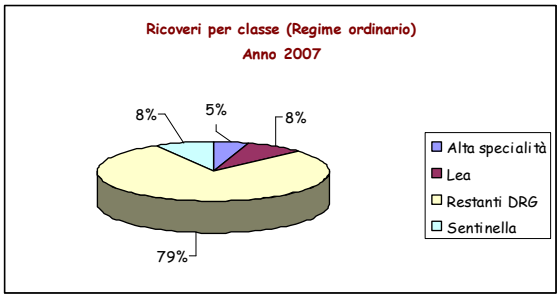
Indicatori di appropriatezza

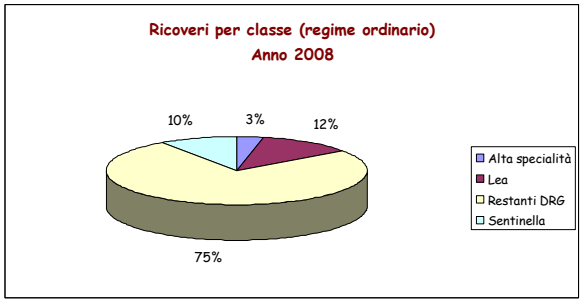
	2007				2008			
Descrizione reparto dimissione	% Lea	% Sentinella	Degenza media Lea	Degenza media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Degenza media Lea	Degenza media Sentinella
2¦ CLINICA PEDIATRICA	12,2%	12,0%	2,46	5,88	17,3%	13,5%	2,94	6,14
CENTRO TRAPIANTI	2,9%	0,0%	2,00		0,0%	0,0%		
ONCOLOGIA PEDIATRICA	0,8%	1,3%	5,50	12,00	2,0%	2,8%	6,20	7,57
Totale	**8,3%**	**8,1%**	**2,55**	**6,17**	**11,7%**	**9,6%**	**3,13**	**6,28**

L'appropriatezza cinica dei ricoveri effettuati evidenzia un peggioramento rispetto all'anno precedente.

Il presidio aumenta da un anno all'altro il numero di ricoveri Lea e la degenza media degli stessi; aumenta anche il numero di Drg Sentinella e la relativa degenza media.

Sono inoltre diminuiti di due punti percentuali i DRG ad Alta specialità e di quattro punti percentuali i Restanti DRG.





PREVISIONI PER IL 2010

Con la delibera della Giunta Regionale n.42/17 del 15.9.2009 si propone l'accorpamento dell'ospedale Microcitemico di Cagliari con l'Azienda Ospedaliera Brotzu.

Tale accorpamento mira a favorire lo sviluppo di un polo integrato di ostetricia e ginecologia e pediatria di grandissimo livello scientifico e assistenziale ma soprattutto di estrema completezza funzionale ed operativa.

Si creerebbe in tal modo un unicum ospedaliero caratterizzato da una forte vicinanza fisica con grandi vantaggi per i pazienti ma soprattutto contrassegnato da servizi che sono assolutamente complementari: dal pronto soccorso pediatrico dell'ospedale Brotzu ai servizi superspecialistici del Microcitemico, dalla ginecologia di quest'ultimo, con gli altissimi livelli nella diagnosi prenatale e nelle tecniche di gravidanza assistita, alle forti potenzialità nel settore del reparto di Ostetricia dell'azienda ospedaliera, senz'altro in grado di completare nella maniera più opportuna l'iter dei servizi assistenziali offerti dal piccolo ma prestigioso ospedale cagliaritano.

Questa complementarità consentirà inoltre nel tempo una maggiore economicità di gestione tramite una progressiva ottimizzazione delle funzioni che oggi sono sovrapponibili nei due distinti presidi.

P.O. "S.Giuseppe"

SITUAZIONE ATTUALE

Il P.O. San Marcellino di Muravera e il San Giuseppe di Isili si configurano come ospedali territoriali: la nuova organizzazione si sta orientando verso la gestione delle emergenze del territorio distrettuale di riferimento, grazie al potenziamento dei Pronto Soccorso sulle 24 ore.

In entrambi i presidi in questi anni sono stati ristrutturati i Pronto Soccorso e la camera calda, inoltre sono in corso di progettazione i lavori di ristrutturazione complessiva (a Muravera sono già stati ristrutturati l'intero piano terra e le sale operatorie).

Il S. Marcellino nel corso del 2008 è stato oggetto di un finanziamento, pari a 4.500.000 di euro destinato alla ristrutturazione radicale dell'ingresso, del primo piano e del secondo piano, del piano copertura e delle facciate esterne.

Gli interventi in corso di realizzazione riguardano una nuova distribuzione delle aree di degenza con predisposizione di camere singole o doppie con bagno interno, i nuovi impianti idrici, fognari, elettrici, di ascensore e di climatizzazione, della hall e delle sale attesa per gli utenti e dell'ufficio ticket. Inoltre è previsto l'accorpamento delle diverse unità operative in un unico reparto di emergenza polispecialistico (chirurgia, ortopedia e medicina), oltre a un reparto di lungodegenza di 20 posti letto che dia risposta alle persone con patologie croniche.

Dati strutturali P.O. "S.Giuseppe"

	2007						2008					
Descrizione reparto dimissione	Posti letto R.O.	n. casi R.O.**	gg degenza R.O.*	Posti letto D.H /D.S.	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.	Posti letto R.O.	n. casi R.O.**	gg degenza R.O.*	Posti letto D.H /D.S.	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.
Divisione Chirurgia	16	637	3.993	4	585	645	16	544	3.482	4	321	373
Divisione Medicina	32	1052	8.037	1	64	292	25	1044	7.635	1	72	246
Divisione Ostetricia e Ginecologia	9	180	577	1	26	26	9	165	523	1	29	29
Nido	5	75	236	-			5	79	270			
Totale complessivo	**62**	**1.944**	**12.843**	**6**	**675**	**963**	**55**	**1.832**	**11.910**	**6**	**422**	**648**

Nell'anno 2008 si è verificata un decremento dei ricoveri totali del presidio (- 14% rispetto al 2007). Tale andamento è dovuto principalmente a una consistente diminuzione dell'attività diurna. dell'ospedale.

Andamento ricoveri ordinari

Descrizione reparto dimissione	2005	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
Divisione Chirurgia	597	525	-12,1%	637	21,3%	544	-14,6%
Divisione Medicina	1.105	965	-12,7%	1052	9,0%	1.044	-0,8%
Ostetricia e Ginecologia	313	297	-5,1%	180	-39,4%	165	-8,3%
Nido	154	142	-7,8%	75	-47,2%	79	5,3%
Totale complessivo	**2.169**	**1.929**	**-11,1%**	**1.944**	**0,8%**	**1.832**	**-5,8%**

Andamento ricoveri DH/DS

Descrizione reparto dimissione	2005	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
Divisione Chirurgia	783	573	-26,8%	585	2,1%	321	-45,1%
Divisione Medicina	81	31	-61,7%	64	106,5%	72	12,5%
Ostetricia e Ginecologia	59	34	-42,4%	26	-23,5%	29	11,5%
Totale complessivo	**923**	**638**	**-30,9%**	**675**	**5,8%**	**422**	**-37,5%**

Indicatori di efficienza

	2007		2008	
Descrizione reparto dimissione	DM	TOC	DM	TOC
DIVISIONE CHIRURGIA	6,3	68,4%	6,4	59,6%
DIVISIONE MEDICINA	7,6	68,8%	7,3	83,7%
DIVISIONE OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3,2	17,6%	3,2	15,9%
NIDO	3,1	12,9%	3,4	14,8%
Totale complessivo	**6,6**	**56,8%**	**6,5**	**59,3%**

La degenza media del Presidio Ospedaliero ha subito una lieve diminuzione. Il peggioramento dell'indice è dovuto a un non efficiente utilizzo delle risorse strutturali e in particolare dei posti letto.

	2007		2008	
Descrizione reparto dimissione	IR	Turn Over	IR	Turn Over
DIVISIONE CHIRURGIA	39,8	2,9	34,0	4,3
DIVISIONE MEDICINA	32,9	3,5	41,8	1,4
DIVISIONE OSTETRICIA E GINECOLOGIA	20,0	15,0	18,3	16,7
NIDO	15,0	21,2	15,8	19,7
Totale complessivo	**31,4**	**5,0**	**33,3**	**4,5**

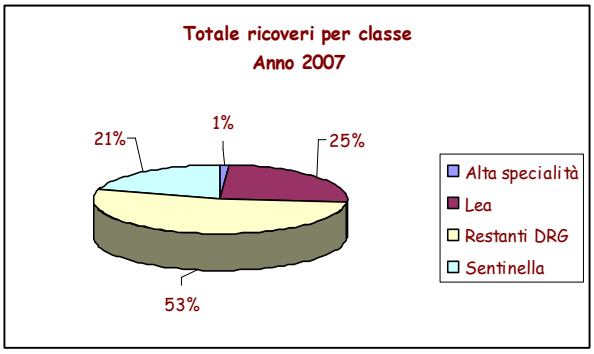
Dalla tabella sopra emerge che circa un miglioramento degli indici di rotazione della Divisione Medicina a conferma di ciò diminuiscono anche il rispettivo indice di turn over. La Divisione ostetricia e Ginecologia e la Divisione Chirurgia presentano invece un Indice di Rotazione e un Turn Over in peggioramento a causa del sovradimensionamento dei posti letto

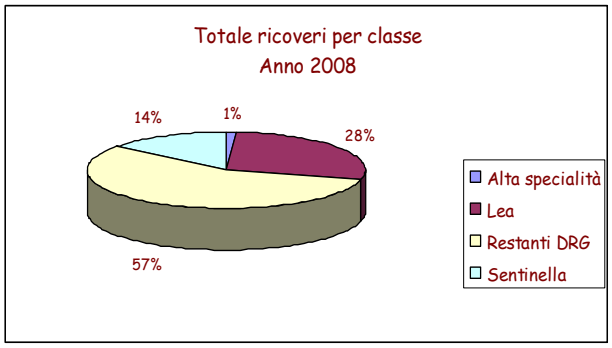
Indicatori di appropriatezza

	2007				2008			
Descrizione reparto dimissione	% Lea	% Sentinella	Degenza Media DRG Lea	Degenza Media DRG Sentinella	% Lea	% Sentinella	Degenza Media DRG Lea	Degenza Media DRG Sentinella
DIVISIONE CHIRURGIA	35,6%	15,7%	4,63	5,72	32,9%	11,4%	4,14	6,31
DIVISIONE MEDICINA	23,5%	26,5%	6,69	9,38	21,8%	22,7%	6,29	7,67
DIVISIONE OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3,9%	7,8%	1,86	2,71	4,8%	3,6%	2,13	1,67
NIDO	0,0%	0,0%			0,0%	0,0%		
Totale complessivo	**24,7%**	**20,2%**	**5,65**	**8,21**	**22,7%**	**16,6%**	**5,28**	**7,27**

Il presidio incrementa da un anno all'altro il numero di ricoveri Lea ma la degenza media di tale ricoveri diminuisce; in maniera inversa i Drg Sentinella diminuiscono di quasi quattro punti percentuali a fronte di una seppur lieve diminuzione della loro degenza media.

Rimane costante la quota di prestazioni ad alta specialità erogata nel corso dell'anno (1%).





PROGRAMMAZIONE 2010

Considerati i dati epidemiologici ed i bisogni di salute della popolazione del Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta, si propone un modello organizzativo finalizzato alla gestione delle emergenze del territorio H 24, specificando che i casi clinici di lieve e media gravità si possono trattare in loco, mentre per le patologie complesse, si deve procedere alla stabilizzazione delle stesse, finalizzata al successivo trasferimento verso altre strutture aziendali sicuramente più attrezzate dal punto di vista diagnostico terapeutico.

Tale modello deve prevedere l'attivazione di un progetto di riorganizzazione e potenziamento dell'attività del Pronto Soccorso al fine di elaborare ed applicare protocolli diagnostico-terapeutici uniformi e condivisi.

Le degenze devono essere riorganizzate in **40 p.l per acuti comprensivi del DH oncologico, Day Surgery e Ostetricia + p.l di lungodegenza e riabilitazione.** I posti letto per acuti sarebbero flessibili a seconda delle necessità (Internistici o Chirurgici).

Annessi ai posti letto per acuti si attiverà il DH oncologico con due posti letto, che consente di effettuare i trattamenti chemioterapici in loco, con evidente giovamento per i pz.oncologici attualmente costretti a recarsi all'oncologico di Cagliari per i trattamenti, con lunghe ed estenuanti trasferte considerate anche le condizioni generali compromesse di tali pz. A questi si aggiungono i 4 p.l di Day Surgery già presenti, per il trattamento di tutte quelle patologie chirurgiche (Ernie, patologie vascolari etc) che attualmente già si trattano nel presidio.

Poiché nel territorio non è presente nessuna struttura (tipo RSA) deputata alla gestione dei pz cronici e dei lungodegenti, sono previsti l'attivazione di **p.l di lungodegenza e riabilitazione, che associati alle cure domiciliari**, permetterebbe di rispondere alle esigenze del territorio e nello stesso tempo si ridurrebbero i ricoveri impropri e quelli ad alto indice di inappropriatezza Funzionali al modello organizzativo per la gestione delle urgenze si affiancano i Servizi di diagnostica strumentale e di laboratorio.

Il nuovo modello di Ospedale permetterà di rispondere in maniera più efficace e tempestiva alle esigenze del territorio, garantendo sempre e comunque un presidio di primo soccorso, e a seconda delle necessità, come già detto, permetterebbe di trattare in loco patologie medio-gravi, che altrimenti si riverserebbero nei Presidi cagliaritani, lasciando a questi solo le patologie complesse e multidisciplinari, che nel P.O. di Isili sarebbe impossibile trattare per mancanza di professionalità e tecnologie adeguate.

P.O. "S.Marcellino

Dati strutturali P.O. "S.Marcellino"

	2007						2008					
Descrizione reparto dimissione	Posti letto R.O.	n. casi R.O.**	gg degenza R.O.*	Posti letto D.H /DS	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.	Posti letto R.O.	n. casi R.O.**	gg degenza R.O.*	Posti letto D.H/DS	n. casi D.H./D.S.	n. accessi D.H./D.S.
DIPARTIMENTO OSTETRICIA	13	167	676	1	14	17	13	120	469	1	14	14
DIVISIONE CHIRURGIA	19	811	4.864	1	161	166	19	795	4.392	1	213	239
DIVISIONE MEDICINA	27	934	8.161	2	66	307	27	933	8.742	2	59	349
SEZIONE ORTOPEDIA	10	191	1.091	1	39	69	10	236	1.324	1	65	93
Totale	**69**	**2.103**	**14.792**	**5**	**280**	**559**	**69**	**2.084**	**14.927**	**5**	**351**	**695**

Nell'anno 2008 si è verificata un lieve aumento dei ricoveri totali del presidio (+ 2,1% rispetto al 2007). Poiché i ricoveri ordinari sono diminuiti l'incremento dei casi totali è dovuto totalmente all'andamento dei ricoveri diurni (+ 25% rispetto al 2007).

Andamento ricoveri ordinari

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
DIPARTIMENTO OSTETRICIA	445	444	-0,2%	444	0,0%	249	-43,9%	167	-32,9%	120	-28,1%
DIVISIONE CHIRURGIA	787	899	14,2%	976	8,6%	979	0,3%	811	-17,2%	795	-2,0%
DIVISIONE MEDICINA	922	970	5,2%	1.009	4,0%	986	-2,3%	934	-5,3%	933	-0,1%
SEZIONE ORTOPEDIA	386	427	10,6%	392	-8,2%	256	-34,7%	191	-25,4%	236	23,6%
OTORINOLARINGOIATRIA	143										
Totale	**2.683**	**2.740**	**2,1%**	**2.821**	**3,0%**	**2.470**	**-12,4%**	**2.103**	**-14,9%**	**2.084**	**-0,9%**

Andamento ricoveri DH/DS

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
DIPARTIMENTO OSTETRICIA	39	103	164,1%	46	-55,3%	25	-45,7%	14	-44,0%	14	0,0%
DIVISIONE CHIRURGIA	117	155	32,5%	120	-22,6%	113	-5,8%	161	42,5%	213	32,3%
DIVISIONE MEDICINA	72	69	-4,2%	74	7,2%	47	-36,5%	66	40,4%	59	-10,6%
SEZIONE ORTOPEDIA	94	87	-7,4%	77	-11,5%	72	-6,5%	39	-45,8%	65	66,7%
OTORINOLARINGOIATRIA	68										
Totale	**390**	**414**	**6,2%**	**317**	**-23,4%**	**257**	**-18,9%**	**280**	**8,9%**	**351**	**25,4%**

Indicatori di efficienza

	2007		2008	
Descrizione reparto dimissione	DM	TOC	DM	TOC
DIPARTIMENTO OSTETRICIA	4,0	14,2%	3,9	9,9%
DIVISIONE CHIRURGIA	6,0	70,1%	5,5	63,3%
DIVISIONE MEDICINA	8,7	82,8%	9,4	88,7%
SEZIONE ORTOPEDIA	5,7	29,9%	5,6	36,3%
Totale	**7,0**	**58,7%**	**7,2**	**59,3%**

La degenza media del Presidio Ospedaliero San Marcellino ha subito un leggero incremento rispetto all'anno 2007. L'incremento del tasso di occupazione della Divisione medicina ha fatto si l'indice globale del presidio crescesse di quasi due punti percentuali.

	2007		2008	
Descrizione reparto dimissione	IR	Turn Over	IR	Turn Over
DIPARTIMENTO OSTETRICIA	12,8	24,4	9,2	35,6
DIVISIONE CHIRURGIA	42,7	2,6	41,8	3,2
DIVISIONE MEDICINA*	34,6	1,8	34,6	1,2
SEZIONE ORTOPEDIA	19,1	13,4	23,6	9,9
Totale	**30,5**	**4,9**	**30,2**	**4,9**

Dalla tabella sopra emerge una sostanziale invarianza da un anno all'altro sia dell'indice di rotazione sia dell'indice di turn over.

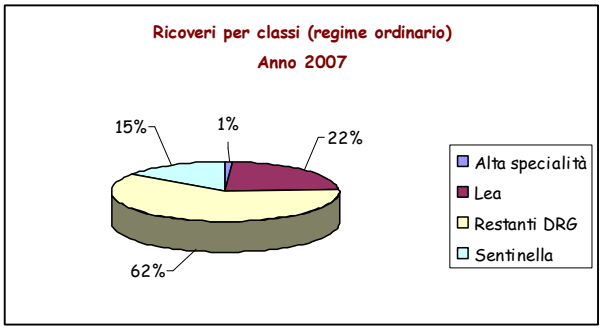
Indicatori di appropriatezza

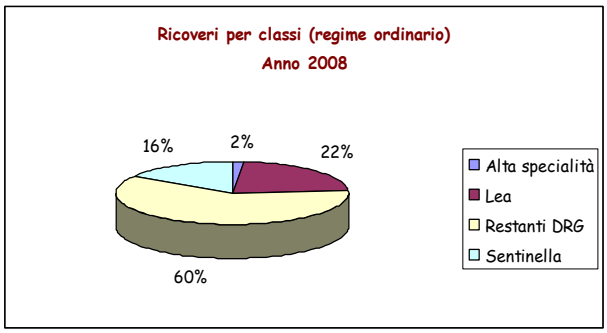
	2007				2008			
Descrizione reparto dimissione	% Lea	% Sentinella	Deg. media Lea	Deg. media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Deg. media Lea	Deg. media Sentinella
DIPARTIMENTO OSTETRICIA	3,6%	10,8%	2,0	4,1	4,2%	8,3%	1,8	3,6
DIVISIONE CHIRURGIA	40,6%	13,6%	4,3	7,4	38,4%	15,8%	3,6	6,1
DIVISIONE MEDICINA	6,5%	20,1%	6,3	8,1	6,8%	19,7%	6,4	7,6
SEZIONE ORTOPEDIA	38,2%	3,1%	4,9	7,0	35,2%	4,7%	5,3	6,9
Totale	**22,3%**	**15,3%**	**4,6**	**7,6**	**21,9%**	**15,9%**	**4,2**	**6,9**

In relazione ai Drg Lea l'appropriatezza clinica dei ricoveri effettuati evidenzia un lieve miglioramento rispetto all'anno precedente sia nel numero dei casi che nella degenza media.

Crescono invece gli eventi Sentinella e la loro degenza media.

Aumenta di un punto percentuale la quota dei Drg ad Alta specialità mentre i "Restanti Drg" decrescono di due punti percentuali.





PREVISIONI PER IL 2010

L'ospedale di Muravera si connota, come tutti gli ospedali decentrati nel territorio, quale presidio per la gestione delle acuzie e delle diverse patologia che non richiedono dotazioni di alta specialità, attualmente non presenti in questo P.O. . Stante la distanza dagli altri presidi ospedalieri aziendali e non, presenti nel territorio, e la tortuosità delle strade per il loro raggiungimento, (Brotzu 1h 30' circa, Marino 1h 15' circa, SS. Trinità 1h 30' circa, S. Giovanni 1h 30' circa), appare evidente la necessità di garantire in maniera congrua la gestione delle urgenze, che nella stagione estiva raggiungono picchi elevati.

L'attuale Pronto Soccorso è dotato di quattro medici, di dieci infermieri professionali e di una caposala. Attualmente i turni nelle ventiquattro ore sono garantiti con la partecipazione dei medici in organico nelle UU.OO. Di Medicina e Chirurgia, che potrebbero trovarsi a dover gestire situazioni di criticità presenti contemporaneamente in Pronto Soccorso e nei reparti di degenza.
Si ritiene pertanto, per un buon funzionamento del Pronto Soccorso, di dotare lo stesso di un organico stabile e dedicato. Il Pronto Soccorso, inoltre, dovrebbe avere la disponibilità di un buon servizio ambulanza per il trasporto in altri P.O. di pazienti non gestibili a Muravera (cardiovascolari, ortopedici gravi, pazienti che necessitano di terapia intensiva, ecc.).

Il contesto in cui opera l'Unità Operativa di Medicina, per le stesse ragioni di decentramento nel territorio del Sarrabus-Gerrei, obbliga, a differenza di altre Unità Operative presenti all'interno di altri Presidi Ospedalieri, al trattamento in urgenza di pazienti affetti da patologie acute (I.M.A.- angine instabili- insufficienza respiratoria acuta- aritmie minacciose- ecc.), che vanno stabilizzate, prima del trasporto presso idonei reparti ospedalieri dell'area cagliaritana.
La Divisione Medicina ha attualmente ventinove posti letto accreditati, di cui due per i D.H.; nella stessa U.O. è presente un medico strutturato che dedica alla Diabetologia circa venti ore settimanali così come un medico specialista del Poliambulatorio.
La qualità complessiva di popolazione di pazienti che si ricovera nell'Unità Operativa di Medicina di questo P.O. vede un progressivo incremento del numero dei pazienti in età avanzata, che sono a maggior rischio di patologie cardiovascolari, neurologiche, ecc.. Si ritiene pertanto indispensabile l'attivazione di una Unità Operativa di lungodegenza e idoneo Servizio di Riabilitazione al fine di rispondere, prima di tutto, ad un'esigenza sociale dei pazienti anziani non autosufficienti e privi di un adeguato sostegno da parte della famiglia.
Attualmente i pazienti che non hanno recuperato la loro autonomia vengono trasferiti nei reparti di lungodegenza cittadini con sradicamento dall'ambiente socio-familiare abituale e notevole disagio per i loro familiari.

Nasce la necessità di ottimizzare l'attuale assetto organizzativo per la gestione delle emergenze ostetrico-ginecologiche per eliminare alcune criticità legate al trasporto immediato della paziente presso l'ospedale di riferimento (SS. Trinità) o attraverso il potenziamento del numero delle ambulanze disponibili nel presidio o attraverso l'utilizzo del servizio 118 e/o con il servizio dell' elisoccorso.

P.O. "SS.Trinità"

SITUAZIONE ATTUALE

Il SS. Trinità è un ospedale plurispecialistico che ha affrontato negli ultimi anni diversi interventi finalizzati all'ammodernamento e alla ristrutturazione di diversi reparti. Nel 2008 i lavori di ristrutturazione, dei reparti di Otorinolaringoiatria, e Anatomia patologica sono stati realizzati con particolare attenzione agli aspetti legati alla degenza in regime ordinario o in Day Hospital.

Nella Medicina nucleare una nuova SPECT (gamma camera di ultima generazione) ha potenziato significativamente la capacità diagnostica del centro.

Nel corso del 2008 si è proceduto alla realizzazione degli interventi necessari a garantire lo sdoppiamento dell' SPDC. Il progetto che ha previsto l'attivazione dell'SPDC II° con l'apertura di 12 posti letto in un'area di circa 900 mq con due piccole aree scoperte di 70 mq. Il reparto, a regime, verrà dotato di un organico composto da 7 medici 15/18 Infermieri Professionali e da 6 Operatori Socio Sanitari.

Dati strutturali

	2007						2008					
Descrizione reparto dimissione	Posti letto R.O.	n. casi R.O.**	gg degenza R.O.*	Posti letto DH/DS	n. casi DH/DS	n. accessi DH/DS	Posti letto R.O.	n. casi R.O.**	gg degenza R.O.*	Posti letto DH/DS	n. casi DH/DS	n. accessi DH/DS
Divisione Dermatologia	5	4	725	2	658	717	4	3	731	2	630	653
Divisione Chirurgia Generale	27	838	6.720	1	22	22	27	824	6.404	1	28	28
Divisione Chirurgia Maxillo Facciale	5	340	1.463	1	212	212	5	366	1.591	1	248	248
Divisione Chirurgia Pediatrica	14	531	2.298	2	49	49	14	525	2.236	2	32	32
Divisione Geriatria	20	812	7.141	2	90	127	23	816	7.469	2	76	103
Divisione Malattie Infettive	55	1.033	12.436	8	976	4.372	42	890	11.157	6	1.144	3.474
Divisione Medicina 1	34	1.460	12.385	8	475	1.101	32	2.057	8.813	4	439	868
Divisione Ostetricia E Ginecologia	17	1.404	5.693	5	592	592	17	1.454	5.766	5	382	382
Divisione Otorino Laringoiatria	12	563	2.991	1	239	239	16	699	3.354	2	188	188
Divisione Traumatologia E Ortopedia	24	1.009	6.528	2	63	63	24	1.137	6.586	2	73	73
Divisione Urologia	30	971	6.503	6	771	826	26	1.004	7.419	6	780	835
Gastroenterol. Ed Endoscopia Digestiva	11	638	3.658				11	699	3.999			
Nido	12	661	2.121				12	661	2.019			
Servizio Anestesia E Rianimazione	8	99	2.110				8	107	1.938			
Servizio Psichiatria	27	724	8.424	1	31	119	15	739	8.434	1	11	12
U.T.I.C.	17	743	5.243	1	218	232	17	832	5.285	1	270	271
Totale	**318**	**11.830**	**86.439**	**40**	**4.396**	**8.671**	**293**	**12.813**	**83.201**	**35**	**4.301**	**7.167**

Totale (Con Esclusione Della Dermatologia)	**313**	**11.826**	**85.714**	**38**	**3.738**	**7.954**	**289**	**12.810**	**82.470**	**33**	**3.671**	**6.514**

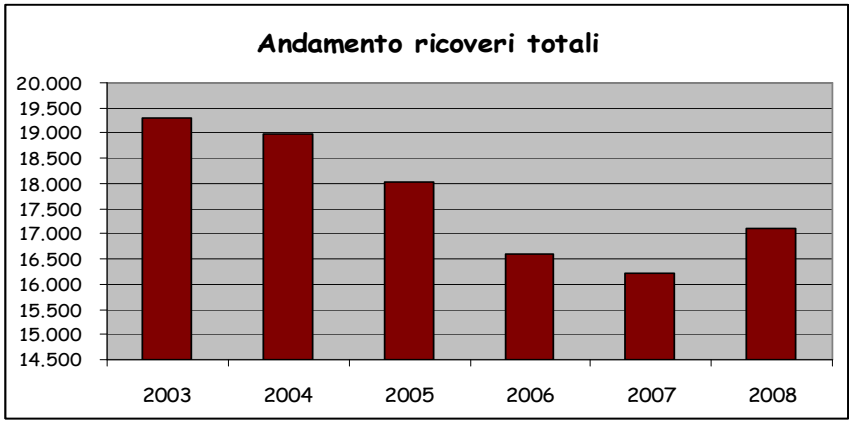
Tra l'anno 2007 e l'anno 2008 i ricoveri ordinari del Presidio sono aumentati delL' 8% mentre i ricoveri in DH/DS sono diminuiti di circa il 2%.

Andamento ricoveri ordinari

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
Divisione Dermatologia	728	677	-7,0%	637	-5,9%	677	6,3%	658	-2,8%	630	-4,3%
Divisione Chirurgia Generale	88	68	-22,7%	51	-25,0%	21	-58,8%	22	4,8%	28	27,3%
Divisione Chirurgia Maxillo Facciale	504	509	1,0%	438	-13,9%	352	-19,6%	212	-39,8%	248	17,0%
Divisione Chirurgia Pediatrica	153	129	-15,7%	100	-22,5%	63	-37,0%	49	-22,2%	32	-34,7%
Divisione Geriatria	161	110	-31,7%	44	-60,0%	56	27,3%	90	60,7%	76	-15,6%
Divisione Malattie Infettive	1.229	2.006	63,2%	2.014	0,4%	1.390	-31,0%	976	-29,8%	1.144	17,2%
Divisione Medicina 1	1.010	893	-11,6%	541	-39,4%	417	-22,9%	475	13,9%	439	-7,6%
Divisione Ostetricia E Ginecologia	772	712	-7,8%	658	-7,6%	594	-9,7%	592	-0,3%	382	-35,5%
Divisione Otorino Laringoiatria	259	293	13,1%	310	5,8%	278	-10,3%	239	-14,0%	188	-21,3%
Divisione Traumatologia E Ortopedia	655	450	-31,3%	264	-41,3%	113	-57,2%	63	-44,2%	73	15,9%
Divisione Urologia	863	528	-38,8%	757	43,4%	807	6,6%	771	-4,5%	780	1,2%
Servizio Psichiatria	57	56	-1,8%	75	33,9%	56	-25,3%	31	-44,6%	11	-64,5%
U.T.I.C.	219	184	-16,0%	173	-6,0%	218	26,0%	218	0,0%	270	23,9%
Totale	**6.698**	**6.615**	**-1,2%**	**6.062**	**-8,4%**	**5.042**	**-16,8%**	**4.396**	**-12,8%**	**4.301**	**-2,2%**

Andamento ricoveri DH/DS

Descrizione reparto dimissione	2003	2004	2004-2003	2005	2005-2004	2006	2006-2005	2007	2007-2006	2008	2008-2007
Divisione Dermatologia	3	3	0,0%	4	33,3%	2	-50,0%	4	100,0%	3	-25,0%
Divisione Chirurgia Generale	836	752	-10,0%	643	-14,5%	782	21,6%	838	7,2%	824	-1,7%
Divisione Chirurgia Maxillo Facciale	412	383	-7,0%	398	3,9%	334	-16,1%	340	1,8%	366	7,6%
Divisione Chirurgia Pediatrica	692	665	-3,9%	604	-9,2%	621	2,8%	531	-14,5%	525	-1,1%
Divisione Geriatria	956	888	-7,1%	935	5,3%	895	-4,3%	812	-9,3%	816	0,5%
Divisione Malattie Infettive	1.280	1.153	-9,9%	1.196	3,7%	1.100	-8,0%	1.033	-6,1%	890	-13,8%
Divisione Medicina 1	1.035	1.127	8,9%	1.299	15,3%	1.236	-4,8%	1.460	18,1%	2.057	40,9%
Divisione Ostetricia E Ginecologia	1.420	1.385	-2,5%	1.280	-7,6%	1.200	-6,3%	1.404	17,0%	1.454	3,6%
Divisione Otorino Laringoiatria	604	633	4,8%	659	4,1%	675	2,4%	563	-16,6%	699	24,2%
Divisione Traumatologia E Ortopedia	938	970	3,4%	869	-10,4%	940	8,2%	1.009	7,3%	1.137	12,7%
Divisione Urologia	1.266	1.342	6,0%	1.233	-8,1%	1.073	-13,0%	971	-9,5%	1.004	3,4%
Gastroenterol. Ed Endoscopia Digestiva	790	675	-14,6%	639	-5,3%	605	-5,3%	638	5,5%	699	9,6%
Nido	704	671	-4,7%	597	-11,0%	557	-6,7%	661	18,7%	661	0,0%
Servizio Anestesia E Rianimazione	117	101	-13,7%	96	-5,0%	92	-4,2%	99	7,6%	107	8,1%
Servizio Psichiatria	824	842	2,2%	778	-7,6%	712	-8,5%	724	1,7%	739	2,1%
U.T.I.C.	731	782	7,0%	736	-5,9%	745	1,2%	743	-0,3%	832	12,0%
Totale	**12.608**	**12.372**	**-1,9%**	**11.966**	**-3,3%**	**11.569**	**-3,3%**	**11.830**	**2,3%**	**12.813**	**8,3%**



Indicatori di efficienza

	2007		2008	
Descrizione reparto dimissione	**DM**	**TOC**	**DM**	**TOC**
Dermatologia	181,25	40%	243,67	50%
Chirurgia Generale	8,02	68%	7,77	65%
Chirurgia Maxillo Facciale	4,30	80%	4,35	87%
Chirurgia Pediatrica	4,33	45%	4,26	44%
Geriatria	8,79	98%	9,15	89%
Malattie Infettive	12,04	62%	12,54	73%
Medicina	8,48	100%	4,28	75%
Ostetricia E Ginecologia	4,05	92%	3,97	93%
Divisione Otorino Laringoiatria	5,31	68%	4,80	57%
Traumatologia E Ortopedia	6,47	75%	5,79	75%
Urologia	6,70	59%	7,39	78%
Gastroenterol. Ed Endoscopia Digestiva	5,73	91%	5,72	100%
Nido	3,21	48%	3,05	46%
Servizio Anestesia E Rianimazione	21,31	72%	18,11	66%
Servizio Psichiatria	11,64	85%	11,41	154%
U.T.I.C.	7,06	84%	6,35	85%
Totale	**7,31**	**74%**	**6,49**	**78%**

Totale (con esclusione della Dermatologia)	**7,25**	**75%**	**6,44**	**78%**

La degenza media del Presidio Ospedaliero SS. Trinità mostra un leggero miglioramento rispetto ai valori dell'anno precedente. In particolare il la Medicina ha ridotto di quattro giorni la degenza media dei propri pazienti e la Rianimazione ha ridotto l'indice di tre punti. Anche il tasso di occupazione ha subito un miglioramento rispetto all'anno 2007. Infatti su 16 reparti 8 hanno visto il proprio tasso di occupazione aumentare probabilmente a causa di un più efficiente utilizzo delle risorse strutturali.

Indicatori di efficienza

	2007		2008	
Descrizione reparto dimissione	IR	Turn Over	IR	Turn Over
DIVISIONE DERMATOLOGIA	0,8	275,0	0,8	243,0
DIVISIONE CHIRURGIA GENERALE	31,0	3,7	30,5	4,2
DIVISIONE CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	68,0	1,1	73,2	0,6
DIVISIONE CHIRURGIA PEDIATRICA	37,9	5,3	37,5	5,5
DIVISIONE GERIATRIA	40,6	0,2	35,5	1,1
DIVISIONE MALATTIE INFETTIVE	18,8	7,4	21,2	4,7
DIVISIONE MEDICINA 1	42,9	0,0	64,3	1,4
DIVISIONE OSTETRICIA E GINECOLOGIA	82,6	0,4	85,5	0,3
DIVISIONE OTORINO LARINGOIATRIA	46,9	2,5	43,7	3,6
DIVISIONE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	42,0	2,2	47,4	1,9
DIVISIONE UROLOGIA	32,4	4,6	38,6	2,1
GASTROENTEROL. ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	58,0	0,6	63,5	0,0
NIDO	55,1	3,4	55,1	3,6
SERVIZIO ANESTESIA E RIANIMAZIONE	12,4	8,2	13,4	9,2
SERVIZIO PSICHIATRIA	26,8	2,0	49,3	- 4,0
U.T.I.C.	43,7	1,3	48,9	1,1
Totale	**37,2**	**2,5**	**43,7**	**1,9**

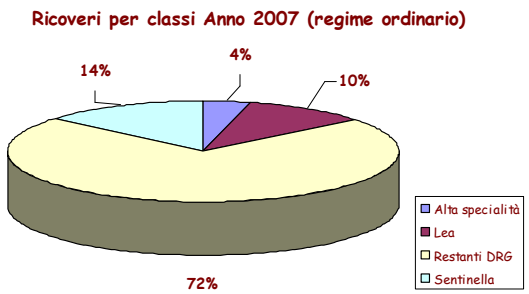
Totale (con esclusione della Dermatologia)	**37,8**	**2,4**	**44,3**	**1,8**

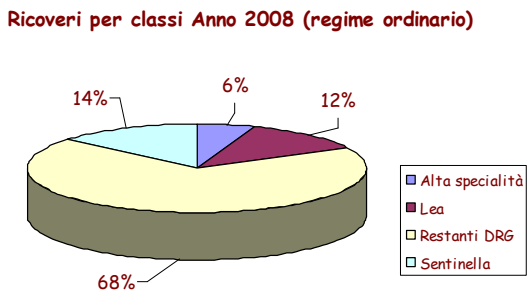
Rispetto all'anno 2007 l'indice di rotazione ha subito un significativo incremento; tale andamento è principalmente dovuto a un incremento della rotazione dei reparti di Medicina e di psichiatria che durante l'anno ha visto transitare 22 pazienti in più per posto letto. A conferma di ciò diminuisce l'indice di turn over in più nella metà dei reparti presenti all'interno del Presidio.

Indicatori di appropriatezza

Tra l'anno 2007 e l'anno 2008 cresce la percentuale dei Drg Lea mentre diminuisce la relativa degenza media. Lo stesso andamento si registra per i Drg Sentinella che subiscono un lieve incremento a fronte di una più consistente riduzione della degenza media.

	2007				2008			
Descrizione reparto dimissione	% Lea	% Sentinella	Degenza media Lea	Degenza media Sentinella	% Lea	% Sentinella	Degenza media Lea	Degenza media Sentinella
Chirurgia Generale	25,5%	9,2%	4,41	6,36	18,8%	10,2%	3,85	5,46
Chirurgia Maxillo Facciale	7,1%	20,6%	2,63	3,83	4,4%	29,0%	2,81	3,77
Chirurgia Pediatrica	24,3%	3,0%	3,15	4,94	18,5%	1,7%	2,46	3,78
Geriatria	3,1%	23,9%	3,72	8,31	3,4%	19,5%	4,21	8,25
Malattie Infettive	6,8%	35,8%	5,30	10,63	10,1%	37,4%	6,17	9,69
Medicina	8,6%	24,5%	4,78	8,36	24,0%	25,7%	3,33	4,69
Ostetricia E Ginecologia	3,6%	5,6%	1,69	2,84	4,1%	5,4%	1,80	2,20
Divisione Otorino Laringoiatria	29,0%	13,3%	3,43	4,27	23,5%	11,7%	3,05	3,95
Traumatologia E Ortopedia	16,0%	2,3%	4,47	3,52	15,5%	3,3%	3,30	4,87
Urologia	11,2%	6,7%	4,66	5,48	10,1%	6,1%	4,13	8,21
Gastroenterol. Ed Endoscopia Digestiva	9,7%	36,4%	4,50	6,33	6,7%	35,3%	3,77	5,81
Hanseniani	0,0%	0,0%			0,0%	0,0%		
Nido	0,3%	0,3%	1,00	3,00	0,5%	0,5%	1,67	3,00
Servizio Anestesia E Rianimazione	0,0%	1,0%		1,00	0,0%	1,9%		3,00
Servizio Psichiatria	8,7%	0,0%	6,68		8,1%	0,0%	6,30	
U.T.I.C.	2,6%	7,0%	6,37	5,29	1,6%	7,2%	6,77	5,70
Totale	**10,3%**	**13,6%**	**4,25**	**7,50**	**11,7%**	**14,0%**	**3,63**	**6,07**





PREVISIONI PER IL 2010

Nel corso degli ultimi anni l'Ospedale è stato oggetto di importanti lavori di ristrutturazione e adeguamento alla normativa nazionale e regionale.

Importanti interventi organizzativi hanno determinato un incremento notevole dei volumi di attività ed una crescita progressiva della complessità della casistica trattata.

Nella programmazione aziendale sono previsti importanti investimenti strutturali e di ammodernamento tecnologico al fine di rafforzare la vocazione del presidio come ospedale di riferimento per l'area metropolitana.

E' in questa ottica che si inserisce la presente proposta di progetti di sviluppo che ha per fine l'incremento dell'attività, dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate in un ottica di assoluto contenimento dei costi sostenuti.

Attivazione dell' OBI (Osservazione breve)

L'osservazione Breve è già stata realizzata e trova sistemazione nei locali del Pronto Soccorso attigui agli ambienti dove viene prestato il primo intervento sanitario.

E' dotata di 8 posti letto di cui 4 di terapia intensiva, e 4 di osservazione.

La suddetta struttura è stata attivata nel mese di settembre dell'anno 2008 e allo stato attuale non risulta funzionante.

E' intenzione della Direzione riattivare la Struttura dell'OBI attribuendo a questa compiti di filtro rispetto ai ricoveri effettuati dal Pronto Soccorso verso i reparti.

Infatti il Pronto Soccorso di questo Presidio, pur riuscendo a contenere in modo importante il numero dei ricoveri rispetto ai pazienti visitati (14,89% contro lo standard nazionale del 16%), è comunque causa di una certa percentuale (tra il 20 ed il 30%) di ricoveri inappropriati sia nell'area chirurgica che in quella medica.

Quanto più sopra riferito determina, relativamente ai ricoveri chirurgici, un tasso operatorio basso tale per cui solo una U.O. presente in questo Ospedale supera il 70% di pazienti ricoverati e quindi operati (a fronte di un 75% minimo previsto per legge).

Anche l'Area Medica risente dei ricoveri inappropriati prodotti dal Pronto Soccorso che si manifestano, in genere, con ricoveri brevi della durata da zero a tre giorni.

Questi ricoveri in alcuni periodi hanno superato il 30% dei ricoveri totali prodotti dalla U.O. di Medicina.

Attivazione ala B reparto di Ortopedia e Traumatologia.

L'Unità Operativa di Ortopedia e traumatologia ha attivi 24 posti letto (ala A del reparto) costantemente utilizzati per la gestione delle urgenze Traumatologiche (il 75% dei ricoveri sono costituiti da urgenze). Quanto sopra ha determinato una drastica riduzione dell'attività chirurgica volta verso patologia cronica e ortopedica.

Tale patologia che non trova posto presso questa struttura si orienta sempre di più verso la struttura privata insieme ai professionisti che cessano la loro attività lavorativa per sopraggiunti limiti di età.

Acquisizione Sistema Robotico da integrare al Navigatore già in possesso della U.O. di Otorinolaringoiatria.

Come già riferito nella introduzione l'inserimento di tecnologie innovative possono determinare l'incremento del numero dei ricoveri.

Tra queste tecnologie abbiamo quella robotica che rappresenta la chirurgia del futuro, caratterizzata da una chirurgia minimamente invasiva.

Questa tecnologia viene utilizzata ormai da una decina di anni e viene considerata, per i vantaggi prodotti, la tecnologia chirurgica del futuro.

Tale strumentazione, pensata in questo Presidio per l'U.O. dell'Otorino, può essere usata con successo anche per l'Ortopedia e Traumatologia, per la Laparoscopia e la Toracoscopia.

Pertanto l'U.O. di Otorino può rappresentare il reparto capofila di una innovazione tecnologica dell'Area Chirurgica dove altri chirurghi possono collaborare e imparare la tecnica di utilizzo di questa macchina diffondendo, all'interno del Presidio, la suddetta Tecnologia ed i conseguenti risultati.

Tra i risultati attesi da tale tipo di chirurgia abbiamo considerato una minima invasività, una maggiore precisione, una riduzione dei costi sociali, un più rapido recupero del paziente, minori complicazioni secondarie all'intervento, una più rapida dimissione che determina, di conseguenza, una maggiore rotazione degli stessi nei reparti chirurgici.

Realizzazione di un blocco operatorio Integrato Intelligente da realizzarsi nella Sala Operatoria di Otorinolaringoiatria.

Questo tipo di Sala Operatoria vuol guardare verso il futuro mettendo a confronto, nella nostra realtà regionale, l'efficacia e l'efficienza della Sala Operatoria tradizionale rispetto ad una Sala Operatoria innovativa di tipo integrato intelligente.

Questo tipo di Sala Operatoria ben si adatta alla informatizzazione crescente del nostro Ospedale e può quindi integrarsi a questa, nell'uso delle informazioni clinico diagnostiche del paziente che deve essere operato.

In passato tutta la chirurgia era “a cielo aperto” mentre oggi una quota di interventi sempre più grande è di tipo endoscopico o laparoscopico con una tendenza sempre maggiore verso una riduzione della invasività dell'atto chirurgico.

Questo tipo di chirurgia infatti comporta una riduzione di disagi, dei rischi, dei tempi, delle degenze e del recupero post operatorio e dei costi sociali.

ASSISTENZA DISTRETTUALE

SITUAZIONE ATTUALE

L'allungamento della vita associato all'invecchiamento della popolazione, i progressi della medicina e più in generale degli interventi di sanità e igiene pubblica, la prevalenza della morbilità dovuta alle malattie croniche e cronico-degenerative con progressiva incidenza sulla perdita dell'autonomia delle persone, anziane e non, hanno condotto alla crescente valorizzazione, tra le aree di assistenza ricomprese nei LEA, ai sensi del comma 6 dell'art. 1 del Dgl.vo 502/92 e successive modifiche e integrazioni, del macrolivello di Assistenza Distrettuale.

Al progressivo mutamento del panorama demografico, epidemiologico e socio-culturale corrisponde quindi l'esigenza di un ri-orientamento dei sistemi di assistenza sanitaria, con una sempre maggior attenzione verso l'assistenza sanitaria territoriale e la sua integrazione con i servizi di assistenza sociale, con l'obbiettivo di rispondere in maniera efficace ed efficiente al range di bisogni complessi che lo scenario attuale presenta in ambito preventivo, curativo e riabilitativo. Come opportunamente rilevato dal Libro Bianco, "La rivoluzione epidemiologica in atto, lo sviluppo scientifico e la sua applicazione in medicina, in uno con l'attesa di un miglioramento della qualità della vita, stanno determinando un significativo ridisegno delle funzioni assistenziali. L'ospedale, come luogo di risposta predominante ai bisogni di salute e assistenza, lascia spazio a una filiera di servizi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione per la non autosufficienza assolutamente innovativi anche nelle modalità di erogazione e organizzazione, in grado di rispondere con appropriatezza e puntualità alle richieste dell'utente. Tutto ciò, paradossalmente, con un minore costo del sistema."

Gli interventi e programmi di prevenzione e diagnosi precoce appaiono la risposta più efficace nel contenimento della disabilità e della non autosufficienza.

Il possibile scorporo degli ospedali dall'Azienda Sanitaria Locale di Cagliari contemplato nelle linee di indirizzo della riforma del SSR approvato con la LR n. 3 del 7.8.2009, in corso di applicazione, invita ad accelerare ulteriormente il cambio di indirizzo delle strategie aziendali, non solo verso un potenziamento specifico delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, ma soprattutto verso la proposizione di un modello di Assistenza Distrettuale in una visione di Assistenza Territoriale più compiuta e organica, coerente e funzionale alla configurazione complessiva della organizzazione del Servizio Sanitario Regionale.

Nello specifico del territorio provinciale nel quale opera la ASL di Cagliari, la riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale deve tenere in debita considerazione le peculiarità geografiche, storiche, socioeconomiche e di organizzazione dei servizi socio-sanitari.

In particolare:

- la complessità della configurazione territoriale provinciale caratterizzata da estrema variabilità in termini di densità demografica, viabilità, dislocazione e configurazione delle infrastrutture e strutture sanitarie e sociali;
- la diversità della storia che ha caratterizzato l'organizzazione e l'erogazione dei servizi sanitari e sociali nei diversi ambiti territoriali, anche per la confluenza di diverse USL nella ASL di Cagliari e, più di recente, per l'acquisizione di territori omogenei provenienti da altre ASL;
- il diverso sviluppo socioeconomico che caratterizza i diversi ambiti territoriali.

Il territorio della Provincia di Cagliari si contraddistingue per l'estensione geografica e per la numerosità della popolazione (559.820 abitanti al 31.12.2008, secondo la rilevazione ISTAT). Queste caratteristiche rendono la ASL di Cagliari tra le più grandi d'Italia. Una osservazione di maggior dettaglio evidenzia che, a fronte di una concentrazione di comuni (circa 32) attorno alla grande area della Città di Cagliari capoluogo con vocazione di sviluppo urbano o sub-urbano, il restante territorio della Provincia è occupato da un ancor più elevato numero di comuni (39), distribuiti su aree geografiche distanti dalla città capoluogo, caratterizzate da una forte dispersione della popolazione e con forti similitudini sul versante socio-economico e culturale: Sarrabus-Gerrei (10 comuni), Trexenta-Sarcidano-Barbagia di Seulo (29 comuni).

I comuni che gravitano attorno alla grande area del capoluogo possono usufruire di una fitta rete di strutture, servizi e presidi sanitari e sociosanitari pubblici e privati e di una rete di Ospedali e Case di Cura tra i più importanti della Sardegna, l'accesso ai quali e la cui fruizione sono, peraltro, facilitati dallo sviluppo di una adeguata rete viaria. Il secondo raggruppamento di comuni può viceversa usufruire esclusivamente di due presidi ospedalieri, a dimensione territoriale, e di poche strutture e servizi sanitari, dislocali nel territorio, di dimensioni adeguate per la popolazione di riferimento, ma caratterizzati da uno scarso sviluppo tecnologico e specialistico.

Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale Distrettuale nella ASL di Cagliari

Date le citate peculiarità del territorio, la riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale Distrettuale della ASL richiede lo sviluppo organico di modelli di assistenza diversificati, che tengano conto delle diversità geografiche, demografiche, culturali, nonché della diversa organizzazione delle strutture e attività sanitarie e sociosanitarie storicamente documentate.

Su queste basi è possibile delineare i seguenti due modelli di Assistenza Territoriale sanitaria e sociosanitaria:

1. *un modello urbano-suburbano*
2. *un modello territoriale puro.*

Il primo modello, *urbano-suburbano*, si riferisce ai distretti 1-2-3; riguarda una popolazione di 489.052 abitanti; è costruito sulla base della disponibilità di una molteplicità di servizi sanitari e sociosanitari pubblici e privati, ospedalieri e territoriali, bene sviluppati in un'area con collegamenti

stradali adeguati, che include anche la rete dei Presidi Ospedalieri cittadini attualmente afferenti all'ASL di Cagliari, l'Azienda Ospedaliera Brotzu e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari.

Il secondo modello, *territoriale puro*, si riferisce ai distretti 4 e 5, riguarda una popolazione di 70.768 abitanti; è condizionato da una realtà di servizi territoriali sanitari e sociosanitari pubblici e privati poco sviluppati, distribuiti su una vasta area, con una popolazione dispersa, una rete viaria poco sviluppata e di difficile percorribilità, che può contare su un presidio ospedaliero territoriale di zona.

L'Assistenza territoriale relativa al primo modello si svolge in un contesto caratterizzato da attività territoriali sanitarie e sociosanitarie specifiche, erogate in strutture e presidi territoriali pubblici e privati, e sviluppatesi in maniera soddisfacente. Essa, per poter rispondere al meglio ai bisogni sociosanitari delle persone, necessita di una maggiore integrazione con le attività svolte dai presidi ospedalieri e dai soggetti accreditati. Una enfasi particolare va posta sull'integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali dei comuni, nonché con il mondo del volontariato e del privato sociale. L'obbiettivo ultimo è far si che le persone ricevano l'assistenza nei luoghi di vita comune, domicilio o residenze sociali e sociosanitarie viciniori, migliorando sia la qualità delle cure sia la qualità di vita complessive. Il ricorso all''assistenza ospedaliera dovrà essere garantita con massima appropriatezza e riservata ai casi di acuzie e di alta specializzazione. In questo modello, il Distretto sviluppa in maniera preponderante la propria funzione di committenza (e di garante) nei confronti delle strutture pubbliche e private per il livello di assistenza ospedaliera e territoriale e una forte integrazione sia tra i servizi erogati in proprio presso le strutture distrettuali (produzione integrata) sia con i servizi sociali dei comuni. Si tratta di avviare la "presa in carico integrata della persona" a partire dal Punto Unico d'Accesso che acquista anche una valenza di strumento per la governante sociosanitaria territoriale del sistema.

Nell'Assistenza territoriale del secondo modello, la scarsità della rete di presidi e servizi troverà compensazione nella strutturazione della "presa in carico integrata della persona" a partire dal Punto Unico d'Accesso attraverso una rete di unità organizzative locali potenziate in grado di sviluppare percorsi assistenziali su diversi livelli di assistenza: intensiva, estensiva e di lungo-assistenza sociosanitaria; questi livelli di assistenza si sviluppano nei contesti domiciliari, ambulatoriali, residenziali. In questo modello, il presidio ospedaliero territoriale si configura come O*spedale di continuità*, capace di assicurare posti letto per condizioni sanitarie che non richiedono la complessità tecnologica ed organizzativa degli ospedali specialistici, mentre il Distretto e i Medici di Medicina Generale acquistano ruolo fondamentale per la gestione dei percorsi assistenziali, in una ottica di continuità di assistenza tra il livello ospedaliero e quello territoriale, passando per livelli di Assistenza Intermedia, come più avanti verrà esplicitato. Al Distretto Sociosanitario di questo modello viene chiesto di sviluppare in maniera specifica la presa in carico dei bisogni delle persone potenziando la propria funzione di produzione e di integrazione; minore significato acquista il ruolo di committenza, per la ridotta presenza sul territorio di strutture e servizi accreditati.

Organizzazione aziendale

L'atto aziendale della ASL prevede che l'assistenza distrettuale rappresenti l'articolazione su base territoriale dell'assistenza più generale, per garantire maggiore equità e uniformità; l'assistenza distrettuale comprende le attività sanitarie e sociosanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, nonché le attività di promozione della salute. Ed è caratterizzata dalla integrazione tra interventi sanitari e sociali.

Il "Distretto Sociosanitario" viene individuato come una macro-struttura organizzativa dotata di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria nell'ambito delle risorse assegnate.

In coerenza con quanto previsto dall'articolo 17 della legge regionale n. 10 del 2006, il coordinamento delle attività distrettuali è attribuito al Direttore di Distretto che ha, tra l'altro, la responsabilità di governo delle risorse assegnate, del conseguimento degli obiettivi e del rapporto con le amministrazioni locali e con gli altri soggetti che nella comunità locale collaborano per il conseguimento dei risultati di salute condivisi.

In linea con quanto stabilito dal Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006/2008, i distretti rappresentano il luogo preposto all'integrazione sociosanitaria con particolare riferimento alle aree materno-infantile, fragilità (persone con disabilità, persone anziane, persone non autosufficienti, persone affette da HIV, da patologie cronico-degenerative e da patologie oncologiche), salute mentale e dipendenze.

Gli ambiti riconducibili all'assistenza distrettuale, alcuni dei quali appartenenti a competenze attribuite ad altri dipartimenti aziendali, sono quindi:

a) la medicina di base, pediatria di libera scelta e continuità assistenziale;

b) l'emergenza sanitaria territoriale;

c) la salute mentale;

d) la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza;

e) l'assistenza farmaceutica;

f) le cure domiciliari;

g) l'assistenza specialistica ambulatoriale;

h) l'attività e i servizi per la prevenzione e cura delle dipendenze;

i) l'attività e i servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;

j) l'attività e i servizi per le persone con disabilità, persone anziane e persone non autosufficienti;

k) l'attività e i servizi per le patologie da HIV;

l) le attività e i servizi per patologie croniche e assistenza ai pazienti nella fase terminale della vita;

m) la medicina scolastica.

L'organizzazione delle attività distrettuali è articolata tenendo conto delle singole realtà territoriali ed è volta ad assicurare:

- il governo unitario globale della domanda di salute espressa dalla comunità locale;
- la presa in carico dei bisogni del cittadino, individuando i livelli appropriati di erogazione dei servizi;
- la gestione integrata, sanitaria e sociale, dei servizi, anche collaborando alla predisposizione e realizzazione dei PLUS;
- l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai Medici di Medicina Generale, dai Pediatri di Libera Scelta e dai servizi direttamente gestiti, per le competenze loro attribuite dalla programmazione regionale e locale;
- la promozione, anche in stretta collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione, di iniziative di educazione sanitaria;
- la presa in carico della persona nei punti unici di accesso attraverso la fruizione dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari, assicurando l'integrazione con i servizi sociali e con i servizi ospedalieri in un ottica di gestione in rete;
- l'attuazione dei protocolli diagnostico-terapeutici e riabilitativi adottati dall'Azienda.

L'Atto Aziendale individua 5 distretti: il Distretto 1 (Cagliari - Area Vasta); il Distretto 2 (Area Ovest); il Distretto 3 (Quartu – Parteolla); il Distretto 4 (Sarrabus - Gerrei); il Distretto 5 (Sarcidano - Barbagia di Seulo e Trexenta), con due sedi fisiche: Senorbì e Isili. Tutti i distretti vengono individuati dall'Atto Aziendale come strutture complesse (vedi tabella 1). Al fine di favorire l'effettiva omogeneità nel territorio dei percorsi assistenziali, il consolidamento della committenza e l'integrazione tra le aree è istituito il Dipartimento funzionale dei Distretti.

Le attività distrettuali sono erogate da unità operative proprie del distretto e da unità operative di altre strutture organizzative.

Le unità operative proprie del Distretto 1 sono organizzate nell'Atto Aziendale in strutture complesse, mentre per gli altri distretti non risultano individuate strutture complesse (vedi tabelle 2 – 6).

PROGRAMMAZIONE 2010

L'atto aziendale istituisce Il Dipartimento di Coordinamento dei Distretti che si configura come dipartimento funzionale. Il Dipartimento svolge, oltre alle funzioni proprie del dipartimento funzionale, le seguenti funzioni specifiche:

1. *favorisce il coordinamento e integrazione dei percorsi assistenziali;*
2. *favorisce il consolidamento della committenza.*

Le attività di *coordinamento e integrazione* riguardano tutte le aree di attività distrettuali sia gestite direttamente che gestite nei distretti da altri dipartimenti strutturali e funzionali. In maniera particolare il Dipartimento provvede alla definizione di:

- *percorsi assistenziali omogenei* nella erogazione delle prestazioni ambulatoriali di assistenza specialistica e loro integrazione con i percorsi di cura gestiti dai MMG;
- *percorsi di integrazione territorio-ospedale* per una continuità di cura sia nel momento della dimissione che nella presa in carico congiunta nell'ambito di percorsi diagnostico-terapeutici legati a particolari patologie;
- *percorsi di integrazione sociosanitaria* per quanto riguarda le attività connesse alla presa in carico globale della persona nei PUA;
- *percorsi di omogeneizzazione* tra le attività prodotte in maniera diretta dalle strutture dei distretti e le attività di erogazione da parte dei soggetti privati accreditati, al fine di definire i livelli qualitativi delle prestazioni e di verificare e standardizzare la qualità dei servizi e delle prestazioni rese dalle unità operative distrettuali.

Le attività di *consolidamento della committenza* riguardano tutte le attività di produzione, erogazione, verifica e rendicontazione (compresi i debiti informativi) che derivano dalle attività dei singoli distretti al fine di garantire uniformità e equilibrio tra funzioni di committenza e di produzione.

Il Dipartimento provvede a :

- definire le *modalità di raccolta*, in maniera omogenea nei distretti, di tutte le informazioni e i dati di produzione-erogazione al fine della redazione della Relazione Consuntiva di Attività dei Distretti e di formulazione del Piano Preventivo delle Attività Distrettuali, garantendo il consolidamento di questi documenti a livello aziendale;
- raccogliere i *bisogni formativi* dei singoli distretti al fine di formulare il Piano di formazione del Dipartimento;
- raccogliere le informazioni utili alla formulazione e assegnazione degli *obiettivi di budget* a ogni singolo distretto;
- raccogliere le informazioni da ogni singolo distretto per adempiere ai *debiti informativi* aziendali sull'Assistenza Distrettuale.

Il Direttore del Dipartimento di coordinamento dei distretti svolge le funzioni e i compiti previsti per i dipartimenti funzionali.

Integrazione Distretti-Dipartimenti

Il Distretto rappresenta l'articolazione della ASL in cui si realizza il livello di integrazione complessa delle attività sociosanitarie in favore della popolazione che ne rappresenta il bacino di utenza. Esso pone al centro della propria attività il cittadino/utente garantendogli l'unitarietà e la globalità degli interventi e la continuità di cura.

Mentre ciò è facilmente realizzabile per gli ambiti di intervento sanitario e sociosanitario strutturalmente assegnati ai distretti, lo stesso non si può affermare per gli ambiti di attività allocati nel distretto ma assegnati strutturalmente ai dipartimenti aziendali. Le attività di questi ultimi risultano insufficientemente integrate con quelle degli altri servizi e attività del distretto. Perché le direzioni distrettuali possano assolvere adeguatamente al mandato di governo sanitario ed integrazione sociosanitaria territoriale complessiva, anche in relazione ai doveri di informazione, condivisione e risposta nei confronti delle amministrazioni locali e degli altri soggetti che nella comunità locale collaborano per il conseguimento dei risultati di salute condivisi, è necessario definire il rapporto tra Distretti e Dipartimenti, regolamentandone le interazioni.

L'Atto Aziendale fornisce qualche indicazione al riguardo, che non appare comunque risolutiva. Onde assicurare un livello di collaborazione rispondente alle necessità dei distretti, si ritiene che la quota del budget distrettuale dei dipartimenti sia negoziata dal Direttore del Dipartimento con il Direttore Generale d'intesa con i Direttori dei Distretti Sociosanitari.

E' necessario, inoltre, regolamentare gli ambiti di interazione/collaborazione fra Distretti e Dipartimenti nell'attività di routine, definendo e formalizzando linee operative ordinarie, e diversificando anche tra i dipartimenti rivolti prevalentemente al cittadino e quelli (come il Dipartimento della prevenzione) rivolti preferenzialmente alla collettività.

Gli ambiti di integrazione andrebbero considerati a vari livelli: quello delle strutture fisiche, del personale, dei servizi, dei programmi e degli interventi.

L'adeguato svolgimento delle funzioni di governo complessivo e di rappresentatività sociosanitaria del distretto rende indispensabile la definizione degli ambiti di integrazione e delle modalità, prevedendo anche l'assegnazione di livelli di responsabilità sulle articolazioni distrettuali dei dipartimenti.

Distretto 1 "Cagliari area vasta"

Nel corso dell'anno 2009 ha trovato compimento il percorso di riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale avviato con la presentazione del Piano Strategico Aziendale per il triennio 2006-2008 sul versante degli interventi sociosanitari per la non autosufficienza che, ha interessato l'area della Riabilitazione globale sanitaria e sociosanitaria, le Cure Domiciliari Integrate, l'Assistenza Territoriale Residenziale in RSA e nei Centri Diurni Integrati. Per tutto ciò si è reso indispensabile un lungo lavoro di riorganizzazione delle attività distrettuali connesse con queste aree attraverso l' istituzione dei Punti Unici di Accesso e delle Unità di Valutazione Territoriale al fine di rendere operativa la presa in carico integrata dei bisogni complessi delle persone anziane e/o non autosufficienti.

L'implementazione di questo modello di assistenza volto a superare il vecchio modello assistenziale ha portato al riequilibrio degli investimenti oltre che in termini di volumi attività anche in termini d spesa all'interno dell'intero sistema sociosanitario territoriale (Budget sociosanitario). Tali azioni hanno determinato un contenimento dei volumi di attività e dei relativi costi riferiti all'area della Riabilitazione globale e un incremento degli stessi rispetto alle aree della Residenzialità territoriale (RS e CDI)) e delle cure Domiciliari Integrate.

In quest'ottica sono state definitivamente messe in campo tre nuove RSA di proprietà dell'Azienda situate a Sestu, Selargius e Capoterra, anche se nel 2008 solo quella di Sestu è stata avviata a pieno regime mentre quella di Capoterra è stata avviata nel corso dell'anno 2009 al 50% dei posti letto e quella di Selargius sarà avviata nel corso dell'anno 2010.

Per l'anno 2010 l'Azienda intende curare il potenziamento dei seguenti interventi:

- la messa a regime del Punto Unico di Accesso in ogni Distretto Sociosanitario con le attività di presa in carico delle persone e delle famiglie a partire dalla Valutazione Multidimensionale da parte delle Unità di Valutazione Territoriale istituite in ogni PUA;
- implementazione dei progetti personalizzati basati sui modelli di valutazione multidimensionale informatizzata rivolti a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
- ulteriore potenziamento delle Cure Domiciliari e delle Cure Domiciliari Integrate onde permettere la permanenza nel proprio domicilio delle persone "fragili";
- potenziamento delle attività residenziali territoriali in RSA con connotazione di struttura sociosanitaria intermedia dove la persona viene accolta per un periodo limitato in vista del "ritorno a casa e apertura di tutte le RSA di proprietà dell'Azienda ;
- implementazione delle attività di Hospice in strutture dell'Azienda (RSA) per l'assistenza nella fase terminale della malattia cronica degenerativa, cure palliative e terapia del dolore.

Le Cure Domiciliari Integrate

Riguardo alle Cure Domiciliari Integrate si intende consolidare la riorganizzazione già avviata e in particolare, per l'assistenza alle persone dimesse dalle strutture ospedaliere, proseguire la collaborazione tra i medici della Continuità Assistenziale e quelli delle Unità operative distrettuali per le Cure domiciliari che vede il coinvolgimento anche delle Unità operative di Anestesia, di Rianimazione e di Terapia intensiva. Questa profonda rielaborazione non solo organizzativa, ma anche culturale, è in grado di migliorare la qualità di vita delle persone affette da patologie anche molto gravi assistendole nel proprio domicilio. Favorire il mantenimento delle capacità residue, fornendo ausili e apparecchiature in grado di rendere meno gravoso il carico dell'assistenza rappresenta infatti uno degli obiettivi prioritari per garantire risposte appropriate alla complessità dei bisogni di salute emergenti.

I costi che si andranno a sostenere nel corso dell'anno 2010 saranno di **€ 7.183.341,00** riferiti all'affidamento in gestione a terzi delle attività assistenziali e di cura.

L'Assistenza Riabilitativa

La funzionalità di una rete di strutture e tipologie di prestazioni che consentano alle persone con disabilità di usufruire del migliore percorso riabilitativo rispetto alle sue necessità è fondamentale per questa Azienda che garantisce questo livello di assistenza per il 95% circa con strutture private accreditate. Per questo nell'arco dell'anno 2010 si lavorerà soprattutto sul versante dei rapporti con i soggetti erogatori privati per condividere il modello dell'assistenza riabilitativa globale in maniera omogenea in tutto il territorio della ASL al fine di rendere sempre più appropriati i loro interventi. La riqualificazione dell'offerta si concentrerà quindi da una parte sul mantenimento e rafforzamento delle strutture di riabilitazione direttamente gestite dall'Azienda e dall'altro sulla regolamentazione contrattuale con i soggetti privati accreditati.

Le azioni riguarderanno :

- integrazione delle attività di riabilitazione territoriale con le attività nei P.O. pubblici e privati per ottimizzare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni dopo la dimissione;
- percorsi operativi condivisi in ambito distrettuale per consentire alle persone con disabilità di svolgere percorsi riabilitativi appropriati, continuativi e verificabili;
- momenti informativi e formativi integrati con i soggetti erogatori per l'aggiornamento e la crescita professionale degli operatori addetti alla riabilitazione;
- interventi per rendere la famiglia parte integrante del processo di recupero.

La riorganizzazione del sistema permetterà di razionalizzare i costi sopportati dall'azienda ottenendo un notevole contenimento delle spese da parte della ASL.

Nel corso dell'anno 2010 si propone il mantenimento dei volumi attività e tetti di spesa così come risultanti dalla proiezione annuale riferita all'attività realizzata fino al mese di settembre 2009 pari a :439.153 volumi di attività e pari a **€ 21.697.000,00** tetti di spesa.

Assistenza residenziale e diurna sociosanitaria Territoriale

Le RSA e i CDI operanti nel territorio dell'Azienda hanno concorso alla realizzazione del sistema organico della rete dei servizi sociosanitari, nel territorio della Provincia di Cagliari, in favore delle persone anziane e dei soggetti adulti non autosufficienti e delle loro famiglie, in grado di rispondere ai loro specifici bisogni e di contrastare il ricorso improprio all'ospedalizzazione. Le RSA e CDI svolgono ormai il ruolo di strutture territoriali residenziali di Cura Intermedia tra l'ospedale e il domicilio finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie assistenziali di recupero funzionale e di inserimento sociale, ma anche di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale, a persone con malattie croniche o con patologie invalidanti, non autosufficienti e non assistibili a domicilio per motivi sanitari e/o sociali, che pur tuttavia non necessitano di ricovero in strutture ospedaliere o di riabilitazione globale.

Per l'annualità 2010 si prevede di avviare a pieno regime tutte e tre le RSA di proprietà della Azienda per un numero di posti letto pari a 240 e che comporterà un impegno di costi pari a **€ 7.406.770,00.**

La committenza con le altre RSA accreditate si limiterà al mantenimento dei volumi attività e tetti di spesa così come risultanti dalla proiezione annuale, riferita all'attività realizzata fino al mese di settembre 2009, pari a **€ 7.388.598,00.**

Distretto 2 "Area Ovest"

L'ambito territoriale del Distretto 2 Area Ovest comprende 16 Comuni raggruppabili in tre Aree omogenee:

- AREA COSTIERA a cui appartengono i Comuni (Capoterra, Sarroch, Pula, Villa San Pietro, Domus de Maria, Teulada), con prioritaria vocazione agro-pastorale, salvo Pula che solo di recente ha valorizzato la sua vocazione turistica, e Sarroch che ha convertito la sua originale vocazione agro-pastorale in dipendenza dall' industria.
- AREA SULL'ASSE FERROVIARIO:(Villasor, Uta, Siliqua, Decimomannu, Assemini, Elmas) che ha vissuto fenomeni di crescita molto rapida,dovuta alla migrazione dalla città verso i centri dell'interland, dove sopratutto si distinguono Assemini e Capoterra che, da soli ospitano oltre il40% della popolazione dell'ambito;
- AREA INTERNA RURALE: (S.Sperate,Vallermosa Villaspeciosa Decimoputzu) che vive consistenti problemi di isolamento e mantiene la propria tradizione di comunità rurale.

L'economia si basa rispettivamente sull'attività industriale nell'area di Sarroch, Capoterra, Assemini, Uta, Elmas; sull'attività agricola nell'entroterra produttivo fino a Teulada; sull'attività turistica nell'area costiera.

L'area risulta essere la zona più popolata della Provincia di Cagliari, dopo quella urbana di Cagliari.

Nel Distretto 2 Cagliari Ovest, la distribuzione della popolazione risulta come la massima e prevalente concentrazione nei comuni di Assemini e Capoterra che presentano una dimensione di tipo urbano, sopra i 20.000 abitanti; gli altri centri abitati mantengono la struttura raccolta della piccola comunità come Domus de Maria, Vallermosa, Villaspeciosa, Villa San Pietro e che non sempre raggiungono i 2.000 abitanti.

La popolazione è in crescita in quasi tutto l'ambito (vedi tabella1).

La classificazione della popolazione per fascia d'età è rappresentata nella tabella2.

Il livello di istruzione della popolazione è sensibilmente inferiore rispetto agli altri ambiti dell'area di Cagliari (vedi tabella3)

STATO DI SALUTE -PROFILO SANITARIO

I dati di mortalità generale riguardanti il periodo 1997/2001 evidenziano un andamento sulla mortalità della popolazione di questo ambito in linea con quello regionale e provinciale; è interessante rilevare come, negli anni considerati, la Regione Sardegna presenta tassi di mortalità mediamente inferiori rispetto al dato nazionale e pari all'87 per mille, contro quello nazionale del 98 per mille.

Nello specifico il tasso di mortalità generale per la provincia di Cagliari (74.7) è più basso rispetto a quello regionale (87.0) e quello del Distretto 2 ha valori ancora più bassi anche a quello provinciale,

come evidenzia la tabella4. Pertanto nel Distretto 2 si muore di meno rispetto al complesso della provincia di Cagliari e della Regione Sardegna oltre che rispetto al resto d'Italia.
Si muore principalmente per malattie del sistema cardiocircolatorio, per tumori, per malattie dell'apparato respiratorio, per traumatismi e avvelenamenti, per malattie infettive (comprensivo del dato relativo all'AIDS) e per malattie dell'apparato digerente.
Queste principali cause di morte rispecchiano i dati nazionali, regionali e provinciali per entrambi i sessi, ma con alcune specificità (vedi tabella5).

Il confronto con i dati provinciali dei tassi standardizzati, di mortalità per 10.000 abitanti, e per causa, denota una notevole prevalenza delle cause di morte per tumore e per patologie del sistema circolatorio in entrambe i sessi ma con diverse differenze tra i due sessi; infatti mentre in provincia prevalgono le morti per malattie del sistema circolatorio sia nel sesso maschile sia in quello femminile, nel Distretto c'è una frequenza di causa di morte per tumori nel sesso maschile rispetto al sesso femminile, per il quale prevalgono le cause di morte riferite a patologie del sistema circolatorio; gli uomini del Distretto muoiono di più per tumori.
Le morti per traumatismi e avvelenamenti sono più frequenti tra gli uomini rispetto alle donne; 6.61 uomini contro 3.01 donne; si potrebbe ipotizzare che gli uomini muoiono per incidenti sul lavoro più delle donne, o per incidenti stradali o per overdose (vedi tabella6).
L'osservazione delle principali cause di morte per fasce d'età evidenzia che nella fascia 0-14 prevalgono le malattie dell'apparato digerente in entrambi i sessi, nella fascia 15-29 prevalgono i traumatismi e gli avvelenamenti con netta prevalenza del sesso maschile (suicidi ?); nella fascia 30-44 comincia a strutturarsi una prevalenza diversa tra i due sessi; nei maschi la prima causa di morte è rappresentata dai traumatismi e avvelenamenti (incidenti sul lavoro e automobilistici, overdose, suicidi ? …) e la seconda dalle malattie infettive (AIDS), mentre nel sesso femminile la prima causa di morte in questa fascia di età è rappresentata dai tumori; i traumatismi e gli avvelenamenti si insediano al secondo posto. Nella fascia 45-59 si comincia a riposizionare un andamento in linea con le osservazioni generali espresse sopra.
Nella fascia 60-70 anni si assesta l'andamento generale espresso prima. Concludendo si può riassumere che nella popolazione tra i 15 ed i 44 anni, la prima causa di morte sono i traumatismi e gli avvelenamenti, nella popolazione tra i 45 ed i 74 anni prevalgono le cause di morte per tumori mentre dopo i 74 anni le cause di morte per malattie cardiovascolari.

L'elaborazione delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) riguardanti i ricoveri ordinari dell'anno 2004 presso la ASL 8 di Cagliari e relative a cittadini residenti, sono riportate nella tabella7: tumori 1443; tumori mammella 84; tumori polmone 95; disturbi circolatori encefalo 328; cardiopatia

ischemica 402; bronchite asmatica 292; diabete 139 – su un totale di ricoveri ordinari osservati pari a 2783.

Questi dati, confrontati con quelli di mortalità suesposti sembrano rispecchiare le stesse tendenze delle diverse cause di morte per patologia in relazione alle diverse incidenze di morbosità, ossia sembrerebbe che in questo Distretto ci si ammali delle stesse patologie per le quali si muore.

Tab. 7

AMBITO OVEST ex-Usl 20	Elaborazione schede SDO (RO) - Anno 2004		
Patologie	Ricoveri ordinari osservati	Ricoveri ordinari attesi	SRP
TUMORI	1.443	1.454	99,3
TUMORI MAMMELLA	84	84	100,0
TUMORI POLMONI	95	91	104,9
DISTURBI CIRCOLATORI ENCEFALO	328	353	92,88
CARDIOPATIA ISCHEMICA	402	425	94,5
BRONCHITE ASMATICA	292	319	91,6
DIABETE	139	132	105,1
Totale	2.783	2.858	

AREA ANZIANI E PERSONE CON DISABILITÁ

Riguardo alle persone con disabilità, dai dati di frequenza delle persone assistite presso i centri di riabilitazione globale dell'ASL 8 nell'anno 2005 risulta che la popolazione del Distretto 2 area Ovest accede ai servizi di riabilitazione per il 21 % rispetto al totale dell'ASL di Cagliari. Questo dato merita di essere confrontato con altri dati in relazione all'offerta complessiva, all'accessibilità alle patologie e ai risultati di salute attesi.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

I pazienti seguiti nell'anno 2005 nell'assistenza domiciliare integrata sono stati 113 a fronte dei 409 seguiti nel 2009.L'assistenza domiciliare integrata si identifica quale alternativa all'ospedalizzazione per il paziente attraverso un sistema di offerta assistenziale appropriato e rispettoso dell' individuo nella sua globalità.

PROGRAMMAZIONE 2010

Il presente documento di programmazione sanitaria pensato per questo Distretto prevede, per un verso l'erogazione di prestazioni sanitarie alternative al ricovero improprio, sempre più qualificate e

rispondenti alle reali necessità del paziente, e nel contempo l' implementazione dell'offerta dei servizi. Tenuto conto delle peculiarità del territorio che vede due aree geografiche, una costiera e una interna, tale implementazione individua due poli sanitari, uno nel Comune di Pula e l'altro nel Comune di Decimomannu, quest'ultimo collegato alla sede del Distretto nel Comune di Assemini di prossima apertura.

Distretto 3 "Quartu-Parteolla"

L'estensione totale del territorio dell'ambito è di circa 881 Kmq e si estende nella parte sud orientale della Sardegna. Morfologicamente si possono distinguere tre grandi zone: montana, collinare e costiera. Sono presenti aree di interesse naturalistico e ambientale come il sistema montano dei "Sette Fratelli", lo Stagno di "Molentargius" e la fascia costiera ad intensa vocazione turistica. La distanza fra gli otto centri è compresa fra 2 e 10 Km, fatta eccezione per i comuni di Burcei, Donori, collocati perifericamente rispetto al territorio dell'ambito, così come rispetto a Cagliari. Benché il raggio del territorio non superi i quaranta chilometri, gli spostamenti presentano degli aspetti di criticità determinati dalla scarsità ed inadeguatezza delle vie di comunicazione, rendendo difficoltoso anche il collegamento fra paesi vicini. Inoltre, anche la rete di trasporti pubblici risulta insufficiente al soddisfacimento delle nuove e accresciute esigenze della popolazione. Ciò condiziona e limita l'accesso ai Servizi decentrati ed esterni all'ambito territoriale, ma anche a quelli che insistono più direttamente sul territorio (poliambulatori di Dolianova, Quartu S. Elena e Sinnai). Il sistema socio-economico del distretto, che in passato si basava essenzialmente su attività agro pastorali e artigianali, a seguito degli effetti indotti dallo sviluppo di attività industriali e commerciali fiorite nell'hinterland cagliaritano, è andato modificandosi e indirizzandosi prevalentemente verso tali settori. In particolare è aumentata l'attività delle piccole e medie aziende impegnate nel settore agricolo e pastorale con un conseguente incremento delle attività volte alla commercializzazione dei prodotti. Anche il settore edilizio ha avuto una notevole espansione che ha coinvolto indistintamente tutti i Comuni dell'ambito. Il turismo della fascia costiera, con le sue attività correlate, costituisce il volano anche per la valorizzazione, lo sviluppo e la crescita di quello delle aree interne, le quali a loro volta, proponendo un ricco patrimonio storico-culturale, religioso e enogastronomico, ampliano ed estendono la stagione turistica locale, assumendo un peso determinante sul buon andamento dell'economia dell'ambito. Un settore che si è sviluppato in maniera diversificata in tutti i Comuni è quello che abbraccia presumibilmente le attività del terziario. In particolare, per questo aspetto si distingue la città di Quartu S. Elena in cui l'economia risulta variegata e composita, favorita dalla sua estrema vicinanza al capoluogo, pur conservando la filiera artigianale e artistica. Attualmente si evidenzia una situazione di disagio economico della popolazione del distretto in linea con quanto riferibile alla situazione regionale. L'inadeguatezza dei redditi medi pro capite percepiti e la disoccupazione maschile e femminile, sono fattori che incidono negativamente sullo sviluppo del territorio.

Il profilo sanitario, i bisogni e l'offerta di l'assistenza

Il profilo di mortalità della comunità residente nel distretto si sovrappone con quello più ampio relativo alla popolazione residente nel territorio aziendale. E' dunque prevalente la mortalità per

malattie del sistema circolatorio e per tumori sia nella popolazione maschile che in quella femminile. Le altre cause sono in ordine di decessi, per malattie dell'apparato respiratorio, malattie infettive (comprensivo del dato relativo all'AIDS), malattie dell'apparato digerente, traumatismi e avvelenamenti.

Il ricorso all'ospedalizzazione è inferiore a quello medio aziendale sia in termini di RO che di accessi al DH con un indice di complessità tra i più bassi. La morbosità ospedalizzata espressa in termini di MDC (con esclusione della gravidanza e puerperio) vede in ordine di grandezza malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo , dell'apparato digerente, cardiocircolatorio, malattie e disturbi dell'occhio, del sistema nervoso, malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate, malattie e disturbi dell'apparato respiratorio, della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella, malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile, del rene e delle vie urinarie.

Nell'ambito distrettuale sono presenti tutti i servizi sanitari previsti dall'atto aziendale, con una diversa distribuzione della rete di offerta. Nella città di Quartu S.E si concentra la maggiore parte dei presidi (sedi di via Turati 4/c e d, viale Colombo, via Caserma) .

Esistono, inoltre, presidi sanitari dislocati nel territorio:

- Dolianova e Sinnai sono sedi di poliambulatori in cui vengono erogate prestazioni specialistiche.e attività di Consultori familiari, con presenza di ambulatori del Servizio di Igiene Pubblica, del Servizio Veterinario; del Centro di Salute Mentale ed Uffici amministrativi .

Per quanto riguarda il presidio di Burcei l'offerta dei servizi è meno articolata per specialità e prestazioni.

Il privato accreditato è presente con strutture sia sanitarie che sociosanitarie concentrate prevalentemente nell'area di QSE e diversificata per livelli di assistenza: case di cura, studi professionali, centri di riabilitazione, RSA (in località Flumini di Quartu S.E. esiste una R.S.A. e C.D.I. in regime contrattuale con l'Azienda) , CDI, Case protette.

Il quadro dell' offerta assistenziale distrettuale va inserito nel contesto più ampio del sistema di offerta azienda anche in considerazioni delle dinamiche complessive in atto. La vicinanza al centro urbano di Cagliari e la pendolarità per motivazioni legate allo studio/lavoro spiegano il consumo di prestazioni specialistiche da parte dei cittadini residenti nel distretto in altre strutture aziendali. L'attuale produzione distrettuale soddisfa circa il 43% della domanda espressa dai residenti che si rivolgono alle strutture aziendali. Rispetto al totale della produzione interna aziendale, è in grado di soddisfare quote di domanda per branca attivata che variano tra il 20% ed il 70% circa con estremi inferiori e superiori pari al 3% circa ed all'85%.

PROGRAMMAZIONE 2010

La transizione della struttura organizzativa del distretto da un modello di tipo funzionale a quello divisionale/strutturale misto (con compresenza di Dipartimentali strutturali per alcune specialità - Prevenzione, Salute mentale, Dipendenze, Farmaco) configurato dall'atto aziendale (che conferma di fatto l'articolazione territoriale "storica") rappresenta il principale fattore generativo di criticità.

La criticità evidenziata si riflette sui rapporti con i Dipartimenti territoriali. La presenza di UO dei Dipartimenti all'interno delle sedi distrettuali, rappresenta un limite allo sviluppo delle attività (sul totale del personale che opera nel territorio del distretto il 40% circa non è assegnato al distretto ed presente soprattutto nella sede di via Turati). Sul versante dei rapporti con le strutture aziendali di supporto logistico e tecnico, sono presenti difficoltà che pongono spesso le diverse UUOO distrettuali in situazioni critiche.

Prospettive di miglioramento vanno ricercate nello sviluppo di meccanismi (sviluppando il ruolo di committenza interna) che tengano conto delle responsabilità formali in capo alle strutture, delle diverse specificità tecnico-professionali, e siano indirizzati a fornire risposte assistenziali con un contenuto di flessibilità e personalizzazione certamente superiore all'attuale (es campagna di screening, etc..).

Progetti specifici in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione :

ad integrazione del piano operativo del "Programma di screening dei tumori della mammella, la fase di avvio è prevista presso la sede del Distretto- poliambulatorio di v.le Colombo Quartu S. Elena che coinvolgerà la popolazione femminile residente nei comuni del Distretto di età compresa tra 50 e 69 anni (13.180 in due anni) secondo le modalità individuate nella proposta integrativa.

Distretto 4 "Sarrabus-Gerrei"

Il Distretto Sociosanitario 4 Sarrabus/Gerrei comprende il territorio della provincia di Cagliari posto ai confini tra la provincia di Cagliari e l'Ogliastra. A quest'ambito territoriale appartengono i seguenti Comuni: Armungia, Ballao, Castiadas, Muravera, San Nicolò Gerrei, San Vito, Silius, Villaputzu, Villasalto e Villasimius. L'intero territorio, si estende per circa 1140,36 Kmq, è caratterizzato dal punto di vista morfologico da colline e montagne ed ospita nel suo complesso circa 20.500 abitanti con una densità demografica di circa 18 abitanti per kmq, inferiore alla media regionale già di per sé bassa, rispetto al resto d'Italia. All'interno dell'Ambito 4 possono essere individuate due aree: **Area del Sarrabus** e **Area del Gerrei**, le quali presentano una serie d'analogie e disomogeneità relative sia alla struttura del territorio che alle caratteristiche socio-economiche. Nel Gerrei i centri urbani sono di piccola dimensione e distribuiti a maglia rada, nel Sarrabus risultano prevalentemente concentrati nella foce del Flumendosa e hanno una densità di popolazione più alta.
Altri dati a conferma della disomogeneità delle due aree sono: le caratteristiche geomorfologiche, le risorse disponibili e le differenti capacità di sviluppo socio economico. Peculiarità problematiche di entrambe le aree di questo territorio sono la scarsa accessibilità, la viabilità tortuosa e la insufficienza, se non assenza, della rete di trasporto pubblico non solo tra le due aree, ma anche all'interno di ciascuna area. Il fattore occupazionale è l'elemento determinante che porta allo spopolamento del territorio.
Dall'analisi della popolazione emerge, in linea con la tendenza nazionale, l'elevata percentuale di "**popolazione anziana",** in cui peraltro è notevole la presenza di soggetti a rischio di esclusione ed emarginazione sociale. In definitiva, è inevitabile, in questo territorio caratterizzato dall'isolamento e fortemente deprivato dal punto di vista economico e socio-culturale, sottolineare la presenza di un malessere sommerso e diffuso che genera situazioni problematiche di disagio psico-sociale.

Possono essere individuati due raggruppamenti o aree abbastanza omogenee:

- *Area costiera* (Muravera, Villaputzu, Castiadas, Villasimius,San Vito)
- *Area interna rurale* (Ballao, Armungia, Silius, San Nicolò Gerrei, Villasalto)

Tendenze epidemiologiche

I dati di mortalità generale , evidenziano un andamento sulla mortalità della popolazione di questo Distretto in linea con quello regionale e provinciale: si muore principalmente per *malattie del sistema circolatorio,* per *tumori,* per *malattie dell'apparato respiratorio,* per *traumatismi e avvelenamenti,* per *malattie infettive (comprensivo del dato relativo all'AIDS),* per *malattie dell'apparato digerente*: queste principali cause di morte rispecchiano i dati nazionali, regionali e provinciali per entrambi i sessi, ma con alcune specificità d'ambito

Distretto 4 SARRABUS/GERREI *Attività di ricovero* *ANNO 2008*	
Dati	Distretto Sarrabus/Gerrei
Ric ordinari	3760
Ric DH/DS	1511
Totale ricoveri	**5271**
Indicatori	
Gg degenza RO	29173
Accessi DH/DS	3543
Degenza media RO	7,8
Peso medio tot	1,1

Indici di fuga					
Distretto	***Asl Cagliari***	***Extraregione***	***Intraregione***	***Totale***	***Ind fuga***
D4 Sarrabus/Gerrei	3727	223	1324	5274	29,3

La difficile situazione economica del territorio si ripercuote direttamente ed inevitabilmente sui **livelli di vita** di ciascuna comunità, ostacolando così il processo di crescita sociale dei cittadini.

Le criticità e le situazioni di disagio del territorio che si ritiene utile indicare vengono di seguito brevemente esaminate al fine di programmare degli interventi mirati per garantire l'appropriatezza dei servizi erogati.

Area disabili: nel territorio si evidenziano, anche se con significative differenze tra i diversi Comuni, numerose situazioni di handicap fisico e, soprattutto, psichico.

Si tratta di soggetti fortemente esposti ad alti rischi di esclusione sociale, grave indigenza e carenza di relazioni sociali, soprattutto in assenza di figure parentali di riferimento. Ciò comporta condizioni di solitudine e auto - isolamento, perdita di interessi e motivazione all'utilizzo e potenziamento delle proprie capacità residue.

Area anziani: Tra gli anziani autosufficienti sono numerosi quelli che vivono soli, che non usufruiscono di prestazioni assistenziali di tipo domiciliare e che, tuttavia, risultano scarsamente integrati e partecipi alla vita comunitaria.

Si registra, soprattutto, un costante aumento di anziani affetti da patologie legate al processo d'invecchiamento che necessitano di assistenza socio sanitaria continua.

È inoltre significativo rilevare come negli anni sia notevolmente aumentata la percentuale di famiglie monoparentali.

Tutti i Comuni devono far fronte alle continue richieste avanzate dagli appartenenti alla terza età che vanno dall'assistenza materiale e quotidiana al sostegno psicologico.

In ciascun territorio comunale è attivo il servizio di assistenza domiciliare che svolge un ruolo primario nell'ambito delle politiche sociali e assorbe gran parte delle risorse finanziarie stanziate dai Comuni.

Infine, è importante rilevare come nel tessuto sociale delle nostre comunità siano venuti a mancare quegli elementi di solidarietà e integrazione che fino ad alcuni anni fa avevano scongiurato condizioni di emarginazione, di isolamento e di esclusione sociale. I centri e le strutture socio-assistenziali più vicini ai paesi del circondario sono peraltro ubicati in territori non facilmente raggiungibili per lontananza chilometrica e tortuosità delle strade. L'unica struttura esistente nell'Ambito, che fornisca assistenza agli anziani, si trova nel Comune di Villasalto la quale, può accogliere esclusivamente persone autosufficienti.

CRITICITA': occorre definire meglio le competenze amministrative di ogni singolo Distretto.

In questo Distretto è evidente la carenza di personale amministrativo derivante dal fatto che ha avuto la sua autonomia solo da Marzo 2009, ciò comporta anche una scarsa conoscenza delle procedure di tipo amministrativo necessarie per la gestione stessa di una struttura complessa.

problemi di logistica:

- a Muravera: in seguito alla suddivisione del Poliambulatorio di Muravera si è appesantita l'attività lavorativa con la necessità di presidiare due strutture.
- A Villasimius:occorre potenziare il Poliambulatorio: l'edificio non è adeguato per l'incremento delle attività specialistiche che si prefigge di attuare. Come richiesto anche dal Comune che evidenzia la necessità di erogare i servizi sanitari sopratutto nel periodo estivo per l'elevata presenza di turisti.

PROGRAMMAZIONE 2010

Dal punto di vista organizzativo da luglio ad oggi il Distretto è stato strutturato funzionalmente sulla base di individuazione di Linee Operative attribuite a dei referenti individuati con atti gestionali: determinazioni e disposizioni di servizio (attribuzioni di competenza rientranti nell'ambito della categoria di pertinenza di ciascun dipendente interessato).

La riorganizzazione del Distretto e i tavoli di incontro effettuati da Giugno ad oggi con gli enti e gli operatori coinvolti nei servizi sociali e sanitari hanno fatto constatare la necessità di valorizzare i servizi offerti attraverso la raccolta e la circolazione delle informazioni relative. Si procederà alla

predisposizione di uno strumento quale: la Carta dei Servizi ed il Portale Internet che daranno la possibilità all'utenza di orientarsi nella ricerca dei servizi più appropriati sia sanitari che sociosanitari.

PRIORITA':

- unificare la struttura del Poliambulatorio nell'edificio in via Cinus a Muravera in cui dovrà avere la sede centrale il Distretto. Per questo obiettivo si è in attesa del trasferimento del CSM nei nuovi locali messi a disposizione dal Comune di Villaputzu.
- acquisto di nuovi arredi per il Distretto e per gli uffici amministrativi;
- CARTA DEI SERVIZI e PORTALE INTERNET
- Incremento attività Specialistica Ambulatoriale (si allega nota di richiesta);
- acquisto di attrezzature tecnologie ed elettromedicali necessarie per l'attività specialistica, ad esempio:
    - ECOGRAFO innovativo in grado di effettuare le Ecocardiografie;
    - ECODOPLER;
    - UROFLUSSOMETRO
- Ampliare l'edificio del Poliambulatorio di Villasimius;

Distretto 5 "Sarcidano, Barbagia di Seulo e Trexenta"

Area di Isili

L'ambito territoriale Sarcidano- Barbagia di Seulo è composto da 13 Comuni e si estende su una superficie di 681 Kmq (pari al 2,8% della superficie dell'Isola e al 14,95% della provincia di Cagliari).

L'ambito territoriale può essere suddiviso in due sub-aree: la Barbagia di Seulo che rappresenta la zona montana dell'ambito e il Sarcidano, più collinosa.

Tale distinzione geo-morfologica implica, nel settore delle comunicazione e dei trasporti, grosse carenze: strade strette, tortuose e poco agevoli collegano i vari paesi.

I mezzi di trasporto pubblici sono mal organizzati, si rilevano grossi disagi anche per i collegamenti brevi all'interno dell'ambito, con tempi di percorrenza di oltre un ora per raggiungere Isili dai Comuni più distanti (vedi Seulo). I collegamenti con Cagliari risultano ancora più disagevoli, occorrono mediamente, dai Comuni montani, circa due ore .

Il 16% della popolazione dell'Ambito risiede a Isili. Il Comune di Isili rappresenta il punto di riferimento per la popolazione dell'ambito territoriale, in quanto sede di diversi servizi: Distretto Sanitario, Presidio Ospedaliero, Scuole superiori secondarie (Liceo Scientifico con indirizzo linguistico, informatico e tradizionale, Istituto Tecnico per Ragionieri e Geometri, Uffici Finanziari, Comando dei Carabinieri, Casa di reclusione all'aperto, sezione staccata Amministrazione Provinciale, Centro per l'impiego, Comunità Montana, ERSAT, INPS, Ispettorato Agrario, Guardia di Finanza, Comando Forestale Vigilanza Ambientale, Giudice di Pace,Sistema Bibliotecario Integrato Territoriale, Impianti sportivi consortili.

Il territorio si caratterizza non solo per la presenza di centri urbani differenziati per dimensione, ma anche per una differente distribuzione per fasce d'età.

Dai dati forniti dall'Osservatorio per le Politiche Sociali della Provincia di Cagliari, su base ISTAT, sulla popolazione per classi di età, emerge che nell'ambito Sarcidano Barbagia di Seulo vi è una percentuale elevata di anziani ultrasessantacinquenni pari al 22,7% rispetto ad una media provinciale del 15,7%.

L'ambito vive un fenomeno di invecchiamento tipico delle zone rurali di periferia dovuto oltre che al calo delle nascite, allo spopolamento dei piccoli centri verso poli di attrazione quali l'hinterland cagliaritano, che offre maggiori opportunità di lavoro e di studio.

Il territorio si compone di 13 Comuni di dimensioni demografiche variabili.

L'assistenza sanitaria territoriale comprende le attività e le prestazioni di educazione sanitaria, di medicina preventiva, individuale, di diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello, di pronto intervento e le cure intermedie.

Nell' ambito della più generale assistenza sanitaria territoriale, un ruolo fondamentale è dato dall'area delle cure primarie, che rappresentano il primo contatto delle persone, della famiglia, e della comunità con il Servizio Sanitario Nazionale.

Attualmente nell'ambito territoriale Sarcidano Barbagia di Seulo sono garantiti i seguenti servizi:

Servizi di Medicina Generale Convenzionata e Pediatria di Libera Scelta;

Servizio di Continuità Assistenziale (Quattro punti di Guardia Medica);

Servizio di 118, con sede a Isili che garantisce il Servizio di emergenza;

Servizio Assistenza Infermieristica Domiciliare;

Servizio di Assistenza Farmaceutica che copre l'intero ambito territoriale;

Servizio di Specialistica, dislocato in tre Poliambulatori (Isili- Orroli- Sadali),

Servizio di Riabilitazione dislocato su due palestre (Orroli e Isili) a gestione diretta e 2 Centri convenzionati "F.K.T. Sarcidano" e "Centro Logos" ambedue con sede in Isili.

Servizio Dialisi.

Servizio di Diabetologia (Isili e Sadali);

Servizio di Oncologia.

Servizio di Igiene Pubblica.

Servizio Veterinario

Sono altresì presenti i Servizi Socio-Sanitari:

-Consultorio

-Centro di Salute Mentale;

-Neuropsichiatria infantile;

nello stesso ambito territoriale è presente il Presidio Ospedaliero "San Giuseppe Calasanzio", con attività di alta integrazione con il Distretto n. 5 sede di Isili.

PROGRAMMAZIONE 2010

Consolidare gli interventi a sostegno degli anziani autosufficienti e non e di coloro che necessitano di assistenza a domicilio, migliorando l'offerta dei servizi e degli interventi socio-sanitari in forma integrata qualitativamente e quantitativamente adeguati alla domanda espressa.

- Istituzione del servizio A.D.I. (assistenza domiciliare integrata);
- Avvio del P.U.A. (Punto unico di accesso);
- Istituzione centro TAO.

Infrastrutture e tecnologia

Occorre una rivisitazione generale presso gli ambulatori delle Guardie Mediche di Nurri e Escalaplano , per quanto riguarda impianti elettrici, di riscaldamento e idrici.

Area Trexenta

Fanno parte del Distretto 16 comuni: Barrali, Gesico, Goni, Guamaggiore Guasila Mandas Nuraminis Ortacesus, Pimentel, Samatzai, San Basilio, Sant'Andrea Frius, Selegas, Senorbì, Siurgus Donigala, Suelli, per un totale di 28000 abitanti.

Nonostante la popolazione totale 27840 abitanti (al 31/12/08) non sia sostanzialmente diminuita(-223 rispetto al dato 2004), la popolazione anziana è in continuo aumento.

I dati epidemiologici mettono inoltre in evidenza la crescente prevalenza delle malattie croniche e delle patologie invalidanti che abbinate all'andamento demografico anzidetto, portano a concludere che l'attuale sistema delle cure primarie è inadeguato e non in grado di far fronte alle future esigenze, dovute all'arrivo all'età anziana delle classi del boom demografico.

Da qui la necessità di rimodulare e ridimensionare i servizi tenendo conto dei dati demografici, di quelli epidemiologici (es. costruzione dei registri di patologia, stratificazione del rischio, richiamo programmato dei pazienti).

In quest'ottica la strategia del Distretto di Senorbì, nell'ambito delle possibilità offerte dal budget, è quella di indirizzare l'azione verso la medicina di iniziativa attraverso :

-la valutazione dei bisogni di salute della comunità ponendo particolare attenzione ai determinanti di salute(analisi dei bisogni della comunità e in particolare degli indicatori socioeconomici).

Particolare rilevanza dovrà essere data agli interventi di prevenzione (primaria e secondaria), a tal proposito rivestono particolare importanza i sistemi informativi, la creazione di database, le attività programmate screening, l'alfabetizzazione dei pazienti sulla presenza e sulle modalità d'accesso ai servizi, interventi attualmente carenti.

Altrettanta importanza dovrà essere data al coinvolgimento e la motivazione dei pazienti, l'attività di counseling individuale e di gruppo, mettendo a pieno frutto l'interazione con le risorse di comunità (es. associazionismo e volontariato).

Strutture

Fanno capo al Distretto le strutture sottoelencate:

-Poliambulatorio di Senorbì;

-Poliambulatorio di Mandas;

-Consultorio Familiare di Senorbì;

-Neuro Psichiatria Infantile di Senorbì,

-Guardia Medica di Guasila;

-Guardia Medica di Mandas;

-Guardia Medica di Nuraminis;

-Guardia Medica di Senorbì;

-118 Senorbì.

Oltre le strutture sopra menzionate sono presenti nel Distretto il Centro di Salute Mentale, il Centro Alcologico e la Farmacia Distrettuale che fanno capo ai Dipartimenti ai rispettivi Dipartimenti.

Il profilo demografico, sanitario, bisogni e l'offerta di assistenza

I dati demografici dimostrano un progressivo spopolamento del territorio e un altrettanto progressivo invecchiamento della popolazione con un elevato numero di individui anziani soli e con scarsa possibilità di essere accuditi in famiglia per assenza di figli.

Il profilo di salute che scaturisce dai dati di mortalità merita un accurato approfondimento per i dati relativi alla mortalità per traumatismi ed avvelenamenti riguardanti i due sessi, per patologie dell'apparato digerente, cardiocircolatorio e tumori limitatamente alle classi d'età più giovani di sesso maschile e per patologie del sistema cardiocircolatorio e respiratorio per i maschi di età più avanzata.

Da tali approfondimenti potrebbero derivare utili spunti per una corretta programmazione.

La inadeguatezza della rete viaria e dei collegamenti con mezzi di trasporto pubblici, abbinata alla quasi totale assenza delle strutture private accreditate, hanno comportato in questi anni la necessità di potenziare l'offerta di prestazioni specialistiche.

Tale potenziamento ha tenuto conto inoltre del fatto che visite e indagini diagnostiche strumentali eseguite tempestivamente possono portare all'individuazione di patologie in stadio iniziale e quindi a limitare la necessità di cure, di giornate di degenza e di riabilitazione.

Il notevole sviluppo dell'attività specialistica ambulatoriale nei Poliambulatori di Mandas e Senorbì, perseguito in questi anni ha portato ad accudire la gran parte della richiesta della popolazione residente, esercitando inoltre una forte funzione di richiamo per l'utenza dei Distretti Aziendali confinanti e per quella dell'Azienda ASL n°6 di Sanluri.

Nel Poliambulatorio di Senorbì risultano attive le seguenti Branche Specialistiche: Allergologia, Angiologia, Cardiologia dello Sport, Cardiologia, Chirurgia, Dermatologia, Diabetologia, Dietologia, Endocrinologia, Fisiatria, Geriatria,Ginecologia, Medicina dello Sport, Medicina del Lavoro, Nefrologia, Neurologia, Neuro Psichiatria Infantile, Oculistica, Odontoiatria, Oncologia Medica, Odontoiatria e Pedodonzia, O.R.L, Ortopedia, Pediatria, Pneumologia, Radiologia(Tradizionale, Ecografia, Mammografia), Reumatologia, Scienza dell'Alimentazione, Urologia, Centro di riabilitazione, Centro prelievi

Nel Poliambulatorio di Mandas risultano attive le seguenti Branche Specialistiche:

Cardiologia, Chirurgia, Dermatologia, Fisiatria, Ginecologia, Neurologia, Oculistica,O.R.L., Pediatria, Radiologia (Ecografia).

Le ore di attività Specialistica effettuate nel corso del 2008 state 27924.

Gli Specialisti operanti nei due Poliambulatori hanno sottoposto a visita oltre 30.000 pazienti, delle quali 1642 effettuate a domicilio del paziente.

Nel Distretto operano efficacemente in collaborazione con i servizi sociali dei comuni il P.U.A. e l'U.V.T, e il Servizio di Cure Domiciliari già attivo prima del passaggio del Distretto all'Azienda 8.

Nel corso del 2008 le Cure Domiciliari hanno preso in carico 93 pazienti, mentre 29 pazienti hanno usufruito di prestazioni occasionali, le ore di assistenza infermieristica effettuate per le cure di detti pazienti sono state 5916, quelle per l'assistenza riabilitativa 2017., per un totale di 7933 ore.

L'attività sociosanitaria svolta presso RSA è stata pari a 3039 giornate di degenza .

L'U.V.T. del Distretto ha effettuato nello stesso periodo 33 sedute a domicilio del paziente o presso P.O. o R.S.A..e 49 presso la sede di Senorbì

Nel corso delle suddette sedute sono stati inseriti in R.S.A 30 pazienti, che al fine di procedere alla proroga o dimissione dal trattamento sono stati sottoposti a nuova valutazione secondo la cadenza prevista nei rispettivi P.A.I; i Progetti Tornare a Casa esaminati sono stati 67, mentre 248 sono stati i casi esaminati per rinnovo o dimissione dai trattamenti ex art. 26 legge 833.

Nel Distretto vengono inoltre svolte le attività relative a:

assistenza protesica e ausili, assistenza integrativa e extra-tariffario, ricoveri extra regione, pratiche di riabilitazione globale ex art. 26 L.833, C.U.P. riscossione ticket, rilascio esenzioni ticket, richiesta tessere sanitarie, aggiornamento dell'anagrafe assistiti, cassa economale, ufficio personale, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta , 4 Punti Guardia di Continuità Assistenziale, 118.

L'ambito territoriale ricoperto dal Punto Guardia di Senorbì si presenta troppo vasto, tanto da creare non pochi problemi di tempestività d'intervento e meriterebbe pertanto una rivisitazione.

PROGRAMMAZIONE 2010

Il futuro del Distretto è senz'altro quello di una specializzazione del Poliambulatorio di Senorbì che dovrà offrire in tempi brevi e in sede distrettuale risposte alla domanda.

Tale sforzo dovrà essere finalizzato ad un più attivo coinvolgimento e collaborazione con Medici di Famiglia e a al consolidamento delle collaborazioni da tempo avviate con il P.O. di Isili (Chirurgia e Dialisi), che hanno condotto ad una significativa riduzione delle giornate di degenza.

In quest'ottica si inquadrano le richieste di dotazione strumentale portatile per la cardiologia(es. eco color doppler), che consentirà diagnosi più precise a domicilio dei pazienti non ambulabili e la conseguente riduzione dei ricoveri impropri per patologie cardiovascolari.

ASSISTENZA DIPARTIMENTALE

DIPARTIMENTO PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione, disciplinato dall'art. 7 del D.Lgs. 502/92, ha il compito fondamentale di fornire una risposta unitaria ed efficace alla tutela della salute collettiva, nella nostra ASL l'Atto Aziendale ha definito la sua articolazione nelle seguenti strutture:
Struttura Complessa Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione;
Struttura Complessa Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro;
Struttura Complessa Servizio Igiene e Sanità Pubblica;
Struttura Complessa Servizio Promozione della Salute;
Struttura Complessa Servizio veterinario Area "A";
Struttura Complessa Servizio veterinario Area "B";
Struttura Complessa Servizio veterinario Area "C";
Struttura Semplice Dipartimentale Salute e Ambiente;
Struttura Semplice Dipartimentale Medicina Legale.

Il Dipartimento di Prevenzione, come previsto nell'Atto Aziendale, ha visto la sua completa realizzazione nel corso del 2008 con l'istituzione delle nuove strutture complesse e semplici dipartimentali quali la SSD Medicina Legale, la SSD Salute e Ambiente e la Struttura Complessa Promozione della Salute; successivamente si è realizzata la transizione delle competenze e del relativo Personale inserite nell'ex Servizio di Igiene Urbanistica Edilizia verso il Servizio di igiene e Sanità Pubblica.

Nel 2010 sarà consolidata l'attività di integrazione dei Servizi che fanno capo al Dipartimento con l'obiettivo di garantire il rispetto dei piani programmatici della Azienda, attraverso l'apporto pluridiscliplinare degli stessi Servizi.

Il Dipartimento continuerà a garantire l'offerta integrata dei servizi e a favorire una azione sinergica e congiunta, al fine di giungere, dove richiesto, ad un prodotto unico conclusivo, capace di garantire una reale efficacia preventiva.

Il **Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione** svolge i compiti istituzionali previsti dalla normativa e dai regolamenti assicurando la tutela della salute attraverso il controllo igienico sanitario degli alimenti e delle bevande, ivi incluso il controllo delle acque destinate al consumo umano. In ottemperanza al piano regionale triennale realizza un programma di controllo ufficiale sul commercio ed impiego dei prodotti fitosanitari attraverso appositi sopralluoghi. Garantisce il sistema rapido di

allerta, la sorveglianza delle acque di laguna e produzione dei molluschi bivalvi ed il controllo dei cosmetici.

Particolare sviluppo verrà, inoltre, dato all'attività nella prevenzione delle intossicazioni ed alla vigilanza e controllo sul commercio dei funghi epigei. Tale attività verrà esercitata attraverso l'Ispettorato Micologico, organismo inserito all'interno del Servizio, nel quale opererà personale adeguatamente formato che offrirà consulenza specifica. Infine, proseguirà nell'impegno già avviato in ambito scolastico ed educativo secondo le direttive ed i progetti regionali e nazionali.

Il **Servizio Igiene e Sanità Pubblica,** oltre a garantire i compiti istituzionali previsti nell'ambito della profilassi delle malattie infettive, della medicina sportiva e della medicina scolastica, provvederà alla riorganizzazione delle proprie attività in riferimento all'acquisizione delle nuove competenze transitate dal Servizio di Igiene Edilizia ed Urbanistica. Provvederà inoltre ad assicurare la partecipazione ai nuovi progetti regionali relativi alla prevenzione dei traumi da traffico e domestici, la correzione degli stili di vita nocivi quali il consumo di alcol e tabacco.

Il **Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di lavoro**, oltre a garantire l'attività ispettiva, certificativa ed autorizzativa prevista dai compiti istituzionali assegnati, porrà particolare impegno nella verifica sull'applicazione della normativa nell'ambito della sicurezza negli ambienti di lavoro. Sarà dato particolare risalto alle indagini sulle malattie professionali, alle indagini sugli infortuni e all' attuazione del Piano Regionale di Prevenzione in Edilizia come anche la tutela della salute dei lavoratori dal rischio relativo alla presenza di amianto. Infine parteciperà all'attività integrata tra i Servizi del Dipartimento di Prevenzione ed assicurerà la partecipazione tecnico professionale richiesta da altri soggetti istituzionali che ne faranno richiesta.

Servizio di Sanità Animale - Area A. Sarà chiamato a garantire i compiti istituzionali previsti dalla normativa vigente attraverso programmi di vigilanza e controllo sulla sanità degli allevamenti, attraverso lotte contro le malattie infettive e diffusive, garantirà inoltre l'attuazione dei piani di risanamento e/o eradicazione. Verrà assicurata l'anagrafe zootecnica con l'identificazione degli animali e la rintracciabilità degli alimenti.

Servizio Veterinario di igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione degli alimenti di origine animale e loro derivati - Area B. Nell'ambito dei compiti istituzionali assegnati dalle norme e dai regolamenti il Servizio assicurerà il controllo e la vigilanza sulla produzione, trasformazione, conservazione degli alimenti di origine animale garantendone la salubrità. Tale attività verrà indirizzata nell'ambito dei quattro settori previsti nel servizio: gli stabilimenti di macellazione, gli stabilimenti per la produzione di carne, gli stabilimenti per la produzione di prodotti per la pesca. Assicurerà inoltre la vigilanza sulle strutture soggette a registrazione ai sensi del Reg.

CE 852/04. Parteciperà alla stesura di protocolli procedurali con i diversi servizi del Dipartimento di Prevenzione al fine di assicurare un equilibrato rapporto interdisciplinare.

Servizio Veterinario di igiene degli allevamenti delle produzioni zootecniche – Area C. Nell'ambito dei compiti istituzionali assegnati dalle norme e dai regolamenti il Servizio svolgerà le attività di controllo e vigilanza sull'igiene e sulla qualità delle produzioni animali, in particolare sulla filiera lattiero-casearia. Si occuperà della protezione dei consumatori dalle insidie dei contaminanti ambientali e dai presidi chimico-farmacologici i cui residui possono persistere negli alimenti. Parteciperà attivamente al piano nazionale per il benessere animale. Assicurerà l'implementazione dell'anagrafe canina, presupposto indispensabile per la lotta al randagismo. Il controllo del randagismo verrà attuato anche attraverso la sterilizzazione delle cagne sia di proprietà che randage. Assicurerà la vigilanza delle strutture sanitarie

Servizio Promozione della Salute. Con Deliberazione del Direttore Generale n.274 del 20.03.2008, relativa all'approvazione definitiva dell'atto aziendale, veniva prevista l'istituzione della Struttura Complessa Promozione della Salute, alla quale sono state attribuite competenze in materia di: prevenzione secondaria, medicina delle migrazioni ed educazione alla salute.

PROGRAMMAZIONE 2010

Nell'ambito delle attività proprie della Prevenzione Secondaria, in armonia con le linee di pianificazione nazionale, regionale ed aziendale, si è perseguita la realizzazione di progetti di prevenzione volti alla diagnosi precoce di specifiche patologie, che trovano concreta applicazione nell'avvio di screening di massa della popolazione. Nel 2010 si prevede la messa a regime dei tre programmi di screening oncologici: cervice uterina, colon retto e mammella.

Screening del tumore della cervice uterina. Con atto deliberativo n. 681 adottato dal Direttore Generale in data 12.06.2007 la ASL di Cagliari ha approvato il Progetto di Screening del tumore della cervice uterina. Le attività dello screening del cervico-carcinoma prevede l'invito della popolazione target ogni tre anni, di fatto nel corso del 2009 si è conclusa l'attività relativa alla popolazione ricompresa nell'anagrafe dei comuni dell'ASL con esclusione dei territori acquisiti, pertanto nel 2010 si prevede il completamento delle chiamate con il primo invito nei nuovi territori e contestualmente riinvito di tutta la popolazione target nel rispetto della periodicità prevista dal programma.

Screening del Tumore del colon retto. Con atto deliberativo n.901, adottato dal Direttore Generale il 01.08.07, la ASL di Cagliari ha approvato il Progetto di Screening del tumore del colon retto. Le modalità operative di tale screening presentano un elevato grado di complessità derivante principalmente dall'integrazione dei molteplici soggetti coinvolti (farmacie, aziende addette alla

distribuzione dei farmaci, laboratorio analisi, unità operative ospedaliere, laboratorio di anatomia patologica). Nel 2009 si è conclusa l'attività, avviata in fase sperimentale, nel Distretto del Sarrabus-Gerrei (adesione pari al 44%) e contestualmente hanno preso avvio le procedure per l'inizio dell'attività presso il Distretto di Cagliari-Area Vasta. Lo screening continuerà presso i Distretti di Quartu-Parteolla, Area Ovest e Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta.

Screening del tumore della mammella. Nel mese di dicembre ha preso il via l'attività di screening con l'evento formativo dei medici di medicina generale del Distretto di Quartu-Parteolla, si proseguirà con l'invito della popolazione del medesimo Distretto. Con l'avvìo a regime dello screening, l'attività sarà estesa gradatamente a tutti gli altri Distretti della ASL.

Prevenzione del rischio cardiovascolare e delle complicanze del diabete. La realizzazione dei programmi privilegia il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale attraverso lo svolgimento degli eventi formativi finalizzati alla identificazione corretta ed appropriata degli individui ad alto rischio e all'implementazione di pratiche professionali volte ad attivare un cambiamento di stile di vita che si dimostri efficace nel ridurre il rischio e nel contempo sia condiviso dalla popolazione generale. Nel corso del 2009 si è svolta l'attività formativa prevista per entrambi i programmi.

Nel 2010 s'intende realizzare, oltre l'attività formativa, lo sviluppo di percorsi sanitari specifici per la popolazione target interessata.

Medicina dello Sport. La recente deliberazione della Giunta Regionale n.53/50 ha declinato una serie di obiettivi di potenziamento in materia di medicina dello sport. Attualmente nel territorio di appartenenza dell'ASL Cagliari risultano circa 40.000 atleti agonisti che necessitano per legge (DM 18/02/1982) del certificato di idoneità.

A fronte di questa importante fetta di popolazione sportiva, bisogna aggiungere i non agonisti che sono più degli agonisti, attualmente la ASL non ha un servizio strutturato di Medicina dello sport, esistono solo degli ambulatori periferici (Isili, Senorbì, Muravera, Sinnai, Villasor, Quartu) dove prestano servizio specialisti ambulatoriali in medicina dello sport.

E' evidente che l'ASL principale della Sardegna è in ritardo sia nell'offerta dei servizi sia nel confronto con le altre ASL Sarde (Iglesias, Sassari, Sanluri prossimamente Olbia e Nuoro) che hanno dei servizi strutturati con personale dipendente con tanto di sede ufficiale e quindi facilmente individuabile.

Tale contesto di carenza nell'offerta delle prestazioni fa si che la maggior parte degli atleti si recano presso strutture private malgrado i minorenni siano in regime di LEA, o non effettuano le visite.

A questo si aggiunga, come riporta la DGR 53/50 del 04/12/2009 che la medicina dello sport , come già avviene in maniera formalizzata in Emilia e Veneto, deve impegnarsi nella promozione e

prescrizione dell'attività fisica sia nella popolazione generale che nella popolazione che necessita della sport-terapia (diabetici, cardiopatici, osteoporotici, disabili fisici e mentali ecc.).

Si ritiene quindi opportuno l'istituzione di un centro-servizio-UO di medicina dello sport a Cagliari presso il Dipartimento di prevenzione, dove poter avviare anche la promozione della attività fisica in collaborazione con le altre strutture dell'ASL (cardiologia, diabetologia , CSM, distretti territoriali, ecc), anche finalizzata alla definizione, congiuntamente con il Dipartimento del Farmaco, di protocolli di controllo e verifica sulle prescrizioni a "rischio doping". Tale provvedimento garantirà a costi contenuti, un importante ritorno in termini di prevenzione primaria e secondaria che è il vero target delle attività di medicina dello sport.

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è la struttura aziendale finalizzata alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle persone con disagio mentale e all'organizzazione e promozione di interventi volti a tutelare la salute mentale dei cittadini.

Il Dipartimento, istituito nell'ASL 8 in maniera sperimentale nel dicembre 2005, ha dato avvio ad un percorso culturale e gestionale di grande rilievo, che individua la salute mentale come una priorità, da tutelare attraverso il potenziamento e la qualificazione dei servizi e di programmi specifici.

Il DSM si articola in Unità Operative -Centri di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura- onde assicurare livelli qualitativi di assistenza uniformi in ogni punto del territorio, ampliando e differenziando l'offerta e garantendo agli utenti pari opportunità e diritti. Il DSM si coordina con gli altri servizi aziendali, i servizi sociali dei Comuni e le associazioni, superando la frammentarietà delle risposte anche grazie alla piena utilizzazione ed applicazione della Legge Regione sui PLUS.

La struttura è stata interessata, negli ultimi anni, da recenti e profondi cambiamenti organizzativi: apertura di tre CSM /24 ore; apertura del secondo SPDC; avvio di gruppi di abitare assistito; nuove procedure di intervento nei CSM quali Progetti Terapeutici Individuali (PTAI) e Assegni di Formazione Lavoro (AFL).

Premesso che alcune di tali attività, quali il CSM /24 ore, stentano a affermarsi e consolidarsi quali procedure di routine, e considerato che sono di imminente approvazione nuove indirizzi programmatici a livello regionale per la Salute Mentale ai quali sarà necessario fare riferimento per l'attività del 2010, si delineano di seguito gli interventi che si prevede necessario porre in essere nelle principali aree di attività nelle quali si articola il Dipartimento.

PROGRAMMAZIONE 2010

II Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e' un dipartimento strutturale e rappresenta la struttura operativa dell'Azienda preposta alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale.

II DSM è dotato di autonomia gestionale gestisce direttamente le risorse attribuite; partecipa al processo di pianificazione e valutazione del sistema domanda/offerta in stretto rapporto con i Direttori dei Distretti.

II DSM è costituito dalle seguenti UO:

1.Centri di Salute Mentale (CSM) : Nell'ambito dell'assistenza distrettuale garantiscono alle persone con disturbi mentali gravi la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative. Data

l'ampiezza, la complessità del territorio urbano ed extraurbano, la densità di popolazione, è necessario prevedere l'apertura di 6 CSM distribuiti uniformemente su tutto il territorio.

2.**Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC):** i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura sono servizi ospedalieri dove si effettuano trattamenti sanitari volontari e obbligatori a favore di persone con disturbo mentale che necessitano di degenza in regime ospedaliero. Operano in stretto raccordo con il CSM territorialmente competente e con le strutture dipartimentali al fine di garantire la continuità assistenziale. Allo state attuale è definito in due il numero dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

3.**Servizio di Riabilitazione e Residenzialità- Semiresidenzialità**: compito del Servizio dipartimentale è il coordinamento e la promozione delle iniziative deputate ad attività abilitative e riabilitative e di reinserimento sociale, in sinergia con il sistema dei servizi dipartimentali e in collaborazione con i comuni, le cooperative sociali e le associazioni di volontariato. La responsabilità dell'area è affidata ad un dirigente che persegue gli obiettivi concordati con la Direzione del DSM e in collaborazione con i CSM.

4.**Centro per il trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol-Correlati:** tale servizio è rivolto agli assistiti del DSM che presentano sia disturbi psichiatrici che disturbi da abuso/dipendenza da alcool che incontrano difficoltà nel trovare una risposta terapeutico - riabilitativa adeguata ed integrata. Considerata la rilevanza epidemiologica e sociosanitaria delle problematiche connesse alla doppia diagnosi e alla sua diffusione tra la popolazione , soprattutto fra i giovani, ed alla luce del bisogno assistenziale di detta popolazione, si rende necessario il potenziamento del Centro del DSM.

5.**Servizio di Psichiatria Forense**: svolge la sua attività operativa per la tutela della salute mentale e dei diritti dei cittadini affetti da disturbo psicopatologico autori o vittime di reato. II Servizio di Psichiatria Forense si propone come Servizio unico per specificità e competenze che, oltre agli usuali accertamenti psichiatrico -forensi (consulenze, perizie) richiesti dal Tribunale, svolge un'attività con spiccate valenze assistenziali (terapeutiche, psicosociali e riabilitative).

E' compito del Dipartimento aziendale di Salute Mentale promuovere eventi formativi mirati ad accrescere competenze e professionalità degli operatori; essi devono riguardare in particolare tematiche di ordine generale, che interessano quindi tutte le figure professionali e tutti i contesti e le tematiche di formazione specifica per "figura professionale" e per "ambito di lavoro". Deve, inoltre, mantenere un rapporto efficiente ed efficace con le associazioni dei familiari e degli utenti e con le organizzazioni no-profit che operano per la riabilitazione delle persone con disturbo mentale. All'interno del DSM è costituita la Conferenza di Partecipazione, composta da Direttore del Dipartimento, dai responsabili delle strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale, da rappresentanti delle associazioni non profit dell'utenza e dei familiari, individuate tra quelle più rappresentative, da rappresentanti di associazioni di volontariato e della cooperazione sociale attive

nel territorio. La conferenza ha funzione consultiva, formula proposte e suggerimenti al fine di assicurare una maggiore qualità nell'offerta dei servizi.

Denominazione UU.OO.	SC/SSD
Centro di Salute Mentale (CSM) sede Assemini	SC
Centro di Salute Mentale (CSM) sede Cagliari A	SC
Centro di Salute Mentale (CSM) sede Cagliari B	SC
Centro di Salute Mentale (CSM) sede Isili	SC
Centro di Salute Mentale (CSM) sede Quartu S. E.	SC
Centro di Servizio Salute Mentale (CSM) sede Selargius	SC
Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura 1	SC
Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura 2	SC
Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura 3	SC
Servizio di Riabilitazione e Residenzialità - Semiresidenzialità	SSD
Centro per il trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol-Correlati	SC
Servizio di Psichiatria Forense	SSD

Si precisa che le Strutture descritte rappresentano una situazione a regime e che le strutture complesse saranno attivate progressivamente tenendo conto della effettiva capacità organizzativa ed economica della ASL.

DIPARTIMENTO TOSSICODIPENDENZE

L'area delle dipendenze ha assunto nell'ultimo decennio una sempre crescente diffusione ed espressione con conseguente complessità richiesta ai servizi assistenziali.

Gli stili di consumo delle sostanze stupefacenti si sono grandemente differenziati rispetto ai decenni passati e sono in continua evoluzione sia per la presenza nel mercato di una vasta gamma di sostanze con effetti differenti e facile accessibilità al consumo, sia per le modalità di assunzione delle stesse che vengono utilizzate in varie combinazioni con effetti variabili e implicazioni comportamentali problematiche se non francamente psicopatologiche.

Anche l'età di inizio nell'utilizzo di sostanze si è notevolmente ridotta per cui spesso anche in fase pre-adolescenziale avvengono i primi contatti con droghe legali (alcol, tabacco) e anche illegali.

Per contro assistiamo anche ad una diffusione del consumo che inizia in età adulta o si protrae in consumatori di vecchia data in fasce d'età avanzata con problematiche che si sommano e amplificano patologie geriatriche.

Una menzione a parte merita il consumo di sostanze alcoliche, consumo che, accettato socialmente e legale salvo situazioni particolari, vede coinvolti oltre gli alcolisti più tradizionali, anche la stragrande maggioranza di consumatori di droghe illegali e degli adolescenti in totale assenza di consapevolezza circa gli effetti devastanti e i rischi connessi.

Oltre alle dipendenze da sostanze psicotrope si assiste ad un sempre più massiccio incremento di dipendenze comportamentali da gioco d'azzardo patologico, videogiochi,i internet e connesse all'alimentazione.

Gli effetti di questa diffusione e differenziazione delle dipendenze sono altamente impattanti sulla salute pubblica e sui costi sociali, infatti oltre agli effetti diretti delle sostanze sulla salute dell'assuntore (patologie infettive, psichiatriche, cardiologiche, ecc) e l'alto rischio di mortalità, bisogna considerare la frequenza di incidenti stradali correlati al consumo di alcol e droghe, gli incidenti sul lavoro, le ricadute negative sulla famiglia e i figli, la frequenza di reati commessi sotto effetto di sostanze o nell'intento di procurarsele, la mancata produttività

L'analisi epidemiologica nel territorio della ASL 8 evidenzia un incremento del numero utenti in carico al Servizio: nell'anno 2008 sono stati assistiti 3215 pazienti di cui 2449 utilizzatori di droghe illegali, 558 alcoldipendenti , 51 giocatori d'azzardo. Rispetto al 2005 vi è stato un incremento sia dei consumatori di sostanze illegali (2.407), ma soprattutto degli alcolisti (120 nel 2005) e la presa in carico di giocatori d'azzardo.

L'età degli utenti in carico subisce un costante trend di crescita: nel 2008 la fascia d'età superiore ai 39 anni ha costituito il 42,9 % della popolazione assistita ,contro il 30,1 % del 2005. Tale invecchiamento della popolazione assistita è imputabile in parte all' utenza che rimane in carico per molti anni ,ma anche ai nuovi ingressi : 22, 6% nel 2008 versus 15,1 nel 2005 .

Rispetto alle sostanze utilizzate diventa sempre più difficile la classificazione diagnostica predisposta al livello nazionale circa la distinzione in sostanza d'abuso primaria e secondaria in quanto la stragrande maggioranza degli utenti in realtà è da considerare poliabusatore , pur manifestando preferenziali attitudini all'assunzione di una droga (eroina, cocaina, benzodiazepine, alcol, anfetamine) vengono abusate contemporaneamente con effetti sovrapposti, e quadri clinici complessi .
Particolare rilevanza dal punto di vista clinico e trattamentale riveste la coesistenza di disturbi psichiatrici e patologie da uso di sostanze stupefacenti. E' ormai molto diffuso l'abuso di droghe da parte dei pazienti psichiatrici e la presenza di quadri psicopatologici in pazienti dipendenti, sia per effetti diretti delle sostanze sia per patologie sottostanti ,mascherate o slatentizzate dagli stupefacenti.

Organizzazione dell'assistenza

Le attività rese dal servizio sono quelle stabilite dal DPR 309/90 tra cui:

- attività clinica di diagnosi, presa in carico e trattamento con accesso diretto, consulenze per ospedali e altri Servizi della ASL;
- attività clinica e medico–legale per gli utenti segnalati dalla Prefettura ai sensi degli art. 121 e 75 del DPR 309/90 e per tossicodipendenti/alcoldipendenti in sospensione pena;
- attività di screening e prevenzione sulle patologie infettive droga – correlate;
- assistenza ai detenuti tossicodipendenti presso gli istituti di pena del territorio;
- attività di assistenza e segretariato sociale;
- attività di riabilitazione anche in collaborazione con enti ausiliari iscritti all'albo regionale;
- attività di informazione e orientamento sui problemi delle tossicodipendenze rivolti alle istituzioni scolastiche e alle comunità.
- Attività di prevenzione per le dipendenze
- Adempimenti medico legali per utenti in regime di sospensione pena con affidamento al Serd
- Controlli sull'abuso di sostanze stupefacenti per categorie di lavoratori a rischio

Nell'ambito delle attività istituzionali del SERD particolare importanza riveste l'assistenza ai tossicodipendenti detenuti.

Dal luglio 2003 i rapporti convenzionali già in essere con il Ministero della Giustizia per l'assistenza a favore dei tossicodipendenti alcoldipendenti detenuti negli istituti di pena sono transitate al servizio sanitario nazionale. Da tale data il SERD ha coordinato gli interventi presso la casa circondariale di

Buoncammino, sia con personale dipendente, sia con il personale convenzionato, garantendo la presenza di tutte le figure professionali, secondo la convenzione stipulata con l'istituto, conformemente al protocollo siglato dall' l'Assessorato Regionale alla Sanità e dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

PROGRAMMAZIONE 2010

Il servizio delle dipendenze della ASL di Cagliari, già identificato con delibera del D.G.1077 del 10-09-09 quale dipartimento delle dipendenze nel corso del 2010 verrà organizzato in linea con l'atto aziendale nelle diverse strutture semplici e complesse al fine di garantire nel territorio il massimo livello di contrasto delle dipendenze, attraverso l'articolazione degli interventi e l'integrazione con gli altri servizi dell' azienda, Enti e Istituzioni Pubbliche e del privato sociale, operanti nel settore delle dipendenze.

Per una più efficace azione di contrasto ai diversi stili di consumo di sostanze stupefacenti e alle dipendenze comportamentali si prevede anche una differenziazione dell' offerta dei servizi sia come spazi d'accesso sia come tipologie di interventi.

In particolare sedi e offerta differenziata sono previsti per alcoldipendenti, adolescenti, utilizzatori di cocaina, giocatori d'azzardo, tabagismo.

Saranno inoltre programmate aree tematiche organizzative in relazione alle attività di prevenzione, riabilitazione e reinserimento sociale, epidemiologia, ricerca e valutazione, nonché per l'assistenza ai detenuti con problemi di dipendenza reclusi negli istituti di pena del territorio.

Al fine di assicurare la presa in carico integrata di pazienti con compresenza di patologia psichiatrica e abuso di droghe è necessaria una forte integrazione e collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale

A tal fine saranno organizzati incontri con il Dipartimento di Salute Mentale per la stesura di protocolli condivisi per la presa in carico dei pazienti con doppia diagnosi.

E' inoltre prevista per l'anno 2010 la compiuta attuazione dei progetti già finanziati alla ASL 8 dalla RAS ed avviati nel corso del 2009, in particolare:

- sarà aperto nel comune di Ussana un centro crisi per utenti tossico e alcoldipendenti in situazioni di crisi socio-ambientale. La struttura potrà ospitare fino ad un massimo di 8 pazienti e verrà gestita dal dipartimento in collaborazione con l'Amministrazione comunale di Ussana che ha messo a disposizione i locali e curerà la gestione alberghiera della struttura;
- saranno attivati progetti di riabilitazione attraverso l'arte terapia, corsi di formazione, pet terapy, attività educativo sportive ecc per utenti del servizio con finalità di inclusione sociale;
- proseguiranno i percorsi di formazione lavoro, attraverso gli assegni di formazione al lavoro e i tirocini di formazione e di orientamento, in accordo con la Provincia di Cagliari e i Centri dei servizi per il lavoro.

Risorse necessarie

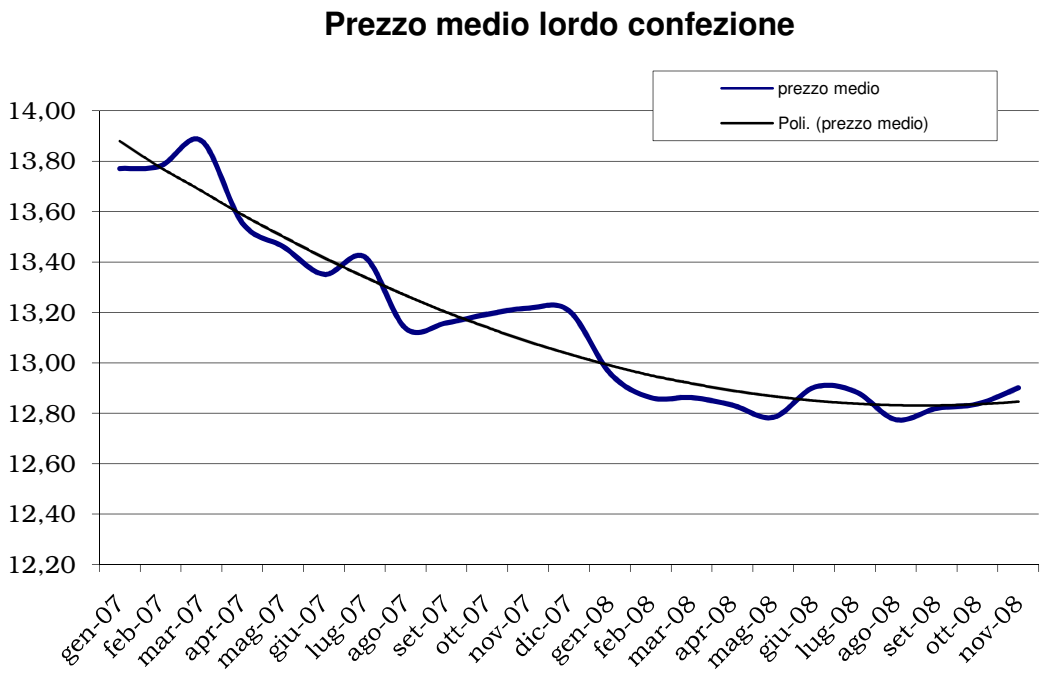
- Adeguamento del personale in particolare dell'area psicosociale, per garantire interventi multidisciplinari,
- adeguamento della situazione logistica del SERD di Quartu S.E., attraverso il reperimento di altri locali idonei
- formazione del personale
- acquisizione sistema informatico specifico per la gestione dei debiti informativi e monitoraggio costante delle attività del SERD (il sistema dovrebbe essere acquisito dalla RAS per tutti i SERD della Sardegna)

DIPARTIMENTO DEL FARMACO

La tabella seguente presenta l'andamento della spesa lorda per l'assistenza farmaceutica territoriale, effettuata tramite le farmacie convenzionate.

	2007		2008		Incr. %	Prezzi medi		analisi scostamenti	
Mese	Pezzi	Lordo	Pezzi	Lordo	Lordo	prezzo medio 2007	prezzo medio 2008	Effetto prezzo	Efetto consumo
Gen	830.519	11.435.564	878.270	11.381.075	-0,48%	13,77	12,96	-5,89%	5,75%
Feb	768.011	10.583.343	823.365	10.589.872	0,06%	13,78	12,86	-6,67%	7,21%
Mar	808.109	11.216.436	807.828	10.390.690	-7,36%	13,88	12,86	-7,33%	-0,03%
Apr	732.121	9.923.060	811.198	10.409.405	4,90%	13,55	12,83	-5,32%	10,80%
Mag	833.977	11.225.483	839.722	10.734.755	-4,37%	13,46	12,78	-5,03%	0,69%
Giu	753.753	10.062.861	776.064	10.013.722	-0,49%	13,35	12,90	-3,35%	2,96%
Lug	774.471	10.392.479	837.615	10.793.905	3,86%	13,42	12,89	-3,97%	8,15%
Ago	717.514	9.425.343	697.180	8.906.353	-5,51%	13,14	12,77	-2,75%	-2,83%
Set	722.255	9.503.669	805.167	10.322.055	8,61%	13,16	12,82	-2,57%	11,48%
Ott	826.194	10.899.651	829.881	10.653.177	-2,26%	13,19	12,84	-2,70%	0,45%
Nov	805.789	10.649.691	780.129	10.064.442	-5,50%	13,22	12,90	-2,39%	-3,18%
Dic	747.753	9.874.761	844.869	10.897.484	10,36%	13,21	12,90	-2,33%	12,99%
TOTALE	**9.320.466**	**125.192.341**	**9.731.288**	**125.156.934**	**-0,03%**	**13,43**	**12,86**	**-4,25%**	**4,41%**

E' da notare come la spesa complessiva lorda si è mantenuta pressoché inalterata, a fronte di un aumento dei pezzi consumati pari al 4,41%. L'aumento della spesa è stato pertanto mitigato dall'effetto prezzo che evidenzia, così come il seguente grafico, un decremento, nel corso degli ultimi due anni, del prezzo medio rimborsato dalla ASL di Cagliari.



La spesa lorda per farmaci del PHT nel 2007 è stata pari a 8.129.276 euro, pertanto durante il 2008 si è registrato un decremento pari al 4,5%. L'incidenza sul totale della spesa si attesta quindi su un 6,20%. E' da notare come le politiche volte all'incentivazione della distribuzione diretta e della DPC, hanno sortito il loro maggiore effetto tra il 2006 e il 2007, infatti la spesa per farmaci del PHT nel canale convenzionale è diminuita, nel corso di questi anni, di circa il 50%.

Nonostante il decremento complessivo della spesa per farmaci del PHT dal 2007 al 2008, nel corso del 2008, la linea di tendenza mostra un aumento della distribuzione, da parte delle farmacie convenzionate, di farmaci dell'allegato B, in contrasto con la politica di incentivazione della Distribuzione per conto.

Distribuzione per Conto

Nel corso del 2008 la DPC evidenzia un tendenza pressoché costante nel corso dei mesi, sia in termini di pezzi consegnati che di spesa sostenuta.

Il confronto invece con il 2007, evidenzia un aumento dei pezzi consegnati in DPC pari al 32%, ma una sensibile diminuzione del risparmio effettivo netto rispetto al rimborso dei farmaci previsto in caso di erogazione convenzionale.

Mese	Ricette	Pezzi	Lordo	Sconto totale	Netto SSN	Costo d'acquisto	Oneri 1 (aggio farmacie)	Oneri 2 (aggio distributori)	Costo DPC	Risparmio
Gen	6.121	8.943	852.095	106.104	745.991	525.511	58.629	27.877	612.018	133.973
Feb	6.046	8.837	818.646	101.104	717.542	511.074	56.297	26.774	594.146	123.396
Mar	6.100	8.804	840.949	104.509	736.439	527.252	58.092	27.514	612.857	123.582
Apr	6.366	9.229	862.805	105.991	756.813	544.005	59.812	28.229	632.045	124.768
Mag	6.678	9.783	904.369	110.922	793.446	570.791	62.502	29.588	662.881	130.566
Giu	5.960	8.724	797.828	97.053	700.775	501.465	53.936	26.102	581.503	119.272
Lug	7.086	10.404	987.624	121.883	865.741	621.013	70.758	32.311	724.082	141.659
Ago	5.884	8.555	794.145	96.953	697.192	502.640	56.895	25.982	585.516	111.676
Set	6.537	9.523	878.232	105.480	772.752	578.737	63.578	28.732	671.047	101.705
Ott	6.838	9.986	849.179	96.304	752.875	578.149	61.119	27.781	667.049	85.826
Nov	6.315	9.265	805.916	92.685	713.231	549.629	57.929	26.366	633.924	79.307
Dic	6.837	9.966	846.347	96.811	749.536	522.556	60.492	27.688	610.736	138.800
TOTALE	**76.768**	**112.019**	**10.238.134**	**1.235.800**	**9.002.333**	**6.532.822**	**720.040**	**334.943**	**7.587.805**	**1.414.528**

Infatti alla fine del 2007 il risparmio effettivo netto era stato di circa 2.165.118 euro, pari al 28,5% del rimborso netto previsto se gli stessi farmaci fossero stati erogati in regime convenzionale; nel 2008 il risparmio è stato di 1.414.520 euro, quindi solo il 16% rispetto al rimborso netto.

Tale diminuzione nel risparmio è dovuto alla più alta incidenza, rispetto al 2007, degli oneri relativi all'aggio riconosciuto alle farmacie per il servizio fornito.

Distribuzione Diretta

La distribuzione diretta di farmaci nel corso del 2008 è aumentata complessivamente del 9% rispetto al 2007, con un'incidenza maggiore dei farmaci di fascia H rispetto a quelli di fascia A. L'incremento della distribuzione diretta di farmaci del PHT, appartenenti all'allegato A, ha comunque margini di

miglioramento rinvenibili, come già evidenziato a proposito della farmaceutica territoriale, nella quota, di tali farmaci, ancora distribuita dalle farmacie convenzionate che vengono rimborsate dalla ASL a prezzo pieno.

Nel dettaglio la seguente tabella mostra i dati relativi alle voci della spesa farmaceutica. Si precisa che per rendere omogenei i dati, in tutti gli anni presi in esame non sono stati considerati i costi sostenuti dal Presidio San Giovanni di Dio, non più appartenente alla ASL di Cagliari.

	2006	2007	2008	PRIMO SEMESTRE 2009	PROIEZIONE ANNO 2009	Variazione Percentuale 2009/2006
ASSISTENZA FARMACEUTICA (CONVENZIONATA) NETTA	**128.917.651**	**118.047.908**	**115.905.098**	**59.387.571**	**118.775.142**	**-7,9%**
DISTRIBUZIONE PER CONTO		**5.422.780**	**7.587.805**	**4.397.241**	**7.538.127**	**39,0%**
DISTRIBUZIONE DIRETTA (FILE F)	**27.535.256**	**32.694.682**	**35.499.001**	**18.696.844**	**37.393.688**	**35,8%**
di cui: Farmaci classe A	15.616.154	15.737.064	17.478.129	9.183.731	18.367.462	17,6%
di cui: Farmaci del PHT	6.437.692	7.311.012	7.783.272	3.522.595	7.045.190	9,4%
Farmaci fuori PHT	9.178.462	8.426.052	9.694.856	5.661.136	11.322.272	23,4%
Farmaci classe H	10.183.825	14.760.627	17.143.043	8.988.187	17.976.374	76,5%
Farmaci classe C	182.905	240.260	263.599	117.369	234.738	28,3%
Farmaci esteri e ossigeno	1.552.372	1.956.731	614.230	407.558	815.116	-47,5%
CONSUMI INTERNI OSPEDALIERI E TERRITORIALI (ESCLUSA DISTRIBUZIONE DIRETTA)	**20.582.117**	**22.483.295**	**24.049.964**	**11.135.391**	**22.270.782**	**8,2%**
di cui: per Presidi Ospedalieri	19.357.549	20.761.206	22.599.250	9.736.262	19.472.524	0,6%
per Servizi Territoriali	1.224.568	1.722.089	1.450.714	1.399.129	2.798.258	128,5%
Importo complessivo in Euro	**177.035.024**	**178.648.664**	**183.041.867**	**93.617.047**	**185.977.739**	**5,1%**

PROGRAMMAZIONE 2010

Obiettivi di contenimento della spesa

Le disposizioni normative previste dalle leggi n. 405/2001 e n. 326/2003 hanno fissato il tetto della spesa farmaceutica territoriale entro il limite del 13% (16% se comprensivo anche della quota del 3% stabilita per la spesa farmaceutica ospedaliera) della spesa sanitaria complessiva.

L'Assistenza **Farmaceutica rappresenta** uno degli ambiti prioritari d'intervento da realizzare mediante lo sviluppo di interventi combinati su due fronti:

1. **sul lato della domanda**, il recupero di una visione complessiva dei consumi degli assistiti come presupposto per impostare programmi di governo della domanda;
2. **sul lato dell'offerta**, la razionalizzazione delle modalità di approvvigionamento e lo sviluppo dei modelli di distribuzione nella prospettiva della razionalizzazione delle risorse e del contenimento dei costi.

In particolare le linee d'azione che si possono portare avanti sono articolate in relazione ai due livelli alle quali si rivolgono:

A) Lato Domanda:

- **potenziamento del monitoraggio delle prescrizioni** dei Medici (MMG, PLS e Specialisti) attraverso la lettura ottica delle ricette e la contestuale elaborazione di report che vengono predisposti

(che preveda due livelli di dettaglio e sintesi con letture per prescrittore, tipologia di farmaco prescritto e ambito territoriale dell'assistito) ed una maggiore frequenza e tempestività nell'invio della reportistica;

- **progressiva responsabilizzazione a livello distrettuale** della spesa farmaceutica: la strutturazione dei distretti nell'ambito della ASL con la funzione di committenza determina la progressiva responsabilizzazione del distretto quale articolazione organizzativa aziendale in relazione alla quale andare a definire una previsione di spesa e prevedere un sistema di monitoraggio e dei momenti infrannuali di verifica (con i prescrittori e con la Direzione Aziendale) che consentano un reale governo della spesa;

- la responsabilizzazione dei prescrittori sull'**appropriatezza prescrittiva**, attraverso alcune iniziative:
  - accordi aziendali integrativi che consentano di incentivare (anche economicamente) i medici che si orientano verso l'appropriatezza prescrittiva;
  - creazione di gruppi di Lavoro per la formulazione di Percorsi Diagnostico-terapeutici su alcune patologie (es. Ipertensione, Diabete, tec);
  - la promozione di iniziative di formazione, informazione incontro e "*confronto tra pari*" che consentano la conoscenza e la conseguente diffusione a livello aziendale di comportamenti virtuosi codificati in base anche all'analisi di "*best practice*" a livello nazionale ed internazionale.

La maggiore disponibilità di dati a livello aziendale (che consentono un'analisi dell'andamento della spesa farmaceutica), la responsabilizzazione di governo gestionale diretto a livello distrettuale e l'orientamento verso l'appropriatezza prescrittiva costituiscono delle leve che dovrebbero consentire all'azienda un maggiore grado di governo della spesa dal lato della domanda.

B) Lato Offerta:

- **distribuzione per conto**: in relazione a quanto previsto nella DGR n. 5/18 del 08.02.06 l'Azienda, nel ruolo di capofila regionale, si è attivata per dare immediato avvio alle attività previste dall'accordo già nel corso dell'anno 2007.

- **distribuzione diretta**: potenziamento dell'attività di distribuzione diretta presso le strutture della Azienda con particolare riferimento alle farmacie ospedaliere (con l'apertura di sportelli ad hoc).

- **distribuzione primo ciclo di terapia alla dimissione**: potenziamento dell'attività di ditribuzione del primo ciclo di terapia alla dimissione del paziente. L'obiettivo dell'"attivazione della distribuzione diretta" è stato assegnato nel 2007 a 70 strutture ospedaliere e territoriali garantendo una totale copertura delle dimissioni per patologie croniche o comunque con terapie "lunghe". L'ulteriore miglioramento possibile per gli anni prossimi è legato all'estensione della distribuzione diretta anche alla dimissione da prestazioni relativa a ricoveri diurni e ambulatoriali.

- **potenziamento delle attività** relative alla composizione di "unioni di acquisto", alla centralizzazione dei magazzini e all'acquisto di farmaci a brevetto scaduto.

Le due leve citate, dal lato dell'offerta, completano gli strumenti di governo che l'Azienda intende attivare per riacquisire la capacità reale di governo di quest'area di assistenza con conseguenti benefici a livello economico ed assistenziale.

PROGETTI AZIENDALI PER IL CONTENIMENTO DELLA SPESA

Laboratorio Unico Integrato

La Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007) dispone, all'art. 1, comma 796, lettera o), che la Regione provveda ad approvare un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale, coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate.

Successivamente il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanze, ha pubblicato un documento concernente linee guida sui contenuti del piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche di diagnostica di laboratorio. I contenuti delle linee guida ministeriali sono stati recepiti dalla Regione Sardegna nell'Allegato 1 del Piano di riqualificazione e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale adottato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 30/33 del 2 agosto 2007, in coerenza con l'approvazione dell'Accordo stipulato in data 31 luglio 2007 con i Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, ai sensi dell'art. 1 comma 180 della Legge 13 dicembre 2004 n. 311.

In particolare prevede l'organizzazione delle diverse specializzazioni in base al principio della rete integrata, mediante il modello *hub* and *spoke*, ovvero prevedendo raccordi tra i centri di riferimento regionali e sub-regionali (*hub*) e i centri periferici (*spoke*). Il Piano specifica inoltre che, nell'ambito della definizione della rete dei presidi deputati alla diagnosi e cura delle malattie rare, si rende necessario prevedere centri di riferimento regionali dotati dei servizi e delle strutture di laboratorio necessari per la diagnosi delle stesse.

La configurazione del modello hub and spoke, nel lungo periodo deve svilupparsi attraverso l'identificazione di:

- laboratori di riferimento regionale di alta specializzazione,
- laboratori centrali aziendali,
- sedi periferiche e un sistema di punti prelievo e di consegna delle risposte all'utenza;

Tale configurazione potrà garantire benefici su diversi ambiti:

- Specializzazione delle metodiche di accertamento e miglioramenti qualitativi;
- Miglioramento dei livelli di efficienza nell'approvvigionamento utilizzo e stoccaggio delle risorse;
- Ottimizzazione nell'utilizzo della tecnologia sfruttandola nell'arco dell'intera giornata

Criticità identificate nel programma attualmente in via di completa soluzione

- Sono stati quasi completamente risolti, con il progetto SILUS, i problemi di connettività e di carenza di hardware dei vari Laboratori dell'Azienda. Soltanto a causa della mancanza di rete informatica non possono essere connessi tre punti prelievo periferici.
- Nell'ambito dello stesso progetto è stato rispettato il cronogramma per l'avviamento e l'addestramento del personale e **Tutti i Laboratori Aziendali sono interconnessi** in rete per cui i campioni possono viaggiare da e per qualsiasi laboratorio, mentre i risultati, con l'attivazione della firma digitale (cosa che può essere attuata in brevissimo tempo), possono essere acquisiti in tempo reale dalla struttura richiedente.
- Nell'ambito delle iniziative Aziendali per la presentazione del progetto di riorganizzazione della rete della diagnostica di laboratorio sono state programmate, tre sessioni, due delle quali già realizzate, di formazione con il fine di: informare**,** sensibilizzare, **promuovere la partecipazione e la responsabilizzazione**, coinvolgere gli operatori e ottenere, possibilmente, la condivisione del processo di razionalizzazione.

Criticità non risolte

- Attivazione di un efficiente e puntuale servizio, 24 ore su 24, di trasporto, dai reparti ai diversi laboratori/servizi e viceversa, dei campioni da analizzare e di materiali vari.

Obiettivi programmatici a breve termine

Attività di Urgenza/Emergenza-Concentrazione dell'attività di immunometria -Programmazione dell'attività dei Laboratori di Rete.

Nelle more dell'attuazione definitiva, visto che non contrastano perchè parte integrante del processo di razionalizzazione, in questa fase, è possibile identificare e portare a realizzazione, in tempi relativamente brevi, i seguenti obiettivi:

- **Analisi e progettazione di una rete di trasporti dei campioni.** Nelle more dell'aggiudicazione della Gara d'Appalto per Servizi il trasporto dei campioni è affidato all'organizzazione delle Unità Periferiche. E' stato realizzato un riassetto organizzativo degli autisti e delle autovetture

in base al quale tutto il personale è stato coordinato e organizzato su livello centrale e non locale. Resta da disciplinare il trasporto dei campioni urgenti in ambito urbano. Il problema sarà affrontato con istituzione del Servizio d'Urgenza su base Aziendale con guardia attiva su 24 ore su 24 e pronta disponibilità integrativa di guardia.

- **Indire una gara per Acquisizione in service** di un Sistema Modulare o di Una Catena Analitica per attuare una completa automazione delle varie fasi (preanalitica, analitica e postanalitica) dell'"Area siero" da ubicare ne Laboratorio HUB, e di Strumentazioni adeguate ai volumi di attività da ubicare nei Laboratori SPOKE.

- **Attivazione di un Servizio di Urgenza/Emergenza 24 ore su 24 nel Laboratorio HUB.** Considerato che in nessun Laboratorio di Analisi Ospedaliero della ASL 8 esiste un Servizio di guardia notturna e festiva diurna nei PPOO sede di Pronto Soccorso, Chirurgia d'Urgenza e Terapia Intensiva, ma soltanto un servizio di Pronta Disponibilità, è indispensabile, nell'interesse dell'utenza, attivare un Servizio di Laboratorio di Urgenza/Emergenza presso il P.O. SS Trinità, con guardia attiva 24 ore su 24 che veda coinvolto il personale di tutti i Laboratori dei PPOO Aziendali della città di Cagliari

- **Riorganizzazione**, nei quattro poli sedi di pronto soccorso (P.O. Marino e SS Trinità di Cagliari, P. O. S. Giuseppe di Isili, S Marcellino di Muravera, che rientrano nel Sistema Territoriale dell'Emergenza Urgenza), dell'attività d'urgenza e individuazione logistica dei Laboratori d'urgenza

- **Individuazione della tipologia delle prestazioni** da far effettuare nei Laboratori Generali di Base **del P. O. S. Giuseppe di Isili** (ove deve confluire l'attività del Laboratorio del Centro di Diabetologia), **del P. O. di Muravera**, **del P. O. Marino, del P. O. Binaghi, del P. O. Businco.**

- **Individuazione dei Laboratori Specializzati** ove far confluire, nell'ipotesi di un processo di consolidamento che li vedrebbe coinvolti, l'attività attualmente svolta nei **Laboratori specialistici dei vari P.P.O.O. di Cagliari.**

- **Far confluire nel Laboratorio HUB del P. O. SS Trinità** attività e risorse umane dal Laboratorio di Endocrinologia (via Logudoro) e dal laboratorio di Diabetologia e Dialisi del Poliambulatorio di Quartu S. Elena e del laboratorio del P.O. Binaghi.

- **Attuare, con gradualità, la concentrazione** presso il Laboratorio HUB del P.O. SS Trinità dell'attività di immunometria effettuata presso gli altri laboratori Aziendali.

- **Individuare, nel P. O. SS trinità, i locali ove ubicare il nuovo Laboratorio di Analisi.** Esiste un progetto di massima che prevede l'ubicazione nei locali della vecchia cucina.

In attesa che si definisca l'obiettivo della costituzione di un laboratorio unico centrale a livello aziendale un primo processo di razionalizzazione dovrebbe mirare alla specializzazione dei laboratori di base presenti nei nostri ospedali verso prestazioni afferenti alla stessa branca specialistica, evitando duplicazioni nell'esecuzione delle prestazioni.

Progetto SiSaR

Il progetto Sisar (Sistema Informativo Sanitario Integrato) è un progetto di informatizzazione regionale che interessa tutte le aziende sanitarie sarde: ASL, AOU, AO.

Il progetto Sisar si pone come obiettivo quello di creare in sistema informativo sanitario che interessa le diverse aree di una azienda sanitaria.

Nella tabella seguente viene riportata una sintesi delle diverse aree e lo stato attuale di installazione e utilizzo.

AREA	SISTEMA	MODULI	STATO ATTUALE
AMC	**Amministrativo Contabile**	**Contabilità, Gestione magazzini farmaceutico ed economale, Fatturazione attiva; Cassa Economale; Cespiti; Richieste di acquisto farmaci da reparto**	Quasi tutti moduli del sistema amministrativo contabile sono stati avviati escluso il modulo di richieste di acquisto farmaci da reparto.
HR	**Risorse Umane**	**Stipendi; Rilevazione delle presenze; Gestione pianta organica; Concorsi; Sistema premiante; Portale del dipendente.**	Sono stati avviati i moduli: stipendi, rilevazione presenze e gestione pianta organica.
Atti Amministrativi	**Protocollo e Atti amministrativi**	**Protocollo minimo; Archiviazione ottica dei documenti; Lavoro cooperativo; Atti amministrativi**	E' stato avviato solo il modulo del protocollo minimo ed in piccola parte l'archiviazione ottica. Mentre il modulo degli atti amministrativi è stato inizialmente avviato ma poi sospeso.
CUP	**CUP-TICKET**	**CUP; Ticket**	Sono stati avviati e sono ormai a regime sia il modulo CUP che Ticket
DIR	**Direzionale**	**Direzionale e controllo di gestione**	Sono state fatte solo alcune giornate di presentazione del sistema direzionale
SIO	**Accettaz. Dimis. Trasf.**	**ADT**	Il modulo ADT è stato installato ed in uso in tutti i reparti ospedalieri dei presidi: SS. Trinità, Binaghi, Marino, San Giuseppe, Microcitemico si estenderà a breve negli altri presidi
	Pronto Soccorso	**Pronto Soccorso**	Il modulo del Pronto Soccorso è installato ed in uso in tutti i pronto soccorso.
	Ambulatoriale	**Gestione ambulatori**	Il modulo è stato avviato solo in qualche ambulatorio
	Order Entry	**Gestione delle richieste di esami e consulenze**	In fase formazione del personale
	Sale Operatorie	**Gestione sale operatorie**	In fase formazione del personale
Distretto	**PUA**	**Punto Unico di Accesso**	Da progettare
	Cure domiciliari	**Gestione delle cure domiciliari**	Avviato solo in parte nella sede della cittadella della salute
	Consultorio	**Gestione delle attività consultoriale**	Da avviare
Prevenzione	**Medicina Legale**	**Gestione delle invalidità civili**	Avviato solo in parte nella sede della cittadella della salute
	Medicina dello Sport	**Gestione dello sport**	In fase di avvio

	Medicina del lavoro	**Gestione delle attività della medicina del lavoro**	Da avviare
	Igiene e Sanità Pubblica	**Gestione delle attività del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica**	Da avviare
	SIAN	**Gestione delle attività del servizio Igiene ed Alimenti**	Da avviare
	Veterinaria	**Gestione veterinaria area A, B, C**	E' stata avviata solo una prima parte dell'applicativo

Il progetto Sisar prevede la centralizzazione a livello regionale di tutti gli applicativi delle aree: AMC, HR, Atti Amministrativi, CUP/Ticket e Direzionale, mentre le aree: SIO, Distrettuale e Prevenzione restano di dominio aziendale.

Ad oggi diverse nelle procedure informatiche installate ed in uso, persistono delle criticità derivate fondamentalmente dal recupero dati e da problemi insiti nella procedura stessa, vedi la procedura stipendi e rilevazione delle presenze. Tutte le criticità sono state segnalate prontamente alla ditta fornitrice.

Magazzino Centralizzato

La politica del farmaco nella ASL8 ha portato allo sviluppo di diverse procedure che avessero come punti cardine: appropriatezza ed economicità.

Tra le principali iniziative rivolte a questi due importanti scopi ci sono state: la predisposizione del prontuario aziendale, la distribuzione diretta, distribuzione per conto ecc

Per meglio affrontare queste iniziative, dall'analisi della situazione dei Magazzini Farmaceutici, sia come spazi che come personale occupato, sia dalla tenuta degli stock che dalle procedure,si è pensato di esternalizzare i processi cosiddetti "Non Core" ossia la logistica, con la conseguenza di liberare risorse tra il personale occupato, ed ottimizzare le procedure di approvvigionamento, dello stoccaggio e della distribuzione del farmaco stesso.

Gli accorgimenti principali sono:

- concentrazione dei magazzini Framaceutici ed Economali in un unico sito;
- mantenimento di una scorta di sicurezza presso le Unità Operative;
- gestione centralizzata ed unitaria delle scorte dei materiali in uso presso tutte le strutture afferenti alla ASL 8 attraverso un sistema informativo fornito dal prestatore del servizio ed interfacciato.

I benefici attesi sono:

- riduzione degli oneri finanziari collegata alla riduzione dello stock;
- riduzione degli scaduti
- riduzione dell'acquisto dei farmaci urgenti;
- riduzione degli acquisti con cassa economale;
- riduzione del personale magazzini farmaceutici ed economali
- notevole diminuzione dei carichi di lavoro nel Servizio Bilancio e nel Srvizio acquisti

I maggiori punti di forza sono:

- gestione unitaria delle scorte ;
- Standardizzazione dei processi logistici
- raggruppamento di procedure duplicate
- processi logistici e Magazzino a norma ex L. 626, ISO 9000 etc..
- tracciabilità dei prodotti
- sistema informativo – gestione paper less

Tra le opportunità abbiamo:

- pianificazione nell'uso dei fattori produttivi
- utilizzo spazi per distribuzione diretta
- utilizzo risorse professioneli nei processi di governo clinico.

Quest'ultimo punto riveste carattere predominante in quanto permetterebbe ai farmacisti di dedicarsi maggiormente all'analisi delle prescrizioni per raggiungere gli obiettivi di appropriatezza, all'informazione pubblica indipendente sui farmaci ed i Dispositivi Medici, miglioramento delle relazioni tra i prefessionisti prescrittori ospedalieri e i MMG /PLS ed alla distribuzione diretta.

Tutto ciò indirizzato come detto all'inizio alla appropriatezza ed economicità.

Il fine ultimo di tutto il processo rimane la soddisfazione del paziente. Dalla sua presa in carico alla conclusione della terapia, con una guida continua sull'utilizzo del farmaco stesso.

Assistenza Protesica Integrata

Il DM 332/99 prevede la concessione dei dispositivi protesici inseriti nel Nomenclatore Tariffario a favore dei soggetti aventi diritto.

Un numero rilevante di detti presidi, precisamente quelli non strettamente personalizzati, viene restituito all'azienda dal momento in cui gli stessi non risultano più necessari.

Attualmente i presidi riconsegnati vengono stipati in locali di fortuna o dichiarati fuori uso perché non è possibile riutilizzarli, non esistendo all'interno dell'azienda personale qualificato e autorizzato a svolgere le attività necessarie al riutilizzo.

E' pertanto necessario far sì che il destino di tali presidi sia, mediante ***processo di ricondizionamento***, adeguamento e ***riciclo***, quello del riutilizzo al fine dell'assistenza erogata ad altri pazienti.

A tal fine si intende attivare una procedura tesa ad individuare una ditta esterna cui affidare il servizio di consegna e ritiro a domicilio e di riciclo dei dispositivi protesici di cui al DM 332/99 che consiste nelle attività sotto sinteticamente riportate:

1)Ritiro dei dispositivi non più utilizzati dagli utenti

2)verifica delle condizioni d'uso, detersione e sanificazione

3)eventuale revisione e riparazione

4)rottamazione dei presidi non più idonei

5)consegna a domicilio dei presidi riciclati o nuovi

6)eventuale addestramento e montaggio

7)creazione e gestione di un magazzino informatizzato

L'affidamento del servizio di cui trattasi consentirà all'azienda la razionalizzazione dell'assistenza protesica con modalità di fornitura che, nel rispetto dei bisogni degli utenti e nella salvaguardia dei beni pubblici, offrano un servizio migliore per i cittadini assicurando il controllo della spesa con conseguente risparmio complessivo.

Valorizzazione Delle Risorse Umane

La gestione del personale è una delle variabili organizzative fondamentali per le Aziende Sanitarie, soprattutto per alcune peculiarità che le caratterizza, quali la rilevanza quantitativa ma soprattutto qualitativa del fattore personale e il ruolo centrale giocato dalle persone che materialmente sono a contatto con i destinatari dei servizi.

Nell'ambito della complessità della riforma nella Pubblica Amministrazione una particolare criticità è costituita dalla capacità di individuare una adeguata combinazione di obiettivi – controlli – professionalità – sistema premiante.

L'evoluzione del quadro normativo in particolare con l'approvazione della L. n. 15 del 4.3.2009 (riforma "Brunetta) indicano l'avvio di un cambiamento radicale nelle relazioni tra le aziende sanitarie pubbliche e il proprio personale. Elemento fondamentale di tale cambiamento è tra l'altro rappresentato dall'assunzione di una precisa responsabilità dell'Azienda nel governare le principali leve per la gestione delle risorse umane: dai sistemi di progressione di carriera ai livelli retributivi, ai meccanismi di valutazione e alla formazione continua.

L'esigenza di introdurre un sistema di valutazione è legato alla necessità di monitoraggio delle funzioni e delle responsabilità dei dirigenti e in generale del grado di partecipazione del singolo all'attività aziendale.

La valutazione della dirigenza, oltre al mero adempimento contrattuale, assume pertanto nelle aziende sanitarie un ruolo di coinvolgimento e di partecipazione dei dirigenti alla vita aziendale che, attraverso un patto dichiarato, sono resi partecipi ed edotti dei valori e dei principi su cui si basa l'organizzazione aziendale, essendone responsabilizzati in prima persona.

In tale contesto la valutazione si configura anche come una delle leve per affrontare i processi di cambiamento, sia di riorganizzazione che di ristrutturazione e di ristrutturazione, mediante l'accrescimento in capo a tutto il personale di un forte orientamento al raggiungimento dei risultati, assumendo un ruolo attivo nel processo di aziendalizzazione.

Il riordino del sistema dei controlli operato dal D. Lgs. 286/99 e più recentemente dalla riforma "Brunetta", prevede che le Pubbliche Amministrazioni, nell'ambito delle rispettive autonomie, si devono dotare di strumenti adeguati a svolgere oltre al Controllo di Gestione la "valutazione della Dirigenza".

Proprio in funzione del ruolo di coinvolgimento e responsabilizzazione che la valutazione assume nella vita aziendale, il sistema deve essere ampiamente approvato e condiviso dalla dirigenza risultando peraltro essenziale la ***formazione dei valutatori e dei valutati*** per la condivisione del modello, la

comprensione dello strumento di valutazione aziendale, la garanzia di uniformità di comportamenti e la promozione di un percorso condiviso.

Nell'ottica del cambiamento culturale e organizzativo dei servizi sanitari la ***formazione*** ha un ruolo determinante. Risulta infatti fondamentale l'aggiornamento delle abilità tecniche e professionali degli operatori, l'integrazione interprofessionale e interdisciplinare affiancata da una corretta capacità di relazione con i cittadini. A tal fine l'Azienda si impegna a riorganizzare l'attività di implementazione di un sistema di formazione continua aziendale (ECM), la cui finalità è quella di garantire l'accesso alla formazione continua e i crediti formativi a tutto il personale dipendente e convenzionato.

Riprogettazione Organizzativa Aziendale

La struttura organizzativa di una azienda indica convenzionalmente il modello adottato per la distribuzione dei compiti e delle responsabilità tra i vari organi, le scelte riguardanti la dipartimentalizzazione degli ospedali e la distrettualizzazione dell'azienda, le logiche e gli strumenti per l'integrazione dei servizi offerti, la gestione del cambiamento organizzativo.

Riteniamo che per poter guidare un processo di riorganizzazione aziendale quanto più efficace siano necessarie le seguenti condizioni:

- capacità di saper individuare il reale senso della riorganizzazione;
- buona conoscenza dei processi interni aziendali al fine di poter identificare quali strutture e quali capacità e competenze debbano essere potenziate;
- abilità nell'identificare con chiarezza il divario tra le caratteristiche attuali delle persone e quelle richieste;
- volontà di attivare dei processi formativi mirati per sviluppare le potenzialità e rendere più facile l'accettazione del cambiamento.

Nel riprogettare la struttura organizzativa l'azienda opererà su tre livelli:

- definizione della struttura organizzativa di base ovvero definizione delle relazione verticali che collegano le strutture poste su differenti livelli gerarchici, le relazioni orizzontali che collegano strutture di diversa natura e le relazioni funzionali che collegano gli organi di staff e gli organi di line;
- articolazione di organi, unità e funzioni generali che andranno a costituire l'architettura dell'azienda stessa (macro-progettazione della struttura);
- definizione della struttura interna delle singole unità organizzative (micro-progettazione della struttura).

Le fasi di riprogettazione saranno variamente coordinate e integrate poiché la natura e l'efficacia degli interventi di riassetto e ridefinizione interna dipendono dalle capacità e competenze che le aziende riescono a "mettere in campo", sia intermini di razionale disegno del riassetto sia come capacità e competenze delle risorse umane che daranno vita ai diversi ruoli. Inoltre il progetto della struttura organizzativa di base dovrà individuare solo i tratti essenziali dell'architettura aziendale sulla quale poi interverranno i così detti "meccanismi operativi" intesi come sistema di regole esplicite, presidiate da specifici organi con definite metodologie, che collegano le diverse parti dell'azienda e facendola operare unitariamente.

L'attività di disegno dell'assetto organizzativo aziendale è un problema di natura progettuale che necessità di una attenta ed approfondita diagnosi e analisi delle caratteristiche dell'organizzazione stessa. Solo in seguito a tale processo l'azienda sarà in grado di coniugare e rendere coerenti i propri fabbisogni organizzativi con le esigenza dettate dalle variabili esterne alla struttura (normativa, sviluppo

demografico e tecnologico, aspettative dei cittadini utenti ecc…) e da quelle variabili interne che l'azienda riconosce come fondamentali (cultura aziendale, competenze interne, struttura organizzativa delle responsabilità, aspettative del personale, sviluppo degli strumenti gestionali ecc…).

L'azienda è inoltre spinta nell'attuare un simile processo di riorganizzazione dalla necessità di dare concretezza al modello scelto di offerta di prestazioni sanitari. Tale modello identifica il distretto e il dipartimento ospedaliero come punto di contatto ed erogazione dei propri servizi verso l'utenza. L'esigenza di definire in modo adeguato tali articolazioni organizzative, di assegnare loro compiti e funzioni in linea con le esigenze dei cittadini e di esplicitare le relazione che devono intercorrere tra di essi senza creare sovrapposizioni di attività rende improrogabile tale processo di riorganizzazione.

In termini di benefici tutta l'attività di riprogettazione organizzativa porterà a:

- una maggior soddisfazione dell'utente poiché la reingegnerizzazione avrà come obiettivo l'ottimizzazione dei percorsi di prevenzione, cura e mantenimento del benessere del cittadino;
- sostituire le logiche attualmente prevalenti di aggregazione delle attività in base a criteri di omogeneità nei processi produttivi con quelle maggiormente efficaci che mirano all'identificazione di risultati significativi e quindi al soddisfacimento di aree di bisogno definito;
- una modernizzazione e razionalizzazione dei processi operativi aziendali attraverso l'eliminazione di quelle ambiguità che impediscono una esplicita assunzione di responsabilità e fanno venire meno gli stimoli allo sviluppo;
- un più efficiente governo della spesa e un utilizzo più razionale delle risorse;
- una gestione del personale secondo criteri innovativi e più razionali poiché in contesti come il nostro,ovvero organizzazioni ad alta intensità di capitale umano, dalla "qualità" delle persone dipende la qualità del servizio reso;
- l'esternalizzazione dei servizi amministrativi "no core" le cui logiche sottostanti verranno esposte nel paragrafo seguente.

L'esternalizzazione dei servizi amministrativi aziendali "no core"

Il processo di modernizzazione e riprogettazione organizzativa aziendale fa emergere l'esigenza di adottare modelli di gestione dei servizi amministrativi più flessibili che permettano di concentrare maggiori risorse e tempo sulle attività considerate realmente strategiche per il perseguimento dei fini istituzionali.

La direzione mira in questo senso ad individuare nuove soluzioni organizzative, che coinvolgono aree di criticità relative a segmenti aziendali "no core" che già prestano forme di integrazione con il privato al fine di ottimizzare le attività e il conseguente uso delle risorse.

Tali segmenti o settori riguardano i così detti servizi di supporto, ovvero tutto quel mondo che ha dentro di sé la logistica, i servizi alberghieri, alcune componenti di information tecnology e attività quali la

gestione dei sistemi di prenotazione, accettazione e pagamento ticket che presentano elevate percentuali di personale esterno. Il processo di esternalizzazione, poiché riguardante segmenti di attività senza dubbio di grande interesse nella gestione aziendale e di grande supporto a tutti i servizi "core", andrà attentamente gestito a livello aziendale in tutte le sue fasi attraverso monitoraggi periodici relativi alla stato quali quantitativo di erogazione del servizio stesso.

La terziarizzazione evoluta di tali settori permetterà di massimizzare l'output in relazione agli input impiegati riducendo i costi, migliorando la qualità dei servizi e il livello di efficienza nell'erogazione degli stessi.

I motivi che inducono l'azienda a fare scelte di esternalizzazione possono quindi essere raggruppati in quattro ordini di fattori:

- Tecnici- strategico:liberare le risorse necessarie da impiegare in altre attività, mancanza di competenze specifiche, implementazione del processo di riorganizzazione;
- Economici: riduzione del deficit economico, necessità di una attenta pianificazione degli investimenti;
- Temporali: riduzione del tempo necessario allo sviluppo di un servizio e rapidità nella ridistribuzione delle attività e dei carichi di lavoro derivanti da una azienda in fase di crescita e cambiamento;
- Qualitativi: ricerca di una maggiore soddisfazione dell'utente e ricerca di un servizio qualitativamente migliore, anche in settori non di punta.

L'azienda intende attuare tali scelte solo dopo avere messo in piedi dei processi di analisi metodologica e strutturata mirati a indagare sulla reale convenienza che potrebbe derivare dalle scelte di esternalizzazione di alcuni servizi amministrativi di supporto. Tali processi si articoleranno in quattro fasi:

- Analisi dei propri processi interni al fine di identificare le attività da esternalizzare, capire quali devono essere i risultati attesi e il livello qualitativo che l'azienda ricerca e che il mercato può offrire nell'erogazione dell'attività identificata;
- Implementazione del processo attraverso l'espletamento di una gare di fornitura:
- Stipula del contratto quale momento conclusivo della fase precedente;
- Gestione del contratto in tutte e fasi di erogazione della fornitura e valutazione periodica dell'effettiva convenienza della scelta fatta.

PIANO ANNUALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE

Profili professionali				Motivazione del Fabbisogno		
	Dot.Organica Aziendale Complessiva+ Posti Vacanti Delib. N. 817/2009	di cui Posti vacanti in D.O. Delib. 817 del 08/07/2009	Totale Fabbisogno 2009	di cui: strutturazione dei posti coperti mediante rapporti flessibili	di cui: potenziamento U.O.	Note
Medici - Disciplina di appartenenza:						
Area Medica e delle Specialità Mediche						
Cardiologia	43	2	2			
Dermatologia e venerologia	9	0	0			
Diabetologia	11	2	2			
Ematologia	33	1	1			
Oncoematologia	0	0	0			
Immunoematologia	4	0	0			
Endocrinologia	8	0	0			
Gastroenterologia	8	0	0			
Geriatria	12	2	4			Realizz.Centro Alzheimer potenz. cure domiciliari distrett.
Genetica Medica	0	0	0			
Malattie metaboliche e diabetologia	0	0	0			
Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologia	28	2	2			
Malattie infettive	13	1	4			Apertura reparto protetto
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	18	0	2			potenziamento PS Isili: OBI SS.TT.
Medicina fisica e riabilitazione/recup.rieducaz.funzionale	26	0	5			Realizz. SC Riabilitazione Terr. potenz. UVT Distr.
Medicina interna	47	2	3			Reparto protetto
Medicina delle Tossicodipendenze (Medici Ser.T.)	0	0	0			
Nefrologia	18	2	2			
Neonatologia	0	0	0			
Neurologia	8	0	4			Consolidamento neuroriabilit; Realizz. Centro Alzheimer; potenz. CSM
Neuropsichiatria infantile	11	2	4			Centro Reg. malattie rare Micro
Oncologia	24	0	1			Attiv. U.O. Onco Isili;
Pediatria	54	7	10			Completamento rete consult. Punto nascita isili oncoem + pediatria Micr
Psichiatria	85	6	9			Strutt. DSM; Sanità penitenz.
Psicoterapia	1	0	0			
Radioterapia	12	0	0			
Radioterapia oncologica	1	0	0			
Reumatologia	0	0	0			
Scienza dell'alimentazione e dietetica	1	0	0			
SUBTOTALE	475	29	55	0	0	

Profili professionali				Motivazione del Fabbisogno		
	Dot.Organica Aziendale Complessiva+ Posti Vacanti Delib. N. 817/2009	di cui Posti vacanti in D.O. Delib. 817 del 08/07/2009	Totale Fabbisogno 2009	di cui: strutturazione dei posti coperti mediante rapporti flessibili	di cui: potenziamento U.O.	Note
Area di Chirurgia e delle Specialità Chirurgiche						
Cardiochirurgia	0	0	0			
Chirurgia generale	64	6	7			Potenz. PP.OO. Periferici
Chirurgia sperimentale	0	0	0			
Chirurgia maxillo-facciale	5	2	2			Strutturaz. SS.TT.
Chirurgia pediatrica	9	0	2			Realizz. Reparto Micro
Chirurgia plastica e ricostruttiva	0	0	0			
Chirurgia toracica	8	2	2			
Chirurgia vascolare	0	0	0			
Ginecologia e ostetricia	61	3	4			Centro donna
Ginecologia oncologica	1	0	0			
Neurochirurgia	6	1	4			Potenz. U.O. Marino
Oftalmologia	5	1	1			
Ortopedia e traumatologia	52	1	5			Attivaz. P.I. SS.TT.
Otorinolaringoiatria	12	0	0			
Urologia	11	1	3			Strutturaz. USU Marino
Odontoiatria	0	0	0			
SUBTOTALE	234	17	30	0	0	
Area Medicina Diagnostica e dei Servizi						
Anatomia patologica	13	1	1			
Anestesia e rianimazione	96	3	6			Attivaz. P.I. Marino
Biochimica clinica	0	0	0			
Farmacologia e tossicologia clinica	2	1	1			Comitato Etico
Laboratorio di genetica medica	0	0	0			
Medicina trasfusionale	0	0	0			
Medicina nucleare	13	0	0			
Microbiologia e virologia	0	0	1			Potenz. Lab SS.TT.
Neurofisiopatologia	0	0	0			
Neuroradiologia	0	0	0			
Patologia clinica	27	1	1			
Radiodiagnostica	56	3	3			
SUBTOTALE	207	9	13	0	0	

Profili professionali				Motivazione del Fabbisogno		
	Dot.Organica Aziendale Complessiva+ Posti Vacanti Delib. N. 817/2009	di cui Posti vacanti in D.O. Delib. 817 del 08/07/2009	Totale Fabbisogno 2009	di cui: strutturazione dei posti coperti mediante rapporti flessibili	di cui: potenziamento U.O.	Note
Area di Sanità Pubblica						
Igiene epidemiologia e sanità pubblica	87	3	3			
Igiene degli alimenti e della nutrizione	0	0	0			
Igiene e medicina preventiva	5	0	0			
Igiene e organizz. Servizi osped.	30	0	0			
Medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro	10	0	0			
Medicina legale	4	0	1			Potenz. U.O. med. Legale
Organizzazione dei servizi sanitari di base	24	2	2			
Direzione Medica di presidio ospedaliero	1	0	1			Potenz. DS P.O. marino
Epidemiologia	0	0	0			
SUBTOTALE	161	5	7	0	0	
Area della Dirigenza Sanitaria non medica						
Farmacisti	43	4	6	5	1	
Fisici	11	1	2	0	2	
Psicologi	70	1	6	0	6	
Chimici	7	3	1	0	1	
Biologi	60	6	2	0	2	
SUBTOTALE	191	15	17	5	12	
Area Veterinaria						
Veterinari Sanità animale	33	5	5			
Veterinari Area igiene della produzione-alimenti di origine animale	29	0	0			
Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	4	0	0			
SUBTOTALE	66	5	5	0	0	
Area Dirigenza professioni infermieristiche						
Dirigenti servizio infermieristico e ostetrico	3	0	0	0	0	
Dirigenti dei ruoli amministrativo, professionale e tecnico						
Amministrativi	22	6	5	0	5	
Analisti	1	0	0	0	0	
Avvocati	2	0	1	0	1	
Ingegneri	8	0	2	0	2	
Tecnico laureato	2	0	0	0	0	
SUBTOTALE	35	6	8	0	8	
Comparto Ruolo sanitario Professioni sanitarie						
Infermiere D	1708	9	36	3	33	
Infermiere DS	71	16	3	0	3	
Ostetrica/o D	74	4	4	0	4	
Ostetrica/o DS	1	1	1	0	1	
Infermiere pediatrico D	44	1	5	0	5	

Profili professionali				Motivazione del Fabbisogno		
	Dot.Organica Aziendale Complessiva+ Posti Vacanti Delib. N. 817/2009	di cui Posti vacanti in D.O. Delib. 817 del 08/07/2009	Totale Fabbisogno 2009	di cui: strutturazione dei posti coperti mediante rapporti flessibili	di cui: potenziamento U.O.	Note
Fisioterapista D	107	14	10	0	10	
Logopedista D	11	1	2	0	2	
Ortottista - assistente di oftalmologia D	3	2	2	0	2	
Educatore professionale D	22	5	11	6	5	
Tecnico audiometrista D	4	2	2	1	1	
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico DS	2	2	0	0	0	
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico D	153	7	7	5	2	
Tecnico sanitario di anatomia patologica D	6	0	0	0	0	
Tecnico sanitario di Istopatologia D	2	1	1	0	1	
Tecnico sanitario di radiologia medica D	141	13	11	4	7	
Tecnico sanitario di radiologia medica DS	4	2	0	0	0	
Tecnico di neurofisiopatologia D	4	1	1	0	1	
Tecnico iperbarico D	10	0	0	0	0	
Igienista dentale D	2	0	0	0	0	
Dietista D	11	2	1	0	1	
Tecnico della prevenzione ambiente D	130	8	8	0	8	
Tecnico della prevenzione ambiente DS	5	1	1	0	1	
Assistente sanitario	41	4	4	0	4	
Operatore prof.le di II cat. - Pers. Inferm. - BS	25	0	0	0	0	
Operatore prof.le sanitario personale inferm esperto - C	37	0	0	0	0	
Operatore prof.le sanitario puericultrice - BS	1	1	1	0	1	
Operatore prof.le sanitario puericultrice esperta - C	9	0	0	0	0	
Operatore prof.le sanitario - pers. della riabilitazione - C	2	0	0	0	0	
Operatore prof.le san.-infermiere prof.le - C	0	0	0	0	0	
Operatore prof.le sanitario -infermiere pediatrico - C	0	0	0	0	0	
Operatore prof.le tecnico- sanitario -tecn.labor. - C	0	0	0	0	0	
SUBTOTALE	2630	97	111	19	92	
Altre figure professionali del comparto						
Ruolo tecnico						
Ausiliario specializzato - A	329	97	39	29	10	
Operatore tecnico addetto all'assistenza - B	22	1	0	0	0	
Operatore socio sanitario - BS	261	80	159	73	86	
Operatore tecnico B - :	253	57	32	22	10	
Operatore tecnico specializzato - BS -:	107	41	16	0	16	
Programmatore - C	6	1	1	0	1	
Assistente tecnico - C	14	4	4	0	4	
Collaboratore tecnico professionale - D	7	0	2	0	2	
Collaboratore professionale assis sociale - D	57	4	4	0	4	
SUBTOTALE	1056	285	257	124	133	

Profili professionali						
				Motivazione del Fabbisogno		
	Dot.Organica Aziendale Complessiva+ Posti Vacanti Delib. N. 817/2009	di cui Posti vacanti in D.O. Delib. 817 del 08/07/2009	Totale Fabbisogno 2009	di cui: strutturazione dei posti coperti mediante rapporti flessibili	di cui: potenziamento U.O.	Note
Ruolo amministrativo						
Commesso - A	47	10	10	0	10	
Coadiutore amministrativo - B	226	33	34	26	8	
Coadiutore amministrativo esperto - BS	14	2	2	0	2	
Assistente amministrativo - C	188	22	25	13	12	
Collaboratore amministrativo professionale - D	125	20	20	10	10	
Collaboratore amministrativo professionale esperto - DS	27	5	5	0	5	
SUBTOTALE	627	92	96	49	47	
Ruolo professionale						
Assistente religioso - D	3	0	0	0	0	
TOTALE COMPLESSIVO	5688	560	599			

Incrementi rispetto alla D.O. di cui alla Deliberazione n. 817/2009:

AREA COMPARTO:
Incremento = 0
Tutte le trasformazioni sono state effettuate ad invarianza di costo

AREA DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA:
Incremento = n. 2 unità per attivazione nuove strutture operative:
n. 1 Dirigente Fisico U.O.C. radioterapia Sperimentale
n. 1 Dirigente Farmacista Unita manip. Chemioterap. Antiblastici

AREA DIRIGENZA PROFESS./TECN./AMM.VA
Incremento = n. 2 unità per attivazione nuove strutture operative:
n. 2 Dirigente Ingegneri per U.O.C Tecnology Assessment

AREA DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA
Incremento = n. 73 unità per attivazione nuove strutture operative: